

FIBROMIALGIA Y PSICOTERAPIA

FIBROMYALGIA AND PSYCHOTHERAPY

M^a Paloma Pando Fernández

Psicóloga Clínica en el Hospital General de Ciudad Real

Experta en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Resumen: El objetivo de nuestro estudio era observar si existían diferencias significativas entre pacientes diagnosticados de Fibromialgia que recibían Tratamiento psicoterapéutico y entre los que no lo recibían en las siguientes variables: alexitimia, síntomas somáticos, depresión, rasgos de personalidad, dolor, salud percibida, discapacidad y apoyo social.

Los pacientes con FM fueron seleccionados por el servicio de reumatología del Hospital General de C.Real. Se les citaba en psicología y se les aplicaba los correspondientes cuestionarios. Para el análisis estadístico de los datos hemos realizado una estadística descriptiva, una prueba no paramétrica (Mann de Whitney) y la prueba T.

En los resultados obtuvimos diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con FM (con/sin TP) en síntomas somáticos, depresión y discapacidad. Presentando más síntomas somáticos, más depresión grave y moderada y, más discapacidad el grupo con TP. Lo que nos viene a reforzar la idea de que dichos pacientes necesitan de un abordaje multifactorial.

Debido a las limitaciones del tamaño de la muestra, los resultados obtenidos pueden no ser muy representativos para generalizar dichas conclusiones. Aunque si podemos tener en cuenta los resultados de cara a sus implicaciones.

Palabras clave: Fibromialgia, alexitimia, psicoterapia, depresión, dolor.

Abstract: The goal of our study was to examine the existence or not of significant differences between patients who have been diagnosed of fibromyalgia which receive psychotherapeutic treatment and those ones who did not receive it in accordance with the following variables: alexithymia, somatic symptoms, depression, features of personality, pain, perceived health, disability and social support. The patients with FM were selected by the service of rheumatology of the Hospital General of Ciudad Real. They were arranged to meet at Psychology, then the corresponding questionnaires were applied to them.

We have made a descriptive statistics for the statistical analysis of the data, a not-paramétrica test (Mann of Whitney) and the test T.

FM: Fibromialgia
TP: Tratamiento Psicoterapéutico o Terapia
SS: Síntomas Somáticos

We got significant differences between both groups of patients with FM (with/without TP) in the results concerning somatic symptoms, depression and disability. The group with TP showed more somatic symptoms, more serious and moderate depression and more disability. All it comes to reinforce the idea that these patients need of a multifactorial boarding.

Because of the limitations of the size of the sample, the results gotten can not be very representative to generalize the said conclusions. But we of course can bear in mind the results in order to their implications.

Key words: Fibromyalgia, alexithymia, psychotherapy, depression, pain.

INTRODUCCIÓN

El interés del presente estudio se basa en la motivación por intentar comprender mejor la sintomatología presente en los pacientes con fibromialgia (FM) para así poder mejorar la efectividad del abordaje terapéutico. Desde hace tiempo sabemos que entre los pacientes diagnosticados de FM la presencia de un trastorno mental es muy alta. Es por ello que dicha patología está muy presente en nuestras Unidades de salud mental (USM) así como en los servicios de reumatología.

Dado el interés que suscita esta patología entre los clínicos en general y en nuestro equipo en particular, vamos a estudiar a 30 pacientes con FM del Hospital General de Ciudad Real y ver si existen diferencias entre ellos en función de determinadas variables a estudiar citadas anteriormente. Partiendo del hecho de que los pacientes que acudían a tratamiento psicoterapéutico (TP), solicitaban dicha ayuda por encontrarse peor en su sintomatología, ya sea somática o psicológica.

El presente trabajo representa sólo un intento por avanzar en la comprensión de dicha patología. Reconocemos que hay que seguir profundizando de modo que lo expuesto en el presente estudio se debe actualizar en futuras revisiones. Los avances en la investigación de las últimas décadas nos están permitiendo una mejor comprensión de dicha patología y nos están planteando nuevos interrogantes a investigar.

El concepto de alexitimia incluye una serie de rasgos que se presentan en enfermos psicosomáticos: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de la autoevaluación. La característica más importante de la alexitimia es la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías. La alexitimia no es necesariamente un rasgo estable de personalidad y puede constituir un estado temporal y transitorio en circunstancias de estrés o amenaza (alexitimia secundaria). Los pacientes con “depresión enmascarada” y alexitimia comparten la incapacidad para expresar sus emociones en palabras. En ambas condiciones el síntoma somático se utiliza

para expresar sentimientos y comunicar malestar. Por otro lado el dolor constituye uno de los síntomas más frecuentes de la depresión enmascarada. Por tanto, hay que distinguir entre la alexitimia primaria que sería una disposición personal, cognitivo-psicológica, que predispondría al enfermar psicosomático y la secundaria que aparecería tras el padecimiento de enfermedades crónicas o traumatismos como mecanismos de afrontamiento.

No obstante, se dispone de poca información relativa a los niveles de estabilidad de la alexitimia al lo largo del tiempo, se desconoce también su margen de variabilidad en función de las contingencias situacionales, así como su rango de covariación en relación con otras variables emocionales a las que se sabe que está relacionada, tales como la ansiedad, variable que también debería ser considerada de cara a estudiar su posible relación con la alexitimia.

Recordemos la importancia de los llamados “equivalentes depresivos” de la escuela de López-Ibor. Existen números datos que avalan este modelo, entre el 48-94% de los pacientes depresivos presentan síntomas somáticos; el 63% de los pacientes con depresión mayor tienen síntomas somáticos y entre el 30-80% manifiestan preocupaciones hipocondriacas (Paykel). Estos somatizadores podrían constituir un modelo de la llamada alexitimia, descrita por Sifneos para ese grupo de pacientes que no tienen “palabras para expresar los sentimientos”.

Como señala Laín Entralgo, hay que hablar mejor que de patología psicosomática (circunscrita a determinadas enfermedades) de un movimiento psicosomático más amplio, que no sería un área de la patología, sino un modo de entender y practicar la medicina, tomando en consideración factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y prevención de las enfermedades. Esta interpretación psicosomática de todas las enfermedades enlaza directamente en el modelo biopsicosocial que Engel propugnó algunos años después. La relación entre apoyo social y estrés es una cuestión ampliamente aceptada, que repercute también en la adherencia al tratamiento.

Recientemente con técnicas de neuroimagen se han conocido cambios en ciertos neurotransmisores y en las conexiones córtico-límbicas tras un tratamiento psicoterapéutico. Por otro lado, si se han constatado desde hace tiempo, en la línea de los primeros estudios, las modificaciones que los tratamientos psicológicos producen sobre otros sistemas neuroendocrino y, particularmente, inmune mediante un amplio abanico de técnicas individuales y de grupo (Spiegel, D. et al.2000). Citamos algunas de las investigaciones más recientes, referentes a las técnicas de tratamiento individual entre las cuales destacan la mera exposición a la información, resolución de problemas, entrenamiento e inoculación al estrés, encubiertas (Castes, M.1999), relajación (Walker, L. 1998), hipnosis (Hannigan, K. 1999), y otras intervenciones conductuales y cognitivas. Las terapias grupales estudiadas son las de orientación cognitivo-conductual y experiencial (Pompe, G.1997). Los procesos cancerosos e infecciosos, entre otros trastornos

psicosomáticos, han sido las indicaciones más frecuentes donde se han aplicado las modalidades de tratamiento mencionadas con anterioridad. Por último, se han utilizado técnicas terapéuticas de biofeedback, de acupuntura y de relajación, de breve duración y de apoyo con resultados satisfactorios en diversos trastornos psicosomáticos.

Una de las indicaciones psicosomáticas más frecuentes de las técnicas de tratamiento fisioterapéutico es el dolor. Sobre él, actúan entre otras, la crioterapia y la termoterapia que ejercen efectos mecánicos y hemodinámicos. En torno al 50% de enfermos con dolor crónico sufre un estado depresivo. La depresión es más común en pacientes crónicos sobrecargados de dolor que en otros sectores de pacientes crónicos (Christo, Grabow y Raja, 2004). Las relaciones entre depresión y dolor son estrechas. Comparten vías neuronales a nivel del SNC, comparten neurotransmisores y sus alteraciones repercuten tanto en la esfera afectiva como en la sintomatología músculo-esquelética dolorosa, comparten mecanismos de puesta en marcha y además, los clínicos nos enfrentamos a estos pacientes valorando de manera conjunta ambos cuadros y realizando una serie de tratamientos independientemente de cual sea la sintomatología dominante (Martínez, F. 2005).

Se desconoce la etiología como la fisiopatología de la Fibromialgia. Es probable que diversos factores amplifiquen o contribuyan al dolor en este síndrome como son: el sueño no reparador, alteraciones musculares, tensión física o mental, alteraciones inmunológicas, falta de una buena condición física, alteraciones endocrinológicas, disfunciones neurohormonales, alteraciones psiquiátricas. Se considera que la hipnosis debe formar parte de un tratamiento multidisciplinar en los pacientes con fibromialgia, pues facilita el afrontamiento de los diferentes factores de estrés que el paciente haya podido vivir en su biografía (Martínez, F. 2006) (Haanen HCM.; et al 1991) (Alvarez N.; et al 2002). Después de un tímido comienzo (Nelson WR.; et al 1992) (Walko GA, et al. 1992), se percibe un renovado interés por el uso de terapias cognitivos-conductuales en FM. En un estudio realizado (Rodero, B. et al. 2008) se ha sugerido que la técnica de exposición en imaginación podría ser de gran ayuda en pacientes con una alta puntuación en rumiación, con un nivel educativo medio-alto, y que presentase un temor irracional muy intenso.

