

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff, surrounded by various heraldic symbols including castles, a lion, and a crown. The Latin motto "ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMPLENSIS INTER CETERAS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS CON
ALEXITIMIA EN PRIMER CASO DE EPISODIO DEPRESIVO**

LUISA FERNANDA SALAZAR DUARTE

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría**

Enero 2020

PME.OI.154.2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Luisa Fernanda Salazar Duarte**

Registro Académico No.: **201390039**

No. de CUI : **2527268200101**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **ASOCIACION DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS CON ALEXITIMIA EN PRIMER CASO DE EPISODIO DEPRESIVO**

Que fue asesorado por: **Dr. Carlos Brenner Santizo, MSc.**

Y revisado por: **Dra. Veronica Ocampo Antillón, MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para Enero 2020**

Guatemala, 15 de noviembre 2019



Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, MA.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/ce

Ciudad de Guatemala, 01 de *septiembre* de 2019

Doctor:

Emigdio Enrique Mendoza Gaitán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Presente.

Respetable Dr. Mendoza:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **LUISA FERNANDA SALAZAR DUARTE** *carne* 201390039, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "**ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS CON ALEXITIMIA EN PRIMER CASO DE EPISODIO DEPRESIVO**".

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. **Salazar Duarte**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. (a)


Dr. Carlos Brenner Santizo

Asesor de Tesis.

Carlos Brenner S.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 6262

Ciudad de Guatemala, 01 de *septiembre* de 2019

Doctor:

Emigdio Enrique Mendoza Gaitán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Presente.

Respetable Dr. Mendoza:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **LUISA FERNANDA SALAZAR DUARTE carné 201390039**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula **"ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS CON ALEXITIMIA EN PRIMER CASO DE EPISODIO DEPRESIVO"**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Salazar Duarte**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. _____

Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón

Revisor de Tesis

MSc.

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436



ESCUELA DE
STUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A **Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, M.A.**
Coordinación General
Programas Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado

De **Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.**
Unidad de Tesis

Fecha Recepción **05 de octubre 2019**

Fecha de dictamen **18 octubre 2019**

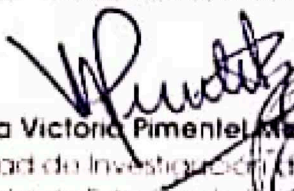
Asunto **Revisión de Informe de tesis**

Luisa Fernanda Salazar Duarte

"Asociación de variables demográficas con alexitimia en primer caso de episodio depresivo."

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar impresión de tesis.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc: Archivo

MVPM/karin

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quién me permitió todas las oportunidades que he tenido, y quien en toda tribulación me ha acompañado y me ha enseñado que a su lado todo es posible. A mi mamá Lilibian Duarte, quien desde el compromiso de tenerme, hasta su compañía y amor estuvo a mi lado incondicionalmente. A mi papá Braulio Salazar, quien con su apoyo me permitió completar mis estudios con éxito y con su integridad como profesional me ha dado las herramientas para serlo también. A mis hermanas: Ana Lucía, Ximena y Lourdes por su amor, apoyo y confianza y sus cuidados en los turnos. Sobre todo a Ana Lucía quien me apoyo también de manera económica para completar mi licenciatura. A mi esposo Saúl Gamarro, con quien forjamos juntos este sueño y por quien pude cumplirlo sabiendo que siempre he tenido en él un amigo incondicional y un gran apoyo. A mi hijo Saul ya que desde antes de su nacimiento ha sido el motor de mi vida, y es quien hoy me permite saber que ayudar a los demás es el camino que quiero seguir embarcando. A todos mis compañeros de hospitales, sin los cuales no estaría donde estoy. A mis amigos quienes desde el ámbito médico y fuera de él me acompañaron en este proceso. Sobre todo Yessica Bonilla, mi mejor amiga, quien además siempre me ha apoyado y reviso mi tesis. A mis compañeros de residencia sin quienes hubiera sido imposible llegar a este triunfo, con sus actitudes me ayudaron a saber el tipo de profesional quiero ser. Sobre todo a mis mentoras Adriana y Amanda, quienes fueron las que más me cuidaron durante mi formación. A Ricardo porque estuvo siempre pendiente de mi bienestar, A Rocío quien me empujo a completar mis responsabilidades académicas. Al Dr. Blanco quien me ayudo en el inicio de esta tesis. A mi asesor, El Dr. Brenner quien además siempre me tendió una mano amiga, gracias por su gran amabilidad y entrega. Al Dr. Alvarado, quien en mi oscuridad me dio la luz que necesitaba para completar este trabajo. A mi revisora, la Dra. Ocampo que Dios siempre la bendiga para seguir guiándonos. A todos mis otros maestros y jefes, de quienes siempre tendré recuerdos inolvidables. Sobre todo el Dr. Von Ahn quien como terapeuta y mentor fue una pieza clave en mi formación. Al resto del equipo del CAISM quienes me acompañaron. A todos mis pacientes que me permitieron aprender de sus dolencias. A todos los pacientes que aportaron para este estudio, otros se beneficiaran de su aporte. A mis dos casas de estudio UFM Y USAC.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. ANTECEDENTES | 3 |
| 2.1. Episodio Depresivo..... | 3 |
| 2.2. Clasificación de episodios depresivos | 5 |
| 2.2.1. Episodio Depresivo Leve | 5 |
| 2.2.2. Episodio Depresivo Moderado | 5 |
| 2.2.3. Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos | 5 |
| 2.2.4. Otros Episodios Depresivos | 6 |
| 2.3. Distimia | 6 |
| 2.4. Prevalencia | 7 |
| 2.5. Alexitimia | 7 |
| 2.6. Alexitimia y Depresión..... | 8 |
| 2.6.1. Alexitimia, depresión y género | 9 |
| 2.6.2. Alexitimia, depresión y edad | 10 |
| 2.6.3. Alexitimia, depresión y nivel educativo | 10 |
| 2.6.4. Alexitimia, depresión y profesión..... | 11 |
| 2.6.5. Alexitimia, depresión y estado civil | 11 |
| 2.7. Escala de Alexitimia de Toronto | 11 |
| 2.8. Escala de Hamilton..... | 12 |
| 3. OBJETIVOS | 14 |
| 3.1. Objetivo General | 14 |
| 3.2. Objetivos Específicos..... | 14 |
| 4. POBLACIÓN Y MÉTODOS | 15 |
| 4.1. Tipo de estudio y población | 15 |
| 4.1.1. Tipo de estudio..... | 15 |
| 4.1.2. Población..... | 15 |
| 4.2. Selección del tamaño de la muestra | 15 |
| 4.3. Criterios de inclusión y exclusión | 15 |
| 4.3.1. Criterios de Inclusión..... | 15 |
| 4.3.2. Criterios de Exclusión..... | 15 |
| 4.4. Operación de variables | 16 |
| 4.5. Instrumentos de recolección de datos | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5.1. Fuente | 18 |
| 4.5.2. Técnica | 18 |
| 4.6. Procedimiento | 19 |
| 4.7. Análisis Estadístico..... | 19 |
| 4.8. Aspectos éticos | 20 |
| 4.9. Limitantes de la Investigación | 20 |
| 4.10. Recursos | 21 |
| 4.10.1. Recursos Materiales..... | 21 |
| 4.10.2. Recursos Humanos..... | 21 |
| 5. RESULTADOS | 22 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 33 |
| 7. CONCLUSIONES | 35 |
| 8. RECOMENDACIONES | 36 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 37 |
| 10. ANEXOS | 40 |

Resumen

Nombre de Autores: Salazar, Luisa F. Licenciatura en Ciencias Médicas. Asesor: Brenner, Carlos. Centro de Atención Integral de Salud. 14 avenida, 4ta calle, zona 12, colinas de Pamplona, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Luisasalazar85@gmail.com.

“Asociación de variables demográficas con Alexitimia en primer caso de Episodio Depresivo en la consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Guatemala, 2014 – 2015”

Introducción: Alexitimia es la dificultad, reducción o incapacidad para: identificar, describir verbalmente, experimentar, imaginar, o fantasear las propias emociones y de otros. Se asocia con inicio, gravedad de síntomas y mejoría de la Depresión. El propósito de encontrar las variables demográficas que influyen sería para identificar esta población en riesgo de CAISM – IGSS, y respaldar el uso de escalas para medir objetivamente la severidad de síntomas depresivos.

Metodología: Se estudió 46 pacientes con un primer episodio depresivo durante abril 2014 a junio 2015 en consulta externa de CAISM. Con escala de Hamilton se identificó severidad de síntomas depresivos y con la escala de Alexitimia de Toronto la presencia o no de esta. Siendo un estudio de tipo analítico transversal.

Resultados: 50% de los pacientes evaluados presentaron Alexitimia. Ningún resultado fue estadísticamente significativo debido al tamaño de la muestra. Riesgo: Mujeres 1.27 más que hombres, solteros 1.8 más que casados, sin religión 3.4 más que católicos, activos 1.6 más que jubilados, distimia 3.5 más que episodio depresivo moderado. Los valores más frecuentes de la escala de Hamilton fueron entre 15.5 y 27.5 para los pacientes sin Alexitimia, depresión moderada a severa y de 22.0 a 27.0 en los con Alexitimia, depresión muy severa.

Discusión/Conclusiones: Se encontró mayor frecuencia de Alexitimia en pacientes femeninas, solteros, con trabajos con adiestramiento básico, sin religión, depresiones de mayor duración y con puntuaciones de Hamilton más altas. Las limitaciones del estudio se asociaron a los criterios de inclusión, que hicieron menor pero más homogénea la muestra. Se sugiere ampliar la muestra para tener una representación más significativa de los resultados.

