



FIBROMIALGIA: SU CORRELACIÓN CON ALEXITIMIA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

FIBROMYALGIA: CORRELATION TO ALEXITHYMIA, DEPRESSION AND ANXIETY

Alfredo Rodríguez del Álamo (1); Rosa Álvarez Raña (1); Víctor Argiz Vilar (2); Fuensanta Hilario Vera (3).

(1) Clínica Mèdica Sierra, Guadarrama, España.

(2) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

(3) Centro de Valoración Oña, Madrid, España.

Alexitimia. Ansiedad. Depresión. Fibromialgia.

Alexithymia. Anxiety. Depression. Fibromyalgia.

RESUMEN:

Objetivos: Estudiar la dimensión "alexitimia" como variable en pacientes con fibromialgia.

Material y Métodos: Escala de Alexitimia de Toronto de 20 elementos (TAS-20) y Escala de Ansiedad-Depresión de Hamilton (HADS) aplicadas a 30 pacientes de centros clínicos. Media (X), desviación típica (DT), porcentaje de positivos (%), prueba de Kolmogorov-Smirnov, prueba t de Student con $p < 0.05$ e índice r de correlación lineal de Pearson.

Resultados: el nivel de alexitimia de los pacientes se distribuye según una variable de distribución normal N con $X=69.33$ y $DT=8.40$ y su media es estadísticamente superior al de la población general, con un 80% de casos positivos. La alexitimia y la depresión clínica muestran relación directa y positiva, $r=+0.72$ y la alexitimia y la ansiedad muestran asimismo relación $r=+0.58$.

Conclusiones: La fibromialgia correlaciona con alta alexitimia, moderada depresión y ligera ansiedad.

ABSTRACT:

Objectives: Assess "Alexithymia" as a personality variable in patients with fibromyalgia.

Material and Methods: Alexithymia Toronto Scale 20-items (TAS-20) and Hamilton Anxiety-Depression Scale (HADS) applied to 30 subjects. Mean (X), standard deviation (SD), positive cases percentage (%), Kolmogorov-Smirnov test, t-Student test accepting $p < 0.05$, and Pearson's correlation index.

Results: Patients's alexithymia level is a normal variable with $X=69.33$ and $SD=8.40$, positive cases 80%, and it gets statistically significant magnitude compared with general population. Alexithymia and both depression and clinical anxiety showed a positive lineal correlation, $r=+0.72$ and $r=+0.58$.

Conclusions: Fibromyalgia shows increased alexithymia and depression-anxiety.

Introducción

Según el Colegio Americano de Reumatología (1) la fibromialgia, también conocida como fibrositis, fibromiositis, reumatismo hiperàlgico, trastorno por dolor crónico y otros términos afines, resulta ser un trastorno no fácil de diagnosticar, con sintomatologías plural y variable según pacientes, etiología aun sin elucidar y sin un tratamiento resolutivo y específico científicamente validado. De hecho, se discute si la fibromialgia es realmente una entidad nosológica por si misma, o si el término representa meramente un síndrome que engloba, por agrupación de síntomas, a un variado número de enfermedades con distinto origen (reumático, neurológico, autoinmune, psicofisiológico) (2). Diferentes autores o bien catalogan directamente a las patologías afines a la fibromialgia como enfermedades psicosomáticas, o bien aceptan que importantes factores psicosomáticos colaboran, entre otros, en el surgimiento o en el mantenimiento de este tipo de trastornos (3,4).

El síntoma diana principal, sin el cual no puede realizarse el diagnóstico de fibromialgia (5), consiste en dolores musculares o músculoesqueléticos persistentes, de intensidad variable según los días pero de moderados a intensos. Tales dolores no pueden estar justificados médicamente por otra dolencia clínicamente diagnosticada, y deben manifestarse al presionar levemente (hiperestesia) 11 de 18 puntos anatómicos clave ("puntos gatillo o sensibles") distribuidos por toda la superficie corporal, tales como cuello, hombros, codos, zona lumbo-sacra, glúteos, rodillas, etc. Estos dolores empeoran con el esfuerzo, el estrés psíquico, el frío, el clima húmedo, la falta de sueño, ciclo menstrual y embarazo, y otros factores tal como alimentarios o consumo de ciertos fármacos.