Se ha encontrado una alta prevalencia de trastornos asociados a FM: 63,3% presentan depresión y/o ansiedad (Eje I); 46,7% trastornos de personalidad: trastorno O-C 30%, borderline 16.7%, depresivo 16.7%. Esto demuestra la importancia de la comorbilidad psiquiátrica, incluida los trastornos de personalidad para el tratamiento de los pacientes. Los Trastornos de la personalidad han sido tomados en la explicación en el tratamiento por su impacto en la relación con el doctor (Rose S.; et al. 2009). Se ha encontrado además alta alexitimia en FM y artritis reumatoide (Güleç H.; et al. 2004). También se observa que un 90% presentan otros síntomas

corporales además del dolor. Un trastorno mental más la duración de la enfermedad (FM), está relacionada con el nº de síntomas corporales (Nickel R.; 2009).

El tratamiento de origen multifactorial con antidepresivos más psicoterapia es de vital importancia (Podolecki T.; 2009), (García-Campayo J.; 2009). Así es recomendado en FM: Fitness cardiovascular, crioterapia, masaje, acupuntura, B-F, TENS, Terapia psicológica (Offenbacher M.; 2000), (Suman AL.; et al. 2009). En la FM aparecen síntomas asociados (dolor de cabeza, dormir mal, fatiga, humor depresivo, hábitos intestinales irregulares) los cuales son también síntomas de depresión. El tratamiento requiere psicoeducación, ejercicio aeróbico, terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico (Kasper S. 2009). No existe diferencia entre estimulación magnética transcraneal de baja frecuencia real y simulada en pacientes con FM y Depresión mayor (Carretero B.; 2009).

La amplificación sensorial puede ser un mecanismo patofisiológico subyacente tanto en FM como en el síndrome de fatiga crónica que es relativamente independiente de la depresión y de los síntomas depresivos (Geisser ME.; et al 2008). La alexitimia es asociada con el dolor afectivo incrementado y conductas hipocondriacas. Lo primero es mejor explicado, y posiblemente mediado, por estrés psicológico y conductas de enfermedad. La hipótesis de una generalmente sensibilidad incrementada para estímulos desagradables en pacientes con dolor crónico alexitímicos no es sostenida por los datos (Huber A.; et al. 2009). Estudios sugieren que estilos parentales están asociados con resultados finales de alta alexitimia (Pedrosa Gil, F.; et al 2008).

Nos planteamos si los pacientes con FM que reciben TP difieren de los que no reciben TP en las variables propuestas a estudiar y, si existe relación entre presentar alexitimia y presentar otros síntomas somáticos significativos, depresión y dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es observacional descriptivo transversal y retrospectivo.

La población está formada por 30 sujetos, de edades comprendidas entre los 29 y los 63 años (media: 49,6; desviación típica: 8,70). De los 30 sujetos, uno es un varón (3,3%) y los 29 restantes son mujeres (96,7%)¹.

Los pacientes con FM fueron seleccionados por el servicio de reumatología del Hospital General de C.Real. La muestra de sujetos se puede considerar accidental ya que a medida que van acudiendo a consulta se les preguntaba si querían participar en un estudio sobre FM y si estaban recibiendo algún tipo de tratamiento psicoterapéutico. Si aceptaban, se clasificaban en función de si recibían o no TP y se les indicaba que les llamarían del servicio de psicología para

¹ Anexo: Tabla 1A y 1B; Fig.1

citarlos y hacerles un estudio psicométrico. Se procedió de esa manera, y en el estudio psicométrico, que se llevaba a cabo en la USM del mismo hospital, se les explicaba la finalidad concreta del estudio sobre FM. Se les preguntaba por el tratamiento que recibían (psicológico y/o psiquiátrico) en su caso y la medicación que tomaban. Posteriormente se les pasaba los siguientes cuestionarios con el fin de evaluar las variables de interés:

1. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Esta escala ha sido validada en diversos entornos culturales. En el caso español existen dos estudios de validación, habiéndose tomado la traducción del cuestionario usado del estudio realizado por Moral de la Rubia y Retamales: Moral de la Rubia, J.; Retamales Rojas, R.: Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española.

Los autores indicaron las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados:

Menor de 51: Ausencia de alexitimia

Entre 52-60: Posible alexitimia

Mayor de 61: Alexitimia

2. Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R). Para nuestro estudio hemos considerado que los SS son significativos cuando la puntuación es más de la mitad del total posible a obtener.
3. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).
4. Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ).
5. Inventario de Depresión de Beck (BDI).
6. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D),
7. Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI) y el apoyo social percibido.
8. Al finalizar se les entregaba una copia de la “Guía de Cuidados de los Aspectos Psicológicos en FM”.

El tiempo que pasaba desde que iban a consulta de reumatología hasta que se les citaba para el estudio psicométrico era de un mes aproximadamente. El tiempo empleado en evaluar a todos los pacientes ha sido de unos tres meses aproximadamente.

Los criterios para seleccionar a los sujetos se basaban en tener el diagnóstico de FM y recibir o no tratamiento psicoterapéutico.

Para el análisis estadístico de los datos hemos realizado una estadística descriptiva de frecuencias (en las variables cualitativas: porcentajes y gráficos de barras; en las variables cuantitativas continuas: media, moda, desviación típica, varianza e histogramas), pruebas no paramétricas (Mann de Whitney) y prueba T para hallar la significación asintótica bilateral, es decir, la probabilidad de encontrar diferencias significativas en todas las muestras posibles en un 95% de nivel de confianza.

RESULTADOS

La muestra estaba formada por 30 sujetos de los cuales 15 sujetos recibían terapia psicoterapéutica (Grupo experimental) y 15 sujetos no lo recibían (Grupo control)².

De los 30 sujetos de la muestra: 18 sujetos *si* presentaban alexitimia (60%), 8 sujetos presentaban *posible* alexitimia (26,7%) y 4 sujetos *no* presentaban alexitimia (13,3%)³.

De los 30 sujetos de la muestra, 18 sujetos presentaban otros síntomas somáticos significativos (60%) y 12 sujetos no presentaban otros síntomas somáticos significativos (40%)⁴.

De los 30 sujetos de la muestra, 2 sujetos presentaban rasgo paranoide (6,7%), 4 sujetos presentaban rasgo 1 esquizoide (13,3%), 1 sujeto presentaba rasgo impulsivo (3,3%), 1 sujeto presentaba rasgo histriónico (3,3%), 10 sujetos presentaban rasgo anancástico (33,3%), 9 sujetos presentaban rasgo ansioso (30%), 3 sujetos presentaban rasgo dependiente (10%)⁵.

De los 30 sujetos de la muestra, 13 sujetos presentaban depresión grave (43,3%), 12 sujetos presentaban depresión moderada (40%), 2 sujetos presentaban depresión leve (6,7%) y, 3 sujetos presentaban depresión ausente (10%)⁶.

De los 30 sujetos de la muestra, 12 sujetos presentaban dolor moderado (40%), 8 sujetos presentaban dolor fuerte (26,7) 4 sujetos presentaban dolor extenuante (13,3%), y 6 sujetos presentaban dolor insoportable (20%)⁷.

De los 30 sujetos de la muestra, 2 sujetos perciben su salud mejor en comparación con los 12 meses anteriores (6,7%), 12 sujetos perciben su salud igual en comparación con los 12 meses anteriores (40%) y, 16 sujetos perciben su salud peor en comparación con el año anterior (53,3%)⁸.

De los 30 sujetos de la muestra, 4 sujetos no percibían *ningún* apoyo social (13,3%), 4 sujetos percibían *un poco* de apoyo social (13,3%), 9 percibían *moderado* apoyo social (30%), 6 percibían *considerable* apoyo social (20%) y, 7 percibían un apoyo social *ideal* (23,3%)⁹.

Entre los sujetos con FM que recibían Tratamiento psicoterapéutico encontramos 10 sujetos que si presentan alexitimia (66,7%), 4 sujetos que presentan posible alexitimia (26,7%) y 1 sujeto que no presenta alexitimia (6,7%).

² Anexo: Tabla 2

³ Anexo: Tabla 3

⁴ Anexo: Tabla 4

⁵ Anexo: Tabla 5

⁶ Anexo: Tabla 6

⁷ Anexo: Tabla 7

⁸ Anexo: Tabla 8

⁹ Anexo: Tabla 9

Entre los sujetos con FM que no recibían Tratamiento psicoterapéutico encontramos 8 sujetos que si presentan alexitimia (53,3%), 4 sujetos que presentan posible alexitimia (26,7%) y 3 sujetos que no presentan alexitimia (20%)¹⁰. Entre los sujetos con FM que recibían Tratamiento psicoterapéutico encontramos 12 sujetos (80%) que si presentan otros síntomas somáticos significativos y, 3 sujetos (20%) que no presentan otros síntomas somáticos significativos.

Entre los sujetos con FM que no recibían Tratamiento psicoterapéutico encontramos 6 sujetos (40%) que si presentan otros síntomas significativos y, 9 sujetos (60%) que no presentan otros síntomas somáticos significativos¹¹.

Entre los sujetos con FM que si recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que presenta rasgo paranoide de personalidad, 3 sujetos (20%) que presentan rasgo esquizoide de personalidad, 1 sujeto (6,7%) que presenta rasgo impulsivo de personalidad, 1 sujeto (6,7%) que presenta rasgo histriónico de personalidad, 4 sujetos (26,7%) que presentan rasgo anancástico de personalidad y, 5 sujetos (33,3%) que presentan rasgo ansioso de personalidad.

Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que presenta rasgo paranoide de personalidad, 1 sujeto (6,7%) que presenta rasgo esquizoide de personalidad, 6 sujetos (40%) que presentan rasgo anancástico de personalidad, 4 sujetos (26,7) que presentan rasgo ansioso de personalidad y, 3 sujetos (20%) que presentan rasgo dependiente de personalidad¹².

Entre los sujetos con FM que si recibían Terapia psicoterapéutica encontramos 1 sujeto (6,7%) con depresión leve, 5 sujetos (33,3%) con depresión moderada y, 9 sujetos (60%) con depresión grave.

Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica encontramos 3 sujetos (20%) con depresión ausente, 1 sujeto (6,7%) con depresión leve, 7 sujetos (46,7%) con depresión moderada y, 4 sujetos (26,7%) con depresión grave¹³.

Entre los sujetos con FM que recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 4 sujetos (26,7%) con dolor moderado, 5 sujetos (33,3%) con dolor fuerte, 3 sujetos (20%) con dolor extenuante y 3 sujetos (20%) con dolor insoportable.

Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 8 sujetos (53,3%) con dolor moderado, 3 sujetos (20%) con dolor fuerte, 1 sujeto (6,7%) con dolor extenuante y, 3 sujetos (20%) con dolor insoportable¹⁴.

¹⁰ Anexo: Tabla 10; Fig.2

¹¹ Anexo: Tabla 11; Fig. 3

¹² Anexo: Tabla12; Fig.4

¹³ Anexo: Tabla 13; Fig.5

Entre los sujetos con FM que sí recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que percibía su salud como mejor en comparación con los 12 meses anteriores, 7 sujetos (46,7%) que percibían su salud como igual en comparación con el año anterior y, 7 sujetos (46,7%) que percibían su salud como peor en comparación con el año anterior.

Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que percibían su salud como mejor en comparación con los 12 meses anteriores, 5 sujetos (33%) que percibían su salud como igual en comparación con el año anterior y, 9 sujetos (60%) que percibían su salud como peor en comparación con el año anterior¹⁵.

Entre los sujetos con FM que si recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 2 sujetos (13,3%) que valoraban su discapacidad de 0-10 con 6 (moderadamente), 3 sujetos (20%) que valoraban su discapacidad con 7 (marcadamente), 3 sujetos (20%) que valoraban sus discapacidad con 8 (marcadamente), 3 sujetos (20%) que valoraban su discapacidad con 9 (marcadamente) y, 4 sujetos (26,7%) que valoraban su discapacidad con 10 (extremadamente). Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que valoraba su discapacidad de 0-10 con 1 (No, en absoluto), 1 sujeto (6,7%) que valoraba su discapacidad con 3 (levemente), 1 sujeto (6,7%) que valoraba su discapacidad con 4 (moderadamente), 5 sujetos (33,3%) que valoraba su discapacidad con 5 (moderadamente), 2 sujetos (13,3%) que valoraban su discapacidad con 7 (marcadamente), 2 sujetos (13,3%) que valoraban su discapacidad con 8 (marcadamente), 2 sujetos (13,3%) que valoraban su discapacidad con 9 (marcadamente) y, 1 sujeto (6,7%) que valoraba su discapacidad con 10 (extremadamente)¹⁶.

Entre los sujetos con FM que si recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 3 sujetos (20%) que no recibían apoyo social, 1 sujeto (6,7%) que recibía un poco de apoyo social, 5 sujetos (33,3%) que recibían un apoyo moderado, 3 sujetos (20%) que recibían un apoyo considerable, y 3 sujetos (20%) que recibían un apoyo ideal.

Entre los sujetos con FM que no recibían Terapia psicoterapéutica, encontramos 1 sujeto (6,7%) que no recibía ningún apoyo social, 3 sujetos (20%) que recibían un poco de apoyo social, 4 sujetos (26,7%) que recibían un apoyo social moderado, 3 sujetos (20%) que recibían un apoyo considerable y, 4 sujetos (26,7%) que recibían un apoyo ideal¹⁷.

¹⁴ Anexo: Tabla 14; Fig.6

¹⁵ Anexo: Tabla 15; Fig.7

¹⁶ Anexo: Tabla 16 Y 17; Fig.8

¹⁷ Anexo: Tabla 18; Fig.9

Los resultados¹⁸ obtenidos nos indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos: grupo con TP y grupo sin TP en las siguientes variables: Síntomas somáticos, depresión y discapacidad.

- Los pacientes con FM que reciben TP presentan más SS significativos que los pacientes con FM que no reciben TP.
- Los pacientes con FM que reciben TP presentan más Depresión que los pacientes con FM que no reciben TP.
- Los pacientes con FM que reciben TP presentan más discapacidad que los pacientes con FM que no reciben TP.

Encontramos¹⁹ que de los 18 sujetos que sí presentan alexitimia, 12 sujetos (66,7%) sí presentan otros síntomas somáticos significativos y, 6 sujetos (33,3%) no presentan otros síntomas somáticos significativos.

De los 4 sujetos que no presentan alexitimia, 1 sujeto (25%) si presenta otros síntomas somáticos significativos y, 3 sujetos (75%) no presentan otros síntomas somáticos significativos.

De los 8 sujetos que presentan posible alexitimia, 5 sujetos (62,5%) si presentan otros síntomas somáticos significativos y, 3 sujetos (37,5%) no presentan otros síntomas somáticos significativos²⁰.

Encontramos²¹ que de los 18 sujetos que si presentan alexitimia, 10 sujetos (55,6%) presentan depresión grave, 6 sujetos (33,3%) presentan depresión moderada y, 2 sujetos (11,1%) presentan depresión leve.

De los 4 sujetos que no presentan alexitimia, 2 sujetos (50%) presentan depresión grave, 1 sujeto (25%) presenta depresión moderada y 1 sujeto (25%) presenta depresión leve.

De los 8 sujetos que presentan posible alexitimia, 1 sujeto (12,5%) presenta depresión grave, 5 sujetos (62,5%) presentan depresión moderada y, 2 sujetos (25%) presentan depresión leve²².

Encontramos²³ que de los 18 sujetos que sí presentan alexitimia, 7 sujetos (38,9%) presentan dolor moderado, 3 sujetos (16,7%) presentan dolor fuerte, 3 sujetos (16,7%) presentan dolor extenuante y, 5 sujetos (27,8%) presentan dolor insoportable.

De los 4 sujetos que no presentan alexitimia, 1 sujeto (25%) presenta dolor moderado, 1

¹⁸ Anexo: Tabla 19, A-D.

¹⁹ Anexo: Tabla 20 y 21.

²⁰ Anexo: Fig. 10

²¹ Anexo: Tabla 20 y 21.

²² Anexo: Fig. 10

²³ Anexo: Tabla 20 y 23.

sujeto (25%) presenta dolor fuerte, 1 sujeto (25%) presenta dolor extenuante y, 1 sujeto (25%) presenta dolor insoportable.

De los 8 sujetos que presentan posible alexitimia, 4 sujetos (50%) presentan dolor moderado y, 4 sujetos (50%) presentan dolor fuerte²⁴.

DISCUSIÓN

En el presente estudio hemos obtenido diferencias significativas entre los pacientes con FM que recibían TP y los que no recibían TP en las siguientes variables: Síntomas somáticos, depresión y discapacidad. Presentando más síntomas somáticos, más depresión moderada y grave y, más discapacidad el grupo que recibía TP. No existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de las variables estudiadas: alexitimia, rasgos de personalidad, dolor, salud percibida y apoyo social. No obstante, debido a las limitaciones que presenta dicho estudio por el tamaño de la muestra, no podemos generalizar las conclusiones, aunque si podemos generar hipótesis de trabajo que podrían contrastarse en estudios posteriores.

Los datos obtenidos en los resultados indican que del total de la muestra, formada por 30 sujetos con FM, un 60% *si* presentan alexitimia, un 26,7% presentan *posible* alexitimia y, un 13,3% *no* presentan alexitimia. Lo que parece indicar que puede existir una relación entre presentar FM y Alexitimia. Existe un estudio que confirma dicha relación donde se ha encontrado alta alexitimia en FM y artritis reumatoide (Gülec H.; et al. 2004). En los resultados hemos obtenido que el grupo que recibía TP presenta un mayor porcentaje de alexitimia (66,7% *si* lo presentan y 26,7% presenta *posible* alexitimia) que el grupo que no recibía TP (53,3% y 26,7% respectivamente). Existiendo además un porcentaje de *no* alexitimia en el Grupo con TP de un 6,7% en comparación de un 20% que *no* presenta alexitimia en el Grupo sin TP. No siendo estas diferencias significativas entre ambos grupos (con/sin TP).

Es de señalar que hay estudios que sugieren que los estilos parentales están asociados con resultados finales de alta alexitimia (Pedrosa Gil, F.; et al 2008). Sería de interés estudiar dicha relación y así ver si en nuestro estudio los pacientes presentan más un rasgo estable de alexitimia (alexitimia primaria) y por tanto más relacionado con los estilos parentales o se trataría más bien de una alexitimia secundaria y por tanto de un estado temporal transitorio como mecanismo de afrontamiento. Lo cual nos daría información de cara al abordaje terapéutico.

