

ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN MAYORES QUE PRACTICAN ACTIVIDAD FÍSICA DIRIGIDA

ALEXITHYMIA AND DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE THAT GET DIRECTED PHYSICAL ACTIVITY

Medina-Porqueres, I, Romero-Galisteo, RP, Gálvez-Ruiz, P, Moreno-Morales, N, Sánchez-Guerrero, E, Cuesta-Vargas, JS, Mate-Pacheco, F y Barón-López, FJ

Iván Medina-Porqueres. Departamento de Fisioterapia, Facultad de CC. de la Salud, Universidad de Málaga (España), imp@uma.es

Rita Pilar Romero-Galisteo. Departamento de Fisioterapia, Facultad de CC. de la Salud, Universidad de Málaga (España), rpromero@uma.es

Pablo Gálvez-Ruiz. Departamento de Educación, Facultad de Educación, Universidad Internacional de La Rioja (España), Agencia para la Gestión, Investigación e Innovación en Servicios Deportivos, pablo.galvez@unir.net

Noelia Moreno-Morales. Departamento de Fisioterapia, Facultad de CC. de la Salud, Universidad de Málaga (España), nmm@uma.es

Eduardo Sánchez-Guerrero. Departamento de Fisioterapia, Facultad de CC. de la Salud, Universidad de Málaga (España), esanchezg@uma.es

Jesús Sebastián Cuesta-Vargas. Servicio de Deportes, Universidad de Málaga (España), jsebastiancuesta@gmail.com

Francisco Mate-Pacheco. Servicio de Deportes, Universidad de Málaga (España), curromate@hotmail.com

Francisco Javier Barón-López. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga (España), baron@uma.es

Código UNESCO: 321311. Ciencias Médicas. Fisioterapia / Medical Sciences. Physiotherapy y 3112. Salud Pública / Public Health.

Clasificación del Consejo de Europa / Council of Europe Classification: 14. Fisioterapia y rehabilitación y 15. Psicología del deporte

Recibido el 30 de septiembre de 2016

Aceptado el 19 de noviembre de 2016

Correspondencia:

Iván Medina-Porqueres. Departamento de Fisioterapia, Facultad de CC. de la Salud, Universidad de Málaga (España), imp@uma.es

RESUMEN

La relación entre la alexitimia y la depresión y los factores sociodemográficos ha sido estudiada en personas mayores. Sin embargo, el papel atenuador del ejercicio en estas afecciones aún debe ser determinado. En el presente estudio se mide el grado de alexitimia y depresión en adultos mayores, comparando una muestra sedentaria con una de practicantes de actividad física. Se utilizó un diseño descriptivo transversal con una muestra compuesta por 27 participantes, 9 hombres y 18 mujeres de más de 60 años (64 ± 5.1 años), con objeto de medir el grado de alexitimia y depresión que presentaban en el momento de la recogida de datos. Los instrumentos utilizados fueron la escala de depresión de Yesavage, la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Cuestionario de Salud SF-12. Los resultados mostraron que los practicantes de actividad física presentaban puntuaciones más bajas en alexitimia y depresión que los sujetos sedentarios, sin que éstas variables estuvieran relacionadas en función del género y la edad. A tenor de los resultados, el ejercicio pudiera jugar algún papel en la modulación de las alteraciones psicológicas.

PALABRAS CLAVE: Alexitimia, Depresión, Actividad física, Personas mayores

ABSTRACT:

Associations between alexithymia and depression and sociodemographic factors have been investigated in elderly population. Whether exercise plays a role as a protective factor against these conditions has yet to be determined. Thus, the aim of this study was to investigate alexithymia and depression and its association with physical activity in elderly people. Twenty-seven participants, 9 men and 18 women (aged 64 ± 5.1). Subjects were assigned to either a sedentary group or a physically active group. All participants filled in Yesavage Scale, Toronto Alexithymia Scale (TAS)-20 and SF-12. Data were analyzed using Student's t-test and multiple linear regression analyses. Results showed that physically active elderly people scored lower for

alexithymia and depression than sedentary subjects. These findings suggest that physical activity may have a role in benefiting mental disorders.

KEY WORDS: Alexithymia, Depression, Physical activity, Elderly people

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental son los principales contribuyentes a la carga mundial de enfermedad, y su inversa relación con la actividad física es ampliamente aceptada¹.

