



COLEGIO PARTENÓN S. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

***“CARACTERÍSTICAS DE ALEXITIMIA EN
ADOLESCENTES CON PADECIMIENTOS FÍSICOS
CRÓNICOS Y AGUDOS”***

TESIS

***QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.***

PRESENTA:

DIANA BERENICE ALVAREZ CORTÉS

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CONCEPCIÓN CRUZ
JIMÉNEZ

México, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

Con mucho respeto y admiración al Hospital Juárez de México por su invaluable apoyo en la investigación del presente trabajo en especial al Dr. José Zamudio Bustos Jefe De La División De Pediatría y a el Dr. Maximiliano de León González Jefe De Urgencias De La División De Pediatría.

Muy en especial se desea expresar un profundo agradecimiento a la Lic. Concepción Cruz Jiménez que desinteresadamente brindo para esta tesis su valioso tiempo, por su esfuerzo, dedicación, por el apoyo y confianza brindados en el presente trabajo.

A la Lic. Patricia Flores Hernández, por el tiempo e interés empleado en la revisión y mejoramiento de esta tesis.

Por las aportaciones hechas a esta tesis para el mejoramiento de la misma a la Lic. Luz Virginia Azpeitia.

A la Lic. Eva Iberri y al el Lic. Alfredo Vilchis, por el apoyo en el área académica y administrativa para la realización de esta tesis.

Finalmente a todos aquellos que me apoyaron a lo largo de esta tesis por sus invaluable aportaciones manifiesto un profundo agradecimiento a todos mis seres queridos a mis padres, hermanos, a mis tíos Roberto y Mónica Garza y a mi tía Fina, mis mas efusivas gracias.

I N D I C E

RESUMEN.	III
INTRODUCCIÓN.	IV
MARCO TEÓRICO:	
I . ADOLESCENCIA	1
1.1 Concepto de Adolescencia	1
1.2 Explicación Teórica de la Adolescencia	5
1.3 Desarrollo físico durante la adolescencia	11
1.4 Teorías del desarrollo	16
Teoría Psicoanalítica	16
Teoría Conductual	24
Teoría Cognitiva	26
Teoría Sociocultural	29
1.5 La Sexualidad del Adolescente	30
1.6 Los Adolescentes en la Familia	33
1.7 Problemas de adaptación en la adolescencia	36
II . ALEXITIMIA	39
2.1 Definición Enfermedad Psicósomática	39
2.2 Definición de Alexitimia	45
2.3 Consideraciones teóricas: afecto e historia de la alexitimia	60
2.4 Factores socioculturales	68
2.5 Manifestaciones Alexitimicas En Adolescentes	70
2.6 Escalas para evaluar la alexitimia	73
III . MÉTODO.	76
• Planteamiento del problema.	76

• Objetivo General.	77
• Objetivos Particulares.	77
• Hipótesis de Trabajo.	77
• Hipótesis Estadísticas.	77
• Variables Dependiente.	78
• Variable Independiente	78
• Variables Atributivas.	78
• Definición conceptual de variables	78
• Definición operacional de variables	80
• Población	80
• Tipo de muestra.	81
• Diseño de investigación	81
• Sujetos	81
• Instrumento	82
• Tipo de estudio	86
• Escenario	86
• Procedimiento	87
• Análisis estadístico	87
IV. RESULTADOS	88
V. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	102
VI. CONCLUSIONES	119
VII. APORTACIONES	123
VIII. SUGERENCIAS	124
IX. LIMITACIONES	125
ANEXO 1	126
REFERENCIAS	127

R E S U M E N

La alexitimia describe la dificultad para verbalizar las emociones, y se ha asociado a un mayor riesgo de somatizaciones y trastornos psicósomáticos en los individuos.

En esta investigación se realizó un estudio descriptivo, analizó una muestra de 45 adolescentes, los cuales se agruparon por sexo, edad, etapa de desarrollo, escolaridad, tipo de enfermedad y tipo de hospitalización en el Hospital Juárez de México, con la finalidad de detectar la existencia y la manifestación de los rasgos de alexitimia en adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad aguda o crónica. La alexitimia se evaluó con la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20).

Los resultados confirmaron la presencia de rasgos alexitimicos en los adolescentes hospitalizados por enfermedad crónica y aguda y se fueron determinando estas características entre las variables atributivas.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la existencia de elementos específicos de la alexitimia entre cada uno de los grupos determinados por las variables atributivas.

I N T R O D U C C I Ó N

Las enfermedades físicas desde las agudas hasta las crónicas tienen repercusiones psicológicas en quien las padece. En su origen intervienen factores físicos y psíquicos, considerando de este modo una relación entre la mente y el cuerpo. La manifestación de diferentes relaciones psicológicas frente a la enfermedad es determinante en el análisis psicosomático.

Cuando un adolescente no reacciona favorablemente a un tratamiento médico, se dan situaciones complejas en la vida de este, pues lo hace más susceptibles al desarrollo de problemas y complicaciones psicológicas con una forma diferente de vida comparada con la de sus pares.

Sifneos (1983) precisó, el término alexitimia, que significa sin palabras para los sentimientos como forma propia del estilo comunicativo de los pacientes psicosomáticos. Taylor y Cols (1991) plantean que las características alexitímicas más sobresalientes son: dificultad para identificar y describir sentimientos, problemas para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional, escasez de fantasías y estilo cognitivo orientado por el medio ambiente.

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo, para detectar si existían y cómo se expresa la alexitimia en adolescentes que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad aguda o crónica de ambos sexos con edades entre 12 y 18 años en el pabellón de Pediatría en el Hospital Juárez de México.

A D O L E S C E N C I A

1.1 Concepto de Adolescencia

Desde hace mucho tiempo la adolescencia se ha venido considerando como un periodo del desarrollo más difícil que el de los años de la niñez media. Sin embargo el concepto de adolescencia como etapa psicológicamente compleja es digna de estudio ya que esta ligada a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al papel que juega la familia dentro del proceso económico-social.

Domínguez (2003) señala la OMS (1995) define “la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1998) se refieren a la adolescencia como “el periodo del desarrollo humano que va desde aproximadamente el principio de la pubertad hasta el logro de la madurez”.

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) señalan que la adolescencia es la “transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica cambios psicosociales cognitivos y físicos”.

Charles G. y Maisto A, (2005) afirman, que la adolescencia es el periodo de la vida comprendido aproximadamente entre los 10 y los 20 años, cuando una persona se transforma de niño en adulto. En esta etapa de la vida del ser humano se reconstruye la personalidad lo cual implica no solo los cambios físicos de un

cuerpo en maduración, si no también muchos cambios cognitivos y socio-emocionales.

Los procesos de maduración dan lugar a una aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a un nuevo crecimiento.

Los cambios biológicos y la necesidad del individuo de adaptarse a los mismos, dan a la adolescencia algunas características universales y la separa de periodos anteriores al desarrollo (ver cuadro 1). Por otra parte, la cultura determina si el periodo de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan solo una transición gradual desde etapas anteriores al desarrollo; y, ciertamente, el que se le reconozca explícitamente o no como una etapa aparte; claramente perfilada, del desarrollo en el transcurso de la vida.

Paralelamente el periodo entre 13 y los 19 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de la identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varia de acuerdo al grupo social que se considere.

