



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**

FACULTAD DE EDUCACION Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

# **Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto Versión Española. (TAS – 20)**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE PSICÓLOGO**

**AUTORES: SÁEZ VILCHES, CLAUDIO ALEXIS  
TIZNADO CERDA, GINO DAVID**

Profesora guía: Mónica Marlene Pino Muñoz

CHILLÁN 2012

*En primera instancia agradecemos a nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional  
brindado en este proceso.*

*A nuestras docentes Profesora Paulina Benavente y Mónica Pino por vuestra  
paciencia, disponibilidad y apoyo,  
y a todas aquellas personas que directa o indirectamente prestaron su apoyo en  
este proceso.*

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>7</b>
II.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
II.2. JUSTIFICACIÓN .....	8
II.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIAS.....	8
II.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	9
<b>III. MARCO REFERENCIAL</b> .....	<b>9</b>
III.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS .....	9
<i>III.1.1. ón histórica del concepto</i> .....	9
<i>III.1.2. sgos de la alexitimia</i> .....	11
<i>III.1.3. sgos esenciales de la alexitimia</i> .....	11
<i>III.1.4. sgos secundarios de la alexitimia</i> .....	13
<i>III.1.5. pos de alexitimia</i> .....	17
<i>III.1.6. odelos explicativos de la alexitimia</i> .....	18
<i>III.1.6.1. Modelo Neuropsicológico</i> .....	18
<i>III.1.6.2. Modelo Psicodinámico</i> .....	20
<i>III.1.6.3. Modelo Sociocultural</i> .....	22
<i>III.1.6.4. Modelo de la desregulación de los afectos</i> .....	25
<i>III.1.7. Desarrollo de TAS</i> .....	29
III.2. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.....	31
III.3. MARCO EPISTEMOLÓGICO .....	33
<b>IV. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>36</b>
IV.1. METODOLOGÍA Y DISEÑO.....	36
IV.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	37
IV.3. INSTRUMENTO.....	37
IV.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	39
IV.5. ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTOS.....	41
IV.6. CRITERIOS DE CALIDAD.....	41

IV.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	42
<b>V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
V.1. PRUEBA PILOTO.....	44
V.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL OBJETIVO UNO.....	45
<i>V.2.1. Análisis de confiabilidad.....</i>	<i>45</i>
<i>V.2.2. Análisis de validez.....</i>	<i>46</i>
V.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL OBJETIVO DOS .....	56
<i>V.3.1. Análisis descriptivo de los datos .....</i>	<i>56</i>
<b>VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>VII. REFERENCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

# I. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se describe la realización de la validación de unos de los instrumentos más utilizados para medir el constructo de Alexitimia, la “*Toronto Alexithymia Scale*” (TAS-20) creada por Taylor y cols. en 1985 con 41 reactivos y cinco factores, posteriormente fue adaptada en 1994 por el mismo autor quedando compuesta por 20 ítems y 3 factores. Para la presente validación se utilizó la adaptación española de la TAS-20 realizada por Martínez S. (1996, en Casullo 2000) manteniendo sus tres factores, veinte ítems y propiedades psicométricas similares a la versión original de Taylor (1994).

El concepto de alexitimia que etimológicamente significa: (a) falta, (*lexía*) palabras, (*timia*) sentimientos fue acuñado por Sifneos en 1973 para definir un conjunto de rasgos inicialmente descritos en pacientes psicósomáticos (que presentaban trastornos como gastritis, cefaleas, problemas en la piel, úlceras, hipertensión arterial, colon irritable, asma bronquial), siendo tales rasgos: dificultad para identificar y comunicar verbalmente los sentimientos, pobreza para fantasear, un estilo de pensamiento concreto, centrado en los detalles externos (Nemiah y Sifneos, 1970; en Taylor, Bagby y Parker, 1999).

Según Cerezo y cols. (1988, en Fernández y Yarnoz, 1994) el concepto alexitimia ha sido duramente criticado desde múltiples y variados campos, tachándose de inapropiado, poco representativo y no válido. No obstante, se considera, incluso por los mismos autores que lo critican, como un concepto ventajoso pues comunica, en una sola palabra, una serie de rasgos clínicos que subyacen en determinados trastornos o pacientes. Durante el paso del tiempo han aparecido diversas teorías que se esfuerzan por explicar el constructo, es así como tenemos la teoría sociocultural, neurológica y psicoanalítica. Adicional a esto Taylor y cols. (1999) proponen la teoría de la desregulación de los afectos que es una integración de los enfoques anteriores.

La relevancia de esta investigación radica en que en la realidad nacional no existen trabajos y/o validaciones que integren este concepto, aportando un instrumento útil y válido para la práctica clínica en la detección de este rasgo. Por lo tanto, los objetivos de esta investigación son: a) Comprobar validez y confiabilidad de los reactivos que

componen la escala de alexitimia de Toronto (TAS – 20). b) Describir los niveles de sintomatología alexitímica presentes en los sujetos de la muestra seleccionada.

Para otorgar mayor comprensión del trabajo realizado en la validación del instrumento (TAS.20) se exponen las diversas problemáticas en relación al constructo alexitimia presentado por los autores, para posteriormente realizar una revisión de las diversas corrientes teóricas que explican el constructo, además de una evolución de la escala producto de las diversas validaciones y adaptaciones realizadas a través del tiempo. Por último se exponen los resultados correspondientes a los análisis tanto de fiabilidad como de validez mediante el cálculo del alfa de cronbach y un análisis factorial necesaria para responder al objetivo principal de nuestra investigación, como además los análisis descriptivos respondiendo al segundo objetivo.

## II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

### II.1. Planteamiento del problema

Existe hoy en día una diversa gama de teorías que explican la alexitimia, desde un enfoque neuropsicológico, social, psicoanalítico, sin embargo es Taylor y cols. (1999) quien ha descrito una teoría en la cual realiza una integración de los enfoques anteriormente señalados.

Al respecto Lesser (1983, En Otero, 1999) explican que no debería aceptarse la teoría hasta haber sido sometida a comprobación empírica; de lo contrario, se corre el peligro de confirmar conceptos que no están suficientemente validados. En lugar de evaluar cuidadosamente el constructo, autores como Nemiah, Sifneos y Freyberguer (1976) especularon sobre el papel que juega la alexitimia en la formación de síntomas somáticos. Interpretaron los resultados de los trabajos como si la validación del constructo estuviera ya establecida y llegaron a la conclusión errónea de que había una relación etiológica específica entre alexitimia y trastornos psicósomáticos lo que se explicará más adelante (Otero, 1999).

La alexitimia debería tratarse como una dimensión de la expresión emocional que ayude al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En lugar de intentar establecer relaciones directas con los trastornos psicósomáticos, la alexitimia debe ser vista como un constructo que debería desenmarcarse de otros trastornos y poder ser abordado de forma independiente. Como consecuencia de la falta de evidencia empírica y delimitación teórica es que no hay un cuerpo teórico sólido para la creación de instrumentos que permitan cuantificar de forma adecuada el constructo, sin embargo, existe un instrumento que ha hecho la excepción debido a que obtiene las mejores propiedades psicométricas, la TAS-20, empero sigue habiendo una falta de evidencia empírica, para darle propiedades de validez y confiabilidad de forma segura. (Lolas, 1980; en Otero 1999).

Además, “la alexitimia no aparece como constructo en las clasificaciones psiquiátricas, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*DSM-*

IV), pero ha demostrado tener un valor heurístico importante, aceptado por la comunidad científica y susceptible de investigarse”. (Pérez et al, 2010).

## **II.2. Justificación**

Desde una perspectiva metodológica este estudio presenta una gran relevancia ya que principalmente pretende aportar un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas que permita ser utilizada en nuestro contexto. En Chile no existen reportes acerca de escalas validadas que intenten medir el constructo de alexitimia, por lo tanto la realización de la investigación contribuirá a disminuir ésta carencia. Con relación al valor teórico se comprobará la composición factorial de la escala por lo que se podrán confirmar los criterios clínicos acerca del constructo, el cual no se encuentra dentro de las clasificaciones diagnósticas como el DSM IV y CIE-10. (Pérez et al, 2010). Con relación a lo anterior, a nivel práctico se pretende aportar un instrumento útil para el área clínica en la detección de este rasgo aumentando el valor heurístico del constructo.

La investigación resultó viable ya que no demandó un gasto excesivo de recursos financieros ni humanos que limitasen el desarrollo del proceso. Por otra parte la población se encontró accesible ya que pertenece a la ciudad de Chillán.

## **II.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias**

Las preguntas de investigación se definen como: a) ¿La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), es válida en la población de estudiantes de las universidades pertenecientes al consejo de rectores de la provincia de Ñuble? b) ¿Cuáles son los índices de alexitimia presentes en los sujetos universitarios de la provincia de Ñuble?

## **II.4 Objetivos generales y específicos**

### **Objetivo general:**

Validar la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en un contexto de la realidad chilena en la provincia de Ñuble y medir los niveles de sintomatología alexitímica de la población universitaria.

### **Objetivos específicos:**

- Comprobar validez y confiabilidad de la escala de alexitimia de Toronto (TAS – 20).
- Describir los niveles de sintomatología alexitímica presentes en los sujetos de la muestra seleccionada.

## **III. MARCO REFERENCIAL**

### **III.1. Antecedentes Teóricos**

#### **III.1.1. Revisión histórica del concepto.**

La construcción del concepto de alexitimia surgió hace más de veinte años y tiene sus orígenes en observaciones clínicas que fueron hechas tanto a pacientes con enfermedades físicas como mentales. Estos pacientes sufrían de enfermedades psicosomáticas clásicas como: asma, hipertensión, úlceras, colitis ulcerosa etc. (Taylor, 1999).

Mac Lean (1949, en Otero, 1999) notó que muchos pacientes psicosomáticos mostraban una inhabilidad aparente para expresar con palabras sus sentimientos. Al

respecto y usando el modelo del “cerebro triuno”<sup>1</sup>, describió que las emociones en lugar de ser transmitidas al neocortex (función simbólica) hallando expresión en el uso simbólico de las palabras, estas encuentran la expresión inmediata por caminos autonómicos (sistema nervioso autónomo o básico) produciendo cambios fisiológicos que pueden llevar a una enfermedad física.

Ruesch (1948, en Sivak, 1997) describe un tipo de personalidad psicósomática que llamó Personalidad Infantil caracterizado por una alteración de la capacidad de comunicación y expresión verbal y simbólica de los afectos. Las habilidades comunicativas se adquieren por un intercambio social con el ambiente y se considera que los pacientes psicósomáticos presentan una detención del desarrollo por una insuficiencia de estas capacidades, lo cual provoca restricción de la fantasía, dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

A principios de la década del 50, Horney y Kelman, (1952, en Taylor, 1999) describieron características similares en ciertos pacientes psicósomáticos que fueron respondiendo mal al tratamiento psicoanalítico debido a una carencia de consciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y un estilo de vida externalizado, siendo éstas más adelante características de la alexitimia enmarcándose bajo una perspectiva cognitivo afectiva. (Nemiah y Sifneos, 1970; en Moral de la Rubia, 2008)

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales. Taylor y cols (1985), basándose en otras revisiones, resumen las características alexitimicas más sobresalientes descritas como: la dificultad en identificar y describir sentimientos, dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias

---

<sup>1</sup> McLean (1990, en Velásquez, 2006) señala que el cerebro humano está conformado por tres estructuras diferentes a las que denominó sistema neocortical, estructurado por el hemisferio izquierdo y derecho; el sistema límbico, asociado a la capacidad de sentir y desear; y un tercer sistema – R o básico, que se relaciona con los patrones de conducta, sentido de pertenencia, territorialidad e instintos.

de la activación emocional, proceso imaginario limitado, evidenciado por la escasez de fantasías y estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

### **III.1.2. Rasgos de la alexitimia**

Si se entiende la alexitimia como una alteración de la personalidad, siguiendo a Krystal (1979) se pueden diferenciar tres áreas del trastorno: el área cognitiva, el área afectiva y el área de las relaciones interpersonales.

Con respecto al área cognitiva, ésta alteración se asocia a los rasgos descritos en el pensamiento operatorio, en el que las dificultades para simbolizar no corresponden a una limitación intelectual. Utilizan los símbolos sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal. El área afectiva se refiere a la dificultad de verbalizar las emociones y a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas. El área de las relaciones interpersonales supone una alteración de la empatía. Tal como señala Velasco (2000, en Torres 2007), la incapacidad para verbalizar sentimientos y emociones repercute en las relaciones interpersonales, la creatividad, el reconocimiento de un espacio interior, así como la riqueza comunicacional y la naturaleza del sufrimiento.

Retamales (1989) califica los rasgos que caracterizan la alexitimia en esenciales y accesorios. Los esenciales constituyen el núcleo del trastorno y son los correspondientes a los señalados por Taylor en 1985. Los accesorios se dan en gran parte de los casos, no obstante, no son parte determinante en el constructo ya que éstas características no se presentan en todos los sujetos alexitímicos.

### **III.1.3. Rasgos esenciales de la alexitimia.**

Según Sivak (1997), corresponden al pensamiento simbólico reducido o ausente que es utilitario y minucioso, y está centrado en los detalles del entorno, referido a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos o motivaciones. Otro rasgo sería una limitada capacidad para fantasear que consiste en la

inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la representación de sus impulsos, o la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación. Tenemos como último rasgo la dificultad para expresar sus propios sentimientos en donde las personas alexitímicas que tienen escaso contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos, manifestándose incapacitadas para verbalizarlas.

Con respecto a la incapacidad para expresar y comunicar los sentimientos en sus observaciones originales, Sifneos (1988) creyó que la dificultad para expresar sentimientos se limitaba exclusivamente al aspecto verbal, y por esta razón acuñó el término alexitimia. En investigaciones posteriores se consideró como sinónimos lo señalado por Sifneos (1988) y a la queja subjetiva del individuo sobre su facilidad o dificultad para la expresión emocional.

Sin embargo, observaciones clínicas recientes han permitido diferenciar los dos síntomas. Si es capaz de verbalizar una emoción, le resulta imposible describir qué es lo que siente. Su mundo emocional está tan desarraigado del control cognitivo que es frecuente que sus escasas manifestaciones sean explosivas, bruscas e incontroladas.

En relación a la limitada capacidad para fantasear, se puede decir que los alexitímicos poseen pobre imaginación y escasa creatividad que les impide crear ensoñaciones diurnas y divertirse con elementos fantásticos y, como lo afirma Nielsen (1977), estos sujetos son incapaces de utilizar la representación simbólica para la creación de los conceptos nuevos. Dada su naturaleza subjetiva, este fenómeno es difícil de identificar y aprehender por parte del clínico, razón por la cual con frecuencia pasa desapercibido e inclusive, algunos autores como Taylor y cols. (1999) no lo consideran como parte integral del síndrome alexitímico. Con respecto al último factor pensamiento reducido o ausente, tenemos que este criterio fue adoptado por la escuela francesa y se refiere a un tipo de pensamiento en el cual el individuo tiende a hacer énfasis en detalles irrelevantes; por ejemplo, en la descripción minuciosa de quejas físicas que expresa carentes de contenido emocional. Los pacientes no tienen conciencia de esta forma de comunicar sus síntomas y cuando se les pregunta sobre su vida emocional suelen expresar perplejidad.