Palabras clave: Alexitimia, Episodio Depresivo, primer caso, variables demográficas, consulta externa, salud mental.

1. Introducción

La Alexitimia definido como un déficit comunicativo emocional, asociado al pensamiento operacional, alta impulsividad y excesivas sensaciones corporales. Es una característica de la personalidad que dificulta la identificación y descripción de los sentimientos y se asocia a trastornos psiquiátricos y psicosomáticos. (1) Su identificación se basa en las siguientes características dominantes que consisten en dificultad, reducción o incapacidad para: 1) Identificar, 2) Describir verbalmente, 3) Experimentar 4) Imaginar o 5) Fantasear o simbolizar las propias emociones y 6) Un estilo cognitivo con orientación externa. (2)

La Alexitimia se asocia con el inicio y severidad de la Depresión. Además se asocia a otros trastornos psiquiátricos como Autismo, Síndrome de Asperger y trastornos Somatomorfos. La Alexitimia se ha asociado fuertemente con Depresión tanto en poblaciones sin tratamiento psiquiátrico como en aquellas que ya reciben un tratamiento clínico. También se ha reportado que los punteos de exámenes para Alexitimia aumentan durante la Depresión y disminuyen durante la remisión y está ligado por lo tanto a síntomas depresivos recurrentes. Y la comorbilidad del desorden depresivo no puede explicar los mecanismos neurobiológicos de la Alexitimia. (3)

La presencia de Alexitimia también se ha asociado a la gravedad de los síntomas depresivos, aún si los pacientes no expresan un mayor sentimiento de tristeza, y así como a la mejoría de los mismos. Esto se ha correlacionado a una mayor prevalencia en depresiones recurrentes y a depresiones de duración más prolongada, por lo que identificarla en un primer episodio haría que el clínico estuviera alertado de la posibilidad de recurrencia aún con un adecuado tratamiento antidepresivo y una mejoría clínica. Además de que la presencia de Alexitimia podría explicar porque en algunos pacientes a pesar de que no expresen que se sienten tristes cursan con episodios depresivos más graves que pacientes que logran identificar sus emociones adecuadamente, como puede ocurrir en el trastorno somatomorfo.(9)

Se realizó la escala de Hamilton para Depresión en aquellos pacientes diagnosticados con un primer episodio depresivo en CAISM, para medir la severidad. Y la escala de Alexitimia de Toronto, para medir la presencia o no de esta situación. Los resultados más relevantes del mismo fue que presentan una correlación similar a otros estudios. Mayor incidencia de Alexitimia en población con depresión, 51% sin diferencia significativa entre género. La presencia de Alexitimia relacionado con el estado civil muestra una frecuencia más alta de la misma en pacientes solteros, teniendo 1.8 veces más riesgo de padecerla que los casados.

Además en este estudio la población católica mostró menor frecuencia, exponiendo que en pacientes sin religión el riesgo era 3.4 veces mayor de padecer Alexitimia. Al igual que en otros estudios, la Distimia constituyó el diagnóstico con mayor frecuencia de Alexitimia. Debido a que los pacientes toman más tiempo en identificar la presencia de síntomas depresivos. Además los pacientes cursaron con síntomas depresivos más importantes que la población general como lo estipulan varios estudios. (9. 25)

2. Antecedentes

2.1 Episodio depresivo

En un episodio depresivo la característica principal es que es un período de dos semanas o más durante el cual hay un ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que la persona habitualmente disfrutaba. Además se debe experimentar cuatro síntomas o más de una lista que incluye cambios de apetito o peso, alteraciones del sueño y de la actividad psicomotora; energía baja; sentimientos de desvalorización o culpa; problemas para pensar, concentrarse o tomar decisiones, e incluso pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (7)

Los síntomas deben estar presentes casi todos los días, la mayor parte del día, durante el periodo de tiempo ya mencionado (de al menos dos semanas sucesivas). Debe acompañarle un malestar clínico significativo, con o sin deterioro en algún área de la actividad social o laboral. Aunque en algunos sujetos, sobre todo en episodios leves, la actividad puede parecer normal requiere de un esfuerzo muy importante. (7)

En los casos donde la tristeza es negada, puede llegar a ser expresada más adelante en la entrevista. También puede inferirse a través de la expresión facial y el comportamiento de la persona. (7)

Algunos expresan las molestias físicas y dolores, y no los sentimientos de tristeza, como malestares primordiales. Otros describen o manifiestan un sentimiento de enojo persistente, alta irritabilidad, propensión a reaccionar a los sucesos con arrebatos de ira o agresividad verbal, o sentimiento exagerado de frustración por cosas que carecen de importancia. (7)

Es común la pérdida de interés y la disminución del placer en mayor o menor medida. Frecuentemente son los familiares, y no el paciente, los que notan que hay tendencia hacia el aislamiento o el abandono por actividades de interés. En algunos puede presentarse una reducción significativa de los niveles previos deseo sexual, afectando la vida en pareja. El apetito puede disminuir llevando a algunos a forzarse a comer, o a ser motivados por otros para comer. Otros pueden tener más hambre, mostrando interés por consumir ciertos alimentos. Esto puede llevar ya sea a pérdida o aumento de peso, que en algunos casos es significativo. (7)

Al episodio depresivo mayor se le confiere como alteración del sueño más común el insomnio. Siendo el de inicio intermedio el que más se asocia. En este hay despertares durante

la noche y problemas para volver a conciliar el sueño; o el insomnio tardío, que es despertarse horas previas a la hora habitual del despertar diario del paciente y no poder volver a dormir. También puede presentarse un insomnio inicial, donde al sujeto le toma más de media hora quedarse dormido posterior a haberse acostado con esta intención. Con menor frecuencia presentan hipersomnia, sienten un aumento de la necesidad de sueño ya sea por periodos prolongados durante la noche o sueño durante el día. (7)

Los cambios psicomotores incluyen agitación o enlentecimiento. La agitación puede exteriorizarse como la incapacidad para estar sentado, paseos, frote de las manos, jugar con el cabello y los dedos; y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto. En el enlentecimiento puede haber lenguaje, pensamiento y movimientos corporales que son percibidos como lentos o dificultosos; aumento del tiempo de respuesta, volumen de voz más bajo de lo usual, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido en el habla, o incluso mutismo. La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser suficientemente fuertes como para ser observables por otros y no representar únicamente una sensación subjetiva. (7)

Es usual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. El paciente describe una fatiga constante que no está provocada por ejercicio físico que lo justifique. Incluso trabajos menores parecen requerir un gran esfuerzo. El sentimiento de inutilidad o de culpa vinculados a la depresión puede desarrollar evaluaciones negativas no realistas de sí mismo o preocupaciones o pensamientos rumiantes de culpa en referencia a equivocaciones menores cometidas en el pasado. La mala interpretación de situaciones cotidianas neutras o triviales llevarán al paciente a planteárselos como defectos personales, exagerando el sentimiento de responsabilidad asociado a los infortunios. (7)

Además, como resultado de la depresión, frecuentemente habrá autorreproche por la presencia de la enfermedad o por no haber cumplido ciertas responsabilidades, ya sea laborales o interpersonales. (7)

Muchos refieren una disminución para la capacidad de tomar decisiones, pensar o concentrarse. Dando la impresión de que se distraen fácilmente, e incluso quejas sobre disminución de la memoria. Si los estudios o la actividad laboral requieren una exigencia intelectual importante serán incapaces de efectuarlos adecuadamente, aun si solo los problemas de concentración son leves. (7)

Pueden presentar pensamientos de muerte, ideas de autolesiones o incluso llegar a intentar contra la propia vida. Estas ideas irán desde pensar consistentemente que los otros estarían mejor si el paciente falleciera hasta pensamientos temporales, pero repetitivos, sobre

suicidarse, o la formulación de planes concretos y estructurados sobre cómo ejecutar el suicidio. La intensidad, frecuencia y mortalidad de estas ideas pueden ser muy variables. (7)

Si los síntomas cumplen criterios para un episodio mixto no se hará el diagnóstico. Los episodios mixtos presentan tanto síntomas depresivos como maníacos, al menos durante una semana prácticamente a diario. (7)

2.2 Clasificación de los Episodios Depresivos

2.2.1. Episodio Depresivo Leve

En este episodio el ánimo depresivo suelen considerarse como los síntomas más típicos la pérdida de interés y de la capacidad de disfrute, y la fatigabilidad aumentada. Dos de estos tres harán un diagnóstico concluyente, conjuntamente al menos dos del resto de los síntomas detallados en la descripción de la depresión. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. Y su duración debe ser de al menos dos semanas. (8)

Un paciente que presente un episodio depresivo leve, suele estar afectado por los anteriores síntomas y tiene alguna dificultad para realizar su actividad laboral y social, aunque probablemente el malestar no es suficiente para dejarlas por completo.(8)

2.2.2 Episodio Depresivo Moderado

Al igual que en la depresión leve deben presentarse por lo menos dos de los tres síntomas más típicos así como al menos tres (y de preferencia cuatro) de los otros síntomas. Posiblemente varios de los síntomas se presenten en grado intenso, sin embargo esto no es esencial si los síntomas presentes son muchos. El paciente suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (8)

2.2.3 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, se presentará una considerable angustia o agitación. O irse al otro extremo hacia la inhibición, y esta será una característica marcada.