(Anónimo,1998) menciona que Sheehy (1978) precisa, a la adolescencia como una etapa en la que actúan dos impulsos, uno de ellos es el de edificar una estructura firme y segura para el futuro contrayendo fuertes compromisos

que los llevan a asentarse; las principales decisiones de la vida se toman en esta etapa, se supone que los individuos ya están capacitados para cumplir sus metas establecidas debido a que tienen una voluntad y anhelo intenso para enfrentarse a situaciones adversas que finalmente se podrán superar. El otro es un impulso consiste en explorar y experimentar haciendo que toda estructura sea provisional y, por lo tanto fácilmente reversible. Esto se refiere a que los individuos durante este periodo pueden saltar de un empleo a otro o de un

Características universales de la Pubertad y Adolescencia		
Etapa	Edad	Características
Pubertad	13 a 16 años	<ul style="list-style-type: none"> • Apariciones de caracteres sexuales primarios y secundarios. • Integración de la imagen corporal. • Se produce una aceleración de crecimiento en estatura. • Modificación de la voz. • Interés por el sexo opuesto. • Inicia la etapa de las operaciones formales. • Es capaz de comprender o elaborar teorías. • Inicio de la relaciones sociales con compañeros de ambos sexos.
Adolescencia	16 a 19 años	<ul style="list-style-type: none"> • Madurez del aparato reproductor (fecundidad). • Interés por independizarse de las figuras de autoridad. • Busca de identidad personal. • Necesidad de autoafirmación. • Estable, relaciones sociales mas intimas, maduras y responsables. • Comienza a realizar sus proyectos de vida. • Se vuelve mas introspectivo, analítico y autocrítico • Su pensamiento es la naturaleza hipotética- deductiva

Cuadro I ¹

(Anónimo,1998) menciona que Sheehy (1978) precisa, a la adolescencia como una etapa en la que actúan dos impulsos, uno de ellos es el de edificar

¹ Cuenca, R. E. & Rancel, V. M. (2002).

una estructura firme y segura para el futuro contrayendo fuertes compromisos que los llevan a asentarse; las principales decisiones de la vida se toman en esta etapa, se supone que los individuos ya están capacitados para cumplir sus metas establecidas debido a que tienen una voluntad y anhelo intenso para enfrentarse a situaciones adversas que finalmente se podrán superar. El otro es un impulso consiste en explorar y experimentar haciendo que toda estructura sea provisional y, por lo tanto fácilmente reversible. Esto se refiere a que los individuos durante este periodo pueden saltar de un empleo a otro o de un encuentro personal a otro; estas experiencias posiblemente sean el resultado de la búsqueda de independencia y estabilidad que el joven requiere.

(Anónimo, 2000) plantea que Erickson (1981), la adolescencia se refiere como el hecho de haber madurado en las dimensiones física, social y afectiva para alcanzar la etapa alegre lo cual significa que se complementa lo vivido en etapas anteriores para adquirir la experiencia que conducirá a la formación de un criterio más amplio.

(Anónimo, 1998) señala que Monedero (1986) considera, a la adolescencia como dimensiones sociales del periodo que va de la infancia a la edad adulta.

(Anónimo, 1998) supone que Moraleda (1995) propone, a la adolescencia como un estadio transitorio en donde no se ha alcanzado la madurez, porque aun esta lejos de haberse tranquilizado la crisis de crecimiento puberal, refiriéndose a los cambios biopsicosociales, donde hay una búsqueda de identidad.

Considerando los autores enunciados la adolescencia es una etapa de transición de la vida donde se va en busca de la consolidación de la madurez, pero esa búsqueda de la independencia y estabildades diferente de acuerdo al ámbito social y afectivo al cual pertenece (Alvarez Cortes, 2006).

1.2 Explicación Teórica de la Adolescencia

La adolescencia es un periodo de rápidos cambios, que recibió un gran impulso en sus estudios a principios del siglo XX.

El punto de vista de Hall (1904) citado en Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982), plantea que la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión (stress) y por la aflicción. Esta teoría en particular ha tenido sus defensores, psicólogos y sociólogos con tendencia psicoanalítica. Por lo tanto existen aquellos que creen que la adolescencia es la etapa del conflicto mismo. Friedenbergr (1959) ha sugerido que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otros personajes de autoridad.

Dicho de otro modo, los adolescentes pueden esclarecer lo característico de su propia experiencia solamente confrontándola a la experiencia de aquellos que los han precedido. De esta manera pueden establecer la exclusividad de su propia individualidad, independencia solamente mediante el conflicto con aquellos que quisieran mantenerlos disciplinados.

Albert Bandura (1964) sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso, es un mito. Sustenta que los adultos han prestado más atención a las señales superficiales de inconformidad en las modas en los jóvenes que a su conformidad, más atención a la rebelión que a su obediencia. Afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado drásticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta.

Al parecer ni la postura de Hall ni la de Bandura son totalmente correctas debido a que la sociedad y la cultura son determinantes para la manera de vivir y desarrollarse dentro del área cognitiva-emocional. Es por esto que la búsqueda de la identidad y el estilo de vida son diferentes. Por estas razones Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) mencionan que muchos psicólogos han enumerado metas de los adolescentes como se muestra a continuación:

1. Lograr el sentimiento de la independencia con respecto a los padres.
2. Adquirir las actitudes sociales que se requieren de todo adulto joven.
3. Lograr un sentido de si mismo como de una persona que tiene su propio valor.
4. Desarrollar habilidades académicas y vocacionales.
5. Adaptarse a un físico que esta cambiando rápidamente, y al desarrollo sexual.
6. Asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que le sirvan de guía.

Cole y Hall, (1970) señalan que la adolescencia no sea un periodo de tensión y aflicción para todos y cada uno de los individuos, ciertamente es el periodo durante el cual el individuo establece su propia identidad.

(Anónimo, 2000) indica que Erick Erickson (1968) toma, en consideración lo antes mencionado es importante reflexionar en lo siguiente; para él, la adolescencia es el período en donde el ser humano vivencia la crisis de identidad, en donde la tarea fundamental es consecución de un sentimiento de mismidad y de continuidad de la propia existencia en el tiempo y en el espacio. Los pares son considerados como referentes primordiales en este proceso, siendo su rol fundamental sobre todo en lo que tiene que ver con el logro de la independencia emocional de los padres, proceso de autonomía, sin el cual, afirma Erickson, no se puede superar con éxito la crisis de la identidad.

Continuando con esta perspectiva Oerter y Montada (1995) señalan, que el grupo de pares cumple las siguientes funciones:

- a) Puede ser un aporte para la estabilización y otorgar apoyo emocional. Sobre todo ayudando a superar los sentimientos de soledad, que muchos jóvenes desarrollan como resultado de la autorreflexión y la constatación de la propia individualidad.
- b) Ofrece espacio social para experimentar distintas conductas, las cuales al exterior del grupo serían muy riesgosas.
- c) Tiene una función importante en la separación de los padres y ofrece apoyo, a través del efecto normativo de una mayoría.
- d) Es un aporte para la tarea de encontrar identidad, pues ofrece una posibilidad de identificación, estilos de vida y refuerzo en la auto representación.

Es por esto que una de las preocupaciones principales durante la adolescencia es la búsqueda de la identidad que tiene componentes ocupacionales, sexuales y de valores. Papalia, Olds y Feldman indican que Erickson (1968) afirma que la principal tarea de la adolescencia es enfrentar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad para convertirse en adulto único que da un sentido coherente del Yo y desempeña un papel importante en la sociedad. Según Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) mencionan que Erickson define el término identidad como, la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás.

Tomando en consideración lo anterior es importante considerar una teoría basada en un esquema de desarrollo de Erickson, James Marcia (1980) citado en Craig, (1992), ha definido cuatro estatus o modalidades en la formación de la identidad, estas son:

1. Estado de exclusión
2. Estatus de difusión
3. Estatus de aplazamiento
4. Logro de la identidad

Los adolescentes que han estado en el *estado de exclusión* han hecho un compromiso sin pasar por un periodo de toma de decisiones es decir por una crisis de identidad. En el *estatus de difusión*, la identidad de aquellos que no han

pasado por una crisis de identidad y han establecido compromisos, en este caso los adolescentes no han pasado por una crisis, y no han elegido un papel ocupacional o código moral; debido a que unos buscan una gratificación inmediata y otros experimentan de manera fortuita con todas las posibilidades Côté y Levine (1988) citados en Craig, (1992).