#### **III.1.4. Rasgos secundarios de la alexitimia.**

Entre estos rasgos tenemos un alto grado de conformismo social en donde las personas alexitímicas son personas aparentemente bien adaptadas, pero como señala J. McDougall (1987), se trata de una “seudonormalidad”, pues su comportamiento es muy rígido y dependiente de las convenciones sociales. Este grado de conformismo social es un rasgo que tiene que ver con la sensación de normalidad que transmiten estos pacientes y se vincula a estereotipos culturales. Su existencia transcurre de manera mecánica y se halla similitud con el concepto de sobreadaptación (Lieberman, 1982).

Las relaciones interpersonales de estas personas son de carácter estereotipadas, ya que la capacidad para relacionarse con otros se encuentra deteriorada por un trastorno de capacidad de empatía (Krystal, 1979). Como tienen relaciones inmaduras pueden establecer con facilidad relaciones de dependencia padeciendo una gran dependencia objetal o cayendo en el aislamiento y evitando el contacto con la gente lo que derivaría en la ya mencionada conducta social de “seudonormalidad”, también recibiendo el nombre de personalidad infantil la que se entiende como una limitada capacidad de comunicar lo cual provocaría una restricción en la capacidad para fantasear.

Estas personas además presentan una expresión de sus conflictos de forma impulsiva, pudiendo llegar a la expresión emocional descontrolada por su tendencia a expresar los conflictos sin elaborarlos previamente. (Ruesch, 1948; en Sivak, 1997).

Por último se observa resistencia a la psicoterapia tradicional, por la incapacidad de relacionar sus trastornos fisiológicos con sus conflictos y como consecuencia de su incapacidad para simbolizar, es difícil que puedan realizar una introspección necesaria para concretar cualquier tipo de psicoterapia que pretenda descubrir los mecanismos profundos de su entorno. (Sivak, 1997)

Por otro lado Moral de la Rubia y Retamales (2000), señalan que el concepto la alexitimia comprende un conjunto de rasgos tales como pobre conciencia emocional; dificultad para verbalizar los sentimientos; vida imaginativa casi inexistente; pensamiento

concreto, centrado en detalles externos, con escasa creatividad y clara distorsión en la autoevaluación.

Según Pedinielli (1992), con respecto a las emociones y los sentimientos, la referencia a la expresión de las emociones plantea un primer problema, pues a menudo se confunden expresión y verbalización. Los sujetos alexitímicos tienen una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconocen y responden de manera apropiada a las convenciones lingüísticas que tienen que ver con las emociones, y poseen códigos motores necesarios para la ejecución ordenada de expresión de emociones, pero no existe en ellos conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de ésta. Para este autor, los términos “emociones” y “sentimientos”, “*thymós*” y “afectos”, no son sinónimos aunque designan realidades vecinas. Sifneos (1988) realiza una diferenciación entre afecto, emoción y sentimiento. Las emociones tienen que ver con las emociones viscerales; éstas constituyen la biología del afecto. La emoción es expresada por comportamientos y mediatizada por el sistema límbico, está presente en los animales, pero éstos no tienen sentimientos. Los sentimientos, *feelings*, *emotions*, constituyen el aspecto psicológico del afecto. La actividad neocortical es necesaria para que existan sentimientos, y no lo es para las emociones viscerales. En cambio, el afecto es un estado interno que posee compuestos biológicos y psicológicos; es producto de la emoción y del sentimiento. Así los pacientes alexitímicos tendrían, pues, emociones, pero no podrían expresar sus sentimientos. En la alexitimia predominan las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de otras respuestas. Nemiah (1995) observó la aparición de la emoción de manera brusca como una respuesta inmediata al estímulo, aislada, discontinua; ligada al estímulo pero sin relación con lo que ha pasado antes o después, como una ostra que se abre y se cierra rápidamente. Desaparece también rápido cuando el interlocutor o el paciente pasa a otro tema y en general no se acompaña de pensamientos apropiados o de elaboración de fantasías. (Sivak, 1997)

Con respecto a la limitación de la capacidad de fantasear, la mayoría de los investigadores concuerdan en que los alexitímicos sueñan poco o nada; que el contenido de sus sueños es pobre y realista, y que los sueños diurnos son poco frecuentes. De esta manera, Sifneos (1988) considera a la alexitimia como la incapacidad de asociar imágenes visuales y pensamientos a un estado emocional. Un sujeto no puede experimentar

felicidad al recordar un episodio que lo hizo feliz; ataca a alguien, pero no tiene ningún pensamiento sobre lo que lo enojó. Sifneos (1988) refiere que el paciente puede pensar, actuar, hablar y reconocer las emociones, pero que no puede conectar los pensamientos con los estados emocionales. Taylor (1987, en Taylor, 1999) opina diferente; para él, los sujetos alexitímicos son incapaces de nombrar sus sentimientos y de utilizarlos como signos de conflictos internos o en respuesta a situaciones externas. La cuestión sería preguntarse tanto acerca de la relación entre el índice de ausencia de verbalización de lo imaginario y ausencia de vida imaginaria como en la relación entre alexitimia como estilo cognitivo y alexitimia como estilo de discurso. En general resulta perturbado el relato de los sueños, pero parece dudosa la inexistencia de ellos. Para García (2000), aunque sean personas que a veces tienen logros extraordinarios en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, sufren una sensación de “ajenidad” con respecto a sus vidas y sus acciones, que les parecen ser efectuadas por un “personaje”. Se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad. Este tipo de percepción se da en algunos pacientes en momentos de cuestionamiento de sus vidas. El recurso de la acción y del pasaje al acto se ha estudiado en la psicopatología en casos de psicopatía, toxicomanía, bulimia y conductas autodestructivas. En sujetos alexitímicos el pasaje al acto se puede observar a veces frente a situaciones de sobrecarga psíquica, de conflictos o de situaciones traumáticas; de esa manera se anula toda referencia a una situación emocional, produciéndose la descarga.

Los bruscos accesos de descarga emocional mencionados por Krystal (1979) que toman la forma de ataques de cólera, de llanto, de rabia, y la descripción detallada de síntomas físicos deben tomarse como una tentativa del sujeto de expresar sentimientos que no puede elaborar.

Para Sánchez (2006) las personas alexitímicas pueden decir que están nerviosas, enojadas, o felices, pero ser incapaces de describir estas experiencias desde su mundo emocional interno. Tienden a carecer de fantasías porque le es muy difícil crearlas, ellos suelen utilizar prolijas descripciones de sí mismos y su medio. También presentan una inhabilidad para captar a los otros como personas diferentes, es decir percibir su individualidad, como por ejemplo, tienden a vivir al terapeuta como una versión de sí mismos. La incapacidad de usar metáforas, es decir, usar palabras en sentido figurado,

revela una imposibilidad para despojar el afecto que conlleva habitualmente una palabra para cargarla con afecto diferente. Parker, Taylor, y Bagby, (1993), añaden que a estas personas se les dificulta captar las expresiones emocionales faciales de los otros. Al respecto Toscano (1998), explica la alexitimia como un problema en el funcionamiento psíquico que se manifiesta principalmente en su estilo de comunicación, ésta se caracteriza por una reducción marcada o ausencia del pensamiento simbólico, por lo tanto, sus actitudes internas, emociones, deseos, etc., no pueden revelarlo, su pensamiento es lineal, práctico, dirigido a minucias y procesos externos. También opina que estas personas tienen gran dificultad en reconocer y describir sus emociones, así como también tienen problemas para discriminar entre sus estado emocionales y sus sensaciones corporales, a veces tienen explosiones de rabia o llanto, pero no pueden explicar su causa, socialmente aparentan buena adaptación, pero es sólo superficial porque no tienen contacto con su realidad psíquica, son como robots que van por la vida en forma mecánica como si se guiaran por un libro de instrucciones, a veces su aspecto es tieso, con falta de expresiones faciales y carecen de la capacidad de empatía.

Como lo afirma Nemiah, Freiburger y Sifneos (1976) los pacientes alexitímicos son incapaces de diferenciar las manifestaciones propias de los sentimientos de otras informaciones procedentes del cuerpo y de integrarlas con otros aspectos cognoscitivos, razón por la cual estas sensaciones corporales se manifiestan en forma de quejas somáticas inespecíficas. Aunque el déficit en el reconocimiento de aspectos emocionales fue inicialmente descrito exclusivamente para las manifestaciones físicas. Martínez y Marín (1997) han observado que también está comprometida la habilidad para identificar la expresión facial de otros individuos y para integrar esta información con contenido emocional.

Aunque en un principio se consideró que los alexitímicos mantenían un buen ajuste social, Parker, Taylor, y Bagby (1993) señalan que se trata de individuos carentes de calidez, con escasas relaciones sociales duraderas y con dificultad para disfrutar de las situaciones sociales que incluyen contacto personal o la interpretación de los sentimientos del otro. Además, como lo ha observado Newton (1994) son frecuentes en ellos explosiones de ira y llanto inmotivado que alteran mucho más sus escasas relaciones afectivas.

### III.1.5. Tipos de alexitimia.

Freyberger (1977) fue el primer autor que introdujo la distinción entre alexitimia primaria (estructura de la personalidad de carácter constitucional, de muy difícil modificación) y secundaria (estado emocional defensivo al que se llega por influencias ambientales, y que puede ser modificado).

La alexitimia primaria es de origen predominantemente biológico (Freyberger, 1977), es una disposición personal, cognitivo psicológica hacia la enfermedad psicosomática. Se considera un rasgo estable de la personalidad en donde el sujeto ha sido así desde niño y se relaciona etiológicamente con déficits neurológicos tales como una insuficiencia en la conexión interhemisférica o alteración de los circuitos neuronales entre el neocortex frontal y el sistema límbico debido a factores hereditarios que interrumpen la comunicación entre las áreas (Houtveen, Bermond y Elton, 1997). En relación con lo anterior la alexitimia podría atribuirse a un rasgo de personalidad. Ésta sería de carácter constitucional del sujeto lo que resultaría imposible de revertir bajo un tratamiento psicológico por lo que se hace necesario el tratamiento con medicamentos.

Por otro lado se encuentra la alexitimia secundaria. Freiberger (1977) introduce el término a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante los procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos.

La alexitimia secundaria posee un carácter predominantemente psicológico y abordable bajo un tratamiento del mismo tipo, posee una función defensiva suscitada por eventos del ambiente que involucran eventos traumáticos. Este funcionamiento defensivo obedece a un factor de protección contra el significado emocional de la enfermedad traumática, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se confronta así a esta experiencia. El carácter predominantemente psicológico de éste tipo de alexitimia lo hace mucho más factible de tratamiento mediante un proceso psicoterapéutico. Krystal

(1978), sobreviviente de la persecución Nazi, afirma que gracias al mecanismo de defensa de la alexitimia secundaria los oprimidos por el régimen pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de los opresores. Se considera por lo tanto un estado transitorio de carácter reactivo ante una situación estresante sobre la cual la persona no tiene control, como eventos y enfermedades de tipo grave (cáncer, violaciones, secuestros, acciones de guerra, inmigración, etc.).

Freiberger (1977) realiza una distinción entre alexitimia secundaria aguda y alexitimia secundaria crónica. La primera, hace referencia a una reacción defensiva transitoria que permanece junto a enfermedades orgánicas pasajeras o traumatismos experimentados por el sujeto, por lo que la reacción desaparece cuando el evento remite. El segundo tipo de alexitimia secundaria se suscita en pacientes cuya enfermedad se mantiene en el tiempo haciendo de ésta una reacción crónica.

### **III.1.6. Modelos explicativos de la alexitimia.**

Se distinguen cuatro teorías que intentan explicar el concepto de alexitimia: teoría sociocultural, neurológica, psicoanalítica y la teoría expuesta por Taylor y cols. (1999) acerca de la regulación de afectos.

#### **III.1.6.1. Modelo Neuropsicológico.**

Existen dos modelos principales en este enfoque. El que estudia la transmisión de información entre el sistema límbico y el neocortex (modelo vertical) y el que trabaja con la especialización hemisférica (modelo transversal).

Con respecto al primer modelo (McLean, 1949 en Taylor, 1999), postula una desconexión límbico – neo cortical como substrato neurofisiológico. El modelo se basa en la hipótesis de que la alexitimia surja por un bloqueo del paso de los impulsos desde el sistema límbico a la corteza cerebral. Éste bloqueo imposibilitaría el reconocimiento de las emociones. Sifneos (1988) reformula las hipótesis etiológicas y proponiendo que si existe

un defecto anatómico estructural o una deficiencia neuro- biológica determinada por factores hereditarios estos podrían interrumpir la comunicación entre el sistema límbico y la corteza cerebral lo que podría dar origen a la alexitimia primaria. Además postula que un déficit en la transmisión interhemisférica sería responsable de la alexitimia (modelo transversal).

Nemiah (1995), expone un modelo que pertenece al campo neuroanatómico; su hipótesis es que la alexitimia está ligada a la ausencia o al defecto del paso entre centros neuronales relacionados con el afecto o bien la falta de éstos centros. La alexitimia surgiría por un bloqueo del sistema límbico de los impulsos destinados a la corteza cerebral; este bloqueo imposibilitaría el reconocimiento de las emociones en lo que puede estar implicada la dopamina. Este modelo correspondería al tipo de alexitimia primaria propuesta por Freiburger (1977) con un sustrato neurofisiológico mientras que la secundaria posee una etiología más psicológica.

Referente al segundo modelo (especialización hemisférica), afirma que la alexitimia podría deberse a una falta de comunicación entre los hemisferios cerebrales. Ésta teoría se basa en la posibilidad de que la emoción esté localizada en el hemisferio derecho en la mayoría de las persona diestras, y la expresión verbal este localizada en el hemisferio izquierdo. Esta supuesta falta de comunicación entre los hemisferios en sujetos alexitímicos produciría un déficit en la capacidad de articular verbalmente emociones. (Otero, 1999).

Se entiende desde la neurofisiología, que las funciones del hemisferio cerebral derecho y del izquierdo no son las mismas. En los diestros, el hemisferio izquierdo dirige funciones superiores como el lenguaje, el costado derecho del cuerpo, la praxis y la gnosis; es analítico y discursivo (gramatical, lógico, secuencial). El hemisferio derecho en los diestros se ocupa de la comprensión y la expresión, de las emociones y la comprensión de elementos afectivos. Autores como Hoppe (1988) opinan que la creatividad depende de la comunicación de ambos hemisferios por la vía del cuerpo calloso. Para Hoppe (1988) el hemisferio derecho sería el lugar del inconsciente, de lo imaginario y de la simbolización representativa. Mientras que el hemisferio izquierdo es el lugar de lo consciente preconscious, del lenguaje interior y de la simbolización discursiva. Como la alexitimia es una forma de no expresar emociones es probable que el hemisferio

derecho esté implicado. Por eso se han explorado tanto los trabajos sobre pacientes comisecturizados<sup>2</sup>, a nivel de su lenguaje y su vida imaginaria. Se ha observado que en ellos, las áreas de lenguaje de Broca y Wernicke del hemisferio izquierdo están menos activadas que en los sujetos normales. En general los resultados sugieren que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia correcta de información entre ambos hemisferios, y también a limitaciones o un hipofuncionamiento del hemisferio derecho.