Es posible que la falta de estimación personal, la sensación de inutilidad o sentimientos de culpa sean significativos, y el riesgo de atentar contra la vida es significativo en estos casos. Se presupone que habrán síntomas somáticos casi siempre durante un episodio depresivo grave. (8)

Deben presentarse los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y añadidos a estos por lo menos cuatro de los otros síntomas, los cuales deben presentar una intensidad grave. Sin embargo, la presencia de síntomas importantes como la agitación o la

inhibición psicomotrices, harán que el paciente pueda estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. (8)

Como con otros episodios depresivos debe durar normalmente al menos dos semanas. A diferencia de los otros tipos de episodios depresivos, si los síntomas son particularmente graves y el inicio es muy rápido puede justificarse hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante este episodio es probable que el enfermo no tenga la capacidad para continuar con su actividad laboral, social o doméstica y si lo consigue será en grado muy limitado. (8)

2.2.4 Otros Episodios Depresivos

Son episodios que no cumplen con las características de los episodios depresivos señalados previamente, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto muestran que presentan naturaleza depresiva. Por ejemplo, combinaciones fluctuantes de síntomas depresivos (sobre todo de la variedad somática) con otros; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor que persiste o cansancio que no se justifica por causas orgánicas. (8)

2.3 Distimia

En este tipo de depresión, la cronicidad es la que describe al mismo. Además que el estado de ánimo no encaja con lo descrito para un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por la gravedad o la duración (no obstante si pudo haber cumplido las pautas para diagnosticar un episodio depresivo leve en el pasado, sobre todo cuando inicio la enfermedad). La proporción entre los episodios recortados de la depresión leve y los intervalos intermedios de relativa normalidad varía notablemente. A menudo presentan días o incluso semanas en los que indican que se encuentran con mejor ánimo, pero la mayoría del tiempo (comúnmente durante meses seguidos) se sienten deprimidos y cansados, todo representa un esfuerzo y nada parece satisfacerles. Están meditabundos y quejumbrosos, con un mal patrón de sueño y se sienten incompetentes de todo, sin embargo usualmente pueden enfrentar las demandas básicas de su vida cotidiana. (8)

Suele comenzar al inicio de la edad adulta y progresa a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele deberse a un episodio depresivo aislado o estar asociado a pérdidas de seres queridos (duelos) u otros factores estresantes manifiestos. (8)

2.4 Prevalencia:

En el trastorno depresivo mayor existe un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno, de acuerdo a múltiples estudios. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 5 y el 12 % para los varones y 10 y el 25 % para las mujeres. En cuanto a la prevalencia puntual de este trastorno en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil. (7)

2.5 Alexitimia

En el inicio de la década de 1970 Sifneos introdujo el término de Alexitimia. Subsecuente Taylor y colaboradores propusieron que la Alexitimia reflejaba un déficit del proceso cognitivo de las emociones o, más generalmente, una alteración en la regulación de las emociones. (9)

La presencia de la Alexitimia se caracteriza por la precariedad de la comunicación afectiva y la dificultad para identificar las emociones propias o una conciencia emocional inhibida o anulada. Este rasgo está presente en el bloqueo emocional y también en los grupos depresivos. (1)

El déficit en el proceso emocional es central en la noción de la Alexitimia. Experimentos cognitivos han evidenciado que la Alexitimia se vincula a un peor reconocimiento de la expresión facial de las emociones y recuerdos alterados de las memorias emocionales, lo cual puede ser mejorado a través de terapia de reconocimiento facial y tener mejor reconocimiento de estas memorias. (10)

Entre los seres humanos la capacidad de expresar emociones requiere un proceso a nivel lingüístico. Personas con Alexitimia muestran un impedimento del proceso del lenguaje emocional en múltiples niveles. No solo en su capacidad de expresión de emociones, sino también en otras situaciones como el reconocimiento de melodía del lenguaje, con contenido emocional. A nivel de la comunicación muestran una afectación a nivel de la producción del lenguaje emocional y de la comprensión del mismo. Mostrando particularmente una dificultad para hablar de relaciones interpersonales, describir las expresiones emocionales de otros y entender la emoción de otros. También se vincula con pensamiento concreto y evitación de

metáforas. Esto también puede mejorar a través del entrenamiento con metáforas y el uso de la imaginación. (10)

Varios estudios han explorado la relación entre la Alexitimia y otras características de la personalidad. Bagby y colaboradores encontraron una correlación positiva entre la Alexitimia y el Neuroticismo y una correlación negativa con la extraversión y la capacidad de apertura, y encontraron que no existía relación entre la Alexitimia y la capacidad de agrandar y de consciencia. Estos pacientes muestran una capacidad reducida de modulación emocional. Se encontró además de que se correlaciona con ambas dimensiones de la personalidad temperamento y carácter. Indicando que tanto los factores genéticos como los ambientales pueden contribuir al desarrollo de Alexitimia. (11)

2.6 Alexitimia y Depresión

Inicialmente se consideraba que las características de Alexitimia eran típicas de pacientes con enfermedades somáticas clásicas. Sin embargo un número creciente de estudios ha indicado que la Alexitimia existe en varios trastornos psiquiátricos como los trastornos depresivos, trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad y esquizofrenia. Más específicamente se ha asociado con ciertas características psiquiátricas como somatización, Depresión y disociación. Duddu y colegas, realizaron un estudio comparativo entre Alexitimia entre trastornos somatomorfos y depresivos, mostrando que existe mayor dificultad para expresar los sentimientos en pacientes deprimidos. (9)

La presencia de síntomas depresivos en personas con patología somática crónica, según lo observado por el psiquiatra francés Consoli (2010) en la psiquiatría de enlace, oscila entre 20 y 50%. La morbilidad depresiva es todavía más alta cuando se presentan procesos orgánicos que cursan con dolor crónico. (1)

Otros estudios evidencian que niveles mayores de Alexitimia se asocian con la severidad de los síntomas depresivos, indicando que pacientes con depresiones más severas tienen una mayor dificultad en identificar y describir sus emociones. Además de que se asocia a síntomas depresivos más severos en pacientes psiquiátricos mayores de 50 años de edad, y que a su vez va aumentando con respecto a la edad. Pacientes mayores con dificultad para identificar sus sentimientos pueden estar en desventaja cuando se trata de manejar estresores y otros eventos que evoquen emociones. (4)

La frecuente comorbilidad entre la Alexitimia y Depresión se han reportado consistentemente. Esta comorbilidad sugiere que entre ambas existe una base en común. Diversos estudios han revelado una alta prevalencia de Alexitimia en pacientes deprimidos, en

rangos de 11 hasta el 48%. En un estudio en población turca tomando en cuenta estos parámetros se encontró que 33% de los pacientes con un desorden depresivo basado en DSM IV presentaban Alexitimia. Además de que los pacientes evaluados en este estudio presentaban valores en el inventario de Depresión de Beck mayores. (11)

2.6.1 Alexitimia, Depresión y Género

Con respecto a su prevalencia en cuanto a género, la Alexitimia es más frecuente en hombres, con una prevalencia del 8 al 10%. Mientras que en la población femenina es escasa. Por lo que usualmente se designa como un trastorno de predominio masculino. Que la población femenina se preserve ante la Alexitimia se considera que es debido a que se presentan tres factores: un cerebro con la integración interhemisférica más completa o unitaria que la del cerebro masculino, un cuerpo calloso de mayor volumen que permite una personalidad de mayor riqueza afectivo-emocional y además una instalación social más fundada en el apoyo de otras personas y en las referencias externas. (1, 12)

El alto porcentaje de Alexitimia en la población femenina que se registra en algunos estudios epidemiológicos pudiera corresponder a haber descuidado establecer las diferencias entre la mujer alexitímica y la mujer depresiva. (1, 12)

En un estudio realizado en México relacionado con el rol de género y el sexo, estos no parecían ser un factor de varianza significativo en el TAS 20, como puntuación total. Pero también se ha evaluado que con respecto a esto, en personas masculinas se presenta significativamente un pensamiento más orientado exteriormente que las femeninas. La puntuación total en la escala tiende a ser mayor en hombres, pero sin mostrar significación estadística. (13)

Otro estudio realizado en Corea evidencia que los hombres que estaban deprimidos tendían a ser más alexitímicos que las mujeres con Depresión. Esto fue consistente con algunos estudios, sin embargo en otros no ha habido diferencia de género. Un déficit en el lenguaje relacionado con la emoción en los hombres podría explicar esta diferencia en algunas poblaciones. (14)

El estudio realizado por Rodríguez, de Benito y Rodríguez en relación a la presencia de Alexitimia en personas cursando por un divorcio evaluó más de 45 estudios que examinaron la diferencia en cuanto a género y encontraron que la diferencia del mismo no era significativa en la mayoría con poblaciones clínicas, pero en las investigaciones con poblaciones no clínicas, los hombres presentaban puntuaciones de Alexitimia superiores que en mujeres. (15)

2.6.2 Alexitimia, Depresión y Edad

En cuanto a la edad, en algunos estudios se ha encontrado que no hay relación directa entre la Alexitimia y edad. Mientras que en otros se ha evidenciado que adultos mayores tienen una tendencia a tener puntuaciones más altas. (15,17)

Un estudio realizado por Henry y colegas, en 2006, mostró que los adultos mayores tienen más tendencia a un pensamiento orientado a lo externo. En otro realizado en una población japonesa donde participaron 2,718 personas en edades entre los 14 y 84 años, los resultados mostraron que los niveles de Alexitimia eran altos durante la adolescencia y decrecían con la edad hasta los 30 años, donde permanecían constantes. En otro estudio se encontró que había niveles más bajos de Alexitimia en edades intermedias, con niveles más altos durante la adolescencia y la adultez tardía. (15)