La alexitimia ha recibido una considerable atención por parte de la Medicina Psicosomática y Psiquiátrica desde su definición a principios de los años 70 del pasado siglo, que hacía referencia a la ausencia de palabras para expresar las emociones². Una acepción más actual la aportan Donges y Suslow³, refiriéndose a ella como un constructo de personalidad multifacética que abarca, entre otras características, dificultades en la identificación y descripción de emociones. Otros autores^{4,5,6}, señalan que personas con altos niveles de alexitimia presentan dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, dificultad para describir verbalmente sentimientos a los otros, constricción en los procesos simbólicos así como un patrón de expectativas y atribuciones orientado a los acontecimientos y detalles externos.

Por otro lado, el Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones (CPTD) define la depresión como un síndrome que agrupa síntomas somáticos y síntomas psíquicos en torno a un núcleo central en el que se encuentran la tristeza patológica, la pérdida de impulsos o el vacío, que determina un estado de ánimo de tipo negativo característico⁷. La ansiedad y la depresión, representan aproximadamente el 80% de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria. Se encuentra entre los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, erigiéndose como uno de los más importantes problemas de salud en adultos mayores⁸. En España, la

prevalencia de depresión se sitúa entre el 9.60% y el 20.20% de la población adulta. Las diferencias en estas cifras responden principalmente a cuestiones metodológicas, como el método de evaluación utilizado (medidas de autoinforme o entrevista), o el tipo de trastorno evaluado⁹.

En la práctica diaria, ansiedad y depresión pueden representarse como entidades puras, pero es mucho más habitual la aparición en un mismo paciente de síndromes clínicos en los que se asocian elementos de ambas patologías¹⁰. En el caso de la alexitimia, la prevalencia en deportistas recreacionales o de élite no es despreciable^{11,12}, sin embargo su estudio en poblaciones de adultos mayores es aún limitado.

La evidencia que relaciona actividad física y bienestar subjetivo es inconsistente, debido principalmente al solapamiento conceptual con la salud subjetiva y probablemente al uso de instrumentos de medida, considerados poco objetivos por algunos autores, como son los cuestionarios autoinformados¹³. A pesar de ello, la actividad física se ha ido consolidando como un instrumento imprescindible para la consecución del bienestar y la mejora de la salud de las personas mayores. Del mismo modo, se perfila como una herramienta en la prevención y conservación de la autonomía, basada en los principios del envejecimiento saludable.

Los efectos y beneficios de una actividad física estructurada y organizada son ampliamente conocidos por la comunidad científica, no sólo en el plano físico sino también en el psicológico y social¹⁴. Datos provenientes de recientes estudios sugieren que la actividad física es una estrategia eficaz en la prevención y tratamiento de la obesidad, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, así como en la reducción de la depresión y en tasas de mortalidad¹⁵⁻¹⁸. La inactividad física presenta una mayor prevalencia con el incremento de la edad, así como la falta de actividad física regular en el pasado, los síntomas depresivos y la discapacidad en las actividades

instrumentales de la vida diaria se evidencian como factores asociados a la misma¹⁹.

La actividad física de los mayores se está incrementando y no hay razones para suponer que no lo siga haciendo²⁰, más aún siendo España uno de los países más envejecidos del mundo²¹. Los beneficios de la actividad física han sido ampliamente abordados en multitud de estudios con personas mayores²², destacando a nivel psicológico la disminución de la ansiedad y el estado depresivo, el aumento de autoestima y la tolerancia al estrés^{23,24}.

El objetivo del presente estudio es conocer y comparar los niveles de alexitimia y trastorno depresivo, así como su relación con el estado de salud percibido entre una muestra de adultos mayores sedentarios y otra que realiza un programa de actividad física dirigida (PAFD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

Se presenta un estudio descriptivo transversal que compara los niveles de alexitimia y depresión entre dos grupos de adultos mayores, uno sedentario (control) y otro practicante de un PAFD.

La muestra estaba compuesta por 27 participantes organizados en dos grupos, de los 18 fueron mujeres y 9 fueron hombres, con edades comprendidas entre los 55 y los 79 años (64.04 ± 5.17). El primer grupo ($n = 15$) estuvo compuesto por personas mayores de 55 años (11 mujeres y 4 hombres), practicantes de actividad física incluidos en un programa de actividad física dirigida (PAFD) del Servicio de Deportes de la Universidad de Málaga. El segundo grupo ($n=12$) estaba formado por personas sedentarias (7 mujeres y 5 hombres) matriculadas en el Curso de Especialización en Salud

Integral, actividad formativo-académica organizada por la Universidad de Málaga (UMA).