Tenhouten, Walter, Hoppe y Bogen (1987) estudiaron registros electroencefalográficos de seis pacientes con comisurotomía completa, dos con comisurotomía parcial y ocho sujetos control. Evaluaron la coherencia interhemisférica de la onda alfa y su relación con los niveles mayores de alexitimia. Para ellos la comisurotomía reduce la comunicación al separar el hemisferio derecho (comprensión afectiva) del hemisferio izquierdo (verbalización).

El fracaso en los alexitímicos para regular y modular las emociones estresantes en el nivel neocortical (cognitivamente) provoca una exacerbación de respuestas fisiológicas ante situaciones estresantes, lo cual crea condiciones adecuadas para la formación de síntomas somáticos. Se señala que en los alexitímicos existe una lateralización cerebral izquierda y que los trastornos psicósomáticos estarían determinados por factores constitucionales (Taylor y cols. 1985).

### **III.1.6.2. Modelo Psicodinámico.**

Para la escuela psicoanalítica la medicina psicósomática se ha basado en el modelo teórico Freudiano de la neurosis. La esencia de este modelo es la noción de conflicto intrapsíquico que genera estados prolongados o excesivos de excitación emocional, que a su vez tienen efectos patógenos en el cuerpo. Tal modelo propone una estructura de personalidad psicósomática que se deriva de una fijación del yo en una etapa pregenital. Ésta es una estructura psicósomática de personalidad que se establece desde los primeros meses de vida (Haynel y Pasini, 1980 en Jodar, 2000).

---

<sup>2</sup> Operación quirúrgica consistente en la sección del cuerpo calloso del sujeto de forma que se impida la comunicación entre los hemisferios cerebrales (Pinel, 2007).

Krystal (1979), atribuye la alexitimia a una detención en el desarrollo del afecto por un trauma psíquico infantil o por una regresión afectivo cognitiva después de una catástrofe traumática en la vida adulta. La aparente negación de afectividad no se limita a los afectos dolorosos sino que también las personas alexitímicas presentan una incapacidad para experimentar satisfacción y placer, denominada anhedonia. La teoría etiológica de la alexitimia de Krystal (1979) sugiere que puede estar provocada por dos tipos de traumatismos: los traumatismos infantiles y los traumatismos catastróficos. El traumatismo infantil surge mientras la madre no puede aliviar al infante de su desamparo y su angustia. En los adultos los procesos traumáticos tienen como consecuencia el bloqueo de la iniciativa, la capacidad de registrar los afectos, el dolor y la simbolización. Así, las situaciones externas tienen el mismo modo de funcionamiento psíquico que los traumatismos infantiles, ya que implica una limitación de la función afectiva.

La génesis de la alexitimia se localiza en los primeros estadios evolutivos del niño durante la temprana infancia, más concretamente en la relación madre - bebé. El bebé es incapaz de hablar y de organizar sus experiencias emocionales es, por definición y, a causa de su inmadurez, alexitímico. Depende de otra persona (madre) que maneje por él sus estados emocionales. (McDougall, 1982).

Para McDougall (1982), la alexitimia, en sus estados graves, no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica para sentir o expresar una emoción, sino una intensa defensa contra la vitalidad interna. Esta parálisis afectiva está destinada a evitar fantasías primarias de intrusión o abandono, o el retorno de un estado traumático de desvalimiento o desesperanza en el que la existencia psíquica, e incluso la vida misma, son sentidas como algo amenazadoras.

Para McDougall (1982), la alexitimia es un modo defensivo de la estructura psíquica frente a los acontecimientos con valor traumático para el aparato psíquico. El concepto psicodinámico de alexitimia puede ser considerado complementario del modelo neurobiológico. La alexitimia surge por disturbios en la relación madre - hijo y es una defensa frente a primitivos terrores, por lo que aparecen así la somatización, las adicciones o las conductas sexuales perversas. La alexitimia podría tener una función defensiva contra el dolor psíquico y la frustración, y frente al riesgo que implica el desbordamiento imaginario. El pensamiento operatorio sería una contención contra un

riesgo irrepresentable. La alexitimia aparece como una tentativa de autocura que protege ante angustias psicóticas. McDougall (1982) señala que los afectos, así como las representaciones, pueden ser desalojados de la consciencia; el mecanismo utilizado sería el repudio, no la represión como en la neurosis. El afecto está escindido entre su representante psíquico y su aspecto somático, y es así como sigue su camino, el polo psíquico se separa del polo somático reduciéndose lo afectivo a una expresión fisiológica, el soma piensa su propia solución para los acontecimientos, la emoción no es una señal para la mente y no es procesada. Así, el afecto corre el riesgo de seguir su trayecto, abriendo camino a la desorganización psicosomática.

McDougall (1982) extiende el concepto de alexitimia a la incapacidad para comprender los estados emocionales y los deseos de otras personas. Los sujetos alexitímicos experimentan enormes dificultades cuando quieren saber que significa la gente para ellos y que significan ellos para los demás. La relación con los otros tiende a ser pragmática, operatoria; así los afectos contratransferenciales nos darían el primer aviso de que los pacientes presentarían alexitimia. Es así como en la entrevista psicológica con estos sujetos, es habitual registrar aburrimiento, inquietud y la imperiosa necesidad de “reanimar” la entrevista por parte del entrevistador. En los sujetos alexitímicos los actos toman el lugar de lo emocional debido al pensamiento operatorio del trastorno.

### **III.1.6.3. Modelo Sociocultural.**

Estas teorías ven la alexitimia como un fenómeno explicable a través de los procesos de aprendizaje social. Es decir, los estilos de comunicación están mediados por factores socioculturales y modelos de comunicación familiar. Un ambiente familiar o social determinando puede tener una influencia negativa en la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con fantasías, sentimientos y conducir a la aparición de características alexitímicas (Otero, 1999). La alexitimia podría ser un fenómeno social. Prince (1987) observó semejanzas entre la personalidad infantil de enfermos psicosomáticos y rasgos hallados entre personas de bajos recursos, que tienen un estilo lingüístico con reducción de objetivos, adverbios, de palabras que designan sentimientos. También se ha observado que en algunas culturas faltan términos que indiquen

emociones. Los estudios acerca de la relación entre la riqueza del lenguaje y el desarrollo cognitivo de la vivencia emocional han sido planteados en la investigación transcultural de forma paralela e independiente de la investigación sobre la alexitimia, llegando a conclusiones parcialmente congruentes. Así mismo, la investigación antropológica ha descrito culturas simples en las que el lenguaje sobre ciertas emociones (léxico o vocabulario) está muy poco desarrollado. Así, por ejemplo, tanto los Inuit denominados esquimales como los tahitianos disponen de pocas palabras y escasas frases para la emoción de tristeza. En éstas culturas, algunas emociones, como la tristeza, están hipocognitivizadas o subdesarrolladas. Otras emociones en cambio están hipercognitivizadas o sobre desarrolladas, es decir se habla mucho sobre ellas y existe un rico y abundante vocabulario que permite una fácil diferenciación entre ellas. (Briggs, 1996).

Desde el punto de vista del aspecto verbal de las emociones, existen algunas culturas que son muy expresivas, mientras que otras lo son mucho menos. Existen dimensiones las cuales caracterizan de forma distinta la expresión emocional según los tipos de culturas, así por ejemplo el individualismo, la baja diferencia jerárquica, la feminidad cultural y la subcultura del género femenino se han asociado con una mayor expresión verbal de las emociones. También se ha planteado que los hombres socializados en la subcultura masculina muestran un mayor déficit de expresión verbal de las emociones y un mayor pensamiento orientado hacia lo externo (Moral de la Rubia, 2005).

En relación a las culturas colectivistas e individualistas no occidentales, no existe una diferenciación entre síntomas físicos y sentimientos. La expresión somática de las emociones es mayoritaria en todas estas las culturas. Por ejemplo, las culturas asiáticas de tipo colectivistas, en las que habita casi la mitad de la población mundial, enfatizan o subrayan la existencia de un lenguaje somático para el dolor o malestar emocional o, dicho de otro modo, se desarrollan cognitivamente de forma deficitaria los atributos internos de la emoción (Kirmayer, 1987). Igualmente, según algunos autores, la cultura china tradicional de tipo colectivista se caracterizaría por presentar la primera “faceta” de la alexitimia, es decir, la expresión somática de las emociones y la baja elaboración intrapsíquica de ellas. Así mismo, las investigaciones de psiquiatría transcultural sugieren

que los chinos enfatizan los aspectos relacionales y somáticos de las experiencias emocionales, no elaboran los aspectos mentales o intrapsíquicos y exteriorizan la vivencia emocional mediante una experiencia y expresión somática de las emociones (Kleiman y Lin, 1985). Las culturas individualistas producen más intensamente la expresión emocional como es el caso de los EE.UU que en las culturas colectivistas donde se ubica la cultura china y la japonesa. Las culturas individualistas enfatizan y valoran los sentimientos internos. Los atributos internos e individuales constituyen la base de la identidad, por lo que se promueve o fomenta la introspección y se valora la comunicación verbal de los estados internos. (Casullo, 2000).

Otra dimensión cultural que puede afectar la expresión verbal de las emociones es la distancia jerárquica. Entiéndase como hasta qué punto los miembros poderosos de los grupos aceptan las desigualdades de poder (Casullo, 2000). En las culturas donde ésta es alta se verifica una distancia emocional importante que separa a los subordinados de las autoridades. Por el contrario, el respeto y la deferencia formal hacia los individuos de mayor jerarquía social como padres o personas con cargo de responsabilidad, son aspectos muy valorados (Hofstede citado en Casullo, 2000). En las culturas con alta distancia jerárquica, los sujetos pueden ser menos expresivos emocionalmente, debido a que la expresión verbal intensa de la afectividad, en particular negativa, implica falta de deferencia. La prohibición de hablar sobre temas afectivos personales se extiende hasta la propia familia en las culturas de alta distancia al poder y colectivistas asiáticas, donde el silencio es una forma de expresión de la armonía familiar y social. (Kirmayer, 1987).

Respecto a la dimensión masculinidad/feminidad cultural, Casullo (2000) hace referencia al énfasis relativo a la armonía y a la comunión interpersonal que caracterizan al género femenino, en oposición al logro individual y a la asertividad que caracterizan al masculino. Los valores dominantes en las culturas femeninas son la igualdad y la bondad para con los otros. Una consecuencia de los valores culturales femeninos es la obligación percibida de proveer soporte emocional, mientras que en las culturas masculinas enfatizan las diferencias entre los roles sexuales y consideran que solo las mujeres deben entregar apoyo emocional. La expresión emocional a las culturas masculinas es aceptada para las mujeres, mientras se supone que los hombres encubren o disimulan sus emociones, con la excepción de la cólera – enfado y la soberbia.

Kirmayer (citado en Pies y Keast, 2002) planteó, que aún cuando las emociones existen en todas las culturas, no todas ellas remiten a sensaciones o sentimientos intrapsíquicos para entenderlas, sino que algunas culturas pueden valorizar las manifestaciones corporales.

Casullo (citado en Páez, Fernández y Mayordomo, 2000) señaló que, lo que estaríamos evaluando al referirnos a la alexitimia, es el hecho de que ciertas personas, según sus experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales, han aprendido a evitar hablar de lo que sienten, en especial frente a alguien ajeno al grupo primario de pertenencia.

Ciertas actitudes culturales de identidad racial conllevan una disminución de la comunicación emocional; esta característica propia del síndrome alexitímico se ha encontrado en mujeres afroamericanas y en culturas orientales (Dinsmore y Mallinckrodt, 1996 en Otero, 1999).

#### **III.1.6.4. Modelo de la desregulación de los afectos.**

La alexitimia, es un constructo que es denominado para representar un conjunto de déficits en la capacidad de procesar emociones desde el punto de vista cognoscitivo. Taylor, Bagby, y Parker (1999) ofrecen el concepto de alexitimia como un constructo de personalidad que refleja un desorden significativo en la regulación de afectos, unidad que constituye un factor de riesgo importante para enfermedades psicológicas y físicas, y estas incluyen desórdenes somatoformas, trastornos alimentarios, toxicomanía, trastorno de pánico, y otras enfermedades.

Taylor, Bagby, y Parker (1999) conciben la alexitimia como un desorden de procesamiento de los afectos que interrumpe o interfiere seriamente con la auto-organización y reorganización de procesos del organismo. En relación a lo anterior nos referimos al concepto de regulación de las emociones que es parte del constructo de la autorregulación, refiriéndose al funcionamiento autónomo del organismo como un mecanismo universal y general encontrado tanto en comportamientos biológicos como en cognoscitivos.

Teóricos contemporáneos como Dodge y Garber (1991) conceptúan la regulación de emociones como un proceso integrativo interaccional entre los tres dominios de sistemas de respuesta de la emoción y el ambiente. Estos tres dominios interrelacionados son: (1) procesos neuropsicológicos (sistema nervioso en gran parte autónomo y activación neuroendocrina); (2) procesos motores o conductual-expresivos (p.ej expresiones de la cara, llanto, cambios de postura y tono de voz); y (3) un sistema cognitivo-experiencial (conciencia subjetiva y reporte verbal de estos estados). Adoptando las conceptualizaciones más amplias de Dodge y Garber (1991), Izard y Kobak (1991), Taylor y cols. (1999) consideran la regulación de afectos como un proceso que implica interacciones recíprocas entre el dominio neurofisiológico, motor-expresivo y cognitivo experiencial de sistemas de respuesta de la emoción. Además, la interacción de un individuo dentro de relaciones sociales y otros aspectos del ambiente proporcionan la regulación interpersonal que puede ser de funcional o disfuncional (Dodge & Garber, 1991).

Claramente, el desarrollo de los afectos y de las habilidades cognoscitivas están íntimamente asociados con las relaciones parento-filiales para la regulación de los afectos. Por la vinculación del cuidador primario (quién es por lo general la madre) a las expresiones emocionales y conductuales del niño, éste es el responsable de responder con el cuidado apropiado, respuestas faciales y otras expresiones emocionales que, por su parte, ayudan a organizar y regular la vida emocional del infante (Stern, 1984). Según Osofsky (1992), se ha observado que a medida que el niño crece va existiendo una sincronía afectiva con la madre, así, se van adaptando y regulando comportamientos de cada uno (madre-hijo). Es posible observar una correspondencia de los estados mentales entre el niño y el cuidador primario, así como también en las capacidades de ambas partes de compartir los sentimientos. El compartimiento y “la duplicación” de emociones positivas en particular, y la experiencia de seguridad en el ambiente familiar temprano, tienen una influencia importante en el desarrollo afectivo del niño y en el surgimiento de las representaciones de objeto de sí mismo.