Con raras excepciones la Alexitimia se ha ignorado en la literatura de la Psiquiatría Geriátrica. Esto es sorprendente debido a que aspectos de la misma se incrementan con la edad. Y por lo tanto una epidemiología sobre la prevalencia de Alexitimia, Edad y Depresión solo se menciona como mayor, sin dar datos exactos de un porcentaje poblacional. Los adultos mayores con Depresión y Alexitimia pueden estar limitados en su habilidad para comunicar sus sentimientos en su red social y a los proveedores de salud como los médicos, aunque pueden reportar síntomas neurovegetativos. Como resultado, la detección de la Depresión puede retardarse y el inicio del tratamiento para los síntomas afectivos ser postergados, aún cuando se puede estar tratando otros síntomas por separado como son alteraciones del patrón de sueño. Para cuando busquen ayuda y sean reconocidos como pacientes depresivos sus síntomas pueden ser más severos y duraderos. (17)

2.6.3 Alexitimia, Depresión y Nivel Educativo

En los resultados de estudio de Moral de la Rubia y Retamales en el 2000, se confirmó que entre mayor el nivel educativo, menor los niveles de Alexitimia. De igual manera varios estudios han mostrado la relación negativa entre el estado socio – económico y el nivel educacional. (15)

En un estudio realizado en la universidad de Kocaeli en Turquía; se correlacionó Alexitimia, dolor severo y Depresión encontrando una correlación positiva con la edad, y una negativa con respecto a la educación. (14)

2.6.4 Alexitimia, Depresión y Profesión

Aunque no se encontró literatura que evaluara la presencia de Alexitimia con respecto a la profesión de los participantes, se puede mencionar un estudio realizado con 592 estudiantes en Brasil, edades entre 16 y 51 años, de ambos sexos de 3 sectores académicos mayores: Ciencias Naturales (57.1%), Humanidades (25.7%) y de Ciencias e Ingeniería (17.2%). Se concluyó que aquellos que presentaban más dificultad para identificar sus emociones, presentaban más dificultad para planificar una carrera y que esto finalmente afectaba su condición laboral. (16)

En la una población basada en hombres de mediana edad en Finlandia, Kauhanen reporto altos niveles de Alexitimia entre los hombres con pobre educación y bajo ingreso económico. (1, 15)

2.6.5 Alexitimia, Depresión y Estado Civil

En la una población basada en hombres de mediana edad en Finlandia, Kauhanen reporto altos niveles de Alexitimia entre los hombres no casados. Sin embargo otro estudio en una población de sujetos mayores realizado por Joukamaa, promedio 72 años, concluyo que la Alexitimia no muestra asociación entre género, estado civil, estado socioeconómico, o área de residencia. (18)

En el estudio realizado por Kokkonen en una población de jóvenes adultos se concluyeron datos similares, mostrando que no había diferencia significativa entre Alexitimia y el nivel marital de los sujetos femeninos. (18)

2.7 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20)

En la década de 1980 Taylor y colaboradores desarrollaron la Escala de Alexitimia de Toronto, con el propósito de poder darle validez al concepto de Alexitimia y tener un instrumento fiable. Compuesta de 26 ítems (15 positivos y 11 negativos) cada uno de cuales se contesta a través de una escala tipo Likert de cinco puntos. Sin embargo en 1993 posterior a una revisión de la misma la escala se redujo a 20 pregunta. La puntuación obtenida puede oscilar entre 20 y 100, considerando como alexitímico a toda persona que puntée igual o superior a 61. Esta escala por lo tanto se centra en la evaluación de tres factores coherentes: primero dificultad para identificar sentimientos y poder diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que se asocian a la activación emocional. Segundo la dificultad para describir los sentimientos de los otros y tercero un estilo de pensamiento con orientación hacia

lo externo. También hay que tomar en consideración cuando se considera su validez que varios estudios han demostrado las propiedades psicométricas transculturales de este instrumento siendo de utilidad en diversas culturas. Habiendo comprobada su eficacia en cuanto a sus equivalencias para cada región. (19)

En el estudio de validez psicométrica de la escalada de Alexitimia de Toronto (TAS - 20) se hizo comparación de los coeficientes de fiabilidad entre siete países, confirmando que el TAS – 20 era fiable de forma similar en todos los países, incluyendo dos con una población similar a la guatemalteca: México y España. Confirmado la convergencia transcultural, las correlaciones entre los parámetros estimados de los siete países y ocho regiones (Alemania, Estados Unidos, Canadá, España (Murcia y País Vasco), México, Bélgica e Inglaterra) son significativas en casi todas las muestras. (19)

Se demostró por lo tanto que los tres factores del TAS – 20 muestran fiabilidad similares, que el modelo de tres factores tiene un componente razonable de ajuste de acuerdo a los criterios de evaluación del análisis factorial confirmatoria y que los parámetros estimados de los ítems medibles en la escala de Alexitimia de Toronto muestran correlaciones significativas y medio – altas. También se constató por medio de este estudio que los factores tienen un perfil de respuesta según el sexo similar en casi todos los países. (19)

2.8 Escala de Hamilton

Fue una de las primeras escalas en desarrollarse para depresión. Es una escala medida por el clínico con el interés de medir la severidad de la Depresión entre los pacientes. La escala original incluía 21 ítems, pero Hamilton señaló que los últimos cuatro (variación diurna, despersonalización/desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos compulsivos) no deberían de ser consideradas para el punteo total debido a que para él estos son síntomas poco comunes y que no reflejan directamente la severidad de la Depresión. (20)

Por lo tanto la versión de 17 ítems de la escala de Depresión de Hamilton se ha convertido en la estándar para el uso en ensayos clínicos, y a través de los años, es la escala más comúnmente utilizada para estos ensayos clínicos controlados para Depresión. A pesar de contar con diversas limitaciones se considera junto con el inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Sintomatología Depresiva como el estándar de oro para la medición de severidad de depresión. (20)

Es una escala multidimensional, y esto implica que el valor de un ítem en específico no puede ser predictor del resultado total. El puntaje total se obtiene al sumar la puntuación de cada ítem 0 – 4 (si el síntoma está ausente, es leve, moderado o severo) o 0 – 2 (si el síntoma

está ausente, es leve o trivial, o se presenta claramente). Por lo que para la versión de 17 ítems los resultados pueden variar de 0 a 54. (20)

Es aceptado por la mayoría de clínicos que valores entre 0 a 6 no indican la presencia de Depresión, puntuación de 7 a 17 indican una Depresión leve, puntuación de 18 a 24 indican una Depresión moderada, y cuando son mayores de 24 indican una Depresión severa. Una medición de esta escala de 7 o menos luego del tratamiento es considerado por la mayoría como un indicador de remisión. Una disminución del 50% o más de la puntuación de base durante el curso de tratamiento es considerado un indicador de respuesta clínica, o en otras palabras, un cambio clínico significativo. (20)

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

3.1.1. Determinar variables demográficas que están presentes con mayor frecuencia en pacientes con Alexitimia en un primer episodio depresivo en consulta externa de CAISM.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Determinar la prevalencia de Alexitimia en pacientes con diagnóstico de un primer episodio depresivo.

3.2.2 Determinar si la gravedad de los síntomas depresivos se correlacionan con la presencia de Alexitimia.

4. Población y Métodos

4.1 Tipo de estudio y población

4.1.1 Tipo de estudio

El diseño fue de tipo analítico transversal

4.1.2 Población

La población a estudiar estuvo comprendida por los pacientes que sean tratados por un primer episodio depresivo en la consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el periodo de abril de 2014 a junio de 2015.

4.2 Selección del tamaño de la Muestra

Muestreo no probabilístico de conveniencia con una relación 1:1

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión

- Que sean tratados en el Centro de Atención Integral de Salud Mental
- Que estén identificados como derechohabientes del IGSS
- Que quieran pertenecer al estudio y firmen un consentimiento informado
- Que tengan un diagnóstico establecido por su médico tratante, y corroborado por medio de una escala de depresión de Hamilton
- Que el diagnóstico sea episodio depresivo
- Que tengan seguimiento por consulta externa.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Menores de 18 años
- Pacientes que ya hayan tenido un tratamiento previo por depresión en el centro de atención integral de salud mental
- Que ya hayan tomado tratamiento farmacológico antidepresivo en el pasado.
- Que el componente ansioso sea tan significativo como para que el diagnóstico sea trastorno mixto de Ansiedad y Depresión
- Que el diagnóstico sea otro a episodio depresivo