Otros síntomas frecuentemente asociados en la fibromialgia son (6,7): cansancio crónico no ligado al esfuerzo, fasciculaciones (espasmos musculares), rigidez muscular sobre todo matutina, artritis, cefaleas y migrañas, tensión mandibular, mala coordinación motora, baja energía (astenia), trastornos del sueño (despertares frecuentes nocturnos, sueño no reparador, somnolencia residual diurna, pesadillas), vértigos y mareos, enfermedad de Rynaud, hipersensibilidad a ciertos sonidos, luces u olores en especial si son fuertes; picores y parestesias en brazos y piernas, intestino irritable y meteorismo, urgencia miccional, etc. Asimismo la fibromialgia se asocia a trastornos psicológicos tales como estados depresivos (tanto previos a la aparición del cuadro, como concurrentes con el mismo), crisis de angustia, hipocondría (8), problemas laborales (por bajo rendimiento, bajas frecuentes y despidos), problemas de pareja y rupturas matrimoniales, sentimientos de fracaso personal y de no ser comprendido el paciente por nadie (9), apatía y abulia, problemas de la concentración y de la memoria a corto plazo y de la memoria de trabajo, momentos de baja claridad mental.

El paciente tarda en ser diagnosticado, como media, de cuatro a ocho años, después de un peregrinar de especialista a especialista y de someterse a múltiples pruebas que dan resultados negativos o inespecíficos. De hecho, no hay hoy día ninguna prueba de laboratorio o de radioimagen que sea diagnóstica y concluyente (10). Por ello el número real de personas con fibromialgia se desconoce, ya que es un trastorno infradiagnosticado. Se estima (11) que su incidencia ronda el 4-6% de la población general, mayoritariamente mujeres (unas diez veces más que hombres), adultas (entre 25 y 55 años de edad, con media de 43 años), de clara tendencia a la cronicidad con periodos de exacerbación de síntomas, llegando a ser la enfermedad invalidante para la realización de las tareas cotidianas habituales domésticas o laborales en un 30-60% de los pacientes según autores.

Las causas de la fibromialgia no están bien elucidadas, y pueden ser variadas. En unos casos se supone una contribución genética (12), ya que hay agrupamientos familiares de pacientes con fibromialgia (13) y trastornos de espectro afín; pero lo más frecuente son los casos esporádicos. Se han descrito alteraciones neurológicas inespecíficas (14) talámicas, hipocámpicas y del lóbulo frontal, así como de la bioquímica cerebral central y/o neuromuscular periférica que incluye cifras anómalas de la serotonina y otras aminas cerebrales, la sustancia P, de la enzima COMT, del aminoácido triptófano. Asimismo entre los factores predisponentes o causales se encuentran los propios de los trastornos reumatoides y de los de origen autoinmune (15), tales como alteraciones de los anticuerpos antipoliméricos. En ciertos pacientes aparece el síndrome fibromiálgico como una respuesta inicial y que luego se hace crónica por alergia a vacunas, cosméticos, metales

(odontológicos, implantes quirúrgicos, piercings), e incluso a alimentos o medicamentos (16). El estrés psicológico y fisiológico se aduce que puede jugar un importante papel en algunos otros casos, ya que la fibromialgia a veces surge de repente tras haber sufrido el paciente un disgusto, un trauma, o un accidente o enfermedad (por ejemplo tras padecer infección viral o bacteriana). Sin embargo, en un 30-50% de los casos no se puede encontrar ninguna anomalía que justifique, siquiera lejanamente, la aparición de la fibromialgia en un paciente en concreto (17).