Los datos obtenidos en los resultados indican que del total de la muestra, formada por 30 sujetos con FM, un 60% *si* presentan otros síntomas somáticos significativos y sólo un 40% *no* presentan otros síntomas somáticos significativos. Lo que parece indicar que puede existir

²⁴ Anexo: Fig. 10

una relación entre FM y presentar otros síntomas somáticos, ya que más de la mitad de la muestra los presentan. En los resultados hemos obtenido que un 80% del grupo que recibía TP presenta otros síntomas somáticos significativos (SS) en comparación con un 40% del grupo que no recibía TP, existiendo entre ambos grupos diferencias significativas. Lo que indica que el grupo que recibe TP presenta más síntomas somáticos, y el presentar más sintomatología física puede ser una razón para acudir a terapia. Se ha encontrado un estudio que observada que un 90% de los pacientes con FM presentan otros síntomas corporales además del dolor y, que un trastorno mental más la duración de la enfermedad, está relacionada con el número de síntomas corporales (Níkel R.; 2009).

Así pues, sería recomendable plantearnos también estudiar si en nuestro estudio se verifica que los pacientes con más años de evolución de FM y que además presentan un trastorno mental asociado, presentan mayor número de síntomas corporales.

Los datos obtenidos en los resultados indican que del total de la muestra, los rasgos de personalidad que son más frecuentes son el esquizoide, el anancástico y el ansioso, siendo el más predominante el *anancástico* con un 33,3%. En los resultados hemos obtenido que en el grupo con TP los rasgos de personalidad más predominantes son el esquizoide, el anancástico y el ansioso siendo el más predominante *el ansioso* con un 33,3%, en comparación con el grupo sin TP donde predominan más los rasgos anancásticos, ansiosos y dependientes siendo el más predominante *el anancástico* con un 40%. Observamos pues, que en ambos grupos destacan *los rasgos anancásticos y ansiosos* con un predominio de un 26,7% y 33,3% en el grupo con TP y, un 40% y 26,7% respectivamente en el grupo sin TP, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. Se ha observado que los trastornos de personalidad son importantes de considerar en el abordaje terapéutico por su impacto en la relación con el doctor (Rose S.; et al. 2009).

Los datos obtenidos en los resultados indican que un 43,3% y 40% del total de la muestra presentan depresión grave y moderada respectivamente. Lo que parece indicar que puede existir una relación entre FM y presentar Depresión, ya que más de la mitad de la muestra presentan un tipo u otro de depresión. En los resultados hemos obtenido que el grupo con TP presenta un mayor porcentaje de depresión (60% grave y 33,3% moderada) que el grupo sin TP (26,7% y 46,7% respectivamente). Existiendo además en el grupo con TP sólo un 6,7% de depresión leve en comparación con el grupo sin TP que existe un 20% de depresión ausente y 6,7% de depresión leve. Existiendo entre ambos grupos diferencias significativas. Del mismo modo, es posible que el grupo con TP acuda a terapia al presentar más sintomatología depresiva. Teniendo en cuenta que gran parte de la muestra presenta tanto síntomas alexitímicos (60% si alexitimia y 26,7% posible alexitimia) como depresivos (43,3% depresión grave y 40% depresión moderada), deberíamos de considerar que algunos pacientes puedan presentar una

alexitimia secundaria a una depresión enmascarada, que a su vez condiciona patoplásticamente la expresión del trastorno afectivo como un síndrome doloroso, influyendo en la sintomatología de la FM. Así pues, si resolvemos la depresión enmascarada en algunos pacientes, puede que de forma secundaria disminuya el dolor y también aumente la capacidad de introspección y descripción afectiva (la alexitimia disminuye) y por tanto la sintomatología de la FM mejoraría.

Aunque en la mayoría de los casos de dolor crónico la depresión sea probablemente más una consecuencia que la causa, la posibilidad de una depresión enmascarada debería ser tenida en cuenta, lo que obliga a analizar el síntoma de forma meticulosa buscando la presencia de algunas características depresivas.

Los datos obtenidos en los resultados indican que un 40% y un 26,7% del total de la muestra presentan dolor moderado y fuerte respectivamente. Lo que puede indicar que exista una relación entre FM y presentar ambos tipos de dolor, ya que más de la mitad de la muestra lo presentan. En los resultados hemos obtenido que el grupo con TP presenta un mayor porcentaje de dolor fuerte y extenuante (33,3% y 20% respectivamente) en comparación con el grupo sin TP (20% y 6,7% respectivamente). Existiendo un porcentaje de dolor moderado mayor en el grupo sin TP (53,3%) en comparación con el grupo con TP (26,7%) y, la misma proporción en ambos grupos (con/sin TP) de dolor insoportable (20%). No existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Así pues, que el grupo con TP presente más sintomatología de dolor fuerte y extenuante puede indicar el porqué acuden a terapia. Es importante señalar que en torno al 50% de enfermos con dolor crónico sufre un estado depresivo (Christo, Grabow y Raja, 2004), y sería conveniente tenerlo presente de cara al tratamiento (Martínez, F. 2005). En nuestro estudio sería recomendable observar si realmente existe tal relación en los pacientes con FM entre el dolor y la depresión.

Los datos obtenidos en los resultados indican que un 53,3% del total de la muestra perciben su salud como peor a los 12 meses anteriores. En los resultados hemos obtenido que tanto en el grupo con o sin TP sólo un 6,7% percibe su salud como mejor en comparación con los 12 meses anteriores. Sin embargo, perciben su salud como igual al año anterior en el grupo con TP un 46,7% y en el grupo sin TP un 33,3%. Así mismo, perciben su salud como peor en comparación con los 12 meses anteriores en el grupo con TP un 46,7% y, en el grupo sin TP un 60%. Si existir diferencias significativas entre ambos grupos. Lo que parece indicar que el grupo que recibe TP percibe su estado de salud de forma más positiva que los que no reciben TP. En los resultados hemos obtenido que los mayores porcentajes de discapacidad en el grupo con TP se encuentran en los niveles 7, 8, 9 (marcadamente respectivamente) y 10 (extremadamente), siendo el más frecuente *el 10*. Así mismo en el grupo sin TP los mayores porcentajes de discapacidad están en los niveles 5 (moderadamente), 7, 8 y 9 (marcadamente), siendo el más

frecuente *el 5*. Existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles que presentan de discapacidad. Lo que puede indicar que el grupo con TP acude a terapia al presentar más discapacidad que el grupo sin TP.

Los datos obtenidos en los resultados indican que del total de la muestra presentan *ningún* apoyo social un 13% y presentan sólo *un poco* de apoyo social un 13%. Lo que parece indicar que la mayoría de los pacientes afectados de FM reciben apoyo *moderado, considerable o ideal*. No existiendo diferencias significativas entre ellos en función de si reciben o no TP. En los resultados hemos obtenido que el grupo con TP presenta un 33,3% de apoyo social *moderado* y el grupo sin TP presenta un 26,7% del mismo siendo en ambos grupos el tipo de apoyo social que es más frecuente. Del mismo modo, en el grupo con TP encontramos también un 20% tanto de apoyo social *considerable, como ideal como de ninguno* y, en el grupo sin TP encontramos un 26,7% de apoyo *ideal* y un 20% tanto de apoyo *considerable como de sólo un poco*.

Del mismo modo, hemos observado que en la muestra total de pacientes con FM (con/sin TP) el mayor porcentaje de pacientes que presentan otros SS significativos se encuentran entre los pacientes que *si* presentan alexitimia o *posible* alexitimia (66,7% y 62,5% respectivamente). Así como sólo presentan otros SS significativos un 25% de los pacientes que *no* presentan alexitimia. Es por ello, que es posible que pueda existir relación entre presentar alexitimia y otros síntomas somáticos significativos.

En cuanto a la depresión (grave y moderada), hemos observado que la proporción de pacientes que la presenta es parecido entre los que *si* presentan alexitimia, *posible* alexitimia o *no* tienen alexitimia. Lo que nos puede indicar que la alexitimia no guarda relación directa con la depresión y, que habría que considerar otras variables moduladoras en dicha relación (como por ej. la ansiedad). También sería recomendable contar con el mismo número de sujetos en cada nivel de alexitimia (si, posible, no) para establecer una mejor comparación entre ellos.

En lo referente al dolor, hemos observado que en la muestra total de pacientes con FM, el dolor moderado y fuerte (50% cada uno) está más frecuente entre los pacientes con *posible* alexitimia, el dolor insoportable (27,8%) es más frecuente entre los pacientes que *si* presentan alexitimia y, el dolor extenuante (25%) es más frecuente entre los pacientes que *no* presentan alexitimia. Estos resultados pueden indicarnos que es posible que exista una relación entre presentar alexitimia y dolor entre los pacientes con FM.

Todos estos resultados nos vienen a reforzar la idea de que los pacientes que presentan FM, debido a su amplia sintomatología (alexitimia, otros síntomas somáticos además del dolor, depresión, trastornos de personalidad, discapacidad, mala salud percibida, etc.) necesitan de un abordaje multifactorial con tratamiento farmacológico, psicoterapia y ejercicio aeróbico (Podolecki T.; 2009) (García-Campayo J.; 2009).

CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los pacientes con FM presentan alexitimia o posible alexitimia, sintomatología somática significativa, rasgo anancástico de personalidad, depresión moderada y grave, dolor moderado y fuerte, perciben su salud peor respecto al año anterior, presentan apoyo social y discapacidad de moderada a extrema.
2. Los pacientes con FM que reciben TP presentan mayor sintomatología somática, mayor depresión moderada y grave y, mayor discapacidad que los que no reciben TP.
3. Los pacientes con FM que reciben TP no se diferencian en el grado de alexitimia, rasgos de personalidad, grado de dolor, nivel de salud percibida y nivel de apoyo social de los que no reciben TP.
4. En los pacientes con alexitimia o posible alexitimia se presenta mayor porcentaje de síntomas somáticos.
5. En los pacientes con *posible* alexitimia se presenta mayor porcentaje de dolor moderado y fuerte.
6. En los pacientes con *alexitimia* se presenta mayor porcentaje de dolor insoportable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández F. 2005, *Asociación del dolor físico y la depresión*, *Psicopatología*, 25, 3y 4, (165-193).
- Blasco L.; Mallo M.; Mencia A.; Franch J.; Casaus P.; Peña J.; Labad A.; Gutiérrez-Zotes J.A.; Jarrod M. 2006, *Perfiles clínicos en pacientes con Fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica*, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (2): 112-122.
- Canoso, JJ. 2002, *Fibromialgia: ¿una enfermedad reumatológica?*, *Rev. Mex. Reumatolog*, 17 (2): 113-116.
- Carretero B.; Martín MJ.; Juan A.; Pradana ML.; Martín B.; Carral M.; Jimeno T.; Pareja A.; Montoya P.; Aguirre I.; Salva J.; Roca M.; Gili M.; Garcia-Toro M. 2009, *Low-Frequency Transcranial Magnetic Stimulation in Patients with Fibromyalgia and Major Depression*, *Pain medicine*, Mayo 4.
- Chappell AS.; Littlejohn G.; Kajdasz DK.; Scheinberg M.; D'Souza DN.; Moldofsky H. 2009, *A 1-year safety and efficacy study of duloxetine in patients with fibromyalgia*, *The clinical journal of pain*, 25(5):365-75.
- García-Campayo J.; Serrano-Blanco A.; Rodero B.; Magallón R.; Alda M.; Andrés E.; Luciano JV.; del Hoyo YL. 2009, *Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial*, *Trials*, Apr 23;10:24.
- Geisser ME.; Strader Donnell C.; Petzke F.; Gracely RH.; Clauw DJ.; Williams DA. 2008, *Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism*, *Psychosomatics*, May-Jun: 49(3):235-42.
- Gülec H.; Savar K.; Topbas M.; Karkucak M.; Ak I. 2004, *Alexithymia and anger in women with fibromyalgia syndrome*, *Turkish journal of psychiatry*, 15(3):191-8.
- Harris RE.; Zubieta JK.; Scott DJ.; Napadow V.; Gracely RH.; Clauw DJ. 2009, *Traditional Chinese Acupuncture and Placebo (Sham) Acupuncture Are Differentiated by Their Effects on mu-Opioid Receptors (MORs)*, *Neuroimage*, Junio 4.
- Huber A.; Suman AL.; Biasi G.; Carli G. 2009, *Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behaviour*, *Journal of psychosomatic research*, Mayo 66(5): 425-33.
- Kasper S. 2009, *The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient*, *Human psychopharmacology*, 24 Suppl 1:S25-30.
- Martínez F. 2005, *Dolor somatomorfo vs. Fibromialgia*, *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, nº 73.

- Martínez F.; Pérez I.; Cuatrecasas J.M.; Chamorro J.; Martí N.; Reig A. 2006, *Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis*, Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, nº 79/80.
- Nickel R.; Hardt J.; Kappis B.; Schwab R.; Egle UT. 2009, *Somatoform disorders with pain as the predominant symptom: Results to distinguish a common group of diseases*. Schmerz.
- Offenbächer M.; Stucki G. 2000, *Physical therapy in the treatment of fibromyalgia*, Scandinavian journal of rheumatology. Supplement, 113:78-85.
- Pascual A.; García J.; Lou S.; Ibáñez J.A. 2004, *Evaluación Psicométrica en Fibromialgia*, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, nº 71/72: 13-21.
- Pedrosa F.; Weigl M.; Wessels T.; Irnich D.; Baumüller E.; Winkelmann A. 2008, *Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia*, Psychosomatics, Mar-Apr;49(2): 115-22.
- Podolecki T.; Podolecki A.; Hrycek A. 2009, *Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns*, Polskie archiwum medycyny wewntrznej, 119(3):157-61.
- Rivera J. 2008, *Tratamiento farmacológico de la fibromialgia*, InfmTer Sist Nac Salud, 32: 107-115.
- Rose S.; Cottencin O.; Chouraki V.; Wattier JM.; Houvenagel E.; Vallet B.; Goudemand M. 2009, *Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia*, Presse médicale, 38(5):695-700.
- Sánchez E.; Pineda D.; Díaz E.; Guillén F.; Moreno N.; Montoso E.; Labajos MT. 2001, *Relevancia del abordaje biopsicosocial en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes psicosomáticos*, Psiquis, 22(3): 137-142.
- Sanz-Aránguez B. 2007, *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la Fibromialgia*, Medicine, 9(84): 5443-5445.
- Spaeth M.; Briley M. 2009, *Fibromyalgia: a complex syndrome requiring a multidisciplinary approach*, Human psychopharmacology, 24 Suppl 1:S3-10.
- Suman AL.; Biagi B.; Biasi G.; Carli G.; Gradi M.; Prati E.; Bonifazi M.2009, *One-year efficacy of a 3-week intensive multidisciplinary non-pharmacological treatment program for fibromyalgia patients*, Clinical and experimental rheumatology, Jan-Feb 27(1):7-14.
- Younger J.; Mackey S. 2009, *Fibromyalgia Symptoms Are Reduced by Low-Dose Naltrexone: A Pilot Study*, Pain medicine, Apr 22.

NOTAS Y AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento al Dr. José Luis Marín por toda la documentación aportada y sus oportunas orientaciones como tutor del trabajo y al Dr. Marcos Paulino, del servicio de reumatología del hospital general de ciudad real, por su colaboración en la búsqueda de los pacientes. Del mismo modo agradezco la colaboración a todos los pacientes que han intervenido en la realización de dicho trabajo y gracias a los cuales ha podido llevarse a término.

Manuscrito recibido: 13/10/2011

Revisión recibida: 01/12/2011

Manuscrito aceptado: 05/12/2011

[Trabajo fin de curso del título de Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud.]

ANEXOS

Tabla 1.A

EDAD

N Válidos	30
Perdidos	0
Media	49,6000
Mediana	51,5000
Moda	52,008.
Desv. típ.	8,70830
Varianza	75,834
Mínimo	29,00
Máximo	63,00

FIG. 1

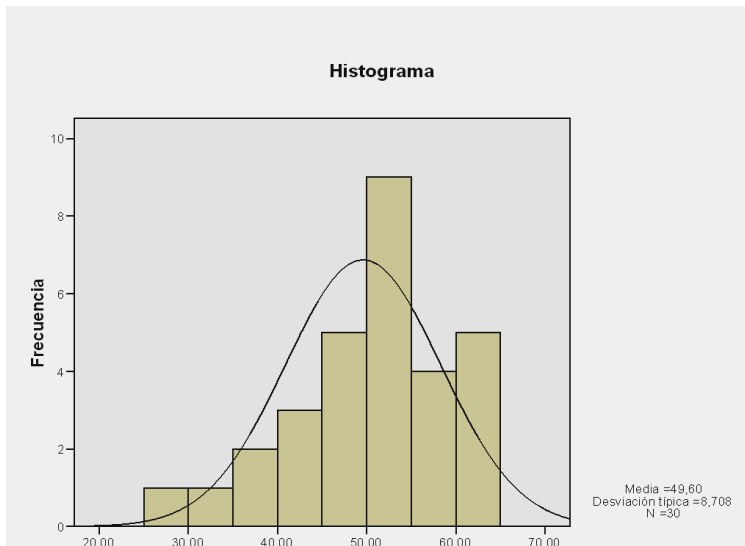


Tabla 1.B

SEXO

N Válidos	30
Perdidos	0

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1	3,3	3,3	3,3
	Mujer	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 2

TERAPIA PSCT

N	Válidos	30
	Perdidos	0

TERAPIA PSCT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	15	50,0	50,0	50,0
	No	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 3

ALEXIMTIMIA

N	Válidos	30
	Perdidos	0

ALEXIMTIMIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	60,0	60,0	60,0
	No	4	13,3	13,3	73,3
	Posible	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 4

S. SOMATICOS

N	Válidos	30
	Perdidos	0

S. SOMATICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	60,0	60,0	60,0
	No	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 5

RASGO PERS-

N	Válidos	30
	Perdidos	0

RASGO PERS-

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	6,7	6,7	6,7
	1	4	13,3	13,3	20,0
	3,0	1	3,3	3,3	23,3
	4	1	3,3	3,3	26,7
	5	10	33,3	33,3	60,0
	6	9	30,0	30,0	90,0
	7	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 6

DEPRESIÓN

N	Válidos	30
	Perdidos	0

DEPRESION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	3	10,0	10,0	10,0
	Leve	2	6,7	6,7	16,7
	Moderada	12	40,0	40,0	56,7
	Grave	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 7

DOLOR

N	Válidos	30
	Perdidos	0

DOLOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderado	12	40,0	40,0	40,0
	Fuerte	8	26,7	26,7	66,7
	Extenuante	4	13,3	13,3	80,0
	Insoportable	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 8

SALUD

N	Válidos	30
	Perdidos	0

SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mejor	2	6,7	6,7	6,7
	Igual	12	40,0	40,0	46,7
	Peor	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 9

APOYO SOCIAL

N	Válidos	30
	Perdidos	0

APOYO SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	4	13,3	13,3	13,3
	Un poco	4	13,3	13,3	26,7
	Moderado	9	30,0	30,0	56,7
	Considerable	6	20,0	20,0	76,7
	Ideal	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 10