4.4 Operación de variables

| Variable | Definición teórica | Definición operacional | Tipo | Escala medición | Unidad de medida |
|---------------------------------|---|---------------------------------|--------------|-----------------|---|
| Sexo | Variable biológica y genética que clasifica a los seres humanos en hombre o mujer | Boleta de recolección de datos | Cualitativa | Nominal | Masculino o femenino |
| Edad | Tiempo de vida de una persona hasta un momento determinado | Boleta de recolección de datos | Cuantitativo | Numérico | Años cumplidos para el momento de la realización de las mediciones |
| Trastorno del estado de animo | Grupo de trastornos definidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión, CIE-10 | Manual CIE – 10 | Cualitativo | Nominal | Primer Episodio Depresivo (leve, moderado, severo) Otros trastornos depresivos Distimia |
| Escala de depresión de Hamilton | Escala para la determinación de la severidad de la depresión | Escala de depresión de Hamilton | Cuantitativa | Númerico | Punteo dado para gravedad de episodio actual Anexo 3 |
| Alexitimia | Alteración de la personalidad donde se presenta una disfunción en la capacidad de | Escala de Alexitimia de Toronto | Cualitativa | Nominal | Según la escala de Alexitimia de Toronto Anexo 4 |

| | | | | | |
|----------------------|---|--------------------------------|-------------|---------|---|
| | identificar sentimientos | | | | |
| Estado Civil | Situación civil del paciente | Boleta de recolección de datos | Cualitativa | Nominal | Casado Unido Soltero Viudo Divorciado |
| Religión | Situación religiosa del paciente | Boleta de recolección de datos | Cualitativa | Nominal | Católico Mormón Evangélico No profesa Otros |
| Nivel educativo | Último año durante el cual una persona asiste como estudiante en un centro de enseñanza | Boleta de recolección de datos | Cualitativa | Nominal | Sin estudios Primaria Básicos Diversificado Universitario |
| Categoría de trabajo | De acuerdo al trabajo que desempeña y años de estudio necesarios para el mismo | Boleta de recolección de datos | Cualitativo | Nominal | Nivel Básico Nivel intermedio o técnico Profesional |
| Estado de Actividad | Situación de actividad del paciente con | Boleta de recolección de datos | Cualitativo | Nominal | Activo Jubilado |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------|
| | respecto a donde obtiene sus ingresos | | | | Beneficiario |
|--|--|--|--|--|--------------|

4.5 Instrumentos de recolección de datos

4.5.1 Fuente

La fuente de recolección de datos fue primaria, se obtuvo los datos de cada paciente a través de la entrevista directa para obtener los datos generales del paciente y llenar así la ficha correspondiente, el valor en la escala de Depresión de Hamiltón para tener una medición subjetiva de la gravedad de la sintomatología y la puntuación de la escala de Alexitimia de Toronto.

La escala de Alexitimia de Toronto es una herramienta fiable y válida en el diagnóstico de Alexitimia. Mostrando una especificidad del 95% y una sensibilidad del 78%. Por lo que detecta mejor la ausencia de Alexitimia que su presencia. (14)

4.5.2 Técnica

- Selección del tema
- Presentación del tema al comité docente
- Designación de asesor y revisor
- Presentación del tema a comité de estadística
- Selección del paciente
- Sesión informativa sobre el estudio y los objetivos y resolución de dudas
- Firma de consentimiento informado
- Revisión de expediente clínico para obtener información sobre el diagnóstico del paciente.
- Entrevista al paciente para datos generales de las variables a estudiar. Obtención de punteo de la escala de Alexitimia de Toronto TAS 20 y escala de depresión de Hamilton.
- Documentación e ingreso de los resultados a programa de SPSS22
- Análisis posterior

4.6 Procedimiento

1. Se explicó acerca del estudio a los pacientes que sean diagnosticados con un primer episodio Depresivo en el Centro de Atención integral de Salud Mental.
2. Se solicitó firma del consentimiento informado de aceptar pertenecer al estudio
3. Se realizó la escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20)

La escala revisada de Toronto hace que la puntuación del paciente pueda oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico a aquel persona que tenga una puntuación igual o superior a 61.

La escala presenta 20 diferentes preguntas con 5 posibles respuestas

Totalmente en desacuerdo

Moderadamente en desacuerdo

No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Moderadamente de acuerdo

Totalmente de acuerdo (17,19)

4. Se realizó la escala de depresión de Hamilton para identificar la intensidad de la sintomatología depresiva. Esta escala es una de las primeras que se desarrolló para medir la severidad pacientes deprimidos. La escala original constaba de 21 preguntas, posteriormente se redujo a 16 preguntas. Es la escala más comúnmente utilizada para ensayos clínicos. Cada pregunta presenta de 3 a 5 posibles respuestas en cuanto a severidad de síntomas. Posterior a esto se suman los totales para poder agrupar dichos resultados en cuatro categorías:

No depresivo: 0 – 7

Depresión ligera/ menor: 8 – 13

Depresión moderada: 14 – 18

Depresión severa: 19 – 22

5. Se dividió los grupos entre pacientes con presencia de Alexitimia y pacientes sin Alexitimia.
6. Luego de valorar cada paciente de acuerdo a estas dos escalas se interpretó los datos.

4.7 Análisis Estadístico

Se realizó un estudio de tipo analítico transversal.

Los resultados fueron analizados en PSPP 22.

El resumen de datos se realizó a través de frecuencias absolutas y relativas, medias y desviación estándar para variables cuantitativas. Para evaluar asociación se realizaron tablas de contingencia con cálculo de chi cuadrado (significancia del 5%) y OR.

4.8 Aspectos Éticos

El paciente que participó en el estudio lo hizo de manera voluntaria, debió llenar previamente un consentimiento informado en donde se le explicó el estudio.

La información obtenida fue manejada con discreción y los resultados obtenidos se utilizaron con el fin de identificar la Alexitimia como un posible limitante cuando se maneja el progreso de un paciente en base a su ánimo.

La boleta de recolección de datos llevaba el número de afiliado del paciente para poder identificarlo posteriormente.

Debido a que su realización no produce ninguna alteración en cuanto al curso y desarrollo de la enfermedad o su tratamiento se considera por la OMS como un estudio 1A.

4.9 Limitantes de la Investigación

Por ser una escala subjetiva, el limitante principal es que es dependiente del entrevistador y el entrevistado.

La cantidad de la muestra, debido a que los criterios de inclusión hacen una muestra más homogénea se redujo la cantidad de pacientes que pueden participar en el estudio.

Pacientes que no desearon participar en el estudio

Toma de datos y entrevista, ya que muchos pacientes no pudieron esperar tanto tiempo y dependió además del tiempo del entrevistador para realizar las preguntas.

Comprensión de las escalas por parte del paciente. Algunos pacientes debido a su estado emocional o nivel educativo tuvieron problemas para interpretar las preguntas y poder completar los cuestionarios. Los análisis incompletos no fueron analizados ni incluidos en el estudio.

La toma de datos se hizo en una única oportunidad, lo cual limita la confirmación de la escala de Alexitimia dando únicamente una aproximación de la posibilidad de presentar este componente de la personalidad.

Preferencia de pacientes por horarios de consulta en la mañana en la consulta externa, en este momento en el investigador principal no pudo realizar las escalas.

Accesibilidad a otros estudios sobre Alexitimia, debido a la carencia de recursos del mismo.

4.10 Recursos

4.10.1 Recursos materiales

- Boletas de recolección de datos
- Hoja de consentimiento informado
- Lapiceros
- Escala de Alexitimia de Toronto
- Escala de Depresión de Hamilton
- Recursos en línea del sistema de IGSS para obtener información sobre el paciente.
- Clínica médica
- Sillas
- Mesa

4.10.2 Recursos Humanos

- Investigador principal: médico residente
- Investigadores secundarios: otros médicos y psicólogos.
- Asesor de investigación
- Revisor de investigación
- Pacientes

5. Resultados

El objetivo era identificar las variables demográficas entre los pacientes que presentaban y carecían de Alexitimia en primer episodio depresivo, de la consulta externa de CAISM entre abril 2014 y junio 2015. Al final del estudio se obtuvo con una muestra total de 46 pacientes quienes cumplían todos los criterios de inclusión y carecían de criterios de exclusión. De los cuales 23 presentaban puntuaciones de Escala de Toronto compatibles con la presencia de Alexitimia.

Tabla 1.

Variables Epidemiológicas de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Variable | Porcentaje | |
|----------------------------|------------|--------|
| Edad Promedio | 46. 1 años | |
| Sexo | | |
| Femenino | 35 | 76.09% |
| Masculino | 11 | 23.91% |
| Estado Civil | | |
| Casado | 15 | 32.61% |
| Unido | 2 | 4.35% |
| Soltero | 11 | 23.91% |
| Viudo | 17 | 36.96% |
| Divorciado | 1 | 2.17% |
| Religión | | |
| Católico | 19 | 41.30% |
| Evangélico | 14 | 30.43% |
| Mormón | 3 | 6.52% |
| Testigo de Jehová | 1 | 2.17% |
| Sin Religión | 9 | 19.57% |
| Nivel Educativo | | |
| Sin Estudios | 1 | 2.17% |
| Primero a Tercero Primaria | 4 | 8.70% |
| Cuarto a Sexto Primaria | 9 | 19.57% |
| Básicos | 4 | 8.70% |
| Diversificados | 20 | 43.48% |
| Universitarios | 8 | 17.39% |

| Tipo de Actividad | | |
|-----------------------------|----|--------|
| Activo | 29 | 63.04% |
| Beneficiario | 12 | 26.09% |
| Jubilado | 5 | 10.87% |
| Categoría de Trabajo | | |
| Nivel Básico | 22 | 47.83% |
| Nivel Intermedio/Técnico | 18 | 39.13% |
| Profesional | 2 | 4.35% |
| Diagnóstico Paciente | | |
| Episodio depresivo leve | 9 | 19.57% |
| Episodio depresivo moderado | 10 | 21.74% |
| Episodio depresivo grave | 16 | 34.78% |
| Distimia | 10 | 21.74% |
| Otras formas de depresión | 1 | 2.17% |

Tabla 2.

Comparación del sexo de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Sexo | Paciente | | Total |
|-----------|----------------|----------------|--------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Femenino | 17 | 18 | 35 |
| | 48.6% | 51.4% | 100.0% |
| Masculino | 6 | 5 | 11 |
| | 54.5% | 45.5% | 100.0% |
| Total | 23 | 23 | 46 |
| | 50.0% | 50.0% | 100.0% |

Valor p chi cuadrado: 0.730

Odds ratio: 1.27 (IC 95% = 0.326 4.947)

Se observó un mayor porcentaje de Alexitimia en las mujeres (51%) pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El OR indica que las mujeres tienen 1.27 veces el riesgo de ser tener Alexitimia en relación a los hombres.