No existe un tratamiento resolutorio y específico para la fibromialgia (18,19,20,21). Los medicamentos antiinflamatorios y los analgésicos solo son moderadamente eficaces. Se suelen recetar variados coadyuvantes para el dolor y otros síntomas de la fibromialgia tales como tricíclicos (amitriptilina), serotoninérgicos y afines (duloxetina, milnacipran), antiepilépticos (pregabalina, gabapentina, clonacepam), relajantes musculares (ciclobenzaprina, benzodiacepinas), otros varios (clometiazol, carbamacepina, citicolina, carnitina...). La fitoterapia incluye el uso de extractos de hipérico y ginko biloba, con resultados leves en algunos casos y no bien contrastados científicamente. Cierta número de pacientes parece que se beneficia en algún grado de terapias complementarias tales como la acupuntura, la magnetoterapia, la estimulación transcraneal, etc. De forma sistemática se ha encontrado que el ejercicio moderado alivia los síntomas de la fibromialgia, por lo que es inexcusable establecer un programa de actividades físicas ligeras diarias (22,23) tales como realizar paseos, natación, ejercicios aeróbicos, estiramientos de fisioterapia, tai-chi, yoga etc. El apoyo psicológico y de pareja es importante, ya que esta enfermedad es crónica y no tiene cura, y todo el entorno familiar debe adaptarse a las limitaciones y necesidades del paciente (24). El asociacionismo puede ser un valioso recurso para mejorar la calidad de vida del paciente con fibromialgia, al aportar información comprensible sobre su enfermedad, ofrecer terapias complementarias a precios accesibles, romper el aislamiento con los grupos de apoyo mutuo (GAMA) y dar orientación psicosocial y sobre los posibles recursos institucionales (ayudas y subvenciones estatales y comunitarias).

El presente trabajo se enmarca en el siguiente contexto: el de la valoración en pacientes ya diagnosticados de fibromialgia, del grado de afectación emocional de una variable psicológica que se ha venido relacionando clásicamente con los trastornos psicósomáticos: la alexitimia. Los objetivos operativos de nuestra investigación son tres: 1- el estudio de la variable "alexitimia" en una muestra de pacientes fibromiálgicos y comparar sus valores con los de la población general, 2- correlacionar el nivel de alexitimia de este grupo con el grado de depresión y ansiedad clínica que muestran, y 3- extraer conclusiones aplicables a la Psicósomática.

Material y método

Sujetos: La muestra corresponde a 30 pacientes diagnosticados clínicamente de fibromialgia, obtenidos de las consultas de un hospital, una clínica privada y una asociación de enfermos. **Distribución por sexos:** 28 (93%) son mujeres y 2 (7%) son varones. **Edades:** el rango de edad de los sujetos abarca desde los 26 hasta los 55 años, media (sin meses) 36 años de edad, moda 33 años. **Estado de la enfermedad:** 7 pacientes muestran fibromialgia con síntomas moderados (23%), 14 con síntomas avanzados (47%), y 9 con síntomas invalidantes (30%). **Tratamiento psicofarmacológico:** 23 personas (80%) estaban tomando algún tipo de antidepressivo, ansiolítico, hipnótico o psicótropo (incluyendo anticomiciales).

Instrumentos de medida:

- Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20 (25,26), autoaplicada, 20 ítems, puntuación mínima 0 y máxima 100 puntos, distribución normal N con $X=45$ y $DT=15$ sobre población general para validación de $n=196$, punto de corte en > 59 .
- Escala de ansiedad-depresión de Hamilton HADS (27), autoaplicada, 14 ítems, puntuación mínima 0 y máxima 42 puntos escala total, máximas 21 puntos subescalas de depresión y de ansiedad, punto de corte en > 8 .

Estadísticos:

- Media (X) y desviación típica (DT) de las puntuaciones obtenidas en el TAS-20. Proporción de pacientes que dan positivo en la escala TAS-20.