Con la aparición de la simbolización y lenguaje durante el segundo año de vida, el nivel del niño de la conciencia emocional subjetiva gradualmente aumenta ya que los padres enseñan palabras y sentidos para las expresiones emocionales somáticas del niño

y otras experiencias corporales (Edgcombe, 1984; Emde, 1984; Furman, 1992). La adquisición de lenguaje tiene un impacto dramático en la capacidad de desarrollo del niño para regular los afectos, tanto al nivel intrapersonal como en las relaciones con otros. Con el lenguaje, como Kopp (1989, en Taylor 1999) indica, “los niños pueden declarar sus sentimientos a otros, obtener la reacción verbal sobre la propiedad de sus emociones, y oír y pensar en modos de manejarlos” (p. 349). Hablar sobre sentimientos con un padre armonizado amplía el sentido de “*ser acogido*” (Furman, 1992), y permite al niño conseguir directamente la ayuda para el alivio de sentimientos dolorosos. Además, la verbalización de los afectos lleva a nuevas experiencias y una conciencia creciente de estados emocionales más complejos y diferenciados (Stern, 1984). Esto sólo ocurrirá si el niño es criado en un ambiente familiar donde los sentimientos son verbalmente marcados y validados.

Los estudios en estilos de apego en infancia y niñez han confirmado que la sensibilidad y la responsabilidad del cuidador primario a los estados emocionales del niño son un determinante principal del modo que el niño aprende a regular afectos y estar relacionado con otra gente (Bretherton, 1985; Goldberg, MacKay-Soroka, & Rochester, 1994). En cambio un cuidado deficiente causa modelos inseguros del comportamiento de apego e impide el desarrollo eficaz de habilidades de regulación de afectos. Éstos son procesos de desarrollo complejos, sin embargo, también están bajo la influencia de otros factores, como el temperamento, estructuras y funciones neurobiológicas, y las interacciones recíprocas entre estos atributos y el entorno social temprano (Schore, 1994).

Nemiah (1977) postula que la etiología de la alexitimia se debe a carencias tempranas del desarrollo influenciado por factores socioculturales y neurológicos. Señala que cuando el cuidador primario no está disponible emocionalmente, o cuando el niño es sometido repetidamente a respuestas inconsecuentes debido a “*desintonía*” paternal, el niño probablemente manifestará las anormalidades en el desarrollo de los afectos y la regulación de afectos, así como un estilo de apego inseguro. Si las señales afectivas del niño son rechazadas, y sobre todo si las propias respuestas afectivas del cuidador también son engañosas, el niño se hace comportamentalmente evitativo y emocionalmente menos expresivo tanto en los afectos positivos como negativos, y deja de aprender el sentido y la función de las señales de los afectos (Goldberg et al., 1994).

Una investigación empírica con grupos de estudiantes universitarios encontró en informes retrospectivos que la alexitimia se relaciona con no poder sentirse seguro emocionalmente durante la infancia y además a un ambiente familiar en los cuales a los miembros del grupo familiar no les permitieron expresar sus sentimientos directamente. Los niveles más altos de alexitimia tuvieron que ver con niveles bajos de la comunicación positiva en la familia, como expresiones de simpatía o alabanza (Berenbaum & James, 1994). Krystal (1978) planteó que la alexitimia es una consecuencia del trauma psíquico experimentado por el niño antes de que los afectos hayan sido totalmente distinguidos y representados verbalmente.

Las características del constructo de alexitimia reflejan déficits tanto en el dominio cognoscitivo-experiencial de sistemas de respuesta de emoción como al nivel de la regulación interpersonal de la emoción. Incapaz de identificar exactamente sus propios sentimientos subjetivos los individuos alexitímicos comunican verbalmente la angustia emocional a otra gente de forma muy deficiente. Como se ha notado, su capacidad limitada de identificarse y describir sentimientos subjetivos ha sido conectada con un fracaso en elevar emociones de un nivel preconceptual (en donde las emociones son experimentadas psicológicamente así como somáticamente, pero estas son descripciones unidimensionales y verbales de la emoción y a menudo son estereotipados); de la organización al nivel conceptual (en donde hay una conciencia de mezclas de sentimientos y el individuo puede describir estados emocionales complejos y diferenciados que son la parte de su experiencia subjetiva) de representaciones mentales en el modelo de desarrollo de los afectos de Lane y Schwartz (1987).

En relación a la característica de los alexitímicos podríamos decir que carecen del conocimiento de sus propias experiencias emocionales, los individuos alexitímicos no pueden imaginarse fácilmente en la situación de otra persona y es por consiguiente una persona sin empatía e ineficaz en la modulación de los estados emocionales de otras personas (Goleman, 1995; Krystal, 1979; Lane & Schwartz, 1987). Considerando la incapacidad de procesar la emoción y la capacidad del pensamiento para la regulación de los afectos que subyacen a la alexitimia, no es sorprendente que la alexitimia haya sido conceptualizada como una de los varios posibles factores de riesgo de la personalidad

para una variedad de desórdenes médicos y psiquiátricos que implican problemas en la regulación de afectos. La inhabilidad de modular emociones a través del procesamiento cognoscitivo también podría explicar la tendencia de individuos alexitímicos de descargar la tensión de estados emocionales desagradables por acciones impulsivas (Keltikangas - Jarvinen, 1982) o comportamientos obsesivos, como atracones, abuso de sustancia, comportamiento sexual perverso, o la auto-inanición de la anorexia nerviosa.

MacLean (1949, en Otero 1999), sugiere que el fracaso cognoscitivo para regular emociones dolorosas podría causar respuestas exacerbadas en el sistema nervioso autónomo y sistemas neuroendocrinos, por lo que facilitaría condiciones conducentes al desarrollo de enfermedades somáticas.

Además de una propensión a estados afectivos negativos no diferenciados, los individuos alexitímicos muestran una capacidad limitada de experimentar emociones positivas, como alegría, felicidad y amor. En efecto, Krystal (1988) y Sifneos (1987) han descrito a muchos de estos individuos como anhedónicos.

### **III.1.7. Desarrollo de TAS-20**

Taylor, Ryan y Bagby en 1985, desarrollan la escala *Toronto Alexithymia Scale*, con el objeto de disponer de un instrumento psicométrico válido y fiable. Los autores emplearon en su elaboración una aproximación combinada, racional y empírica, definiendo previamente cinco áreas de contenido, que pretenden reflejar de forma sustantiva el dominio del constructo: a) dificultad para describir sentimientos; b) dificultad para distinguir entre sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a los estado de activación emocional; c) ausencia de introspección; d) conformismo social; e) vida fantasiosa empobrecida y fracaso en el recuerdo de sueños.

Sobre ésta base teórica desarrollan un grupo inicial de 41 ítems: ocho extraídos del SSPS (Shalling-Sifneos Personality Scale), cuatro de la sub escala de Reconocimiento Interoceptivo del Inventario de Trastornos de la Alimentación de Garner (1983, en Casullo, 2000) y, finalmente, cuatro de la Escala de Necesidad de cognición, reescritos y adaptados a un formato de respuesta tipo likert de cinco niveles; la mitad de los ítems se puntúan de forma inversa para evitar posibles sesgos por aquiescencia (Casullo, 2000).

Por último administran la prueba a 542 estudiantes. Tras los análisis factoriales exploratorios, se seleccionaron 26 ítems, los cuales mostraban una mayor correlación tanto con el total de la escala como con el factor al cual pertenecían, presentando además baja correlación con medias de deseabilidad social. Quedan así eliminadas de la escala los ítems referidos al recuerdo de sueños y a la tendencia a usar la acción más que la reflexión, dada su baja correlación ítem - total y/o por la correlación con los factores. La escala mostró una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,79$ ), así como una buena fiabilidad test - re-test en intervalos de una y cinco semanas, y tres meses, respectivamente ( $r = 0,82$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,75$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ). Los análisis factoriales con rotación Varimax muestran una solución factorial de cuatro factores congruentes con el constructo de alexitimia: a) Dificultad en identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, b) Dificultad en describir sentimientos, c) ensoñaciones reducidas y d) < pensamiento enfocado a lo externo. (Casullo, 2000).

Posteriormente se hace una nueva revisión de la escala debido a deficiencias encontradas, tales como las altas correlaciones existentes entre los dos primeros factores, la baja correlación del factor escasa capacidad imaginativa con la escala total y este a su vez presentar una correlación negativa con los ítems que componían el primer factor (dificultad para identificar y distinguir emociones y sensaciones corporales). Esto cuestionaba la coherencia teórica representada anteriormente. Además, los cuatro factores de la TAS presentaban diferentes y contrapuestos patrones correlacionales con medidas de otros constructos, en particular con ansiedad, depresión, somatización y actividad introspectiva (Kirmayer, Robbins, 1993). Para revisar estas cuestiones, los autores se proponen construir una versión revisada de la escala, denominada TAS - R. Para esto se elabora una versión "piloto" en la que se incluyen 17 ítems de nueva elaboración, la mayoría hacen referencia a los procesos imaginativos y a la dimensión de pensamiento orientado a lo externo, que corresponde al concepto de pensamiento operatorio. Esta versión fue administrada a una muestra de 965 sujetos siendo seleccionados finalmente 23 ítems. El análisis factorial exploratorio revela una estructura compuesta por dos factores: el primero está relacionado a la capacidad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales asociados tanto con la activación emocional como con la habilidad para describir sentimientos a los demás. El segundo refleja el concepto de pensamiento orientado a lo externo. No obstante, los resultados de los

análisis factoriales de la TAS-R aconsejaron desarrollar una nueva versión de la escala (Jodar, 2000).

La nueva versión del TAS, ésta escala revisada (TAS – 20) conserva trece ítems de la TAS inicial y, tal como su versión anterior, se puntúa a través de una escala tipo likert de cinco puntos. La escala presentó una buena consistencia interna ( $\alpha=0.81$ ), y una buena fiabilidad test - retest en un periodo de tres semanas ( $r=0.77$ ;  $p< 0.01$ ), superando las limitaciones de la escala original (Taylor, 1999).

### **III.2. Antecedentes empíricos.**

“La alexitimia no aparece como constructo en las clasificaciones psiquiátricas, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*” (Pérez et al, 2010). Es por ello que los datos obtenidos sobre sintomatología alexitímica son extraídos de la realización de diversos estudios como los de Moral de la Rubia (2000) y Moral de la Rubia (2008) acerca de la validación y adaptación de la escala de alexitimia de Toronto en población española y mexicana respectivamente.

En cuanto al estudio del año 2008 acerca de las propiedades psicométricas de la TAS-20 se realizó un análisis factorial en donde se obtuvo una estructura trifactorial: a) Dificultad para expresar sentimientos b) Dificultad para identificar sentimientos c) Pensamiento externamente orientado.

La escala resultó consistente con un valor alfa 0.82 con Fiabilidad de la TAS 20 por un periodo de seis meses:  $r =0.71$  así como sus dos primeros factores con valores alfa de 0.80 y  $r: 0.55$  y alfa 0.78 y  $r: 0.61$  respectivamente. Mientras que la fiabilidad del primer factor fue baja con un alfa 0.78 y  $r: 0.36$ . Con estos tres factores se logra explicar el 30.66% de la varianza.

Páez D. y cols. (2000), realizaron un estudio transcultural para comprobar la validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto a través de siete países mediante un análisis factorial confirmatorio para replicar el modelo de tres factores. Las correlaciones entre los parámetros de los tres factores mostraron acuerdo entre las soluciones

factoriales de siete países en el 80% de los coeficientes. Bélgica y Alemania mostraron un bajo acuerdo con EE.UU, España y México. La comparación de los coeficientes de fiabilidad entre las siete muestras confirmó que el TAS – 20 era fiable de forma similar en todos los países y los tres factores mostraron coeficientes de consistencia interna satisfactorios. Sin embargo, el factor de “pensamiento orientado al exterior” mostró los coeficientes de consistencia interna más bajos y el peor ajuste en el análisis factorial confirmatorio.

Se han realizado numerosas investigaciones en las cuales se ha utilizado la Escala de Alexitimia de Toronto para establecer la relación con otras patologías. Escudero J., Jiménez A., Sánchez A. (2006) establecieron un estudio que tenía por objetivo analizar cómo se presentan distintas patologías (trastornos alimenticios, alexitimia, salud mental) en alumnos de educación secundaria obligatoria de Galicia con relación a su diferencia etárea. Con relación a la depresión los resultados señalan que no existen diferencias significativas en ninguna de las desviaciones típicas de las edades de los alumnos. Las medidas más altas se dan en los alumnos de 11 años con 57,52 y los de 18 años con 54,64 en la puntuación total de alexitimia de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20) y las medidas más bajas en los alumnos de 12 años con, 54 y los de 11 años con, 64 en la escala de depresión severa del CHQ – 28 (General Health Questionnaire).

En el año 2009, Moral de la Rubia J. realiza un estudio correlacional, no experimental de tipo transversal donde emplea una muestra no probabilística de tipo incidental. La muestra estuvo formada por 381 estudiantes de psicología. Se establece una relación entre alexitimia y alcoholismo mediada por la depresión. Se utilizó la escala de alcoholismo de MacAndrew. Escala de depresión del MMPI y la TAS – 20. La correlación de la alexitimia con alcoholismo disminuye al controlar la depresión, pero la relación de la depresión con alcoholismo no es afectada al controlar la alexitimia, a su vez el modelo con mejor ajuste indica que el efecto de la alexitimia sobre el alcoholismo está esencialmente mediado por la depresión, aunque la alexitimia también tendrá un efecto directo. La correlación del alcoholismo (Escala de Alcoholismo de McAndrew, MAC) con la alexitimia (TAS – 20) es significativa aunque débil ( $r = 0.230$ ) y es de moderada a baja con la depresión ( $r = 0.315$ ). La varianza compartida de la personalidad alcohólica con la depresión es de 10% y con la alexitimia de 5%.

En el año 2006 Moral de la Rubia J. realiza un estudio cuantitativo acerca de la ubicación de la alexitimia en relación a los rasgos psicopatológicos de personalidad del MMPI (Inventario Multifásico De Personalidad De Minnesota). Los objetivos fueron; determinar la relación entre alexitimia y depresión; observar la relación entre alexitimia con escalas del MMPI especialmente con la depresión y somatización; establecer si la relación entre alexitimia y somatización está mediada por la depresión. La muestra consistió de 362 estudiantes con edades entre 16 y 36 años. La puntuación de la TAS – 20 se relacionó de forma directa con la escala de depresión de MMPI (de 0.265 a 0.199). Dificultad para expresar sentimientos y dificultad para identificar sentimientos permaneció independiente del tercer factor de la TAS – 20, pensamiento externamente orientado. Se obtuvo una relación inversa entre pensamiento externamente orientado (- 0.2) cuando se eliminó el efecto de la depresión en la relación entre alexitimia y dimensión somatomorfa, ésta no disminuyó ni dejó de ser significativa.

### **III.3. Marco epistemológico**

La epistemología es una rama de la filosofía que se encarga de los problemas filosóficos que rodean la teoría del conocimiento. Sus principales problemas son: la posibilidad del conocimiento, su origen o fundamento, su esencia o trascendencia y el criterio de verdad. Estudia la relación entre el sujeto y el objeto y todos los problemas que esa relación plantea. Se formula preguntas como por ejemplo: si esa relación es posible, cuál es el origen de esta, si tiene límites, etc. (Bunge, 1981).