Tabla 3.

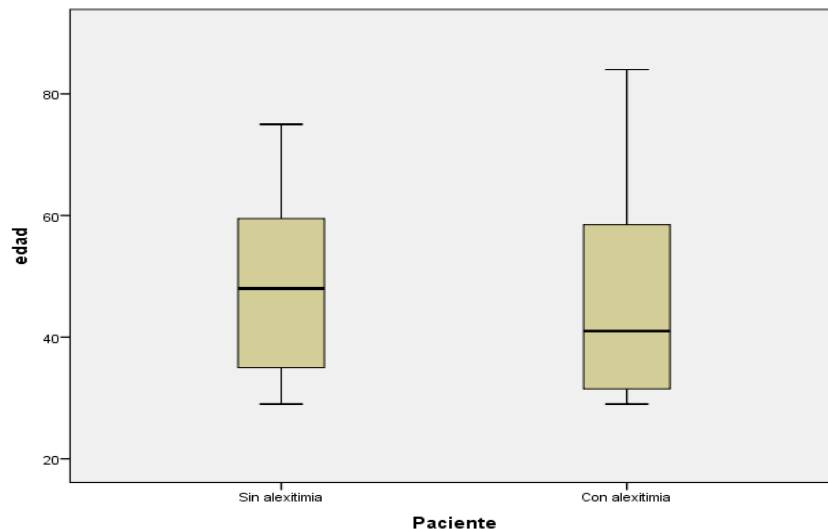
Comparación de edad de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| | | Paciente | |
|------|--------------|----------------|----------------|
| | | Sin Alexitimia | Con Alexitimia |
| Edad | Percentil 25 | 34 | 31* |
| | Mediana | 48 | 41 |
| | Percentil 75 | 60 | 59 |

Valor p Mann Whitney: 0.391

La mediana de la edad de los pacientes sin Alexitimia es un poco mayor que la de los pacientes con Alexitimia, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfica 2. Comparación de edad de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)



En esta gráfica se observa que la edad de paciente sin Alexitimia es un poco mayor al comparar las medianas de la edad (Sin Alexitimia Me = 48, Con Alexitimia Me = 41), sin embargo la posición de los cuartiles y por tanto el rango intercuartílico casi no varía.

Tabla 4.

Comparación del estado civil de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Estado Civil | Paciente | | Total |
|--------------|----------------|----------------|--------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Casado | 9 | 6 | 15 |
| | 60.0% | 40.0% | 100.0% |
| Unido | 0 | 2 | 2 |
| | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Soltero | 5 | 6 | 11 |
| | 45.5% | 54.5% | 100.0% |
| Viudo | 9 | 8 | 17 |
| | 52.9% | 47.1% | 100.0% |
| Divorciado | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Totales | 23 | 23 | 46 |
| | 50.0% | 50.0% | 100.0% |

Valor p chi cuadrado 0.767 chi cuadrado

OR viudo vrs casado: 1.33 (IC 95%: 0.327 5.434)

OR soltero vrs casado: 1.80 (IC 95%: 0.373 8.681)

No existe diferencia estadísticamente significativa de la frecuencia de Alexitimia según estado civil. La frecuencia más alta de Alexitimia se observó entre los pacientes solteros con 1.8 veces el riesgo de padecerla en relación a los casados.

Tabla 5.

Comparación de religión de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Religión | Paciente | | Total |
|-------------------|----------------|----------------|--------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Católico | 12 | 7 | 19 |
| | 63.2% | 36.8% | 100.0% |
| Evangélico | 6 | 8 | 14 |
| | 42.9% | 57.1% | 100.0% |
| Mormón | 2 | 1 | 3 |
| | 66.7% | 33.3% | 100.0% |
| Testigo de Jehová | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Sin religión | 3 | 6 | 9 |
| | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| Total | 23 | 23 | 46 |
| | 50.0% | 50.0% | 100.0% |

Valor p 0.281 chi cuadrado.

OR evangélico vrs católico: 2.28 (IC 95%: 0.558 9.366)

OR sin religión vrs católico: 3.42 (IC 95%: 0.645 18.217)

Se observó mayor porcentaje de Alexitimia en pacientes sin religión y quienes presentaron menor frecuencia fueron los católicos. La diferencia no fue estadísticamente significativa. Los pacientes sin religión tuvieron 3.4 veces el riesgo de padecer Alexitimia en relación a los católicos.

Tabla 6.

Comparación del nivel educativo de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Nivel educativo | Paciente | | Total |
|----------------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Sin estudios | 0 0.0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| Primero a tercero primaria | 2 50.0% | 2 50.0% | 4 100.0% |
| Cuarto a sexto primaria | 3 33.3% | 6 66.7% | 9 100.0% |
| Básicos | 1 25.0% | 3 75.0% | 4 100.0% |
| Diversificado | 13 65.0% | 7 35.0% | 20 100.0% |
| Universitario | 4 50.0% | 4 50.0% | 8 100.0% |
| Total | 23 50.0% | 23 50.0% | 46 100.0% |

Valor p 0.441 chi cuadrado.

No hubo diferencia estadísticamente significativa de Alexitimia según nivel educativo. Hubo mayor frecuencia de Alexitimia en pacientes que tenían nivel educativo de básicos, sobretodo comparado con diversificado.

Tabla 7.

Comparación de tipo de actividad de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Tipo de actividad | Paciente | | Total |
|-------------------|----------------|----------------|--------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Activo | 14 | 15 | 29 |
| | 48.3% | 51.7% | 100.0% |
| Beneficiario | 6 | 6 | 12 |
| | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| Jubilado | 3 | 2 | 5 |
| | 60.0% | 40.0% | 100.0% |
| Total | 23 | 23 | 46 |
| | 50.0% | 50.0% | 100.0% |

Valor p chi cuadrado: 0.889

OR Beneficiario vrs jubilado: 1.50 (IC 95% 0.181 12.459)

OR Activo vrs jubilado: 1.60 (IC 95%: 0.233 11.092)

La proporción de Alexitimia varía según categorías de tipo de actividad, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los pacientes activos tienen el mayor riesgo de poseer un diagnóstico de Alexitimia en relación a los jubilados con un OR de 1.6.

Tabla 8.

Comparación de categoría de trabajo de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Categoría trabajo | Paciente | | Total |
|----------------------------|----------|-------|--------|
| | Control | Caso | |
| Nivel básico | 9 | 13 | 22 |
| | 40.9% | 59.1% | 100.0% |
| Nivel intermedio / técnico | 11 | 7 | 18 |
| | 61.1% | 38.9% | 100.0% |
| Profesional | 2 | 0 | 2 |
| | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | 22 | 20 | 42 |
| | 52.4% | 47.6% | 100.0% |

Valor p 0.204 chi cuadrado.

OR: 2.26 (IC 95%: 0.649 7.930)

En este análisis se tomó en cuenta únicamente a los pacientes que laboraron en algún momento o lo hacían en este momento por lo que no se tomó el total de la muestra. Hubo un mayor porcentaje de pacientes con Alexitimia dentro del grupo de los pacientes que tenían trabajos que requerían un adiestramiento básico. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa y el riesgo de tener un diagnóstico de Alexitimia fue de 76.6% más de que ocurra en los pacientes con trabajos básicos en relación a los que requerían adiestramiento intermedio, técnico o profesional.

Tabla 9.

Comparación del diagnóstico paciente de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Diagnóstico paciente | Paciente | | Total |
|-----------------------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia | |
| Episodio depresivo leve | 5 55.6% | 4 44.4% | 9 100.0% |
| Episodio depresivo moderado | 6 60.0% | 4 40.0% | 10 100.0% |
| Episodio depresivo grave | 9 56.3% | 7 43.8% | 16 100.0% |
| Distimia | 3 30.0% | 7 70.0% | 10 100.0% |
| Otras formas de depresión | 0 0.0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| Total | 23 50.0% | 23 50.0% | 46 100.0% |

Valor p 0.605 chi cuadrado: 0.515

OR episodio grave vrs episodio moderado: 1.16 (IC 95%: 0.234 5.808)

OR episodio leve vrs episodio moderado: 1.20 (IC95%: 0.193 7.441)

OR distimia vrs episodio moderado: 3.50 (IC 95%: 0.549 22.304)

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico y la frecuencia de casos de Alexitimia, sin embargo en la muestra se observó que los pacientes con mayor riesgo de Alexitimia fueron los que tenían distimia, con un OR de 3.5.

Tabla 10.