FIBROMIALGIA: SU CORRELACIÓN CON ALEXITIMIA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

- Prueba de Kolmogorov-Smirnov de ajuste a la curva normal, con $p < 0.05$.
- Prueba "t" de Student con $p < 0.05$ de contraste unilateral, para comprobar: 1-si la media de la variable "alexitimia" en nuestra muestra medida con la TAS-20 es significativamente superior a la media de dicha variable en la población general.
- Pruebas "r" de Pearson de correlación lineal entre las puntuaciones obtenidas en cada sujeto con la TAS-20 y la HADS, para comprobar si hay relación entre aumento de alexitimia y aumento de los niveles de depresión y de ansiedad clínica.

Resultados

El número de sujetos que sobrepasaron el punto de corte de la TAS-20 es de 24 personas, el 80% de la muestra. Las medias y desviaciones típicas obtenidas en el TAS-20 son las siguientes: $X=69.33$ y $DT=8.40$.

El resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, D, W_h para $p < 0.05$, $5.70 < 5.99$, permite usar estadísticos paramétricos al ajustarse los datos suficientemente a una distribución normal, N , a pesar del bajo número de sujetos ($n=30$).

La prueba t de Student al comparar los resultados del TAS-20 obtenidos en nuestra muestra con los datos normativos del cuestionario para un nivel de confianza de $p < 0.05$ indica que $T > t$ ya que $9.08 > 1.653$ por lo que se supera el nivel de significación estadística y se puede afirmar la diferencia de medias entre ambas poblaciones, a favor de la muestra de pacientes fibromiálgicos. La probabilidad de que un sujeto extraído al azar en nuestra muestra de pacientes sea más alexitímico que un sujeto extraído al azar de la población general es de 0.9207.

El índice r de correlación de Pearson entre las puntuaciones de los 30 sujetos obtenidos en las pruebas TAS-20 y HADS obtiene un valor de +0.72 en la subescala de depresión, y de +0.58 en la subescala de ansiedad, indicando una moderada correlación lineal y positiva entre ambas pruebas, sobre todo en el caso de alexitimia-depresión.

Comentarios

Se conoce como alexitimia a una dimensión de la personalidad que hace relación a las dificultades para procesar cognitivamente las emociones (28,29) y que se caracteriza básicamente por: 1) déficit marcado en primero identificar y luego describir con palabras los propios sentimientos, 2) dificultad para discriminar entre sentimientos y las sensaciones corporales que los acompañan, 3) pobreza de vida mental y restricción de la imaginación y fantasía y 4) estilo de pensamiento orientado a los eventos exteriores y concretos, con limitaciones para la introspección. Se ha descrito que la alexitimia correlaciona con dificultades para la empatía (ponerse adecuadamente en la situación del otro y entender lo que le está pasando), con comportamientos peculiares sin poderlos relacionar con sus propias motivaciones emocionales subyacentes y con el establecimiento de relaciones sociales estereotipadas bien de dependencia o bien de aislamiento (30,31,32).

De especial importancia es recalcar que diferentes autores han estudiado la alexitimia en relación con numerosos trastornos psicósomáticos (33,34) tales como asma, anorexia o bulimia, hipertensión, colon irritable, cefaleas, etc., y asimismo con la vulnerabilidad ante la ansiedad o la depresión o con el incremento de la irritabilidad (35), y con el hecho de mostrar una capacidad disminuida de la respuesta adaptativa ante situaciones estresantes. En este sentido, nuestro estudio apunta a que un alto número de pacientes diagnosticados de fibromialgia (8 de cada 10) muestran unos niveles de alexitimia estadísticamente superiores a los de la población general, pudiendo sumarse por ello la fibromialgia a la lista de enfermedades potencialmente psicósomáticas. Sin embargo a priori no se puede asegurar la dirección de la causalidad: si es que las personas previamente más alexitímicas son tendentes, por su propia estructura de personalidad y sus mecanismos de defensa psicobiológicos, a desarrollar más enfermedades psicósomáticas (entre ellas la fibromialgia), o es que si los pacientes ya fibromiálgicos terminan desarrollando más rasgos alexitímicos de personalidad debido al incremento de los estresores negativos sufridos durante esta enfermedad (dolores continuos, limitaciones funcionales, incompreensión del medio familiar y social,

ausencia de diagnóstico claro, falta de remedios eficaces, cronicidad, etc).