Los adolescentes o adultos jóvenes en el *estatus de aplazamiento* están en una crisis de identidad o en el periodo de toma de decisiones, están pueden tratarse de elecciones ocupacionales, valores éticos o religiosos, o filosofías políticas. El logro de las identidades el estatus que alcanza la gente que ha pasado por una crisis y ha establecido sus compromisos. En consecuencia se dedica al trabajo que ha escogido e intenta vivir su propio código moral formulado en forma personal. Si bien existen dimensiones sanas y patológicas para los cuatro status de identidad, el logro de identidad se ve normalmente como el más deseable en términos psicológicos Marcia (1980) citado en Craig, (1992). Estos estatus, se definen de acuerdo, con dos factores: ya que el individuo haya pasado, o no, a través de un periodo de toma de decisiones ejemplificado como una crisis de identidad ya sea que el individuo haya hecho, o no, un compromiso para la elección de un conjunto de opciones, tales como un sistema de valores o un plan para la futura ocupación.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) mencionan, que es importante considerar la necesidad que tienen los adultos de defensas en contra de sus propios impulsos prohibidos, que los adolescentes pueden reavivar. Anthony (1969) opina que las relaciones de los adultos con respecto a los adolescentes y

la conducta adolescente son reacciones estereotipadas. El estereotipo que en su esencia es tomar ciertos rasgos de un objeto o persona para facilitar la comunicación, es retomado con fines mercantilistas por la publicidad, para ofrecer rasgos físicos y psicológicos de algunos personajes, presentándolos como modelos a seguir y utilizándolos para introducir productos, ideas, conductas y hábitos de consumo.

Es por ello que muchos estereotipos son un objeto de peligro para el adolescente, debido a que el adulto joven es un objeto sexual; un individuo inadaptable, un objeto de envidia, el adolescente es un objeto sin remedio, y finalmente la buena reacción a la adolescencia, en la que los estereotipos se reducen al mínimo y se trata a los jóvenes como un individuo.

Desde a perspectiva de la constitución del Yo, los jóvenes tienen la necesidad de diferenciarse fuertemente del mundo adulto, entonces acuden a lugares en donde le está permitido existir en contacto con sus pares, allí pueden experimentar y escapar del ojo adulto, pueden fumar, flirtear, en el fondo ser sin restricción. En estos lugares se encuentran con los iguales y los diferentes. En esos lugares se produce el reconocimiento, la pertenencia y la diferencia.

La gama de tendencias posible en el vestuario y la estética se encuentran aquí, pueden coexistir, más aún, su coexistencia es necesaria, para lograr identificación y diferenciación.

En conclusión para en este periodo se dan rápidos cambios biosociales con la búsqueda de la identidad y el reconocimiento por parte de

la sociedad adulta, desarrollando estereotipos, estatus y comportamientos diferentes durante este periodo de la vida. Reafirmando a Deleuze (1993), que plantea la construcción del nosotros se encuentra en la construcción del Yo juvenil, aquí el temor de ser distinto desaparece, los iguales se refuerzan en que Yo no estoy solo, que existe un lugar psíquico, el grupo, en donde es acogido y protegido.

1.3 Desarrollo físico durante la adolescencia

Es evidente que el cambio más sobresaliente y notorio de un adolescente es su desarrollo físico, por esta razón es de suma importancia conocer los cambios generales y la repercusión que tienen estos en su desarrollo integral.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y éticas, la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos biológicos que plantea Nelson (1995):

- Crecimiento corporal dado por el aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, mas marcado en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación mas rápida frente al ejercicio físico.

- Al incremento en la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, estos pueden ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) mencionan que G. Stanley Hall destaco la importancia del periodo de la adolescencia, su teoría se baso principalmente en la importancia que atribuía a los cambios físicos que ocurren durante este tiempo, la teoría de Hall es en realidad un enfoque biogenética o desarrollista de la adolescencia.

Por lo tanto la tesis de Hall según Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) sostiene que la adolescencia temprana de un individuo es una resistencia de etapas anteriores del desarrollo de la raza humana. Hall concebía los cambios psíquicos de la adolescencia como una consecuencia natural de los cambios físicos y fisiológicos básicos. Por consiguiente, considera que la adolescencia era un fenómeno universal y dado por supuesto que la tormenta y la tensión que supuestamente sufren los adolescentes es una experiencia universal.

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del

crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

Por esto es importante tomar en consideración el desarrollo sexual en los hombres y mujeres, es notable que la maduración sexual en los varones consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y el escroto (la estructura de la bolsa que contiene a los testículos).

De igual forma se observa el comienzo, del crecimiento del pelo pubiano. Aproximadamente un año más tarde se presenta una aceleración en el crecimiento del pene acompañada al comienzo con el tamaño de la estatura. El pelo axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su aparición unos dos años

después de su aparición unos dos años después del comienzo del pelo pubiano, aun cuando la relación es suficientemente variable.

En algunos chicos el cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurren tan gradualmente que casi no son perceptibles. Durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumentan significativamente.

Aun cuando los varones pueden sentirse orgullosos de su capacidad de erección como símbolo de su naciente virilidad, también pueden sentirse preocupados o molestos por una aparente incapacidad de controlar esta respuesta.

La eyaculación inicial del fluido seminal puede ser también motivo de preocupación. La primera eyaculación del adolescente probablemente ocurrirá un poco después del crecimiento de la estatura, alrededor de los 14 años, aunque puede ocurrir desde los 11 años o demorarse hasta los 16 años. La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o emisión nocturna.

En las mujeres este desarrollo empieza con el comienzo de la elevación del seno (el llamado periodo de botón en el desarrollo del pecho) suele ser la primera señal de madurez sexual, aun en cuanto cerca de una tercera parte de las niñas puede antecederla la aparición de pelo en el pubis.

El crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo del seno, de igual forma los labios y el clítoris de la vagina se agrandan. La menarquia (es decir, la edad a que comienza la menstruación) se produce relativamente tarde en la serie de desarrollo, y caso invariable después de que el crecimiento en cuanto a estatura ha comenzado a frenarse.

Frecuentemente hay un periodo que puede durar de un año a un año y medio después del comienzo de la menstruación, durante el cual la chica adolescente no es capaz aún fisiológicamente de concebir.

Muchas mujeres esperan el comienzo de la menstruación y en ocasiones lo interpretan como una señal de acceso de rango. Sin embargo muchas otras toman negativamente este fenómeno normal de su desarrollo.

Al parecer los adolescentes contemporáneos están mejor desarrollados y es menos probable que les preocupen tales sucesos del desarrollo como son la menstruación y emisiones nocturnas que a los jóvenes de generaciones anteriores. No obstante muchos jóvenes, de cualquiera de los sexos específicamente en los primeros años de adolescencia, no reciben instrucción adecuada de parte de sus padres, las escuelas o sus iguales y su tortura a si misma con miedos innecesarios.

Por ello es importante considerar el objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición

de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes y sus familias citado en (Anónimo, 2002).

1.4 Teorías del desarrollo

El estudio del ser humano es capaz de describir, explicar, predecir y modificar el comportamiento humano para crear objetivos, los científicos han presentado muchas teorías.

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) señalan, que la forma en como los científicos explican el desarrollo depende en parte en la manera en que consideran tres aspectos básicos: 1) la importancia relativa otorgada a la herencia y el entorno; 2) que las personas sean activas o pasivas en su propio desarrollo en la toma de decisiones y busca de la identidad y 3) que este sea continuo u ocurra en etapas.

Las teorías más conocidas que abordan el desarrollo humano en la adolescencia son:

- 1) Psicoanalítica (centrada en las emociones e impulsos inconscientes).
- 2) Conductual (estudia el comportamiento observable).
- 3) Cognitiva (analiza los procesos del pensamiento).
- 4) Sociocultural (comprende con mayor profundidad cambios externos que siguen al crecimiento).