ALEXIMTIMIA

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

ALEXIMTIMIA

TERA	PIA	PSCT		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Si		10	66,7	66,7	66,7
		No		1	6,7	6,7	73,3
		Posible		4	26,7	26,7	100,0
		Total		15	100,0	100,0	
No	Válidos	Si		8	53,3	53,3	53,3
		No		3	20,0	20,0	73,3
		Posible		4	26,7	26,7	100,0
		Total		15	100,0	100,0	

FIG. 2

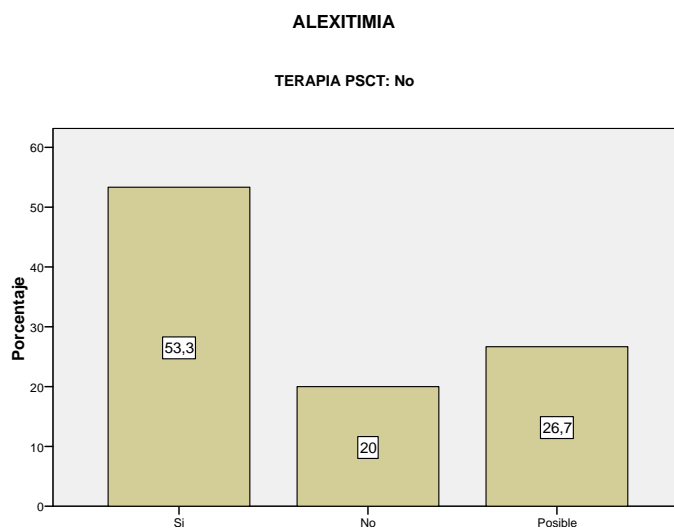
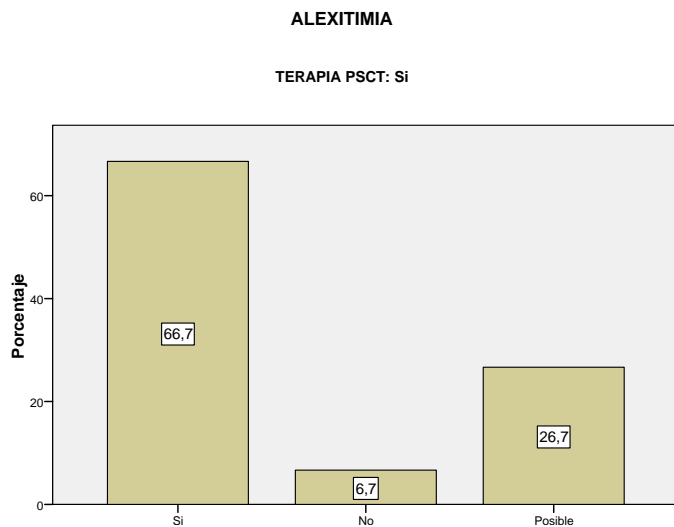


TABLA 11
S. SOMATICOS

Válidos	15
Perdidos	0
Válidos	15
Perdidos	0

S. SOMATICOS

TERAPIA PSCT			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Si	12	80,0	80,0	80,0
		No	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
No	Válidos	Si	6	40,0	40,0	40,0
		No	9	60,0	60,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

FIG. 3

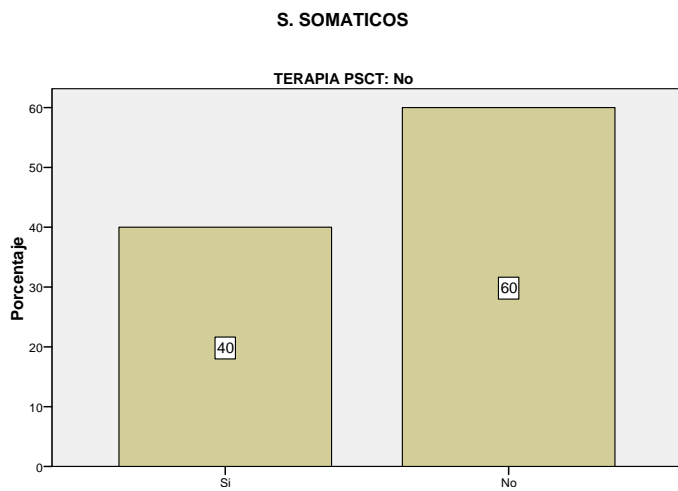
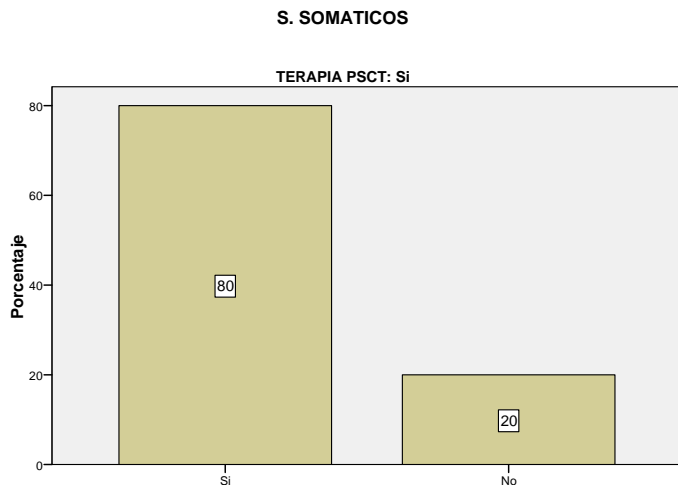


TABLA 12
RASGO PERS-

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

RASGO PERS-

TERAPIA PSCT		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	0	1	6,7	6,7
		1	3	20,0	26,7
		3,0	1	6,7	33,3
		4	1	6,7	40,0
		5	4	26,7	66,7
		6	5	33,3	100,0
	Total		15	100,0	100,0

No	Válidos	0	1	6,7	6,7	6,7
		1	1	6,7	6,7	13,3
		5	6	40,0	40,0	53,3
		6	4	26,7	26,7	80,0
		7	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

FIG.4

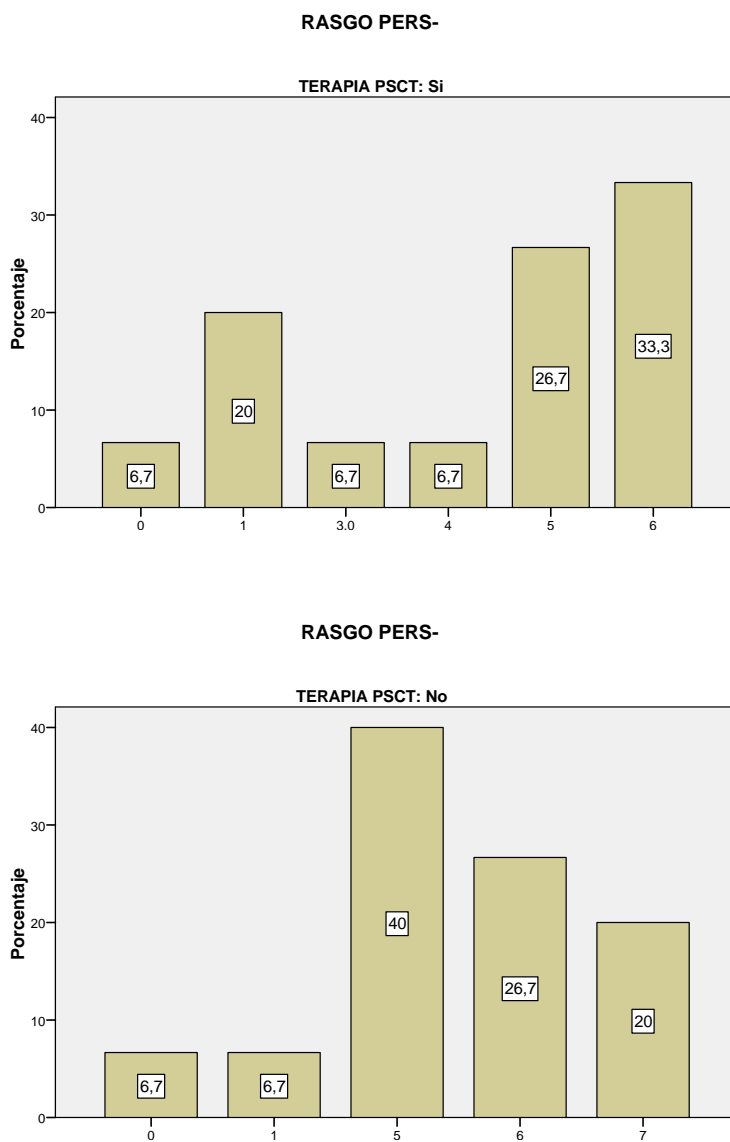


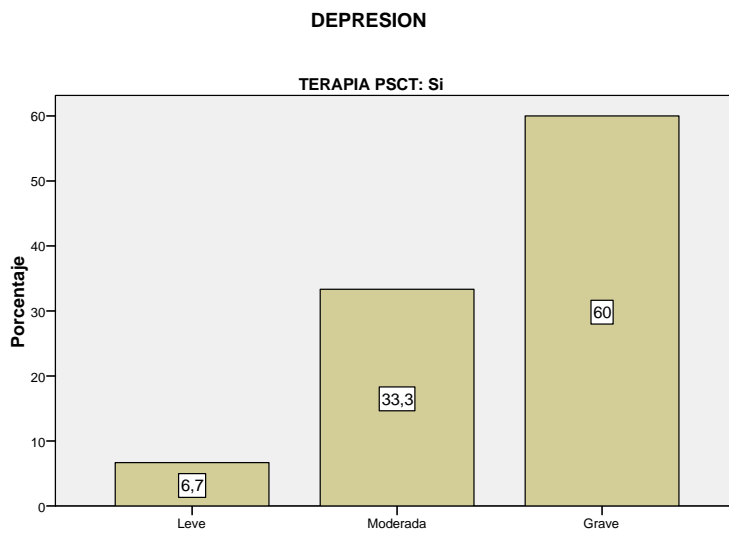
TABLA 13
DEPRESION

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

DEPRESION

TERAPIA PSCT			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Leve	1	6,7	6,7	6,7
		Moderada	5	33,3	33,3	40,0
		Grave	9	60,0	60,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
No	Válidos	Ausente	3	20,0	20,0	20,0
		Leve	1	6,7	6,7	26,7
		Moderada	7	46,7	46,7	73,3
		Grave	4	26,7	26,7	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