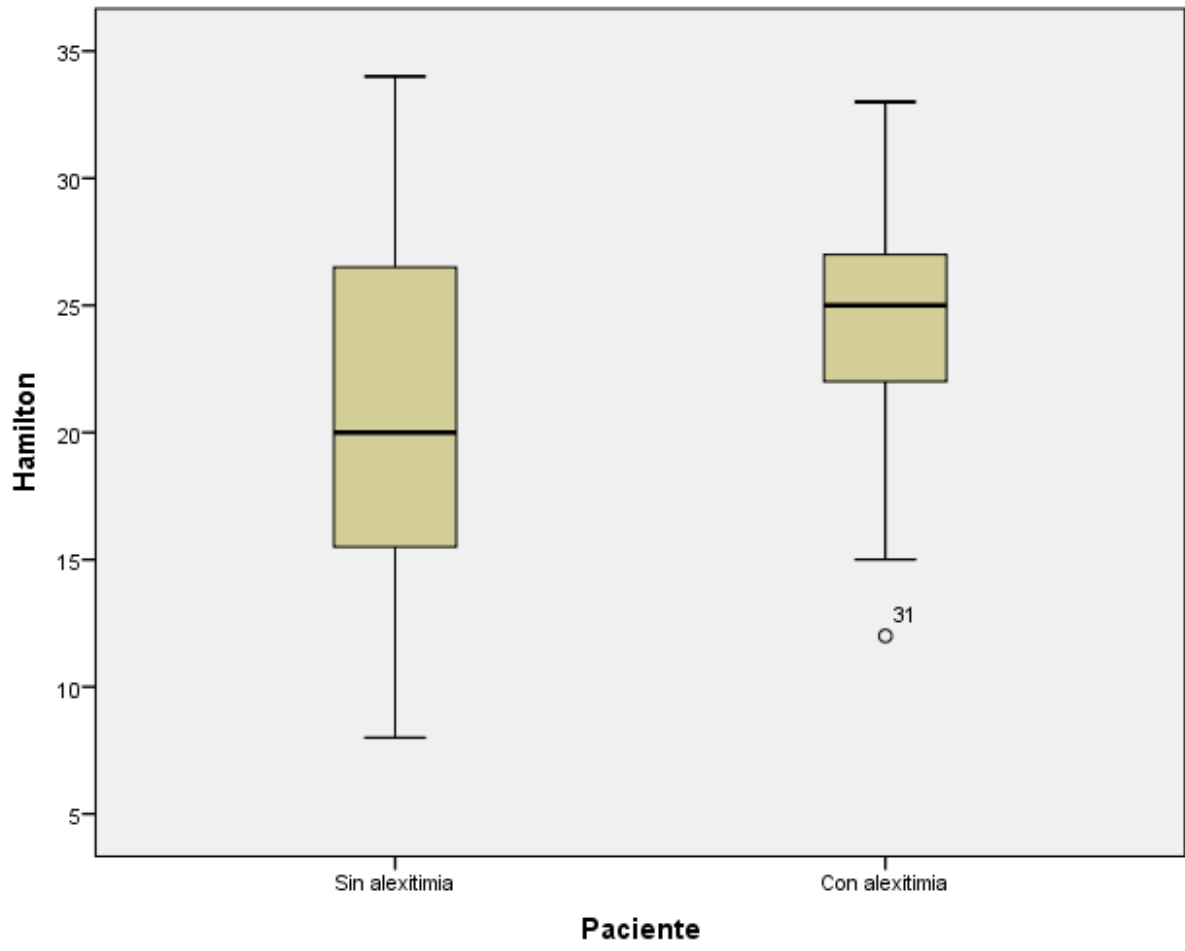
Comparación de las puntuaciones al cuestionario Hamilton de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)

| Escala de Hamilton | Paciente | |
|--------------------|----------------|----------------|
| | Sin Alexitimia | Con Alexitimia |
| Percentil 25 | 15.5 | 22.0 |
| Mediana | 20.0 | 25.0 |
| Percentil 75 | 27.5 | 27.0 |

Valor p Mann Whitney: 0.187

La mediana de las puntuaciones al cuestionario Hamilton fue mayor para los pacientes con Alexitimia que los sin Alexitimia pero esta diferencia no se consideró estadísticamente significativa. Los valores más frecuentes de la escala de Hamilton fueron entre 15.5 y 27.5 para los pacientes sin Alexitimia, depresión moderada hasta muy severa y de 22.0 a 27.0 en los con Alexitimia, depresión muy severa.

Gráfica 9. Comparación de las puntuaciones al cuestionario Hamilton de pacientes con y sin Alexitimia tratados por un primer episodio depresivo en la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, abril de 2014 a junio de 2015 (n = 46)



6. Discusión

Los objetivos de este estudio era encontrar las variables demográficas presentadas entre pacientes en su primer episodio depresivo tomando en consideración si presentaban alguna diferencia en cuanto a la presencia o no de Alexitimia. Además valorar la presencia de Alexitimia en pacientes en consulta externa de CAISM con diagnóstico de primer episodio depresivo. Y si la gravedad de los síntomas se correlacionaba con la presencia de Alexitimia, utilizando el punteo de Hamilton como medida objetiva de gravedad.

En nuestra muestra que constató de 46 pacientes, se encontró que el 50% de ellos presentaba Alexitimia. Muy similar a los resultados obtenidos por Consoli, quien encontró que la prevalencia de Alexitimia era más alta en poblaciones depresivas, 20 a 50%, que en la población general, 10%. (1, 21).

La frecuente comorbilidad entre la Alexitimia y Depresión se han reportado consistentemente. Esta comorbilidad sugiere que entre ambas existe una base en común. Diversos estudios han revelado una alta prevalencia de Alexitimia en pacientes deprimidos, en rangos de 11 hasta el 48%. En un estudio en población turca tomando en cuenta estos parámetros se encontró que 33% de los pacientes con un desorden depresivo basado en DSM IV presentaban Alexitimia. (11, 22)

Dentro de lo observado en cuanto a las variables, podemos observar que existen diferencias correlacionado con otros estudios. Se encontró un mayor porcentaje de Alexitimia en mujeres, 51%, considerándose sin diferencia real entre género. Esta falta de diferenciación ha sido observada en diversos estudios como el de Rodríguez, de Benito y Rodríguez en personas mexicanos cursando por divorcio, o el estudio de Joukamaa en sujetos finlandeses mayores de 72 años donde entre género no se encontró diferencia. (13, 18)

En cuanto la variable edad, se encontró que la edad mediana de los controles era un poco mayor que de los controles, aunque no estadísticamente significativo. Lo cual no pudo ser correlacionado con estudios, ya que la mayoría de estos se muestran que en poblaciones en adolescencia y adultos mayores hay mayor riesgo de presentar Alexitimia. (23, 24)

La presencia de Alexitimia relacionado con el estado civil muestra una frecuencia más alta de la misma en pacientes solteros, teniendo 1.8 veces más riesgo de padecerla que los casados. Aunque no es estadísticamente significativo, se observa que es como descrito en el estudio finlandés de Kauhanen. También se observó que los 2 casos de pacientes unidos y el

caso de paciente divorciado presentaban Alexitimia. Lo que los estudios han referido es que hay más probabilidad de llevar una vida marital estable si no se presenta Alexitimia, por lo que caerían entre la categoría de casados o viudos. Que se correlaciona con este estudio. (18)

No se encontraron al momento estudios que correlacionen la religión con la presencia de Alexitimia. En nuestro estudio la población católica mostró menor frecuencia, mostrando que en pacientes sin religión el riesgo era 3.4 veces mayor de padecer Alexitimia, aunque sin ser estadísticamente significativo.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la frecuencia de Alexitimia. Aunque está era un poco mayor en nivel educativo de básicos. Siendo los pacientes con una carrera que requiere un adiestramiento básico 2.2 veces más frecuentes de padecer Alexitimia en relación a la población con un nivel intermedio, técnico o universitario. Lo cual tendría relación con el estudio de Moral de Rubia y Retamales donde se encontró que a mayor nivel educativo, menor los riesgos de Alexitimia. (15)

De acuerdo a lo observado en otros estudios, la Distimia constituyó el diagnóstico con mayor frecuencia de Alexitimia. Debido a que los pacientes toman más tiempo en identificar la presencia de síntomas depresivos. (9. 25)

La mediana de las puntuaciones al cuestionario Hamilton fue mayor para los pacientes que presentaban primer episodio depresivo y Alexitimia. Los valores más frecuentes de la escala de Hamilton fueron entre 15.5 y 27.5 para los pacientes sin Alexitimia, depresión moderada hasta muy severa y de 22.0 a 27.0 en los que presentaban Alexitimia, depresión muy severa. Lo cual muestra que estos pacientes cursan con síntomas depresivos más importantes que la población general como lo estipulan varios estudios. En un estudio en población turca encontró que los pacientes evaluados presentaban valores en el inventario de Depresión de Beck mayores. (11)

Las limitaciones del estudio se vieron asociadas a los criterios de inclusión, ya que redujo la muestra al hacerla más homogénea. Haciendo que los resultados no reflejaran datos estadísticamente significativos. El continuar con la toma de muestra podría arrojar resultados para la población IGSS – CAISM que reflejen de una manera más representativa a la población guatemalteca.

7. Conclusiones

Debido al tamaño de la muestra no se observó diferencia estadísticamente significativa en las variables demográficas entre paciente con y sin Alexitimia en un primer episodio depresivo. Sin embargo al observar las variables demográficas entre un grupo y otro, sí se encontró mayor frecuencia de esta en pacientes femeninas, pacientes solteros, trabajos con adiestramiento básico, sin religión, depresiones de mayor duración y con puntuaciones de Hamilton más altas.

La presencia de Alexitimia en pacientes en consulta externa de CAISM con diagnóstico de un primer episodio depresivo fue de 50%.

La severidad de los síntomas depresivos se correlaciona con la presencia de Alexitimia. Siendo la mediana de las puntuaciones del cuestionario Hamilton mayor para los pacientes que la presentaban que para los que no la presentaban. Los valores más frecuentes de la escala de Hamilton fueron entre 15.5 y 27.5 para los pacientes sin Alexitimia y de 22.0 a 27.0 en los pacientes con Alexitimia. Por lo que se evidencia que los pacientes Alexitimicos en este estudio presentan depresiones más severas.

8. Recomendaciones

Continuar el estudio para tener una muestra más significativa estadísticamente. Pidiendo la participación de médicos y psicólogos de ambas jornadas laborales.