La presente investigación está estructurada epistemológicamente sobre el paradigma neopositivista, corriente que surge como una evolución del positivismo clásico. Se entiende como paradigma un conjunto de hechos y teorías en los que se apoya una comunidad científica. Su estudio prepara al estudiante para pasar a formar parte de la comunidad científica con la que trabajará más tarde. Los paradigmas no se deben entender sólo como una parte constitutiva de la ciencia, en cierto sentido también son parte constitutiva de la naturaleza. Los paradigmas no se implantan en la ciencia y continúan igual hasta que uno nuevo lo sustituya, sino que con el tiempo van sufriendo

modificaciones que les confieren la posibilidad de resolver un mayor número de enigmas (Kuhn, 1962 en Kuhn 2005).

El neopositivismo tiene sus raíces en el círculo de Viena (1924) en una discusión de un grupo de jóvenes intelectuales para debatir cuestiones de filosofía de las ciencias. Entre las líneas esenciales del programa neopositivista de aquella época estaba la constitución de una ciencia unificada, que abarcara todos los conocimientos proporcionados por la física, la ciencia natural, la psicología, etc.; el medio para lograr dicho propósito debía consistir en el uso del método de análisis lógico; los resultados de la aplicación de ese método al material de las ciencias empíricas permitirían augurar: la eliminación de la metafísica; una clarificación de los conceptos y de las teorías de las ciencias empíricas, así como de los fundamentos de la matemática (Reale, 1988). El neopositivismo se caracteriza por creer que existe una realidad, pero solamente puede ser conocida de manera imperfecta debido a las limitaciones humanas del investigador y la naturaleza incontrolable de los fenómenos (Mertens, en Hernandez 2006).

En cuanto a las tesis fundamentales de la filosofía neopositivista se afirma lo siguiente: 1) el principio de verificación constituye el criterio distintivo entre proposiciones sensatas y proposiciones insensatas, de manera que dicho principio se configura como criterio de significación que delimita la esfera del lenguaje sensato con respecto al lenguaje carente de sentido, que sirve para expresar el mundo de nuestras emociones y nuestros miedos; 2) basándose en ese principio, sólo tienen sentido las proposiciones que pueden verificarse empíricamente o fácticamente, esto es, las aserciones de las ciencias empíricas; 3) la metafísica, junto con la ética y la religión, al no estar constituidas por conceptos y proposiciones verificables de modo fáctico, son un conjunto de preguntas aparentes que se basan en pseudoconceptos; 4) la labor que debe realizar el filósofo serio consiste en un análisis de la semántica (la relación entre lenguaje y realidad a la que se refiere aquél) y de la sintaxis (relación recíproca entre los signos de un lenguaje) del único discurso significativo: el discurso científico, por lo tanto, la filosofía no es una doctrina, sino una actividad: actividad esclarecedora del lenguaje (Reale, 1988).

El neopositivismo a diferencia del positivismo acepta la posibilidad de error, pero los concibe como “accidentes o anomalías”. Tales alteraciones no dejan de ser objetivas, puesto que el investigador intenta describir el disturbio que produce y realiza una

aproximación de su incidencia en la investigación. Lo que permitiría prever que los resultados pueden ser entendidos como leyes. Este paradigma considera entonces que una vez reconocido el error, este deja de existir, dando espacio a la aparición de la verdad (Bunge, 1995).

En cuanto a nuestra investigación se observa la potencial existencia de factores de invalidación que pueden generar error o anomalías que dificulten el acceder a la realidad en un cien por ciento. Como por ejemplo la inestabilidad, señalada por Hernandez (2003), como una posible fuente de invalidación interna descrita como “fluctuaciones en las personas seleccionadas” (pag. 200) así, si se evalúan sujetos en diferentes horarios afectará su concentración y/o disponibilidad a la prueba, podría ser posible que la concentración de los evaluados en la mañana fuera diferente a los de la tarde debido a que las diferentes actividades realizadas durante el día podrían incidir negativamente en el resultado de la prueba, haciendo el procedimiento más tedioso producto del agotamiento.

Otro factor que puede incidir de forma negativa en el acceder a la realidad es el factor de deseabilidad social, descrita como la tendencia de los sujetos a idealizar sus respuestas según estereotipos introducidos por la valoración social de deseabilidad (Matesanz, 1997; en Lemos, 2006), es así como en el contexto chileno la expresión de los sentimientos y/o emociones posean una valoración positiva (Páez, D. y Casullo, M, 2000). Lo que podría implicar una tendencia a responder de forma positiva a los reactivos homologables a los estereotipos presentes en el contexto cultural.

Por otra parte, en nuestra investigación, podemos acceder en gran medida a la realidad ya que nuestro estudio será una investigación en contexto de campo lo que le otorga mayor validez externa ya que el ambiente natural no se ve influenciado por variables manipuladas de forma artificial como en una situación experimental (Hernandez, 2003). Además podemos señalar que el acceder a la realidad estará salvaguardado por la “objetividad” descrito posteriormente en los criterios de calidad.

En cuanto a la metodología este paradigma, realiza las investigaciones en entornos menos controlados en comparación como lo hacía el positivismo clásico, además considera en mayor medida al contexto en que se trabaja y a los descubrimientos como parte del proceso investigativo (Guba y Lincoln, 1994).

## IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### IV.1. Metodología y Diseño.

La presente investigación está enmarcada bajo el enfoque cuantitativo debido a que es necesario obtener respuestas que faciliten el análisis de datos y la medición de estos haciendo uso de la estadística para describir los rasgos y/o conductas presentes en la población. Además, se requiere seguir pasos exhaustivos con un método riguroso y sistemático para dar validez y confiabilidad al instrumento. Posibilita además un mayor control de las variables disminuyendo los márgenes de errores. Esta metodología se basa en el paradigma de ciencia normal, el cual se define según Bunge (1981), como el estudio de objetos cuantificables por medio del método científico y con el fin de encontrar y sistematizar las leyes de tales objetos. (pág. 29).

El diseño se entenderá como la estrategia que guía la investigación, los lineamientos que el investigador debe seguir para resolver las interrogantes que se ha planteado, tal guía posibilita además, controlar la varianza, es decir, maximizar la varianza de la variable, evitar la influencia de variables extrañas y disminuir los errores de medición obteniendo resultados validos y confiables (Kerlinger y Lee, 1988).

El diseño empleado en la investigación es cuasi experimental transeccional, debido a que el grupo muestral (universitarios) es ya un grupo constituido, intacto el cual posee la variable a medir (alexitimia). Tal variable existe de manera independiente del estudio y vista como rasgo de personalidad no es introducida y/o manipulada deliberadamente por éste (Hernandez, 2003). Además la muestra utilizada fue de carácter probabilística lo que se considerada una característica significativa en tal diseño (Aron, A., Aron E. 2001).

Para pesquisar los datos, se accedió a la variable dentro del contexto natural o cotidiano de los sujetos considerándolos como grupos intactos y dentro de una dimisión temporal de tipo transversal, al respecto Hernández (2003, pag. 270) comenta “en la investigación transversal se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

## **IV.2. Técnicas de recolección de información**

En el estudio se utilizó una escala de autorreporte tipo likert par medir actitudes. “Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos” (Hernández, 2003 pág. 368).

En la escala de tipo Likert se toma como indicadores las respuestas obtenidas a un conjunto de proposiciones, preguntas. Los indicadores son las respuestas dadas mientras que las opciones usadas para obtener esas respuestas constituyen los ítems de la escala. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que está midiendo, deben expresar sólo una relación lógica, además es recomendable que no excedan de aproximadamente 20 palabras. (Hernández, 2006). Las proposiciones o preguntas pueden presentarse con una relación tal que indiquen directamente una actitud contraria al objeto de referencia de manera que, el hecho de estar de acuerdo con esa proposición significa tener una actitud en esa dirección.

Éste tipo de técnica posee ventajas tales como poseer un costo bajo, lo que otorga mayor viabilidad, proporciona información sobre un mayor número de personas en un periodo breve, fácil para obtener, cuantificar, analizar e interpretar datos, menor requerimiento de personal capacitado, eliminación de los sesgos que produce el encuestador.

## **IV.3. Instrumento**

El instrumento a utilizar corresponde a la última revisión del TAS, ésta escala revisada (TAS – 20) conserva trece ítems de la TAS inicial y, tal como su versión anterior, se puntúa a través de una escala tipo likert de cinco puntos. Por ello la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, considerándose como alexitímico aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 61. Las diferentes investigaciones con ésta escala muestran un mapa factorial

compuesto por tres factores coherentes con el constructo que evalúa siendo estos tres factores: a) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional; b) dificultad para describir los sentimientos a los demás y c) estilo de pensamiento orientado hacia lo externo (Taylor, 1999).

La TAS-20 presenta una buena consistencia interna ( $\alpha=0.81$ ), y una buena fiabilidad test - retest en un periodo de tres semanas ( $r=0.77$ ;  $p < 0.01$ ), superando las limitaciones de la escala original (Taylor, 1999).

El factor I explica el 12.6% de la varianza total, está compuesto por ítems que miden la capacidad para identificar sentimientos y distinguir entre éstos y las sensaciones corporales de reacción emocional (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14).

**Cuadro 1. Ítems del factor I.**

1. A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo
3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden
6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí
14. A menudo no sé por qué estoy enojado

El factor II explica el 9.63% de la varianza total, está integrado por ítems que reflejan la incapacidad para comunicar sentimientos a los demás (ítems 2, 4, 11, 12, 17).

**Cuadro 2. Ítems del factor II.**

2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.

12. La gente me pide que explique con más detalles mis sentimientos.
17. Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos.

En cuanto al factor III éste explica el 8.75% de la varianza, se compone por ítems que miden el pensamiento orientado a lo externo (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

**Cuadro 3. Ítems del factor III**

5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así
10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos
16. Prefiero ver en la TV programas simples de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales
20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse

#### **IV.4. Población y muestra**

La población de estudio estuvo compuesta por un total de 6.427 estudiantes de ambos sexos de la ciudad de Chillán pertenecientes a establecimientos de educación superior concernientes al Consejo de rectores (Consejo Nacional de Educación, 2010). La muestra total fue de 236 casos siendo ésta de tipo probabilística por lo que los sujetos

tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos durante la aplicación en base a un margen de error preestablecido.

Además la muestra fue de carácter estratificada con el objetivo de lograr una mayor representatividad, debido a que entre los establecimientos seleccionados se aprecian diferencias heterogéneas expresadas en un número de población desigual (Hernández, 2006).

Para el cálculo de la muestra se utilizó el software estadístico STATS V2.0 con un margen de error del 0.5% y un porcentaje estimado de muestra de 20% para otorgarle mayor representatividad por lo que la muestra correspondería a una cantidad de 236 estudiantes.

**Tabla 1. Muestra por estratos**

<b>Establecimiento</b>	<b>Total</b>	<b>muestra</b>
<b>Universidad del Bío-Bío Chillán</b>	4553	168
<b>Universidad de Concepción. Chillán</b>	1729	63
<b>Total</b>	6282	<b>231</b>

La estratificación de la muestra se realizó mediante la obtención de la desviación estándar de cada estrato, para posteriormente hacer uso de la constante a través del producto entre esta y el número de sujetos que componen el subgrupo, resultando así el tamaño de la muestra para cada estrato (Hernández, 2003)

$$\frac{\text{Total de la muestra } 236}{\text{Total de la población } 6282} = 0.037 \text{ (Constante)}$$

$$\text{Total de la población } 6282$$

$0.037 \times \text{total de la subpoblación} = \text{Tamaño de muestra por estrato}$

La suma de la muestra de ambos estratos nos arroja un número de 231 casos, no obstante se realizó un total de 239 aplicaciones.

#### **IV.5. Análisis de datos propuestos**

En un principio y respondiendo al primer objetivo se realizó un análisis del coeficiente de consistencia interna a través del alfa de cronbach para medir la confiabilidad del instrumento. Además para obtener la validez de constructo se empleó un análisis factorial confirmatorio de componentes principales con una rotación por el método Varimax mediante un análisis estadístico a través del software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences V 18.0) (Hernández, 2003).

Posteriormente respondiendo al segundo objetivo específico, se realizó un análisis descriptivo el cual involucra medidas de tendencia central en donde incluiremos moda, mediana y media. Se incluirá además un análisis de las medidas de variabilidad y simetría: rango, desviación típica, sesgo y curtosis (Hernández, 2003) para realizar una descripción de la sintomatología alexitímica en la población por medio del análisis de los datos.

#### **IV.6. Criterios de calidad**

En cuanto a la *confiabilidad* que está dada por su capacidad de entregar resultados similares, en diferentes números de aplicaciones (Hernández, 2003) se estima obtener el valor de consistencia interna mediante un análisis estadístico con el objetivo de obtener el valor de alfa de cronbach.

La *validez* de constructo que se define como la capacidad del instrumento para medir realmente la variable que plantea medir, se obtuvo a través del análisis factorial de componentes principales, el cual tiene la función de analizar la varianza de cada variable (considerando la varianza total, específica y en algunos casos la varianza de error) y su

objetivo consiste en resumir gran parte de la información original o varianza en una mínima cantidad de factores con el propósito de predicción (Hair, 1999).

La *objetividad*, ésta se protegió mediante la consigna previa a la aplicación del instrumento la cual estuvo adjunta en la hoja de respuesta. Se trata de un instrumento autoaplicado donde los reactivos son los estímulos encargados de suscitar la respuesta de los sujetos por lo que no existió intervención directa del investigador, disminuyendo así los sesgos que pudiesen contaminar los datos (Hernández, 2006).

En cuanto a la investigación la aplicación de la prueba se realizó dentro del contexto cotidiano, es decir, no existió una manipulación artificial o experimental del contexto que disminuya la *validez externa* o generalización de los datos del estudio. Por otra parte la muestra fué de tipo probabilística por lo que la selección no se realizó de forma tendenciosa que afecte en la homogeneidad de la muestra.

En cuanto a la *validez interna* contamos con un instrumento que no implica una inversión excesiva de tiempo (10min Aprox.) por lo que no existió riesgo de estrés y/o ansiedad que afecte la validez de los resultados.

#### **IV.7. Aspectos éticos**

Franco-Tarragó (2001) señala algunos problemas éticos al realizar una investigación. Entre ellos el riesgo que involucra el proceso investigativo. Nuestra investigación presenta un riesgo mínimo a nivel psicológico y nulo daño físico. Se estimó que el tiempo necesario para dar respuesta al instrumento se encuentra alrededor de los 10 minutos por lo que es un tiempo breve que no interrumpió mayormente en sus quehaceres correspondientes. Por consiguiente, la aplicación se realizó dentro de su contexto natural por lo que no se necesitó crear un nuevo ambiente que involucre un uso mayor de recursos. De esta forma, aplicándose en el contexto natural la ansiedad generada disminuye considerablemente. Otro de los aspectos a considerar es el principio del consentimiento informado, en este caso se hizo hincapié en la voluntariedad de la cual gozan los sujetos que se vieron expuestos a responder el instrumento. Éste constó con un breve informativo en donde se indicó de manera parsimoniosa tanto instrucciones como

objetivos, procedimiento y el carácter voluntario del proceso. Dicho sea de paso con esto hizo valer el principio de autonomía donde el sujeto es capaz de determinarse a sí mismo sin coerción externa, por lo tanto, se procedió de manera tal que las personas expresaron libre consentimiento sin ningún tipo de influencia indebida. Dentro de esta información quedó expresada la oportunidad de expresar dudas y recibir respuestas acerca de la investigación.