Es relevante por ello señalar que la alexitimia puede ser primaria o secundaria (36,37). La alexitimia primaria se considera un rasgo estable de la personalidad, el sujeto siempre ha sido así desde niño, y se relaciona etiológicamente o bien con déficits neurológicos tales como una insuficiente conexión interhemisférica o alteraciones de los circuitos neuronales de feedback entre el neocórtex frontal y el sistema límbico (38), o bien con una falla en la educación emocional temprana del infante al haber sido educado por una familia y un entorno propenso a la coartación de los sentimientos y a la ausencia de aprendizaje básico de introspección emocional a nivel profundo. La alexitimia secundaria, por su parte, se considera adquirida en un momento dado de la vida del sujeto, ya que es reactiva a una situación estresante o traumática sobre la que la persona no tiene control, tal como el haber sufrido una enfermedad grave, violación o secuestro, acciones de guerra, inmigración, etc. (39), considerándose el incremento de la alexitimia secundaria una reacción defensiva frente a los afectos negativos desbordantes del trauma sentidos como inmanejables (40).

Hay que apuntar que la alexitimia es así mismo modulada por factores socioculturales: la cultura oriental (China, Japón) favorece la alexitimia frente a la cultura occidental (EE.UU, Europa) (41); los hombres educados en modelos tradicionales sexistas son más alexitímicos que las mujeres (42); y hoy día van surgiendo datos que permiten inferir que la alexitimia es, cuanto menos parcialmente, un valor familiar transmisible (43): los hijos de padres alexitímicos que sobrevaloran la alexitimia muestran una personalidad más acentuada en este rasgo que hijos de familias donde el control emocional no se valora tanto.

Otro punto a desarrollar es el dato acerca de que en nuestra muestra aparece relación positiva entre el nivel de alexitimia y el de depresión y ansiedad, en especial a mayor depresión también mayor alexitimia. En éste sentido hacemos notar el alto porcentaje de pacientes que toman un psicofármaco, el 80% del total de la muestra. La citada relación entre alexitimia y depresión-ansiedad ha sido detectada en numerosos estudios (44,45) aunque la relación causal tampoco es fácil de dilucidar a priori en este caso: bien podría ser que la difícil situación de padecer fibromialgia sea el motor tanto del incremento de la depresión ansiosa y de la alexitimia, o que haya unos fundamentos neurobiológicos cerebrales comunes involucrados (covariación sin relación directa de causa-efecto entre estas dos dimensiones), o bien podría ser que el incremento del malestar psicológico (estrés, depresión, ansiedad) sea el que genere directamente el aumento del estado alexitímico (46).

Al existir un aumento de la alexitimia en los pacientes fibromiálgicos, se puede considerar como posible el incremento paralelo de una serie de fenómenos psicológicos (47) que se vinculan a la alta alexitimia, pudiéndose citar los siguientes:

- Los pacientes podrían mostrar disminución de la empatía y aumento de la esquizoidia, es decir que no van a poder ponerse fácilmente en el lugar de su pareja o familia, no entenderán bien las reacciones de ellos frente a su enfermedad y requerimientos, y tenderán a sentirse aislados y a "atrincherarse" egocéntrica y airadamente frente a su propia familia, el estamento médico y otras personas (48), con reacciones de desconfianza y victimismo a veces de tinte paranoide.
- Igualmente los fibromiálgicos podrían ver disminuidas sus capacidades cognitivas para el autocontrol racional de sus afectos, siendo más vulnerables al miedo, la ansiedad, la depresión, etc. A su vez éstos estados afectivos no bien reconocidos ni integrados pueden fácilmente enturbiar el buen juicio e inhibir la claridad en la toma de decisiones (49,50) en momentos clave de la enfermedad, por ejemplo en lo tocante al futuro laboral.
- La impulsividad igualmente se puede ver incrementada (51) en los fibromiálgicos, aumentando entonces los roces con el cónyuge e hijos, realizando comportamientos sin la demora adecuada para la reflexión que a medio-largo plazo pueden ser negativos para sus propios intereses. En este sentido, apuntamos la alta tasa de separaciones o divorcios entre estos pacientes.