Tomar en consideración el uso de escalas diagnósticas, como la utilizada en este estudio – Hamilton, como referencia a la severidad de síntomas en la práctica común sobre todo al iniciar un tratamiento antidepresivo. Esto daría pautas subjetivas de la evolución y mejoría del paciente.

Valorar que si 1 de cada 2 pacientes están en riesgo de presentar Alexitimia el basarnos en su estado de ánimo como criterio principal para depresión podría dejar a un lado depresiones más severas y de más larga duración. Sobre todo si los pacientes muestran factores demográficos asociados a la Alexitimia.

Nuevas investigaciones en cuanto a posibles tratamientos y cursos de evolución son importantes para valorar como esto afecta el curso de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

9. Referencias Bibliográficas

1. Alonso Fernández, F. La Alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Ment.* 2011, nov-dic; 34(6): 481 – 490. [citado 10 Feb 2015].
2. Chen J, Xu T, Jing J, Chan R. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry.* 2011, feb; (11): 2 – 6. [citado 10 Feb 2015].
3. Kano, M; Fukudo, S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosoc Med.* 2013; (7): 1 – 9. [citado 10 Feb 2015].
4. Onor M, Trevisiol M, Spano M, Aguglia E, Paradiso S. Alexithymia and aging: A neuropsychological perspective. *J nerv ment dis.* 2010, dic; 198(12): 891 – 895. [citado 11 Feb 2015].
5. Henry J, Phillips L, Maylor E, Hosie J, Milne A, Meyer C. A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *j. jpsychores.* 2006, mayo; 60(5): 535 – 543. [citado 11 Feb 2015].
6. Aino, M. Alexithymia in Finnish General Population [tesis Psiquiatría en línea]. Tampere, Finlandia, University of Tampere, Tampere School of Health, Department of Adult Psychiatry; 2009. Disponible en: http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Mattila_alexithymia_2009.pdf . [citado 11 Feb 2015].
7. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado. Masson. Barcelona; 2001 [citado 9 Feb 2015].
8. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2000. [citado 9 Feb 2015]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=21E526DC2F31FB0D3D7D253E80B6E13B?sequence=1
9. Son S, Jo H, Rim H, Kim J, Kim H, Bae G, Lee S. A Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. *psychiatry investig.* 2012, nov; 9 (4): 325-331. [citado 12 Feb 2015].
10. Samur D, Tops M, Schlinkert C, Quirin M, Cuijpers P, Koole S. Four decades of research on alexithymia: moving toward clinical applications. *Front psychol.* 2013, nov; 4(861): 1 – 4. [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3832802/pdf/fpsyg-04-00861.pdf>
11. Celikel F, Kose S, Erkorkmaz U, Sayar K, Cumurcu B, Cloninger C. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Compr psychiat.* 2010, ene-feb; 51(1): 64 — 70. [citado 12 Feb 2015].
12. Jaramillo Vintimilla, M. Incidencia de alexitimia en personas que padecen abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y reciben tratamiento en centros de rehabilitación para drogodependencia en la ciudad de cuenca. [Tesis Psicología Clínica en Línea].

Ecuador: Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Psicología; 2015. [citado 13 Sep 2015]. Disponible en: <http://dSPACE.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1798/1/09255.pdf>

13. Moral, J. La Alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. *Sociotam*. 2005, ene-jun; 15(1): 147-166. [citado 13 Mar 2015]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415106.pdf>
14. Kim H, Rim H, Kim J, Lee S. Alexithymia and Stress Response Patterns among Patients with Depressive Disorders in Korea. *Psychiat Invest*. 2009, mar; 6(1): 13 – 18. [citado 17 Mar 2015].
15. Garaigordobil, M. Sexism and alexithymia: Correlations and differences as a function of gender, age, and educational level. *An Psicol*. 2013, may; 29(2): 368 – 377. [citado 17 Mar 2015].
16. Wiethaeuper, D. and Balbinotti, M. Alexithymia and Vocational Maturity. *Procd soc behv*. 2013, jul; (84): 373 – 377. [citado 19 Mar 2015].
17. Bamonti P, Heisel M, Topciu R, Franus N, Talbot N, Duberstein P. Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults 50 Years of Age and Older. *Am J Geriat Psychiat*. 2010, ene; 18(1): 51 - 56. [citado 13 Feb 2015].
18. Kokkonen P, Karvonen J, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin M, Joukamaa M. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiat*. 2001, nov-dic; 42(6): 471 – 476. [citado 15 Jun 2015].
19. Martínez F. Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clín y Sal*. 1996; 7(1): 19 – 32. [citado 13 Feb 2015].
20. Baer L, Blais M. *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health. [en línea]*. 1st ed. Nueva York: Humana Press; 2010. [citado 13 Feb 2015]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/ad28/085e68e7871024e2599e8f9095feec2fefa8.pdf>
21. Alonso, F. La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Ment*. 2011, nov-dic; 34 (6): 485 [citado 5 Sept 2015].
22. Parodi C. Ansiedad, Depresión e Imagen Corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2015. 13(3): 63 – 73. [citado 25 Ago 2015].
23. Lunazzi H. Investigación de variables en el constructo de Alexitimia en 550 casos. *Rev iberoam diagn ev*. 2000. 2(10): 101 – 119. [citado 25 Ago 2015]
24. Tartaglino M, Stefani D. Trastornos Psicofisiológicos en Adultos Mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Boletín de Psicología*. 2012. (106): 65 – 79. [citado 8 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-4.pdf>

25. Sánchez M, Martínez F, Van der Hofstadt C. Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, 2011. 23 (4), 2011: 707 – 712 . [citado 8 Sep 2015].

10. Anexos

10.1 Consentimiento informado

Título del Estudio: Alexitimia en Primer Caso de Episodio Depresivo en el Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Investigador Principal: Doctora Luisa Fernanda Salazar Duarte Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Centro de Atención Integral de Salud Mental, Psiquiatría.

Paciente _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya comprendido los objetivos del estudio, se le pedirá que firme este consentimiento informado aceptando las condiciones del mismo.

Se ha observado que en hasta un 10% de la población general existe una característica de la personalidad conocida como alexitimia. Dicha característica engloba una incapacidad general para reconocer e identificar sentimientos propios y de otras personas. Esto a su vez se ha vinculado con enfermedades psiquiátricas. Dentro de estas es de interés encontrar esta característica en un grupo determinado de pacientes que cursan con un episodio depresivo debido a que la gravedad de los síntomas y la recuperación pueden estar determinadas por este componente. Y también porque se ha vinculado a otras enfermedades.

En caso de querer participar en el estudio, se realizara una serie de escalas para medir la severidad del cuadro clínico actual y la presencia de esta característica de la personalidad. Su decisión de participar en el estudio es completamente opcional, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no querer participar, no hay gastos ni recibirá bonificación económica a cambio.

Esta información es completamente confidencial y tendrá acceso únicamente el médico que conduzca el estudio, aunque de ser necesario para corroborar que todos los datos sean veraces podrán acceder a los mismos los asesores del trabajo y revisores del mismo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, de _____ años de edad, con número de afiliación _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento, sí así lo solicito.

Firma del participante, o tutor encargado:

_____ Fecha _____

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma _____ Fecha _____

10.2 Ficha de recolección de datos

Nombre:

Número de Afiliación:

Fecha de Nacimiento:

Escolaridad:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

10.3 Escala de Depresión de Hamilton

| <i>Ítems</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|--|--|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pesamientos sobre la posibilidad de morirle 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descanso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

| | |
|---|---|
| 11. Ansiedad somática | 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales |
| 13. Síntomas somáticos generales | 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2 |
| 14. Síntomas genitales | 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio) |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo |

10.4 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20)

| <p>Señale con una X el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Debe tener en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer el modo en que usted reacciona y se comporta normalmente.</p> <p>Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:</p> | Totalmente en desacuerdo | Moderadamente en desacuerdo | No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Moderadamente de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. A menudo me encuentro confundido/a con el tipo de emoción que estoy sintiendo. | | | | | |
| 2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para describir mis sentimientos. | | | | | |
| 3. Tengo sensaciones corporales que ni los médicos las entienden. | | | | | |
| 4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad. | | | | | |
| 5. Prefiero analizar los problemas en lugar de simplemente describirlos. | | | | | |
| 6. Cuando me siento mal emocionalmente no sé si estoy triste, asustado/a o enojado/a. | | | | | |
| 7. A menudo estoy confundido/a con las sensaciones que noto en mi cuerpo. | | | | | |
| 8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido de esa manera. | | | | | |
| 9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo. | | | | | |
| 10. Es muy importante, sentir o experimentar las emociones. | | | | | |
| 11. Me es difícil describir lo que siento sobre la gente. | | | | | |
| 12. La gente me pide que describa con más detalle cómo me siento. | | | | | |
| 13. No sé lo que sucede dentro de mí. | | | | | |
| 14. A menudo no sé por qué estoy enojado/a. | | | | | |
| 15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias en vez de sus sentimientos. | | | | | |
| 16. Prefiero ver espectáculos de entretenimiento en lugar de dramas psicológicos. | | | | | |
| 17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos/as más íntimos/as. | | | | | |
| 18. Puedo sentirme cercano/a a alguien incluso en momentos de silencio. | | | | | |
| 19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales. | | | | | |
| 20. Buscar significados profundos en películas u obras de teatro, no me deja disfrutarlas tanto como el hecho de verlas simplemente. | | | | | |

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**ASOCIACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS CON ALEXITIMIA EN PRIMER CASO DE EPISODIO DEPRESIVO**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.