Teoría Psicoanalítica

La teoría psicoanalítica, considera que el desarrollo humano se relaciona con las fuerzas inconscientes que motivan al comportamiento, según Mckinney,

Fitzgerald y Strommen (1982), Freud (1960) considero que cuando un infante se convierte en niño, el niño en adolescente y este en adulto en estas etapas se efectúan grandes cambios, en lo que se desea y en la forma en que se satisfacen estos deseos. Las distintas áreas de placer y físicas de satisfacción constituyen los elementos fundamentales en las descripciones que Freud hace de las etapas del desarrollo. Freud utiliza el término fijación para describir lo que ocurre cuando una persona no regresa normalmente de una etapa a otra y permanece demasiado apegado a una etapa determinada. Una persona fijada en una etapa determinada preferiría satisfacer sus necesidades en forma más simples o infantiles y no en una forma más adulta que resultaría de un desarrollo normal (citado en Fadiman y Frager 1999).

Freud (1943) llama libido a la fuerza en que se manifiesta el instinto sexual, es decir “como algo que existe en las funciones psíquicas (manifestación de afecto, magnitud de la excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad; susceptible de aumento, de disminución, de desplazamiento y de descarga, que se extiende por las huellas mnémicas de las representaciones como la carga eléctrica sobre la superficie de los cuerpos. En una palabra la libido es la energía sexual.

La designación sexual empleada para calificar fenómenos sensitivos, emotivos y afectivos, fue utilizada para indicar que la génesis de los instintos sexuales.

Es importante considerar que la teoría psicosexual tiene diversas etapas como son: Etapa oral, etapa anal, la etapa falica, el periodo de latencia y por ultimo la etapa genital de gran importancia en la adolescencia por su significado y relevancia en esta.

Fadiman y Frager (1999) menciona que es la etapa genital y final del desarrollo biológico y psicológico que tiene lugar con el inicio de la pubertad y el consecuente progreso de la energía libidinal a los órganos sexuales. En este momento los hombres y mujeres se dan cuenta de sus diferentes identidades sexuales y empiezan a buscar medios para satisfacer sus necesidades eróticas e interpersonales.

Erickson (1963) propuso la teoría psicoanalítica desde una perspectiva psicosocial, que insiste en la interacción entre las fuerzas psicológicas internas y las influencias sociales externas. Cada una de ellas se caracteriza por una dificultad concreta, o una crisis del desarrollo, que es primordial en la etapa de la vida en cuestión y que debe de ser resuelta.

En esta teoría, la resolución de cada crisis del desarrollo depende de la interacción entre las características del individuo y el apoyo proporcionado por el entorno social.

Según Papalia (2001) Erik Erickson (1963) habla del proceso del Yo o la personalidad influenciado social y culturalmente; consiste en ocho etapas a lo largo del ciclo vital cada una de las cuales gira alrededor de una crisis que

puede ser resuelta logrando un sano equilibrio entre los rasgos positivos y negativos.

De estas ocho etapas: *Confianza frente a desconfianza, Autonomía frente a vergüenza y duda, Iniciativa frente a culpabilidad, Actividad frente a inferioridad, Identidad frente a confusión de roles, Intimidad frente a aislamiento, Creatividad frente a estancamiento e Inseguridad frente a desesperación.* La de mayor relevancia en el periodo de la adolescencia y describe la importancia de la Identidad frente a confusión de roles. Aquí el adolescente debe de determinar el propio sentido de si mismo es decir preguntarse ¿quien soy Yo? O experimentar confusión respecto a los papeles que representan. La edad aproximadamente es desde la pubertad a la adultez temprana. De igual forma en esta etapa el adolescente prueba una serie de roles (que a menudo concretan en sus apariencias) como un esfuerzo para descubrir quienes son en realidad.

Por lo tanto es importante considerar desde esta teoría que los adolescentes deben de negociar la crisis de la identidad contra la confianza de roles, la rapidez con la que resuelvan esta crisis dependerá de la capacidad de sociedad para orientarlos y apoyarlos. La forma como un sujeto resuelve los desafíos de cada etapa dependerá, pues tanto de las competencias como de la respuesta de los demás a los éxitos y fracasos del adolescente.

Cueli y Reidl (1972) consideran, con el establecimiento de una buena relación inicial con el mundo de las habilidades y de las herramientas y ante el advenimiento de la pubertad, la infancia propiamente dicha llega a su fin.

Pero en la pubertad y la adolescencia todas las posibilidades de ser uno mismo y continuidades en las que se confiaba previamente vuelven a ponerse hasta cierto punto en duda, debido a una rapidez del crecimiento corporal que iguala a la de la temprana infancia, y a causa del nuevo agregado de la madurez genital.

Los jóvenes que se desarrollan, enfrentados con esta revolución fisiológica en su propio interior, y con tareas adultas tangibles que los aguardan, se preocupan ahora fundamentalmente que lo que párese ante los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos mismos sienten que son, y por el problema relativo a relacionar los roles y las actitudes cultivadas previamente con los prototipos ocupacionales del momento.

En su búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad, los adolescentes deben de volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores; aun que para ellos deben de elegir artificialmente a personas bien intencionadas para que desempeñen los roles de adversarios, y están siempre dispuestos a establecer ideales perturbables como guardianes de una identidad final.

Watson y Lindaren (1991) mencionan, que el peligro de esta etapa es la confusión de rol. Cuando esta se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad sexual, los episodios delincuentes y abiertamente psicóticos no son raros. Si se les diagnostica y trata correctamente, tales incidentes no tienen el misma significación fatal que encierra a otras edades. En la mayoría de

los casos, sin embargo, lo que lo perturba a la gente joven es la incapacidad para decidirse de una identidad ocupacional. Para evitar la confusión, se sobré identifica temporalmente, hasta el punto de llegar a una aparente pérdida completa de la identidad, con los héroes de las camarillas y multitudes. Esto inicia la *etapa del enamoramiento*, que no es modo alguno total o siquiera primariamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad, proyectando la imagen Yoica difusa en otra persona, y logrando así que refleje y se aclare gradualmente.

El adolescente también puede ser notablemente exclusivista y cruel con todos los que son “distintos”, en la formación cultural, en los gustos y las dotes y a menudo en detalles insignificantes de la vestimenta y los gestos que han sido temporalmente seleccionados como los signos que caracterizan al que pertenece al grupo y al que es ajeno. Resulta importante comprender tal intolerancia como una defensa contra una confusión en el sentimiento de identidad.

Stassen y Thompson (1997) manifiestan que la mente adolescente es en esencia la del *moratorium*, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez, entre la moral ya aprendida por el sujeto y la ética que ha de desarrollar el adulto. Es una mente ideológica y, de hecho, resulta, la visión ideológica de la sociedad la que habla con más claridad al adolescente ansioso a verse afirmado por sus iguales y listo para siempre sentirse confirmado a través de rituales, credos y programas que, al mismo tiempo, definen el mal, lo incomprensible y lo

hostil. Por tanto, al buscar los valores sociales que guían la identidad, uno enfrenta los problemas de la ideología y la aristocracia, ambos en su sentido más amplio posible, según el cual, dentro de una imagen definida del mundo y un curso predestinado de la historia, los mejores individuos llegan al poder mismo que desarrolla lo mejor que hay en la gente. Para no caer en el cinismo o la apatía, los jóvenes de ser capaces de convencerse de que quienes triunfan en su mundo adulto anticipado tienen así la obligación de ser los mejores.