Si se detecta en un paciente con fibromialgia un nivel alto de alexitimia, es por ello inexcusable una

intervención terapéutica tanto a nivel farmacológico como psicológico individual o/y familiar (52,53,54) ya que la disminución de la alexitimia de tipo secundaria redundaría en una previsible optimización de los recursos mentales del paciente para enfrentarse al proceso crónico de su enfermedad y evitar problemas personales y familiares.

Conclusiones

- a- En nuestra muestra de pacientes con fibromialgia un alto número de ellos, el 80%, muestran un nivel de alexitimia estadísticamente superior al de la población general.
- b- Asimismo, los fibromiálgicos más alexitimicos están más deprimidos y ligeramente más ansiosos (correlación positiva lineal marcada entre las puntuaciones de alexitimia y depresión, y sólo ligera entre alexitimia y ansiedad).
- c- Nuestro estudio no permite dilucidar si la alexitimia incrementada en el grupo fibromiálgico, es de naturaleza primaria (anterior crónica) o secundaria (reactiva) o mixta.
- d- Dado el alto grado de comorbilidad detectado en este y otros estudios, resulta recomendable considerar como necesario el apoyo o/y terapia psicológica a los pacientes con fibromialgia en las siguientes áreas: incremento de la alexitimia, trastornos afectivos y emocionales, y otros problemas cognitivos y sociofamiliares.

Bibliografía.

- 1- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
- 2- Millea PJ, Halloway RL. Fibromyalgia. *Am Fam Physician* 2000; 1: 32-8.
- 3- Nemiah J, Sifneos PE. Psychosomatic illness. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1970; 18: 154-60.
- 4- Alexander F, French T, Pollock G. Psychosomatic specificity. Chicago: UCH Press; 1968.
- 5- Boulware DW, Schmid LD, Baron M. The fibromyalgia síndrome. *Postgrad Med* 1990; 87 (2): 211-4.
- 6- Reiffenberg D, Amundon L. Síndrome de fibromialgia: una revisión. *Am Fam Physician (ed española)* 1997; 4 (4): 195-202.
- 7- Yunus MB. Fibromyalgia syndrome. *BMJ* 1998; 298: 474-5.
- 8- Goldberg DL. Psychiatric and psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 105-14.
- 9- Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, von Knorring L. The impact of life events in female patients with fibromyalgia. *Eur Psychiatry* 2000; 15 (5): 33-41.
- 10- Hench PK. Fibromyalgia, diagnosis and management. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 115-34.
- 11- Collado A. Fibromialgia, una enfermedad más visible. *Rev Soc Esp Dolor* 2008; 8 (15): 517-20.
- 12- Buskila D, Sarzi P, Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2006; 8 (5): 218-20
- 13- Arnold LM, Hudson JL, Hess E. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50 (3): 944-52.
- 14- Russell IJ. Neurohormonal aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 149-67.
- 15- Caro X. Is there an immunologic component to the fibrositis syndrome? *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 169-86.
- 16- Laylander JA. A nutrient/toxin interaction theory of the etiology and pathogenesis of chronic pain-fatigue syndromes, part II. *J Chronic Fatigue Syndrome* 1999; 5 (1): 93-126.
- 17- Reiffenberg D, Amundon L. Síndrome de fibromialgia: una revisión. *Am Fam Physician (ed española)* 1997; 4 (4): 195-202.
- 18- Villanueva VL, Valià G, Cerdà V, Monsalve MJ, Bayona J, de Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11 (7): 430.43.