Los contenidos incluidos en el PAFD se estructuran en tres bloques fundamentales:

- 1) Preparación General, basada en el desarrollo de la capacidad cardiovascular.
- 2) Preparación Específica, enfocada hacia la mejora en la ejecución de las actividades cotidianas.
- 3) Fase de Mantenimiento, cuya finalidad es el mantenimiento de los logros alcanzados. La periodicidad de la actividad es de tres veces en semana.

Todos los participantes dieron voluntariamente su consentimiento informado expreso. Este estudio cumplió con los principios éticos y recomendaciones establecidas para las investigaciones médicas en seres humanos, según lo establecido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial²⁵.

Instrumento

Los instrumentos de evaluación utilizados para este estudio fueron los siguientes:

- *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20)*^{26,27} en su versión validada para la población española²⁸. La componen 20 reactivos tipo Likert con 6 puntos de variación por elemento -de 0 a 5-. La puntuación obtenida puede oscilar, por tanto, entre 20 y 100 puntos. El punto de corte para el diagnóstico de alexitimia es ≥ 61 . Tanto la consistencia interna de esta escala (α de Cronbach= .82) como su fiabilidad test-retest han mostrado valores aceptables²⁹, siendo, según sus autores, de mayor utilidad en la detección de la ausencia de este problema que de su presencia -más específica que sensible-²⁷.

- *Cuestionario de Salud SF-12*, en su versión española, utilizado para estimar la calidad de vida relacionada con la salud^{30,31}. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones de su predecesor, el SF-36³²: Función física, Función social, Rol físico, Rol emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal y Salud general. Las opciones de respuesta forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Los resultados se trasladan a una escala con rango de 0 -peor de salud- a 100 -mejor salud-.

- *Escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage* abreviada, en su versión española³³, compuesta por 15 preguntas -10 en sentido positivo y 5 en sentido negativo que permite valorar el grado de depresión en personas mayores.

Procedimiento

La recogida de información y administración de los cuestionarios se realizó en presencia de varios investigadores del presente estudio, explicando previamente a los participantes cómo debían responder los ítems de la herramienta. Se insistió y garantizó el anonimato de las respuestas, por lo que dentro del carácter voluntario de la participación se solicitó la máxima sinceridad. El tiempo requerido para la cumplimentación de los cuestionarios fue de aproximadamente 10-15 minutos.

Análisis de datos

Los datos recogidos fueron sometidos a análisis descriptivo, comprobando además la normalidad de los mismos (prueba de Shapiro-Wilks). La comparación de medias entre grupos se llevó a cabo a través de la prueba t-Student. Se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar los distintos

modelos propuestos, utilizando en todos ellos las mismas variables criterio (género, grupo y edad). Para el análisis de los datos se empleó el Software estadístico SPSS en su versión 21.0.

Resultados

Los datos obtenidos fueron sometidos en primer lugar al cálculo de la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilks, considerada la más potente para muestras inferiores a 30 casos³⁴. Los resultados mostraron que no todas las variables cumplían el supuesto de normalidad, concretamente las variables género ($p < .000$) y edad ($p = .006$). A continuación, se procedió al análisis descriptivo de la muestra obteniendo los valores de medias y desviaciones típicas, tal y como puede observarse en la tabla 1.

En la tabla 1, se puede observar que el grupo sedentario mostró valores medios superiores tanto para la edad como para la estatura, mientras que el grupo de practicantes de actividad física obtuvo un valor medio superior para la masa y para el IMC. La diferencia entre medias no fue significativa para ninguna de las variables consideradas.

Tabla 1. Media, desviación típica, valor t y significatividad entre practicantes de actividad física y sedentarios

	<i>Practicantes de AF</i>		<i>Sedentarios</i>		t(gl)	p
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Edad (años)	63.40	5.12	64.83	5.34	.709 (25)	.485
IMC (kg/m ²)	29.65	2.33	26.93	6.41	.586 (25)	.563
Masa (kg)	76.19	9.18	70.25	15.77	1.225 (25)	.232
Estatura (cm)	159.96	6.37	161.91	10.76	1.523 (25)	.140

En términos absolutos, en el grupo sedentario se obtienen niveles de alexitimia (50.16 ± 11.69) y depresión (2.9 ± 2.31) superiores a los encontrados en el grupo de practicantes de actividad física (37.6 ± 17.26 y 1.20 ± 1.89 , respectivamente), siendo las diferencias para las dos variables significativas

(valor p de .041 y .044, respectivamente). En cuanto a la calidad de vida o estado de salud percibido, tanto la esfera física (49.48 ± 8.18) como en la mental (51.50 ± 9.06), los valores obtenidos fueron superiores en el grupo de practicantes de actividad física, aunque para estas variables las diferencias no fueron significativas.