Mandolini (1994) menciona, que Harry Stack Sullivan en su teoría de la evolución del individuo considera al hombre en función a las relaciones interpersonales. Cree que desde el nacimiento a la muerte todo ser humano vive interrelacionado, tanto con el mundo físico como psicológico que lo rodean. Estos mundos afirman, inciden sobre nosotros de tal manera que pueden decirse que “somos nuestra experiencia”. La interacción mencionada es tan íntima que si pudiéramos aislarlos de dichos mundos en forma realmente absoluta, nuestra vida se extinguiría en segundos.

El hombre, pues, con un sustrato biológico, es el producto de una interacción con los demás, y la personalidad surge de la influencia de fuerzas personales y sociales que actúan sobre él desde que nace.

Sullivan (1966) entiende al hombre como una unidad psicosomática-social y rechaza toda posición psicológica que pretenda analizar al hombre desglosado de una situación, es decir desconectado de una integración interpersonal (citado en Mandolini 1994).

En la evolución total de la personalidad se señalan seis etapas: la infancia, la niñez, la juventud, la preadolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia postrera.

En la cual son de mayor importancia las etapas de adolescencia temprana y adolescencia postrera. Estas etapas, comienzan con el dinamismo del placer genital y termina con la madurez. Es una época bajo el símbolo de lo sexual. Una de las condiciones necesarias para la satisfacción del dinamismo de la sexualidad es la intimidad, entendido por tal, un sentimiento de prosperidad y ternura hacia el compañero sexual.

Muchos adolescentes no son capaces de satisfacer esta necesidad de intimidad en el coito, pero oculta tal cosa mediante elocuentes protestas de amor. Las vicisitudes en los periodos preadolescentes suelen hacer imposible la capacidad para esta intimidad. “Los actores sexuales de esta clase son una masturbación instrumental.”

Salivan rechaza la posibilidad de que el sexo sea el concepto nuclear de la personalidad y de los desordenes que en ella ocurren, aunque, como lo sexual corresponde a aquellas necesidades básicas, admite que no puede ser distorsionado sin grave riesgo la personalidad.

La homosexualidad en esta época suele ser una medida desesperada contra el fracaso en el establecimiento de las relaciones heterosexuales.

La personalidad se desarrolla a través de las etapas descritas y cuando los fenómenos correspondientes a cada una han cumplido bien, La siguiente puede continuar fácilmente. Si la adolescencia ha sido superada correctamente, el individuo sale de ella con respecto a si mismo y hacia los demás; como la dignidad propia de una personalidad lograda.

A diferencia de la mayor parte de los psicoanalistas que fijan entre los dos y cuatro años el periodo importante para el establecimiento de las bases de la personalidad, el lo coloca entre los ocho y los doce años, desde el momento que, entre los mismos, el individuo pasa del egocentrismo a considerar a los demás.

Teoría Conductual

Desde otro punto de vista tenemos la teoría del aprendizaje en donde el desarrollo se basa en los cambios del comportamiento que son resultado de la experiencia o adaptación al entorno.

Craig (1992), señala que el conductismo es una teoría del aprendizaje que hace énfasis en el estudio de los comportamientos y eventos observables y el predecible papel del entorno en la producción del comportamiento; desde dos clase de aprendizaje el condicionamiento clásico y operante.

Los principales pioneros del condicionamiento clásico son Pavlov y Watson; se refieren a este tipo de aprendizaje como un estímulo previamente neutro (que originalmente no produce una respuesta particular) adquiere el

poder de generar la respuesta después de que el estímulo es repetidamente asociado con otro que comúnmente provoca la respuesta.

El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje por el cual una persona tiende a repetir un comportamiento que ha sido reforzado o suspender un comportamiento que ha sido castigado (Skinner, 1970).

Según Stassen y Thompson (1997), la teoría del aprendizaje social tiene lugar a través de la imitación y la identificación con otras personas.

Albert Bandura (1969) señaló, que si solo se dependiera de la recompensa y el castigo para la adaptación al medio social, nunca se sobreviviría al proceso.

Para el mecanismo de aprendizaje que hace a los adolescentes capaces de adquirir una gran serie de respuestas que son nuevas para ellos, es la Imitación, proceso mediante el cual un sujeto iguala su conducta con la otra persona en una situación similar. La otra persona entonces se convierte en el modelo para el sujeto, y el proceso de imitación se puede denominar modelo.

De igual forma afirma que la identificación es fundamental para el modelado, y la define como “proceso por el cual una persona ajusta sus pensamientos, sentimientos o acciones de acuerdo con otra persona que sirve como modelo”, además describe la identificación como “proceso continuo en el que se adquieren nuevas respuestas, y se modifican los repertorios de conducta existentes hasta cierto grado”, como resultado de experiencias directas o

indirectas con los modelos, reales o simbólicos, cuyas actitudes, valores, creencias, y motivos se revelan a través de la conducta (citado en Watson y Lindaren, 1991).

Teoría Cognitiva

Dentro de la teoría cognitiva es de suma importancia considerar el análisis de los procesos del pensamiento. Es importante reconocer que el desarrollo cognitivo es un proceso continuo que ocurre a lo largo del tiempo.

Por lo tanto un modelo de etapas cognoscitivas pone en relieve que el desarrollo es un proceso continuo que manifiesta una secuencia definida, los modelos mas complejos pueden identificar en cada etapa, la persona esta interactuando en gran medida con el ambiente, induciendo un mayor crecimiento, y que las personas avanzan a través de las etapas a diferentes ritmos. El principio de diferenciación también puede influirse en un modelo complejo, y las etapas superiores manifiestan una mayor diferenciación que las inferiores.

Werner (1957) propone el principio ortogenético el cual afirma que el desarrollo procede a partir de una totalidad relativa, en la cual participan todos los elementos, hasta una creciente diferenciación, articulación o aclaración de elementos e integración jerárquica, o sea, una ordenación de los elementos según su importancia.

Por lo tanto es importante reconocer que en la adolescencia se llega a una etapa abstracta e inteligente en la cual no solamente se analizan las partes de los estímulos, si no que también pueden volverse a armar todas estas partes en un todo complejo y significativo. Heinz Werner (1957) ha llamado a esta progresión del principio ortogenético del desarrollo (citado en Kimble, Garnezy y Zigler, 1991).

Durante la adolescencia se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, y la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget (1970) determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. También asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno.

Esta etapa de relaciones formales es de gran trascendencia en el periodo de la adolescencia, los individuos son capaces de utilizar sistemas más complejos de clasificación, manejar situaciones hipotéticas, entender y utilizar conceptos en donde interviene la probabilidad y enfrentar otros problemas complejos relacionados con la lógica y el razonamiento.

Por lo tanto el trabajo de Piaget muestra con claridad que el desarrollo no se trata simplemente de acciones, sino que lleva a esquemas y estructuras que no podrían haberse pronosticado de manera exclusiva tomando como base acontecimientos anteriores.

A medida que la estructura y las funciones de una nueva etapa se desarrollan, muestra una organización más elaborada que aquellas que aparecieron en etapas anteriores en la secuencia, y que incluyen más elementos que las etapas previas.

Hay otra perspectiva más reciente que estudia el desarrollo cognitivo que ejecuta cierta influencia en un número cada vez mayor de investigadores del desarrollo. Inspirándose en la tecnología moderna.

El modelo cognitivo a través de La teoría del Procesamiento de la información, compara muchos aspectos del pensamiento humano con la forma como los ordenadores analizan y procesan los datos.

Los teóricos del procesamiento de la información se interesan por la reacción entre el estímulo y la respuesta. El primer paso tiene lugar en el *registro sensorial*: el sistema de la memoria que solo funciona durante una fracción de segundo, reteniendo una impresión pasajera de un estímulo sobre un órgano del sentido concreto, *memoria de trabajo*: parte de la memoria que trata la actividad mental actual y consistente (también llamada memoria a corto plazo), *base del conocimiento*: la parte de la memoria que almacena información durante largo tiempo, desde minutos hasta décadas (conocida a memoria a largo plazo), y generador de respuesta: una red de procesos mentales que abarca el registro sensorial, la memoria de trabajo y la base del conocimiento que organiza las relaciones frente al entorno.