FIG.5



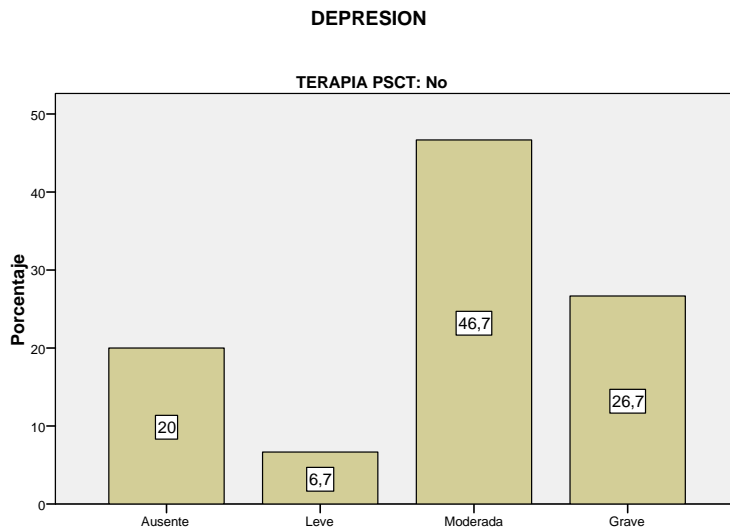


TABLA 14
DOLOR

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

DOLOR

TERAPIA PSCT			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Moderado	4	26,7	26,7	26,7
		Fuerte	5	33,3	33,3	60,0
		Extenuante	3	20,0	20,0	80,0
		Insoportabl	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
No	Válidos	Moderado	8	53,3	53,3	53,3
		Fuerte	3	20,0	20,0	73,3
		Extenuante	1	6,7	6,7	80,0
		Insoportabl	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

FIG. 6

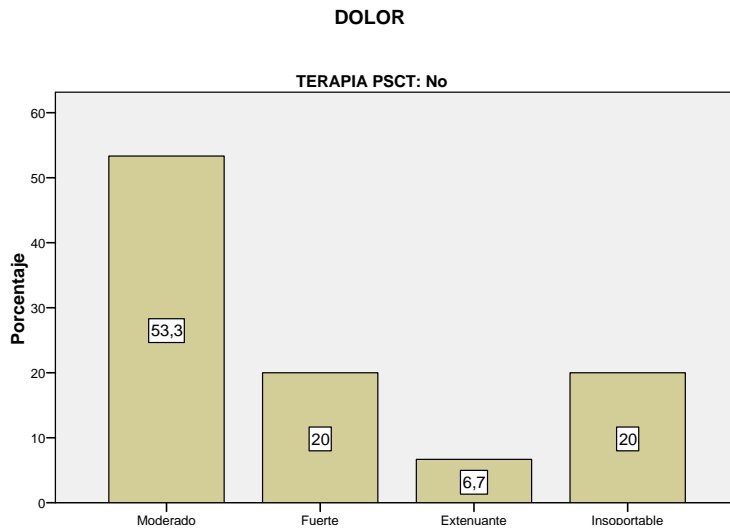
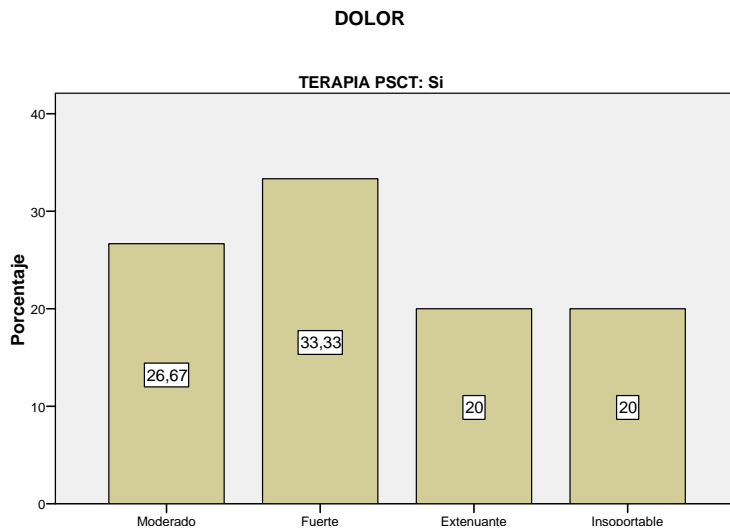


TABLA 15

SALUD

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

SALUD

TERAPIA PSCT		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Mejor	1	6,7	6,7
		Igual	7	46,7	46,7
		Peor	7	46,7	46,7

		Total	15	100,0	100,0
No	Válidos	Mejor	1	6,7	6,7
		Igual	5	33,3	40,0
		Peor	9	60,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0

FIG. 7

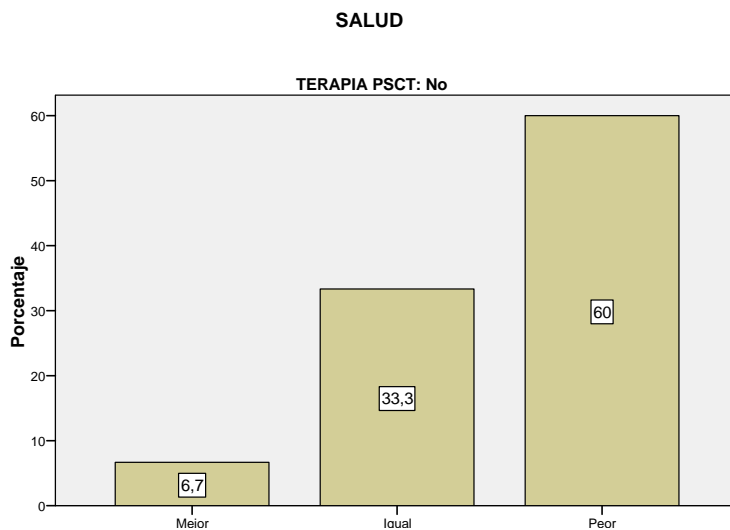
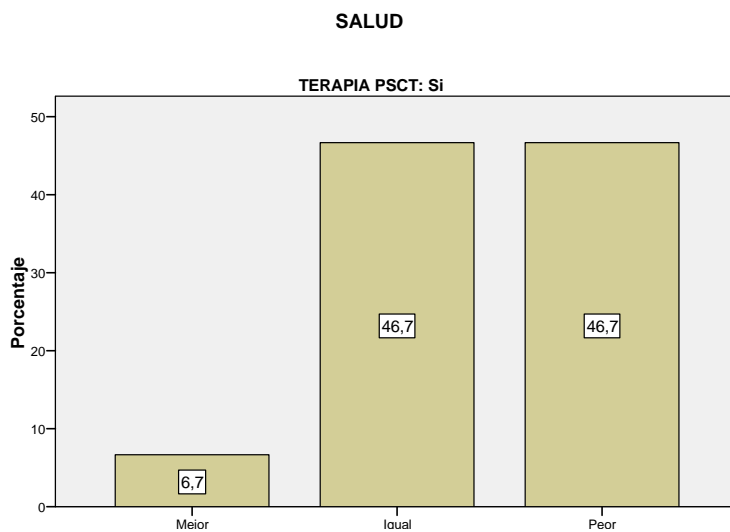


TABLA 16

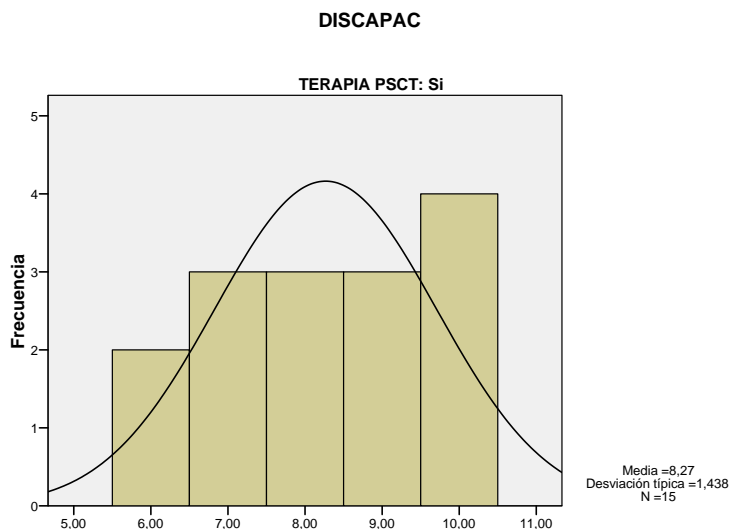
DISCAPAC

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

DISCAPAC

TERAPIA PSCT		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	6,00	2	13,3	13,3
		7,00	3	20,0	33,3
		8,00	3	20,0	53,3
		9,00	3	20,0	73,3
		10,0	4	26,7	100,0
		Total	15	100,0	100,0
No	Válidos	1,00	1	6,7	6,7
		3,00	1	6,7	13,3
		4,00	1	6,7	20,0
		5,00	5	33,3	53,3
		7,00	2	13,3	66,7
		8,00	2	13,3	80,0
		9,00	2	13,3	93,3
		10,0	1	6,7	100,0
		Total	15	100,0	100,0