Se realizó un análisis de regresión múltiple, utilizando varios modelos donde las variables criterio fueron el género, la edad y los dos grupos de participantes. En ningún modelo, las variables dependientes presentaron ni interacción ni significación por género o edad. Se observó un valor inferior de alexitimia en el grupo que practicaba actividad física con respecto al grupo sedentario (14.4 ± 5.9 , $p = 0.02$, IC 95% 2.2 – 26.6), al igual que ocurrió con la variable depresión, donde el grupo físicamente activo obtuvo un valor inferior en relación con el grupo sedentario (2.0 ± 0.8 , $p = 0.02$, IC 95% 0.3 – 3.7). Los componentes físico y mental de la herramienta SF-12 no mostraron relaciones significativas con las variables criterio (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión lineal múltiple

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		r (R ²)	D-W
	B	Error estándar	Beta (β)	t		
Alexitimia					.49 (.24)	2.253
Género	3.831	6.174	.114	.621		
Grupo	-14.399	5.908	-.453	-2.437*		
Edad	.877	.572	.282	1.533		
Depresión					.49 (.24)	1.966
Género	1.003	.853	.216	1.176		
Grupo	-2.013	.816	-.458	-2.465*		
Edad	.101	.079	.236	1.284		
PCS-12					.48 (.23)	1.623
Género	6.366	3.105	.380	2.050		
Grupo	2.114	2.971	.133	.711		
Edad	.361	.288	.232	1.255		
MCS-12					.32 (.10)	1.568
Género	.950	4.256	.045	.223		
Grupo	3.783	4.072	.188	.929		
Edad	.580	.394	.294	1.472		

Discusión

Los resultados de este estudio permiten afirmar que la práctica de una actividad física programada y guiada, de intensidad moderada, está relacionada con un perfil alexitímico bajo. El deporte competitivo no parece ofrecer el mismo beneficio¹¹, aunque el contexto ambiental y/o psicoemocional de la actividad deportiva pudiera, en determinados casos mejorar el estado de ansiedad inherente a ésta¹².

Por género, en ambos grupos fue el masculino el que obtuvo valores más altos en el TAS-20, datos convergentes con los estereotipos sexuales que sugieren que los hombres dejan traslucir en menor medida sus emociones. Estas diferencias se reducen en países o sociedades individualistas o de baja distancia al poder³⁵. El grado de alexitimia crece en razón directamente proporcional a la edad del individuo, circunstancia atribuible a la reducción de la expresión espontánea y la acentuación del anclaje en la realidad inmediata que acompaña al envejecimiento. La adolescencia es una excepción, con puntuaciones también elevadas^{28,35}.

Respecto a la calidad de vida percibida, estudios previos sobre pacientes de atención primaria han mostrado una relación negativa entre alexitimia y grado de satisfacción vital³⁶, en consonancia con nuestros resultados.

Asimismo, los resultados obtenidos señalan cómo el buen estado de salud percibido por el usuario de un PAFD se relaciona positivamente con niveles bajos-medios de ansiedad y depresión. Estos datos se encuentran en consonancia con la profusa bibliografía que señala la relación beneficiosa entre buen estado de salud física y psíquica y la práctica de un ejercicio físico programado y adaptado^{37,38}.

Los resultados obtenidos respecto a la salud psicológica podrían reflejar en parte los sesgos asociados a la selección de la muestra, dado el carácter saludable de la submuestra de participantes del grupo experimental, estando así en consonancia con el estudio de Hamer y Stamatakis¹⁰.

De estos resultados se extrae que la práctica deportiva de carácter recreacional se relaciona positivamente con niveles bajos de alexitimia y depresión en personas mayores. Futuras investigaciones con diseños más ambiciosos, - carácter longitudinal, aleatorización- permitirán definir y confirmar estos hallazgos así como establecer relaciones de causalidad más consistentes que refuercen las asociaciones referidas.

Referencias

1. Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don't worry, be happy: cross-senccional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*. 2015;15:53. doi 10.1186/s12889-015-1391-4.
2. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosomatic*. 1973;22:255-62.
3. Donges US, Suslow T. Alexithymia and memory for facial emotions. *Univ. Psychol*. 2015;1:103-10.
4. Díaz J, Balbás A. Estudio de variables relacionadas con alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *REDE*. 2002;5(10).
5. Gutiérrez J, Arbej J. Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*. 2005;17(1):15-19.
6. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Ortiz-Soria B. Alexithymia – State or Trait? *Span. J. Psychol*. 2003;6(1):51-59.
7. American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edic. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
8. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Luque R. Versión española del cuestionario Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12(10):620-630.
9. Cano A, Martín J, Mae C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. 2012;33(1):2-11.
10. Ayuso JL, Saiz J. Depresión. *Visión actual*. Madrid: Aula Médica; 1997.
11. Allegre B, Noel-Jorrand MC, Souville M, Pellegrin L, Therme P. Intensive physical activity and alexithymia: results from swimmers, discours analysis. *Psychol Rep*. 2007;100:1129-39.