Entonces, al analizar la información sensorial en profundidad, incluiremos en la lista componentes emocionales adicionales del sistema de procedimiento de la información citado en Stassen y Thompson, 1997).

Por lo tanto en la adolescencia es importante un procesamiento de la información en la interacción con el medio ambiente y los procesos mentales de los adolescentes (citado en Stassen y Thompson, 1997).

Teoría Sociocultural

Como señalan Stassen y Thompson (1997) la teoría sociocultural explica el desarrollo humano en términos de orientación, apoyo y estructura que proporciona la cultura. Para Vygotsky (1978,1987), los sujetos maduran intelectualmente a través de las interacciones sociales que comparten con miembros más maduros de la sociedad que presentan desafíos en la zona de desarrollo próximo.

La teoría psicoanalítica, la del aprendizaje, la cognitiva y la sociocultural han contribuido todas ellas a la comprensión del desarrollo humano.

Para finalizar es importante considerar que estas teorías son muy relevantes en el desarrollo biopsicosocial del adolescente y por esto solo se tomo en consideración la etapa de transición en la que pasa este por cada teoría (ver Cuadro II).

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DEL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA				
Etapas	Psicosexuales (Freud)	Psicosociales (Erickson)	Cognoscitivas (Piaget)	Problemas Emocionales
Lactancia (0-18 meses)	Oral	Confianza frente a desconfianza	Sensoriomotora	Temor a la oscuridad, a extraños a la soledad, a ruidos súbitos, a la pérdida de apoyo. Problemas de alimentación y de sueño, depresión y apatía.
Comienza a caminar (18 meses a 3 años)	Anal	Autonomía frente a duda y vergüenza	Simbólica	Temor a la separación, a la deserción y a los movimientos súbitos, a los sonidos extraños. Negativismo, estreñimiento, timidez y evasión, terrores nocturnos.
Preescolar (3 a 5 años)	Fálica	Iniciativa frente a culpa	intuitiva, preoperacional	Temor a los anales, a criaturas imaginadas, a las lesiones, fobias, pesadillas, problemas de lenguaje, falta de control de la orina durante la noche (enuresis).
Escuela primaria (6 a 11 años)	Latencia	Creatividad frente a inferioridad	Operaciones concretas	Temor al fracaso escolar, al ruido, a la pérdida de posesiones, a la desfiguración, a la enfermedad o ala muerte. Problemas escolares fracaso de ser aceptado por el grupo de coetáneos.
Adolescencia (12 a 17 años)	Genital	Identidad frente a confusión de roles	Operaciones formales	Temor a ser diferente físicamente, socialmente, intelectualmente; temores sexuales, temor a la perdida del prestigio. Rebeldía, representación, aislamiento, destructividad, apatía, uso de fármacos.

Cuadro II ²

1.5 La Sexualidad del Adolescente

Los cambios físicos de la pubertad, sin omitir la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa, su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad.

² Watson R. I., Lingren, H. C. (1991).

Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando (citado en Hurlock ,1980).

Con relación al aspecto sexual es importante mencionar que el adolescente sufre una serie de cambios vinculados a la búsqueda de una madurez genital en donde se busca la satisfacción sexual y emocional, las cuales pueden ser encontradas en una pareja y por lo tanto, la vida sexual pueden iniciar con el placer sexual que lo lleva al establecimiento de relaciones amorosas frágiles y la exploración de su propia sexualidad.

(Anónimo, 1998) Shawarz (1975) considera, que la maduración psicosexual se alcanza, al realizarse la función de dos elementos: la genitalidad y el Eros. Esta función se presenta a partir del final de la adolescencia de los 18 a los 19 años, esto como resultado una fusión de erotismo y vivencias dentro de la sexualidad que conlleva al adolescente a experimentar deseos, necesidades que serán satisfechos en la culminación del acto sexual, mientras que en la mejor este deseo por el encuentro del hombre.

(Anónimo, 2000) de acuerdo con Garza en (1999), la genitalidad consta de la capacidad para desarrollar potencia orgásmica, la cual es mas que la

descarga de productos sexuales, es decir se mezcla tanto lo orgánico como las cualidades de compasión, simpatía, identificación, reciprocidad y mutualidad, con la finalidad de llegar a una madurez genital, por lo tanto, es un medio de comprender el placer genital donde se reconoce la necesidad de tener una pareja para satisfacer sus impulsos sexuales.

(Anónimo, 1998) según Moreleda (1995), existen dos tipos de conducta sexual: el *petting* y la conducta sexual plena. El primero es un conjunto de gestos, abrazos, caricias, besos, en todo el cuerpo que lleva a la pareja a un alto grado de excitación. Suele terminar con la masturbación recíproca y sin conclusión orgásmica. El *petting* es importante porque a través de este el adolescente explora y conoce su propio cuerpo el cual atraviesa por una etapa de cambios físicos muy notable por el otro lado de igual forma el adolescente conoce de manera profunda en su relación sexual, lo cual se logra por medio del coito.

Por lo tanto en esta etapa por la cual atraviesa el adolescente es de suma importancia para este el buscar y encontrar el placer físico, donde se mezclan sentimientos con el fin de tener que cubrir su propia necesidad y apetito sexual. Es una realidad que en esta etapa de la vida en la que el adolescente busca su propia sexualidad, integrando en estas ideas, pensamientos, compromiso con una pareja, probablemente su madurez emocional y sus estilos de vida se modifiquen, con la finalidad de tomar decisiones acerca de cómo ejercer y vivir su propia sexualidad con los problemas de enfrentarse algo nuevo y desconocidos que en ocasiones cuando la identidad de un adolescente no está

bien fundamentada puede contribuir y acarrear a este una serie de problemas emocionales al pasar a la siguiente etapa, la edad adulta.

1.6 Los Adolescentes en la Familia

La conducta social concierne a las relaciones y vínculos con los demás individuos y los vínculos con los demás individuos al igual que ante sus estímulos culturales. Esto abarca el lenguaje, la vida doméstica y la adaptación a los convencionalismos de la comunidad.

Karl y William Smith (citado en Sánchez Hidalgo, 1988) ofrecen una definición de conducta en la forma siguiente “respuesta de un organismo vivo a su medio; adaptaciones que realiza un individuo a las condiciones y cambios del mundo que le rodea”.

Las personas, en su vivir cotidiano, responden constantemente a los estímulos de los medios externos, internos y sociales. Como el individuo tiene la capacidad de recordar y de aprender, los acontecimientos pasados y las experiencias actuales afectan sus respuestas. Sin embargo es muy importante tomar en cuenta el papel que tiene la familia en este proceso social y adaptativo de el adolescente.

Cuenca y Rancel (2002) indican que hablar de la familia y su contexto no es tarea fácil, ya que implica desarticular un mosaico multicolor y multiforme.

La organización de la familia tiene características muy variables según la cultura en que se desarrolle. Existen muchos tipos de familia. La familia es la

estructura social en la que se reciben cuidados, amor, afecto y atención mientras crecemos, y juega un papel muy importante en la sociedad, ya que cumple con las funciones de reproducción y socialización.

Por esto es de vital importancia considerar las características, que existen en diferentes tipos de familia como son; la familia nuclear la cual esta integrada por, miembros de dos generaciones, la monoparental o uniparental, encabezada por un solo adulto, ya sea la madre o el padre y la familia extensa que incluye miembros de mas de dos generaciones.

La familia al igual que el adolescente que la integra, llegan a pasar por diversas fases a través del tiempo. Las fases de la familia tienen un papel muy importante en el desarrollo psicosocial y familiar del adolescente debido a las características específicas que aportan en el núcleo familiar, sin embargo es importante considerar que las familias se clasifican en diferentes rubros, de acuerdo a su cultura, estilo de vida y crianza. Lo cual demuestra que fases antes mencionadas son flexibles y se adaptan de acuerdo a las necesidades del seno familiar al cual perteneces los adolescentes (citado en Crispo y Guelar 2002).