Por otro lado la elección de la muestra fue de carácter inclusivo por lo que no se efectuó una elección discriminante de ésta, ya que no se buscó sujetos con características especiales, sino que se efectuó la medición de sintomatología en la población general.

Otra norma de ética básica de importancia y en relación con los resultados de la investigación fué la confidencialidad. En éste caso existió anonimato de los datos obtenidos por lo que se evitó suscitar ansiedad en los participantes. Cabe señalar además que los resultados expuestos poseyeron un carácter general evitando así el riesgo de estigmatización de los participantes (Franco-Tarragó, 2001)

## **V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente estudio y en relación a los objetivos anteriormente señalados, uno de los cuales descrito como: comprobar validez y confiabilidad de los reactivos que componen la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20), se realizó un análisis de tipo cuantitativo para obtener la validez de la escala por medio del análisis factorial. Además se realizó un análisis de confiabilidad del instrumento a través del cálculo del alfa de cronbach.

También se realizó un análisis descriptivo de los datos para identificar la sintomatología alexitímica de la población estudiada.

## V.1. Prueba piloto

Para realizar el análisis de validez se aplicó el instrumento a una muestra total de 239 sujetos pertenecientes a las universidades del consejo de rectores, Universidad del Bío-Bío y Universidad de Concepción sede Chillán.

En primera instancia se realizó una aplicación de 40 casos, según el criterio de Hernández (2006) se señala que la prueba piloto debe ser extraída del 10% de la muestra total, no obstante, para obtener mayor representatividad se utilizó un criterio del 20% de la muestra total lo que compuso la cantidad de 40 casos para observar el comportamiento del instrumento en la población. De lo anterior se obtuvo un índice de fiabilidad de 0.66, lo que corresponde a un índice de confiabilidad bajo (Hernández, 2006). En las tablas 2 y 3 se presentan los datos correspondientes a la cantidad de casos válidos aplicados más el índice de confiabilidad respectivamente.

**Tabla 2. Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	40	100.0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	.0
	Total	40	100.0

**Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.666	20

## V.2. Análisis de los resultados del objetivo uno.

A continuación se presentará el análisis de los resultados correspondientes al primer objetivo: Comprobar confiabilidad y validez de la escala de alexitimia de Toronto (TAS – 20).

### V.2.1. Análisis de confiabilidad

Para el análisis de confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la totalidad de la muestra con el objetivo de realizar el análisis de confiabilidad en base a una mayor significancia y teniendo en consideración el objetivo general, el cual consiste en comprobar la validez del instrumento en la población seleccionada. Tras obtener la aplicación del instrumento a 239 sujetos de ambos sexos se obtuvo un índice de fiabilidad de 0.77 lo cual nos indica que la TAS-20 resulta ser un instrumento confiable (Campos, 2005).

Las siguientes tablas 4 y 5 señalan el número de casos procesados y el índice de confiabilidad representado por el alfa de cronbach.

**Tabla 4. Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	239	100.0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	.0
	Total	239	100.0

**Tabla 5. Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.770	20

### V.2.2. Análisis de validez

Con el fin de alcanzar el objetivo planteado y luego de haber obtenido el análisis de confiabilidad se procede a estudiar la validez de la escala.

Para esto se utilizó un análisis factorial realizado a través del método de análisis de rotación de normalización Varimax con Kaiser, se pueden observar las comunalidades, las cuales están representadas en la tabla 6 y que reflejan la correlación que cada ítem mantiene con el resto de los ítems, considerando que dicho método es el que actúa por defecto y asume que es posible explicar el 100% de la varianza, y por ello, todas las comunalidades iniciales son iguales a la unidad.

En este caso, los valores arrojados de las comunalidades presentan un rango que oscila entre 0.40 el cual representa una correlación débil con tendencia media y 0.79 representando una correlación considerable con el total de la prueba.

Podemos observar que se presentan seis de los veinte reactivos (ítems 18, 16, 15, 10, 5) que manifiestan valores que oscilan entre 0.65 a 0.71 los cuales representan una correlación media con tendencia considerable, a explicar la presencia del constructo alexitimia. Con menos significancia encontramos doce reactivos correspondientes a los ítems 20, 19, 13, 12, 11, 9, 8, 7, 6, 4, 2 y 1 con índices situados en un rango entre 0.54 a 1.63 lo que significa que mantienen una correlación media con el total de la prueba. Por último encontramos el reactivo diecisiete con un valor de 0.48 correspondiente a una correlación débil con tendencia media en relación a la escala total, convirtiéndose en el ítem que explica con menor significancia en constructo.

**Tabla 6. Comunalidades**

	Inicial	Extracción
Ítem 1	1. 00	.587
Ítem 2	1. 00	.614
Ítem 3	1. 00	.794
Ítem 4	1. 00	.568
Ítem 5	1. 00	.682
Ítem 6	1. 00	.633
Ítem 7	1. 00	.579
Ítem 8	1. 00	.549
Ítem 9	1. 00	.616
Ítem 10	1. 00	.668
Ítem 11	1. 00	.588
Ítem 12	1. 00	.552
Ítem 13	1. 00	.614
Ítem 14	1. 00	.408
Ítem 15	1. 00	.718
Ítem 16	1. 00	.658
Ítem 17	1. 00	.483
Ítem 18	1. 00	.673
Ítem 19	1. 00	.607
Ítem 20	1. 00	.569

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Mediante el análisis factorial se determinó una composición de los reactivos por cargas factoriales iguales o mayores a 0.48 empleando el criterio de káiser con autovalores mayores a 1 (Moral de la Rubia, 2008).

En la tabla 7 se presenta la matriz de componentes rotados la cual facilita la interpretación de los factores extraídos (Garmendia, 2007).

**Tabla 7. Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Ítem 1	<b>.706</b>	.083	-.096	.178	.119	.154	.062
Ítem 2	<b>.562</b>	.086	-.054	.201	.441	-.066	.220
Ítem 3	.155	.079	.090	-.054	.009	.009	<b>.867</b>
Ítem 4	.060	.049	.198	.004	<b>.722</b>	-.021	-.022
Ítem 5	.035	-.114	.067	.140	-.040	<b>.801</b>	.006
Ítem 6	<b>.545</b>	.188	.125	.181	-.298	-.330	-.234
Ítem 7	<b>.732</b>	-.015	.059	.043	.004	-.150	.123
Ítem 8	.125	.476	.011	-.027	-.056	<b>.548</b>	-.059
Ítem 9	<b>.705</b>	.116	-.005	-.172	.182	.200	.058
Ítem 10	-.021	-.019	<b>.637</b>	-.143	-.184	-.107	.443
Ítem 11	.406	<b>.481</b>	.081	-.053	.330	-.266	-.056
Ítem 12	.278	<b>.621</b>	.077	-.159	.142	-.020	.193
Ítem 13	<b>.603</b>	.290	.249	-.211	-.037	.027	-.241
Ítem 14	<b>.547</b>	.275	.021	.123	.052	.108	.054
Ítem 15	.039	<b>.719</b>	.157	.402	-.099	.058	.012
Ítem 16	-.066	.233	-.099	<b>.759</b>	.041	.109	.006
Ítem 17	.230	<b>.484</b>	.001	.038	.430	-.074	-.060
Ítem 18	-.045	.141	<b>.780</b>	.107	.165	-.005	.067
Ítem 19	.200	.069	<b>.611</b>	.024	.300	.257	-.179
Ítem 20	.264	-.197	.159	<b>.648</b>	.015	.018	-.119

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

De acuerdo a la matriz de componentes rotados se obtuvo una estructura factorial de siete factores en donde el primer factor, está compuesto por siete ítems (1, 2, 6, 7, 9, 13, 14) los cuales saturan entre 0.54 y 0.73 presentando el primer valor una correlación media, mientras que el segundo muestra una correlación media con tendencia considerable. Por su parte el segundo factor, está estructurado por cuatro ítems (11, 12, 15, 17) que saturan entre 0.48 indicando una correlación débil con tendencia media, mientras que el valor mayor de 0.71 manifiesta una correlación media con tendencia a considerable. El factor tres con los ítems 10, 18, 19 muestra una saturación que varía entre 0.61 y 0.63 lo que corresponde a un grado de correlación media con tendencia considerable. Refiriéndonos al cuarto factor, está compuesto por los ítems 16 y 20 con valores que saturan en 0.64 y 0.75 representando una correlación media con tendencia

considerable y considerable respectivamente. En cuanto al quinto factor, compuesto por el ítem 4, muestra una saturación de 0.72 indicando una correlación de tipo considerable. El factor seis, compuesto por los ítems 5 y 8, presentan una saturación de 0.54 manifestando una correlación media, mientras que el ítem restante satura en 0.80 correlacionándose de forma considerable con tendencia muy fuerte con el constructo. Por último, el séptimo factor está compuesto por el ítem 3 saturando en 0.86 lo que indica una correlación considerable con tendencia muy fuerte.

A través de los datos empíricos obtenidos, los siete factores están compuestos por los siguientes ítems:

**Cuadro 4. Factores extraídos de la muestra total.**

<p><b>Factor 1: dificultad para identificar y reconocer sentimientos.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.</li> <li>2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.</li> <li>6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.</li> <li>7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.</li> <li>9. Tengo sentimientos que no puedo identificar.</li> <li>13. No sé qué está pasando en mi interior, dentro de mí.</li> <li>14. A menudo no sé por qué estoy enojado.</li> </ol>
<p><b>Factor 2: dificultad expresar y verbalizar las emociones.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.</li> <li>12. La gente me pide que explique con más detalles mis sentimientos.</li> <li>15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.</li> <li>17. Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis</li> </ol>

amigos más íntimos.

**Factor 3: capacidad de contacto.**

- 10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos.
- 18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio.
- 19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.

**Factor 4: pensamiento enfocado en detalles externos.**

- 16. Prefiero ver en la tv programas simples de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos.
- 20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse.

**Factor 5: capacidad para describir emociones.**

- 4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.

**Factor 6: dificultad para el análisis de los problemas.**

- 5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.
- 8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así.

**Factor 7: dificultad para identificar sensaciones corporales.**

- 3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden

A través de la solución rotada varimax los siete factores extraídos presentan una suma acumulada de la varianza de 60.79% explicando la mayor parte del constructo (tabla 8).

**Tabla 8. Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.327	21.634	21.634	4.327	21.634	21.634	3.264	16.319	16.319
2	1.658	8.289	29.923	1.658	8.289	29.923	1.955	9.775	26.094
3	1.605	8.024	37.947	1.605	8.024	37.947	1.605	8.025	34.119
4	1.248	6.239	44.186	1.248	6.239	44.186	1.439	7.194	41.313
5	1.170	5.851	50.036	1.170	5.851	50.036	1.338	6.692	48.005
6	1.111	5.555	55.592	1.111	5.555	55.592	1.323	6.617	54.623
7	1.040	5.202	60.794	1.040	5.202	60.794	1.234	6.171	60.794
8	.907	4.537	65.330						
9	.870	4.349	69.679						
10	.808	4.038	73.718						
11	.686	3.430	77.148						
12	.656	3.279	80.427						
13	.604	3.020	83.447						
14	.564	2.819	86.266						
15	.528	2.641	88.908						
16	.509	2.547	91.454						
17	.495	2.474	93.928						
18	.471	2.353	96.281						
19	.392	1.960	98.241						
20	.352	1.759	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En cuanto al primer factor, *Dificultad para identificar y reconocer sentimientos* muestra un valor total de 3.26 que explica el 16.31% de la varianza total. Por su parte el segundo factor, *Dificultad para expresar y verbalizar las emociones* presenta un valor total de 1.95 explica el 9.77% de la varianza. El tercer factor con nombre *Capacidad*

*introspectiva* presenta un valor de 1.60 explica el 8.02% de la varianza total. En el factor cuatro llamado *Pensamiento enfocado en detalles externos* se obtiene un valor de 1.43 con un porcentaje que explica el 7.19% de la varianza. En cuanto al quinto factor *Capacidad para describir emociones* muestra un valor de 1.33 explicando el 6.69% de la varianza total. El penúltimo factor *Dificultad para el análisis de los problemas* manifiesta un valor total de 1.32 lo que explica un 6.61% de la varianza total. Por último encontramos el séptimo factor llamado *Dificultad para identificar sensaciones corporales* presenta un valor de 1.23 explicando el 6.17% de la varianza.

Como se ha mencionado antes se obtuvo una estructura factorial de siete componentes que estructuran la TAS-20. No obstante mediante el análisis de constructo podemos reagrupar estos siete factores dentro de las tres dimensiones que originalmente componen de forma teórica el constructo de Alexitimia. De esta forma se realizó la contrastación de los factores obtenidos en la investigación con los factores del instrumento original.

**Cuadro 5. Comparación de factores con la escala original TAS-20**

<b>Factores TAS-20, adaptación española de Martínez, S.</b>	<b>Factores de investigación actual</b>
Factor 1: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales.	Factor 1: Dificultad para identificar y reconocer sentimientos.  Factor 7: Dificultad para identificar sensaciones corporales.
Factor 2: Dificultad para describir los sentimientos a los demás.	Factor 2: Dificultad para expresar y verbalizar las emociones.  Factor 5: Capacidad para describir

	emociones.
Factor 3: Estilo de pensamiento orientado a lo externo.	<p>Factor 3: Capacidad de contacto.</p> <p>Factor 4: Pensamiento enfocado en detalles externos.</p> <p>Factor 6: Dificultad para el análisis de los problemas.</p>

Se puede apreciar que a nivel empírico se obtuvieron siete factores a diferencia de la escala original la cual presenta una estructura trifactorial, sin embargo existe correspondencia teórica.

Tal divergencia puede deberse a diferencias culturales en el procesamiento de las emociones de los distintos países en los cuales se ha validado la escala. Lo que convierte a nuestro contexto en un contexto variado con un rango amplio en la expresión de las emociones.

Esta connotación particular dada por el contexto hace que la escala original sufra una modificación, dividiendo sus factores originales (3) en 7 nuevos factores los cuales componen la escala y que manifiestan concordancia teórica con la descripción del constructo, lo que nos lleva a confirmar la validez del instrumento.

El primer factor de la escala original, dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales, se manifiesta de forma diferenciada en dos

nuevos factores. Estos son: a) dificultad para identificar y reconocer sentimientos b) dificultad para identificar sensaciones corporales. Según Nemiah y cols. (1976 en Jódar 2000) la persona alexitímica parece no diferenciar una emoción de otra y le resulta difícil describir que es lo que siente. Además Nemiah (1972 en Jimenez, 2006) describe que los alexitímicos son incapaces de diferenciar sus propios sentimientos de quejas somáticas.