12. Woodman T, Huggins M, Le Scanff C, Cazenave N. Alexithymia determines the anxiety experienced in skydiving. *J Affect Disord.* 2009;116(1-2):134-8. doi: 10.1016/j.jad.2008.11.022.
13. Hamer M, Stamatakis E. Objectively assessed physical activity, fitness and subjective wellbeing. *Mental Health and Physical Activity.* 2010;3(2): 67-71. doi 10.1016/j.mhpa.2010.09.001.
14. Bize R, Johnson J, Plotnikoff R. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med.* 2007;45(6):401-15.
15. Theodoropoulou E, Karateroliotis K. An ecological framework including perceived health status for prediction of physical activity in greek adults. *Eur J of Hum Mov.* 2015;35:51-67.
16. Savela S, Koistinen P, Tilvis RS, Strandberg AY, Pitkala KH, Salomaa V et al. Leisure-time physical activity cardiovascular risk factors and mortality during a 34-year follow-up in men. *Eur J of Epidemiol.* 2010;25:619-25. doi: 10.1007/s10654-010-9483-z.
17. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
18. Yates T, Davies MJ, Webb D, Henson J, Gill JMR et al. Levels of physical activity and relationship with markers of diabetes and cardiovascular disease risk in 5474 white European and South Asian adults screened for type 2 diabetes. *Preventive Medicine.* 2010;51:290-94. doi:10.1016/j.ypmed.2010.06.011.
19. Menezes AS, dos-Santos-Silva RJ, Tribess S, Romo-Pérez V, Virtuoso-Júnior JS. Inactividad física y factores asociados en personas mayores en Brasil. *Rev. Int. Med Cienc Act Fis Deporte.* 2015;15(60):773-784. doi.org/10.15366/rimcafd2015.60.010.
20. Romero-Reche A, Martos-Fernández P, Hita-Alonso C. La socialización de las personas mayores en el parque biosaludable. *Rev. Ib. CC. Act. Fís. Dep.* 2015;4(3):21-33.
21. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España, Madrid: INE; 2014.
22. Silva-Piñeiro R, Mayán-Santos JM. Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores. *Escritos de Psicología.* 2016;9(1):24-32
23. Calvo CM. *Diagnóstico diferencial de la depresión con seguimiento.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
24. Ruuskanen J. y Ruoppila I. Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing,* 1995; 24:292-96. doi.org/10.1093/ageing/24.4.292.
25. World Medical Association. Declaration of Helsinki. *JAMA.* 1997;277:925-26.
26. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosomatic Res.* 1994;38(1):23-32.
27. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *J Psychosomatic Res.* 1994;38(1):33-40.

28. Moral de la Rubia J, Retamales R. Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Rev Elect Psicol.* 2000;4 (1).
29. Allworth E, Passmore J. *Psychometrics in coaching. Using psychological and psychometric tools for development*, London: Kogan Page; 2008.
30. Villagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garín O, López García E, Alonso J. Interpretación de dos cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin Barc.* 2008;130(19):726-35.
31. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin Barc.* 1995;104:771-6.
32. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide.* Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
33. Martínez J, Onis MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam.* 2002;12(10):620-30.
34. Yazici B, Yolacan S. A comparison of various tests of normality. *J Stat Comput Sim.* 2007;77(2):175-183. doi: 10.1080/10629360600678310.
35. Páez D, Martínez-Sánchez F, Velasco C, Mayordonmo S, Fernández I, Blanco A. Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología* 1999; 63: 55-76
36. Mattila AK, Poutanen O, Koivisto AM, Salokangas RKR, Joukamaa M. Alexithymia and life satisfaction in Primary Healthcare Patients. *Psychosomatics* 2007; 48:523-9
37. Harris AH, Cronkite R, Moos R. Physical Activity, Exercise Coping and depression in a 10-year cohort study of Depressed Patients. *J Affect Disord* 2006; 93(1-3): 79-85.
38. Barriopedro Romo MI, Eraña de Castro I, Mallol LL. Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Rev Psicol Dep* 2001; 10(2):239-48

Referencias totales citadas:38

Referencias citadas correspondientes a la Rev Ib CC Act Fis Dep: 1