Por lo tanto en el desarrollo psicosocial de la adolescencia es importante tomar en consideración que los adolescentes pasan por un periodo de rebeldía, aunque las relaciones entre los adolescentes y los padres no siempre son tranquilos, la rebeldía adolescente no es usual, y con frecuencia los padres y sus hijos adolescentes comparten los mismos valores. Según Papalia, Olds y Feldman (2001) la rebeldía adolescente es un patrón de confusión emocional

característico de una minoría de adolescentes que pueden incluir; conflicto familiar, alienación de la sociedad adulta, comportamiento imprudente y rechazo de los valores de los adultos.

De igual forma las relaciones de padres, hermanos y pares para el adolescente son de suma importancia debido a que los adolescentes interactúan una gran cantidad de tiempo con sus padres, aunque mantienen relaciones estrechas con ellos y estos influyen en sus comportamientos. Por lo tanto los conflictos con los padres suelen ser mas frecuentes en la adolescencia temprana y se identifican en la adolescencia tardía. Centrándose la crianza democrática como la más apropiada para sobrellevar estos sucesos debido a que insiste en la importancia de las reglas, las normas y valores, pero están dispuestos a escuchar, explicar y negociar, Baumrind (1991); que estimulan a los adolescentes a formar sus propias opiniones (Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991) y ejercen un control apropiado sobre la conducta de los hijos, pero no sobre el sentido de si de los hijos (citado en Papalia, Olds y Feldman 2001).

Es importante considerar que el afecto de las madres tiene en el desarrollo de los adolescentes factores de calidez y satisfacción en la crianza debido a que el papel materno se encuentra implícito en el hogar, trabajo y el tiempo que ocupa en ello es parcial o completo, por lo tanto el efecto del divorcio y de la crianza con un solo padre puede ser menos severo de lo que se cree y quizá dependa de la circunstancias individuales de cada individuo. Lo cual

genera que la relación entre hermanos en esta etapa de la vida sea más igualitaria y distante.

Tomando en consideración lo anterior los factores psicosociales en el adolescente son de suma relevancia para el desarrollo de su personalidad debido a que pueden sufrir ciertos problemas de adaptación y rebeldía, por la interacción con su medio ambiente y la confusión por la cual atraviesa de manera natural.

1.7 Problemas de adaptación en la adolescencia

Es importante considerar los cambios que ocurren en la pubertad y después de esta, debido a que producen una discontinuidad con respecto a su experiencia anterior, la cual resulta destructiva para los adolescentes. Estos cambios incluyen el rápido crecimiento físico, el principio del desarrollo sexual y la reorganización de las relaciones interpersonales.

Erickson (1966) sostiene que los adolescentes empiezan a preguntarse ¿Quién soy Yo? a causa de los cambios culturales de que son testigos y de sus perspectivas para el futuro.

Ante la difusión de identidad, los adolescentes suelen variar sus elecciones de una semana a otra de tal forma que para un adulto sería una señal inequívoca de una inestabilidad muy seria sin embargo de igual forma Erickson (1959) sostiene que la adolescencia es un moratorio psicosocial, un periodo en el que se ensayan muchos papeles sociales antes de hacer elecciones

permanentes sobre la vocación, el empleo, el compañero o compañera de vida, estilo de vida etc.

Los adolescentes que logran definirse dentro de un fondo social relativamente estable y permanente, suelen lograr una identidad bastante sólida. Cuando fracasan en su intento por lograr dicha identidad.

Una de las psicopatológicas mas frecuentes es la depresión, aunque sabemos que esta no es exclusiva de la adolescencia, es precisamente durante esta es cuando el fenómeno toma sus formas características, es decir aunque no existe ninguna patología que sea exclusiva de los adolescentes como tales.

Una de las razones por las cuales los psiquiatras y los psicólogos han descuidado la depresión de la niñez y hasta cierto punto de la adolescencia es porque la manifestación de depresión varía de acuerdo a la edad. Así el que cree que la depresión es un desamparo e impotencia aprendida, naturalmente no espera encontrar mucha depresión en adolescentes por su edad (citado en Watson y Lindgren, 1991).

Es por esto que la depresión en la adolescencia presenta diferentes manifestaciones conductuales según las diversas edades. Durante la adolescencia la depresión se relaciona con diversos problemas que surgen ante la perspectiva de tener que separarse de los padres al independizarse. Una reacción muy frecuente a la depresión entre los adolescentes es la hostilidad y una conducta delincuente.

Aun cuando algunos adolescentes reaccionan a la amenaza de la difusión de la identidad con hostilidad y violencia, otros reaccionan retrayéndose.

Lo dicho anteriormente es de una relevancia muy significativa debido a que no se puede dejar a un lado el importante papel que tiene la depresión en el desarrollo posterior de conflictos tanto físicos (violencia, drogadicción, fugarse de casa o desertar en la escuela) como psicológicos en el desarrollo de su identidad (citado en Cusminsky, Moreno y Ojeda, 1988)

Es una realidad que para muchos adolescentes este periodo es de incertidumbre e incluso de desesperación, para otros es una etapa de reconocimiento, de aflojamiento de las ligaduras con los padres y los sueños acerca del futuro. Tomando esta etapa como plataforma inicial en la vida adulta sin olvidar la importancia que tiene esta para el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

A L E X I T I M I A

Las enfermedades físicas desde las agudas hasta las crónicas tienen repercusiones psicológicas en quien las padece. En su génesis intervienen factores, considerando de este modo una relación entre la mente y el cuerpo. La manifestación de diferentes relaciones psicológicas frente a las enfermedades determinante en el análisis psicosomático.

2.1 Definición Enfermedad Psicosomática

Al introducirse la teoría y la realidad en este tema, existe una brecha, entre los fenómenos emocionales y la realidad física. En el transcurso de la historia la medicina griega reconocía que cualquier perturbación que sufriera el espíritu se reflejaba en el cuerpo. De igual forma los romanos, también sabían que la mente y el cuerpo eran inseparables como lo evidencia el adagio de *mens sana in corpore sano* (mente sana en cuerpo sano). Es de vital importancia aceptar el hecho de que las emociones pueden afectar físicamente al ser humano, de esta manera sería más fácil reconocer la extensión de el afecto en el desarrollo de diversas enfermedades (citado en Caprio 1974).

Caprio (1974) señala que la palabra “psicosomático”, es un nuevo término relativo para muchas cosas, se deriva del griego “psico”, que significa alma y “soma”, cuerpo. La medicina psicosomática reconoce el poderoso efecto de la mente sobre la salud del cuerpo y su funcionamiento. Hubo un tiempo en que los aspectos fisiológicos de una enfermedad eran considerados para establecer un diagnóstico.

Lipowski (1976) la considera una ciencia de las relaciones entre variables psicológicas, biológicas y sociales, en cuanto afectan a la salud y la enfermedad humana (citado en Quintero V. L. A. 2005, Fibromas uterinos: indagación de sus implicaciones psicoafectivas y psicosomáticas en la salud de las mujeres. Tesis, UNAM, Psicología).

McDougall (1993) considera "Psicosomático a los trastornos orgánicos donde la disfunción fisiológica es demostrable. Aunque parece no tener significado simbólico alguno, se presentan ligados, sin embargo, a la estructura de personalidad del paciente, las circunstancias de su vida, su historia, etc.; vale decir, en conexión con situaciones de estrés procedentes ya sea del interior del individuo o de su medio inmediato. Sin embargo, el paciente psicosomático rara vez percibe tales conexiones y a menudo no es consciente de estar sometido a un estado de tensión particular".