El segundo factor de la escala original, dificultad para describir los sentimientos a los demás, mantiene concordancia con los factores a) dificultad para expresar y verbalizar las emociones, b) capacidad para describir emociones, obtenidos en la investigación. Ya que éstos forman parte de la estructura del factor original. Según Páez y Casullo (2000) estas personas presentarían un déficit en el procesamiento de la información emocional por lo que se le dificulta la expresión y descripción de sentimientos. Por otra parte la expresión y descripción de los sentimientos y emociones podría deberse a una alteración en la comunicación interhemisférica (McLean, 1949 en Lara 2008).

El tercer factor, estilo de pensamiento orientado a lo externo, se relaciona con tres factores de la presente validación: a) capacidad de contacto, b) pensamiento enfocado en detalles externos y c) dificultad para el análisis de los problemas. Se plantea El individuo tiende a ser énfasis en detalles irrelevantes orientando su existencia hacia otras áreas como el mundo físico concreto evitando así mantener contacto con las emociones o experiencias internas (Marty y M'Uzan 1966; en otero 1999). Además para Retamales (1989, en Sivak 1997) la manera de resolver los problemas en estos sujetos es la realización de conductas directas sin un análisis previo de las situaciones que enfrenta. Al no ser capaces de decidir en función de las emociones que algo les inspira, pueden tender a buscar la opinión de los demás y decidir en base a ello.

Por lo anterior podemos afirmar que el constructo es coherente en ambas investigaciones, no obstante existe una diferencia en cómo se expresa el constructo dentro de una dinámica cultural distinta.

En base a los factores obtenidos en la investigación se llega a la siguiente definición empírica:

La alexitimia es expresada como un constructo dirigido hacia las vivencias emocionales de los sujetos, caracterizado por dificultad en la expresión, descripción y

reconocimiento de las emociones, así como también la dificultad para diferenciar sensaciones corporales de estas vivencias. Lo anterior está relacionado con la incapacidad para verbalizar experiencias subjetivas y la falta de referencia a la propia subjetividad que está representada por la ausencia de la capacidad para la introspección. Es por ello que los sujetos con rasgos alexitímicos manifiestan un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo y enfocado en detalles concretos manteniendo un estilo de pensamiento operatorio.

La definición para el constructo alexitimia, a nivel empírico se ha podido estructurar integrando los siete factores encontrados en la presente investigación contrastándolos con los antecedentes teóricos existentes y con una connotación determinada por las características otorgadas por el ambiente.

Los datos arrojados nos llevan a:

Una dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales no distinguiendo una emoción de otra, el miedo de la cólera, la ansiedad de la tristeza, y por ende una vivencia de las emociones de forma confusa (Nemiah y cols. 1976, en Jódar 2000). Además existe una incapacidad para diferenciar las manifestaciones propias de los sentimientos de otras informaciones procedentes del cuerpo e integrarlas con otros aspectos cognositivos (Nemiah 1972, en Jiménez 2006). Por otra parte un rasgo importante del constructo está dado por la dificultad para describir los sentimientos a los demás, ya que según McLean, (1949 en Lara 2008) la falta de comunicación entre ambos hemisferios cerebrales en los individuos produciría un déficit en la capacidad para verbalizar las emociones. Desde otra perspectiva Ruesch (1948, en Sivak, 1997) describe un tipo de personalidad infantil en personas con una detención en el desarrollo determinada por la dificultad en la descripción verbal y simbólica de los afectos. Por último, la alexitimia está dada por un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, caracterizada por la ausencia en la capacidad para mantener contacto emocional, presentando pensamiento concreto y con problemas para el manejo simbólico de las emociones (Casullo, 2000). Tal manejo involucra una traducción de la realidad de un modo utilitarista, estereotipado, concreto, sin fantasía y afectivamente pobre (Marty y de M'Uzan, 1966 en otero 1999).

Presentando dificultad para el análisis de los problemas incluyen una orientación de tipo práctico y escaso contacto con su realidad psíquica. El sistema emocional es más holista y distribuido, se especializa en reacciones rápidas y funciona de un modo automático, basado en el conocimiento adquirido en experiencias previas (Pérez, et al 2010).

### **V.3. Análisis de resultados del objetivo dos.**

Respondiendo al segundo objetivo: describir los niveles de sintomatología alexitímica presentes en los sujetos de la muestra seleccionada, se procederá al análisis descriptivo de los resultados.

#### **V.3.1. Análisis descriptivo de los datos.**

En cuanto al segundo objetivo específico de nuestra investigación, a través del análisis descriptivo se obtuvieron los siguientes resultados, mediante el análisis de la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad y asimetría.

Se observa una muestra total de 239 casos válidos de ambos sexos con edades que van desde los 18 a los 34 años.

La siguiente tabla de distribución de frecuencias presenta los puntajes obtenidos a través de las respuestas de los sujetos, con un rango de 22 a 74 puntos.

En casullo 2000, se señala que la escala de Alexitimia mantiene un puntaje de corte de 61 puntos, considerándose como alexitímicos aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a ese valor (una desviación estándar). La puntuación puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos.

De los 239 casos, en 10 de ellos se obtuvo puntuaciones iguales y superiores a 61 correspondiendo a un 4.2% del total de la muestra los que podrían calificarse como

alexitímicos. En tanto el 95.98% restante no estaría incluido dentro de la categoría de alexitímicos.

**Grafico 1. Agrupación de los casos según puntaje de corte.**



**Tabla 9. Distribución de frecuencias.**

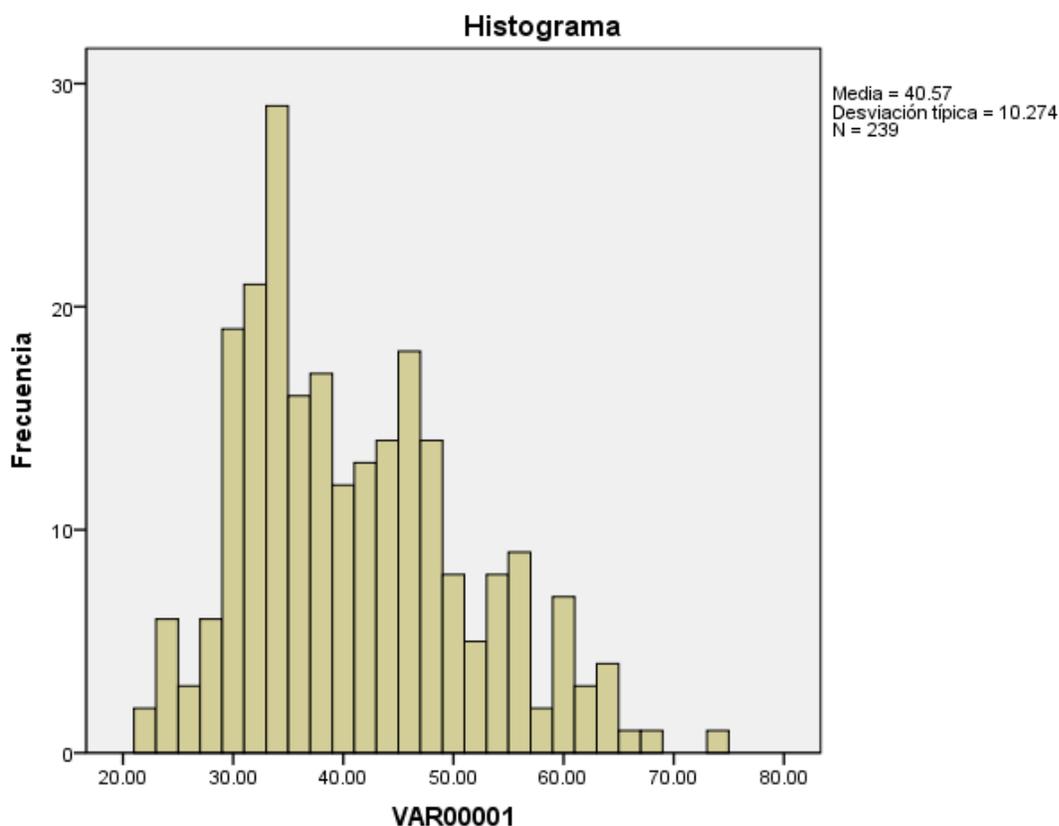
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	22.00	2	.8	.8	.8
	23.00	3	1.3	1.3	2.1
	24.00	3	1.3	1.3	3.3
	25.00	1	.4	.4	3.8
	26.00	2	.8	.8	4.6
	27.00	5	2.1	2.1	6.7
	28.00	1	.4	.4	7.1
	29.00	9	3.8	3.8	10.9
	30.00	10	4.2	4.2	15.1
	31.00	6	2.5	2.5	17.6
	32.00	15	6.3	6.3	23.8
	33.00	16	6.7	6.7	30.5

34.00	13	5.4	5.4	36.0
35.00	9	3.8	3.8	39.7
36.00	7	2.9	2.9	42.7
37.00	9	3.8	3.8	46.4
38.00	8	3.3	3.3	49.8
39.00	5	2.1	2.1	51.9
40.00	7	2.9	2.9	54.8
41.00	5	2.1	2.1	56.9
42.00	8	3.3	3.3	60.3
43.00	8	3.3	3.3	63.6
44.00	6	2.5	2.5	66.1
45.00	6	2.5	2.5	68.6
46.00	12	5.0	5.0	73.6
47.00	5	2.1	2.1	75.7
48.00	9	3.8	3.8	79.5
49.00	2	.8	.8	80.3
50.00	6	2.5	2.5	82.8
51.00	3	1.3	1.3	84.1
52.00	2	.8	.8	84.9
53.00	5	2.1	2.1	87.0
54.00	3	1.3	1.3	88.3
55.00	5	2.1	2.1	90.4
56.00	4	1.7	1.7	92.1
57.00	2	.8	.8	92.9
59.00	5	2.1	2.1	95.0
60.00	2	.8	.8	95.8
61.00	1	.4	.4	96.2
62.00	2	.8	.8	97.1
63.00	1	.4	.4	97.5
64.00	3	1.3	1.3	98.7
66.00	1	.4	.4	99.2
68.00	1	.4	.4	99.6
74.00	1	.4	.4	100.0
Total	239	100.0	100.0	

La tabla de frecuencias señala la distribución de los puntajes con sus porcentajes correspondientes obtenidos y posteriormente graficados en el siguiente histograma (gráfico 2).

En el siguiente gráfico se puede apreciar que la mayoría de los sujetos tuvieron un puntaje de 33 puntos, lo que corresponde a un porcentaje de 6,7%. Por otra parte el puntaje que menos se presenta es de 25, 28, 61, 63, 66, 68 y 74, todos con un porcentaje de 0,4%.

**Gráfico 2. Distribucion de frecuencias de los puntajes obtenidos.**



En la tabla 10 se observa que las puntuaciones obtenidas presentan un rango de 52 puntos, siendo el límite inferior 22 mientras que el puntaje mayor es de 74 en una escala real que va desde los 20 a los 100 puntos. La mediana obtenida es de 39 por lo que el 50% de los datos se distribuye por sobre los 39 puntos en tanto el otro 50% se sitúa bajo esta puntuación. El resultado que se presenta con mayor frecuencia en las aplicaciones de la TAS-20 es de 33 en tanto la media aritmética se presenta con un valor de 40.57 y

desviándose en promedio 10.27 unidades de la media en escala. Esto representa que la población en promedio no es considerada como alexitímica ya que solo un 4.2% de los casos manifiestan puntuaciones superiores a el puntaje de corte (61puntos) para considerarse alexitímicos.

Además y en lo referido a la dispersión de los datos, podemos apreciar que los datos presentan una asimetría o sesgo positivo (.59), lo que indica que se agruparían a la izquierda de la curva normal. En cuanto a la curtosis esta arroja un resultado negativo (-.16) lo que refleja que la distribución muestral se sitúa bajo la curva normal adoptando la característica de una distribución platicúrtica o achatada.

**Tabla 10. Estadísticos descriptivos**

VAR00001

N	Válidos	239
	Perdidos	0
Media		40.5732
Error típ. de la media		.66455
Mediana		39.0000
Moda		33.00
Desv. típ.		10.27366
Varianza		105.548
Asimetría		.598
Error típ. de asimetría		.157
Curtosis		-.164
Error típ. de curtosis		.314
Rango		52.00
Mínimo		22.00
Máximo		74.00
Suma		9697.00

## VI. Conclusiones y sugerencias

Después de lo expuesto anteriormente se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Según los resultados obtenidos, la Escala de Alexitimia de Toronto (adaptación española de Martínez S. 1996) resulta ser un instrumento fiable y válido que permite medir la sintomatología alexitímica en nuestra población.

El análisis de la escala de TAS-20 indicaría que ésta representa y mide adecuadamente el constructo de alexitimia. No obstante se debe considerar que en la primera aplicación de la prueba piloto no se obtuvo una alta confiabilidad ( $\alpha$ : 0.66) razón por la cual se debió aplicar la muestra total para observar el comportamiento del instrumento obteniendo una confiabilidad de  $\alpha$ : 0.77.

De lo anterior podemos concluir que la expresión de las vivencias emocionales posee un amplio rango de respuestas debido a la diversidad e individualidad de los sujetos y que no puede determinarse mediante el análisis de una muestra pequeña. Ya que la individualidad de los sujetos y como estos procesan y regulan los afectos, está determinada tanto por sus experiencias vividas como por factores constituyentes propios e irrepetibles de cada uno.

Una de las relevancias de este estudio radica en cómo se presenta el constructo en contextos diferentes. Se puede observar que el constructo es congruente con investigaciones anteriores, no obstante existe una diferencia en cómo se expresa el constructo dentro de una dinámica cultural distinta.

Es así como el primer factor dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales, se relaciona con dos nuevos factores de nuestra investigación. Estos son: a) dificultad para identificar y reconocer sentimientos b) dificultad para identificar sensaciones corporales.

El segundo factor de la escala original, dificultad para describir los sentimientos a los demás, se relaciona con los siguientes factores obtenidos: a) dificultad para expresar y verbalizar las emociones, b) capacidad para describir emociones, obtenidos en la investigación. Ya que éstos forman parte de la estructura del factor original.

El tercer factor, estilo de pensamiento orientado a lo externo, es congruente con tres factores de la presente validación: a) capacidad de contacto, b) pensamiento enfocado en detalles externos y c) dificultad para el análisis de los problemas.

Los siete factores extraídos de escala arrojaron un porcentaje de varianza total que explica un 60.79% del constructo, considerándose que el instrumento explica en su mayoría lo que pretende medir.

El factor con mayor significancia y que explica el mayor porcentaje de varianza es el factor 1 dificultad para identificar y reconocer sentimientos, con un 16.3% del total, en tanto el factor con menor representatividad es de dificultad para identificar sensaciones corporales compuesto por el ítem 3 con un 6.17% lo que sugeriría ser revisado y sometido a otras instancias de validación en contraste con otros constructos, escalas y métodos test-retest.

El presente estudio surge a partir de la carencia en Chile de reportes acerca de escalas validadas que intenten medir el constructo de Alexitimia, por lo tanto la realización de la investigación contribuye a disminuir ésta carencia.

Se comprobó la composición factorial de la escala por lo que se logró contrastar la evidencia empírica con el constructo teórico, el cual no se encuentra dentro de las clasificaciones diagnósticas como el DSM IV y CIE-10.