- 19-Calbrese L, Danao T, Camara E, Wilke W. Therapy of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Am Fam Physician* 1992; 45: 1205-13.
- 20-Abeles M, Solitar BM, Pillinger MH. Update on fibromyalgia therapy. *Am J Med* 2008; 121: 555-61.
- 21-CSmythe HA. Studies on fibromyalgia: future directions. *Br J Rheum* 1995; 6: 143-50.
- 22-McCain GA, Bell D, Mai FM, Halliday P. A controlled study of the effects of a supervised fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 1135-41.
- 23-Bennett RM, Clark S, Goldberg L, Nelson D, Bonafede RP, Porter J et al. Aerobic fitness in patients with fibrositis. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 454-60.
- 24-Goldenberg DL. Multidisciplinary modalities in the treatment of fibromyalgia. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 30-4.
- 25-Moral de la Rubia J, Retamales R. Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20 en una muestra española. *Psicología.com* [revista electrónica] 2000 Enero [citado 14 Agosto 2002]; 4 (1) [31 screens]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psicología/vol4num1/art_4.htm
- 26-Pérez H, Cortés J, Ortíz S, Peña J, Ruiz J, Díaz A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental* 1997; 20 (3): 30-4.
- 27-Conde V, Valverde, JI. Escalas de evaluación para sintomatología psicopatológica en trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn-Farma; 1984.
- 28-Otero J. Alexitimia: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999; 72: 587-96.
- 29-Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1991; 32 (2): 153-64.
- 30-Otero J. Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Aperturas Psicoanalíticas* [revista electrónica] 2000 Abril [citado 1 Mayo 2000]; 4 [35 screens]. Disponible en: URL: <http://www.aperturas.org/4otero.html>.
- 31-Páez D, Casullo MM. Cultura y alexitimia. Barcelona: Paidós; 2000.
- 32-Fernández VM. Alexitimia. *Elementos* 1999; 35 (6): 25-7.
- 33-Von-Rad M. Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1984; 42: 80-9.
- 34-Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatics patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973; 28: 255-62.
- 35-Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P. Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis* 1996; 17 (1): 37-45.
- 36-Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ. Alexithymia, state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1992; 58: 91-6.
- 37-Taylor GJ. Alexithymia, state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1993; 60: 211-2.
- 38-Houtveen JH, Bermond B, Elton MR. Alexithymia, a disruption in a cortical network. An EEG power and coherence analysis. *Journal of Psychophysiology* 1997; 11 (2): 147-57.
- 39-Wise TN, Mann LS, Mitchel JD, Hryvniak M, Hill B. Secondary alexithymia: an empirical validation. *Comprehensive Psychiatry* 1990; 31 (4): 284-8.
- 40-Myers LB. Alexithymia and repression: the role of defensiveness and trait anxiety. *Personality and Individual Differences* 1995; 19 (4): 489-92.
- 41-Páez D, Casullo MM. Cultura y alexitimia. Barcelona: Paidós; 2000.
- 42-Fischer AR, Good GE. Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997; 34 (2): 160-70.
- 43-Espina A, Ortego MA, Ochoa I, Alemán A. Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 2001; 17 (1): 139-49.
- 44-Martínez-Sánchez F, Sánchez JA, Castillo JC, Gordillo E, Ortíz B. Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis* 1997; 17 (1): 46-52.
- 45-Hendryx MS, Havilland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment* 1991; 56: 227-37.
- 46-Deary, I.J., Scott, S. y Wilson, J.A. Alexithymia, neuroticism and medically unexplained symptoms. *Personality Individual Differences* 1997; 22 (4): 551-64.

- 47-Goldberg DL. Psychiatric and psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 105-14.
- 48-Lesser IM, Ford CV, Friedman CTH, Alexithymia in somatising patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1: 256-61.
- 49-Barenbaum H, Prince JD. Alexithymia and the interpretation of relevant information. *Emotion and Cognition* 1994; 8 (3): 231-44.
- 50-García J, Garrido M, Rodríguez L. Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia. Madrid: Fundamentos; 1998.
- 51-Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P. Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis* 1996; 17 (1): 37-45.
- 52-Freyberger H. Psychoterapeutic interventions in alexithymic patients. *Psychoterapy and Pychosomatics* 1985; 44: 72-81.
- 53-Freyberger, H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics* 1977; 28: 180-90.
- 54-Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141 (6): 725-32.