FIG. 8 HISTOGRAMA



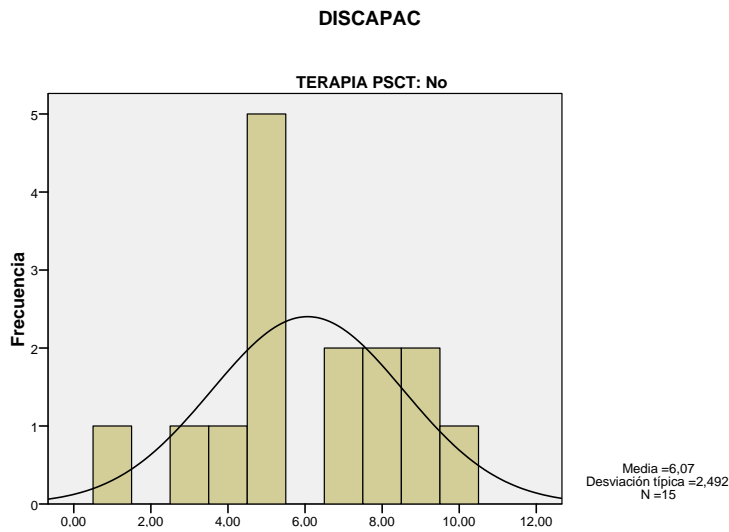


TABLA 17

DISCAPAC

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
		Media	8,2667
		Mediana	8,0000
		Moda	10,00
		Desv. típ.	1,4375
		Varianza	2,067
		Mínimo	6,00
		Máximo	10,00
N	N	Válidos	15
o		Perdidos	0
		Media	6,0667
		Mediana	5,0000
		Moda	5,00
		Desv. típ.	2,4918
		Varianza	6,210
		Mínimo	1,00
		Máximo	10,00

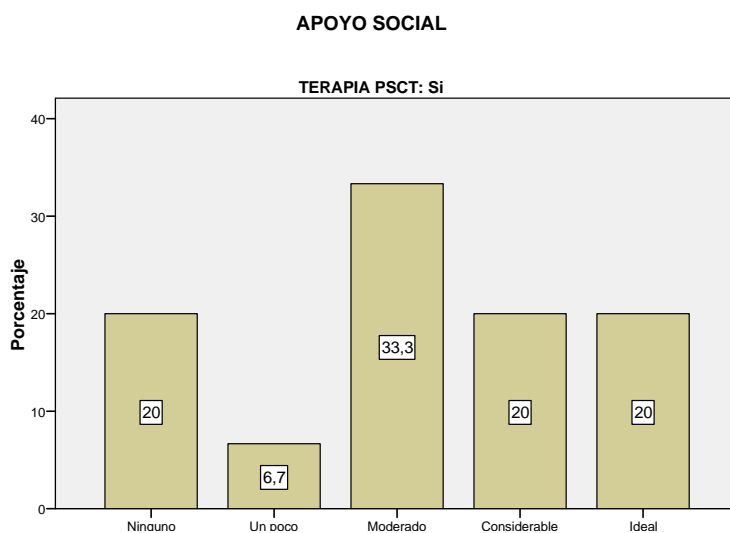
TABLA 18
APOYO SOCIAL

Si	N	Válidos	15
		Perdidos	0
No	N	Válidos	15
		Perdidos	0

APOYO SOCIAL

TERAPIA PSCT			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Ninguno	3	20,0	20,0	20,0
		Un poco	1	6,7	6,7	26,7
		Moderado	5	33,3	33,3	60,0
		Considerabl	3	20,0	20,0	80,0
		Ideal	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
No	Válidos	Ninguno	1	6,7	6,7	6,7
		Un poco	3	20,0	20,0	26,7
		Moderado	4	26,7	26,7	53,3
		Considerabl	3	20,0	20,0	73,3
		Ideal	4	26,7	26,7	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

FIG. 9



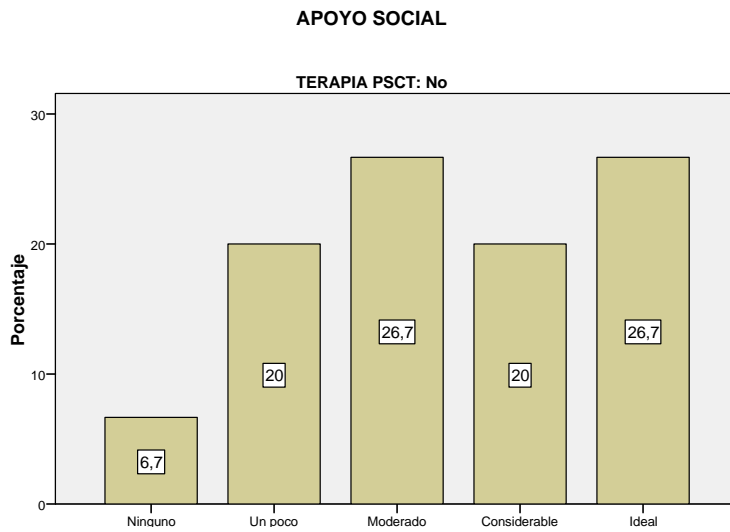


Tabla 19. A

Pruebas no paramétricas: Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	TERAPIA PSCT	N	Rango promedio	Suma de rangos
ALEXITIMIA	Si	15	14,77	221,50
	No	15	16,23	243,50
	Total	30		
S. SOMATICOS	Si	15	12,50	187,50
	No	15	18,50	277,50
	Total	30		
RASGO PERS-	Si	15	13,27	199,00
	No	15	17,73	266,00
	Total	30		
DEPRESION	Si	15	18,53	278,00
	No	15	12,47	187,00
	Total	30		

DOLOR	Si	15	17,23	258,50
	No	15	13,77	206,50
	Total	30		
SALUD	Si	15	14,57	218,50
	No	15	16,43	246,50
	Total	30		
DISCAPAC	Si	15	19,53	293,00
	No	15	11,47	172,00
	Total	30		
APOYO SOCIAL	Si	15	14,77	221,50
	No	15	16,23	243,50
	Total	30		

TABLA 19.B

Estadísticos de contraste

	S. ALEXITIMIA	S. SOMATICOS	RASGO PERS-	DEPRESION	DOLOR	SALUD	DISCAPAC	APOYO SOCIAL
U de Mann-Whitney	101,500	67,500	79,000	67,000	86,500	98,500	52,000	101,500
W de Wilcoxon	221,500	187,500	199,000	187,000	206,500	218,500	172,000	221,500
Z	-,522	-2,198	-1,438	-2,042	-1,132	-,655	-2,538	-,468
Sig. asintót. (bilateral)	,602	,028	,150	,041	,258	,512	,011	,639
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,653	,061	,174	,061	,285	,567	,011	,653

TABLA 19.C

Prueba T

Estadísticos de grupo

	TERAPIA		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	PSCT	N			
EDAD	Si	15	48,7333	9,25409	2,38939
	No	15	50,4667	8,35692	2,15775

TABLA 19.D

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
EDAD	Se han asumido varianzas iguales	1,106	,302	-,538	28	,595	-1,73333	3,21948	-8,32815	4,86148
	No se han asumido varianzas iguales			-,538	27,714	,595	-1,73333	3,21948	-8,33122	4,86455

TABLA 20

ALEXITIMIA		S. SOMATICOS		DEPRESION	DOLOR
Si	N	Válidos	18	18	18
		Perdidos	0	0	0
No	N	Válidos	4	4	4
		Perdidos	0	0	0
Posible	N	Válidos	8	8	8
		Perdidos	0	0	0

TABLA 21

Tabla de frecuencia

S. SOMATICOS

ALEXITIMIA		Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Si	Válidos	Si	12	66,7	66,7
		No	6	33,3	100,0
		Total	18	100,0	100,0
No	Válidos	Si	1	25,0	25,0
		No	3	75,0	100,0
		Total	4	100,0	100,0
Posible	Válidos	Si	5	62,5	62,5
		No	3	37,5	100,0
		Total	8	100,0	100,0

TABLA 22

DEPRESION

ALEXITIMIA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	Válidos	Leve	2	11,1	11,1	11,1
		Moderada	6	33,3	33,3	44,4
		Grave	10	55,6	55,6	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
No	Válidos	Ausente	1	25,0	25,0	25,0
		Moderada	1	25,0	25,0	50,0
		Grave	2	50,0	50,0	100,0
		Total	4	100,0	100,0	
Posible	Válidos	Ausente	2	25,0	25,0	25,0
		Moderada	5	62,5	62,5	87,5
		Grave	1	12,5	12,5	100,0
		Total	8	100,0	100,0	

TABLA 23

DOLOR

ALEXITIMIA			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	Válidos	Moderado	7	38,9	38,9	38,9
		Fuerte	3	16,7	16,7	55,6
		Extenuante	3	16,7	16,7	72,2
		Insoportable	5	27,8	27,8	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
No	Válidos	Moderado	1	25,0	25,0	25,0
		Fuerte	1	25,0	25,0	50,0
		Extenuante	1	25,0	25,0	75,0
		Insoportable	1	25,0	25,0	100,0
		Total	4	100,0	100,0	
Posible	Válidos	Moderado	4	50,0	50,0	50,0
		Fuerte	4	50,0	50,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	

FIG. 10