Uno de los objetivos de este estudio fue comprobar la validez y confiabilidad del instrumento el cual arrojó un índice de confiabilidad de 0.77 que la convierte en una escala confiable dentro de la población. Así también en cuanto a los datos obtenidos en la validación es posible afirmar que el instrumento consta de siete factores los cuales concuerdan con los planteamientos teóricos, sin embargo se manifiestan de forma distinta de cómo se describen en la escala original. Esto puede deberse a que la expresión y procesamiento emocional posee características distintas en relación a las diferencias culturales, así existen culturas denominadas colectivistas e individualistas. En el primer caso las culturas colectivistas como las orientales, desvían la atención y desvalorizan la vida interna del sujeto, orientándolo hacia los aspectos interpersonales, lo cual explica la baja elaboración de las emociones personales. En cambio las culturas individualistas como la mayoría de los países occidentales producen más intensamente la expresión

emocional personal a diferencia de las anteriores. Las culturas individualistas enfatizan y valoran los sentimientos internos. Los atributos internos e individuales constituyen la base de la identidad, por lo que se promueve o fomenta la introspección y se valora la comunicación verbal de los estados internos (Casullo, 2000).

Otra diferencia cultural se expresa a través de las dimensiones masculinidad – feminidad. Así las culturas masculinas enfatizan las conductas estereotipadas de género y valores dominantes como el éxito, el dinero, la competición y la asertividad. Las femeninas en cambio no enfatizan las diferencias de rol según género, no son competitivas, valoran la cooperación y el cuidado de los débiles y sobre todo enfatizan la expresión de emociones como son el caso de Chile y Costa Rica. (Páez, 1999)

Por lo anterior Chile poseería características enmarcadas dentro de las dimensiones culturales individualistas y femeninas, lo que implicaría una mayor expresión y contacto con las emociones. Haciendo la diferencia por ejemplo con la cultura anglosajona en donde fue construida la escala, siendo ésta una sociedad individualista pero con características masculinas lo que disminuiría el rango de expresión emocional.

Por otra parte puede existir una diferencia en relación al lenguaje y expresión de emociones observándose que en algunas culturas faltan términos que indiquen vivencias emocionales específicas así como también existen diferencias a nivel de idioma en relación a la expresión de éstas ya que existe mayor abundancia de términos en el español, lo que podría incidir en cómo se expresa el concepto en términos empíricos.

Por todo lo anterior estimamos que la estructura factorial de la TAS-20 arrojada en nuestro estudio podría deberse a las variantes socioculturales en relación a la individualidad – feminidad y una diferencia en el uso del lenguaje. Pero que sin embargo es congruente con los lineamientos teóricos que componen el constructo.

En cuanto a los datos obtenidos por medio del análisis descriptivo y considerando el puntaje de corte señalado por los autores, nuestro estudio arrojó un índice del 4% de alexitímicos, lo cual es más bajo que en estudios realizados por Shipko (1982, en Fernández 1994) focalizadas a poblaciones estudiantiles en donde se obtienen índices que oscilan entre el 8% y el 10%. Taylor (1999) cita, por otra parte, los estudios realizados por Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toyca y Kauhanen (1994), quienes encontraron una

prevalencia de alexitimia del 13% en la población general de Finlandia (Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toyca y Kauhanen, 1994). De esto se desprende que la TAS-20 resulta ser un instrumento confiable para discriminar a los sujetos con mayores niveles de sintomatología alexitímica dentro de la población normal. No obstante se sugiere realizar estudios comparativos entre población normal y clínica diagnosticados con alexitímica.

Es importante mencionar que se hace necesaria una mayor profundización en los estudios asociados al tema y las variables socioculturales (nivel socio económicos, académico en la expresión de emociones ya que existe escasa evidencia empírica tanto a nivel regional como nacional. Además es recomendable ampliar la población en estudios posteriores para obtener una mayor representatividad del universo. (Hernández, 2003).

## VII. Referencias.

- Aron, A. y Aron E. (2001). Estadística para Psicología. España. Prentice Hall.
- Bunge, M. (1981). La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo XX.
- Bunge, M. (1995). La ciencia. Su Método y su filosofía. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Berenbaum, H. y James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 353.
- Briggs, J. (1996). The study of inuit emotions, en J. A. Russell et al. (comps.), *everyday conceptions of emotion*, Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Bretherton, I. (1985). I. Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Crowing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, Serial No. 299, 3-35.
- Casullo, M., y Páez, D. (2000). *Cultura y alexitimia, ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.
- Consejo Nacional de Educación (2010). *Resultado Instituciones Organizadas por regiones.* Consultado en noviembre, 15, 2010. [http://indices.cned.cl/asp/02/presenciaregionesresultados.aspx?región\\_8=8](http://indices.cned.cl/asp/02/presenciaregionesresultados.aspx?región_8=8).
- Dodge, K., y Garber, J., (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber y K. Dodge (EDS), *The development of emotion regulation and dysregulation*, pp. 3 – 11. Cambridge: Cambridge University Press.

- Edgcombe, R. (1984). Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 137-54.
- Emde, R. (1984). The affective self: continuities and transformations from infancy. In J.D. Call, E. Galenson, & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry*, vol. 2, pp. 38-54. New York: Basic Books.
- Escudero J., Jiménez A. y Sánchez A. (2006). Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes Gallegos de 12 a 16 años. Universidad de Burgos. Burgos.
- Fernández J. y Yárnoz S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento, *Psicothema*, vol. 6, núm. 3, pp. 357-366.
- Furman, E. (1992). On feeling and being felt with. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 67-84.
- Franco-Tarragó O. (2001). *Ética para Psicólogos, Introducción a la Psicoética*. Montevideo. Desclée de Brouwer.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 337- 342.
- García H. (2000). Realidad, símbolos, trastornos psicósomáticos a la luz de Winnicott, *Psicoanálisis APdeBA - Vol. 22 - N° 1*.
- Garmendia M. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública*; Vol 11 (2): 57-65
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. New York: Bantam Books.

- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S. y Rochester, M. (1994). Affect, attachment and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development*, 17, 335-9.
- Guba E. y Lincoln Y. (1994). Paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research* (eds.). London: Sage.
- Hair J., Anderson R., Tatham R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2003). *Metodología de la investigación*, México D. F., Mc Graw Hill.
- Hernandez R., fernandez C. y Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hofer, M. (1987). Early social relationships: a psychobiologist's view. *Child Development*, 58, 633-47.
- Houtveen, J. Bermond, B. y Elton M. (1997). Alexitymia, a disruption in a cortical network. An EEG power and coherence analysis. *Journal of Psychophysiology*, 11(2), 147 – 57.
- Hoppe, K. (1988). Hemispheric specialization and creativity, *psychiatric clinical north american*, 11 (3), 303 – 15.
- Izard, C. y Kobak, R. (1991). Emotions system functioning and emotion regulation. In J. Garber y K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation*, pp. 303-21. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jimenez K. y Parra C. (2006). Aspectos clínicos y neurobiológicos de la alexitimia. *Avances En Psiquiatría Biológica* Vol. 7.

- Jodar I., Valdes M., Sureda B. y Ojuel J. (2000). Alexitimia: hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. Rev. De psiquiatría Fac. Med. Barna. 27 (3): 136-146.
- Keltikangas-Jarvinen, L. (1982). Alexithymia in violent offenders. Journal of Personality Assessment, 46, 462.
- Kerlinger F. y Lee, H. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.
- Kirmayer L. (1987). IV Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process, Transcultural Psychiatric Research Review, 24, 119 – 136.
- Kirmayer L. y Robbins, M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto alexithymia scale, Psychosomatics, 34, 41 – 52.
- Kleinman A., y Lin T. (1985). Introduction, en a Kleinman y T. Lin (comps), normal and abnormal behavior in chinese cultura, Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Company.
- Krystal H. (1978). Trauma and affects. The Psychoanalytic Study of the Child, 33, 81-115.
- Krystal H. (1988). Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Krystal J., y Raskin, H. A. (1979). Drugdependence: aspects of ego function, Detroit, Wayne State University Press.
- Kuhn T. (2005). La estructura de las revoluciones científicas, Madrid, Fondo de cultura económica (FCE).
- Lane R. y Schwartz G. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. American Journal of Psychiatry, 144, 133-43.

- Lara C., Sanchis M., Rodríguez A. (2008). Discurso en pacientes con SII, UDD, Santiago.
- Liberman, E. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicossomáticos y estadios tempranos del desarrollo, revista de psicoanálisis, APA, 39 (5).
- Martínez F. y Marín J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. Picothema, 9 (3): 519-527.
- McDougall J. (1982). Alegato por una cierta normalidad, Buenos Aires, Paidós.
- McDougall J. (1987). Teatros de la mente, Madrid, Técnica publicaciones.
- Moral de la Rubia J. (2005) La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género.
- Moral de la Rubia J. (2006). Ubicación de la alexitimia en relación a los rasgos psicopatológicos de personalidad del MMPI. Salud mental. México. Vol.29, No. 3. Pag., 41-50.
- Moral de la Rubia J. (2008), Propiedades psicométricas de la escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México, Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol. 11 Núm. 2, pp. 97-114.
- Moral de la Rubia J. (2009). Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. Medicina universitaria, 11 (43): 99-108.
- Nemiah J. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. Psychotherapy and Psychosomatics, 28, 199-206.
- Nemiah J. (1995). A few intrusive thoughts on post-traumatic stress disorder, American Journal of Psychiatry.
- Nemiah J., Freyberger H. y Sifneos P. (1976). Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. In O.W. Hill (Ed), Moderns Trends in Psychosomatic Medicine London: Butterwoths; 3: 430 - 439.

- Newton T. y Contrada R. (1994). Alexithymia and repression: Contrasting emotion-focused style. *Psychosomc Med.*, 56: 457-462.
- Nielsen T. y Ouelet L. (1977). Alexithymia and impoverished dream recall in ashtmatic patiens: evidence form self-report measures. *J Psychosom Res.*; 42: 53-59.
- Osofsky J. (1992). Affective development and early relationships: clinical implications. In J.W. Barron, M.N. Eagle, D.L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology*, pp. 233-44. Washington, DC: American Psychological Association.
- Otero J. (1999). Alexitimia, una revisión, *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 19, núm. 72, pp. 587-596.
- Páez D., Fernández, I. y Mayordomo, S. (2000). Características alexitimicas y diferencias culturales. En D. Páez; M Casullo (Ed) *Cultura y Alexitimia* (pp 15-33). Buenos Aires: Paidós.
- Páez D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Parker D., Taylor G. y Bagby M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions *Psychoter. Psychosom*, 59: 197-202.
- Pérez I., Martos-Pérez J. y Llorente-Comí M. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista Neurología*, vol. 50, núm. 3, pp. 85-90.
- Pedinielli, J. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, Francia, Presses Universitaires de France.

- Pies R. y Keast E. (2002). Cultural factors in psychiatric syndromes. *Psychiatric Times*, 12, 108-115.
- Pinel J. (2001). *Biopsicología*, 4 edición Pearson Educación S.A. Madrid.
- Prince R. (1987). Alexithymia and verbal psychotherapies in cultural context, *transcultural psychiatry review*, 24.
- Reale G. (1988). *Historia y pensamiento filosófico y científico*. Barcelona, Herder.
- Retamales R. (1989). Different personality test applied to the concept of alexithymia, *actas Luso- españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines*, jul.- ag. 17 (4), 263- 73.
- Salminen, J., Saarijarvi, S., Aarela, E. y Tamminen T. (1994). Alexithymia: State or Trait? One – year followp – up study of general hospital Psychiatric consultation out – patients, *journal of psychosomatic research*, 38, 681 – 685.
- Sánchez A. (2006). Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicósomáticas, *revista medicina*, Vol. 28 N 4.
- Schore A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sifneos P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization. *Affect and creativity. Psych. Clin. North. Am.* 11: 287-292.
- Sivak R. y Wiater A. (1997). *Alexitimia, incapacidad para verbalizar afectos*, E. Paidós, Buenos Aires.
- Stern D. (1984). Affect attunement. In J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson Eds. *Frontiers in infant psychiatry*, vol. 2, pp. 3-14. New York: Basic Books.
- Taylor G., Bagby y M., Parker J. (1999). *Disorders of affect regulation. Alexthymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press.

- Taylor G., Ryan D. y Bagby R. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale, *Psychotherapy and Psychoterapics*, 44, 191 – 199.
- Tenhouten W., Walter D., Hoppe K. y Bogen. (1987). Alexithymia and the split brain, EEG alpha band. Interhemispheric coherence analysis, psychotherapy and psychosomatics. 47 (1), 1 – 10. *SOCIOTAM*. Mexico, Universidad autónoma de Tamaulipas.
- Torres J. (2007). Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida, E. A. P. De Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pag. 94.
- Toscano S. (1998). Alexitimia: Características E Implicaciones Terapéuticas. Informe de un caso clínico. *Revista Sanidad Militar Mexicana*, 52(4) 216-219.
- Velásquez B., Calle M. y Remolina de Cleves N. (2006). Teorías neurocientíficas del aprendizaje y su implicación en la construcción de conocimiento del los estudiantes universitarios. *Tabula rasa*, Bogotá, No 5: 229-245.

# **VIII. Anexos**

**Escala de alexitimia TAS-20.**

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y marque con una “X” en qué medida usted está o no de acuerdo con cada una de ellas.

1 = Totalmente en desacuerdo

4 = Moderadamente de acuerdo

2 = Moderadamente en desacuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

3 = No sé, ni en acuerdo ni en desacuerdo

Carrera: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
1. A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo					
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos					
3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden					
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad					
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos					
6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado					
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo					
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así					
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar					
10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos					
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente					
12. La gente me pide explique con más detalle mis sentimientos					
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado					
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos					
16. Prefiero ver en la TV programas simples de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos					
17. Me es difícil demostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos					
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio					
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse					

Gracias por su cooperación...



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Chillán, Octubre de 2011

Señor (a)

Presente.

De nuestra consideración:

Junto con saludarle por medio de la presente le damos a conocer que nuestra Escuela de Psicología, representada por nuestros licenciados Sr. Gino Tiznado, RUT: 16.837.045-8 y Sr. Claudio Sáez, RUT: 16.496.094-3, se encuentran desarrollando su investigación de tesis titulada “Validación y adaptación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en la población universitaria”.

La investigación se dirige a estudiantes que se encuentren cursando una carrera universitaria, y su objetivo general es validar y adaptar la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) a un contexto de la realidad chilena en la provincia de Ñuble y averiguar los niveles de sintomatología alexitímica de la población universitaria, para lo cual se requerirá la toma de muestra de las universidades de la ciudad de Chillán a través de la aplicación de un instrumento.

Cabe señalar que toda esta información tiene un carácter confidencial, es decir, no se registran nombres de alumnos y alumnas participantes en la muestra como tampoco de los establecimientos a los que pertenecen, ya que la utilidad de los resultados son netamente estadísticos y con fines académicos.

Agradecemos su valiosa disposición y colaboración hacia nuestros licenciados, cuya labor se verá altamente enriquecida con la incorporación de vuestro establecimiento.

Soledad Martínez Labrín  
Directora  
Escuela de Psicología