Tomando en consideración las definiciones anteriores se debe de tomar en cuenta que en ellas se encuentran presentes componentes muy similares que se relacionan de manera importante con los fenómenos emocionales, psíquicos, sociales y culturales de un individuo que a su vez integran la estructura de la personalidad de un paciente en su contenido y estructura. Sin embargo estos pacientes en ocasiones no están consientes de su padecimiento psicosomático, por lo tanto es importante observar al enfermo y no a la enfermedad.

Estudios psicosomáticos han arrojado elementos importantes en la relación de enfermedades crónicas con la mente. Sánchez García en 2004

valora, la importancia del estrés y los factores psicológicos en la aparición, evolución y tratamiento de ciertas enfermedades físicas.

Sinfneos y Neimiah (1989) consideran que las personas con incapacidad para expresar sus estados emocionales producen estados psicosomáticos cuando están sometidos a estrés.¹

Las teorías que explican los trastornos psicosomáticos, se engloban en tres líneas:

1. La que considera que cada enfermedad psicosomática tiene una personalidad específica.
2. La existencia de conflictos inconscientes en los que se pueden establecer, una correlación entre el tipo de conflicto y la enfermedad.
3. Situaciones inespecíficas crónicas de estrés, combinadas con una vulnerabilidad genética, que producen cuadros psicosomáticos.

El estudio actual de los trastornos psicosomáticos se hace de acuerdo a los órganos involucrados, la sintomatología y manifestaciones psicológicas.

No se ha definido un perfil psicológico específico de estos pacientes, pero se aprecia que un gran número, presentan una necesidad exagerada de ser protegidos, desarrollando actitudes de dependencia frente a la madre, junto a un temor desproporcionado a separarse de la figura materna.

³Thompson TL. Trastornos Psicosomáticos en Tratado de Psiquiatría. Talbott JA, Hales RE y Yudofsky SC. Barcelona Ancora, SA, 1989, pp 487-525.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la manifestación de enfermedades psicosomáticas se relacionaría con situaciones reales o inconscientes que tienen un riesgo inminente de pérdida o separación de la figura materna. Con frecuencia la actitud hace que se den estas relaciones de dependencia. Es frecuente que estos sujetos sufran problemas de fracaso escolar y de adaptación a su entorno, favorecido, en parte, por las hospitalizaciones que precisan y la sobreprotección por parte de los padres y profesores. Por todo ello es importante evitar, en estos adolescentes, actitudes inadecuadas que favorezcan este tipo de relaciones (citado en Otero y Martínez, 2004).

A lo largo de su historia el psicoanálisis, con sus diferentes marcos teóricos explicativos, ha realizado valiosas aportaciones a los trastornos psicosomáticos. Freud (1917) los consideró, como psiconeurosis; planteando que hay de dos tipos, por lo cual diferenció a las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como clases de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Considerando que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responden a mecanismos de conversión de tipo histérico, mientras que las neurosis actuales están más cercanas de la problemática psicosomática. Esta diferenciación se derivó en dos grandes planteamientos para diferenciar la psicosomática y lo psicosomático.

El primer enfoque trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, interpretándolos como parte de un universo simbólico, es decir, como mensajes corporales que pueden ser traducidos como un sistema de

comunicación. Este enfoque ha sido defendido por autores kleinianos que consideran que la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional). El segundo enfoque trata de establecer la diferencia entre lo conversivo y lo psicossomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicossomática el contenido simbólico está ausente y lo que predominaría es una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido.

La Escuela Psicossomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo de lo psicossomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo está dentro del registro neurótico y lo psicossomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis.

Joyce McDogall (1995) plantea, un punto de vista paralelo entre ambas posturas, señalando que los síntomas psicossomáticos pueden depender de fantasías corporales extremadamente primarias. Determinando que forman parte de una histeria arcaica, establecido en un sentido psicológico con un simbolismo preverbal y considerada como una respuesta somatopsíquica que se previene frente a angustias psicóticas. Jorge Ulnik (1993) comparte, algunos conceptos con Pierre Marty (1990) considerando, niveles de presimbolización en los pacientes psicossomáticos.

Groddeck (1985) precisa, que toda enfermedad orgánica, sin excepción, es igualmente psíquica y que el cuerpo lo simboliza a través de su ser mismo. La morfología ya es simbólica y los órganos son imágenes descifrables como un argumento onírico. Propone una verdadera anatomía fantástica paralela a la anatomía física; diferentes partes del cuerpo están consideradas como la encarnación de cualidades o de afectos. Las enfermedades son un lenguaje que tienen la intencionalidad expresiva y demanda ser comprendida e interpretada.

Autores de la línea kleiniana plantean que existen fantasías inconscientes respecto a los sentimientos corporales, como pueden ser sentimientos de dolor, vacío, hambre, etc. y que estas fantasías quedan ligadas principalmente al objeto materno.

Dunbar (1995), en su teoría de la especificidad describe perfiles psicósomáticos definidos de ciertas enfermedades con lesiones anatómicas. Mientras que Alexander (1971) estudia, aspectos neurofisiológicos en disfunción y la correlación que existe con conflictos psicológicos (inconscientes) específicos de cada afección. Considera que las disfunciones aparecen cuando las emociones no pueden expresarse normalmente y la energía permanece encerrada dentro del organismo de forma crónica; la conjunción de estos elementos esta dada por la conjunción de una serie de elementos: la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica característica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante.

Ruesch (1950) describió, un tipo de personalidad psicossomática, considerando a estos sujetos como personas con una detención en el desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos, para la integración de experiencias y la falta de manejo de situaciones frustrantes influye en la canalización de estas tensiones en síntomas psicossomáticos.

2.2 Definición de Alexitimia

Las dificultades del ser humano lo obligan a crear una infinidad de estructuras psíquicas destinadas a hacer frente al dolor físico o psíquico que frecuentemente se padece. La mayor parte de estos dolores anímicos, sobrevienen en el camino que lleva a la adquisición de una individualidad y una identidad personal, luego de haber adquirido una identidad sexual.

En 1980 Nemiah y Sifneos introdujeron, el término pensamiento operatorio para designar el déficit estructural para comprender en estos pacientes. Sifneos (1983) precisó, el término alexitimia, que significa sin palabras para los sentimientos como forma propia del estilo comunicativo de los pacientes psicossomáticos.

Taylor y Cols (1991) basándose, en sus observaciones analizan que las características alexitimicas más sobresalientes en sus pacientes son las siguientes:

- 1) Dificultad para identificar y describir sentimientos.

- 2) Problema para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
- 3) Proceso imaginario constreñido, reflejado por la escasez de fantasías.
- 4) Estilo cognitivo orientado por el medio ambiente.

Freyberger (1985) estableció, el término alexitimia secundaria a partir de la observación en pacientes con trastornos psicosomáticos. Durante sus 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; sufriendo deterioro temporal en sus funciones cognitivas y afectivas. Este funcionamiento obedece a un factor de protección contra el significado emocional de la grave enfermedad, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se confronta así a esta experiencia. De esto se puede concluir que la alexitimia secundaria es una reacción transitoria específica que acompaña o permanece tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo importante o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto pueden ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o cuyo traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico.

Cuando se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica. La carga de las emociones mal canalizadas y elaboradas se integran a las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal; sucediendo como si el cuerpo

fuera el depositario de los fenómenos pulsionales desatados, siendo privados de la posibilidad de ser expresados mentalmente para ir por el camino orgánico. De esta forma, con la existencia de una mala organización general de fondo y con un punto de partida de tipo depresivo esencial, las desorganizaciones toman una marcha progresiva y de proporciones peligrosas para la vida del sujeto. Se establece una economía psicosomática tomando el preconscious como punto central y destacando que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tendrán la patología eventual de situarse en un plano mental.

En cambio, cuanto menos rico sea en ellas y en las relaciones y permanencia de las mismas, la patología correrá un mayor riesgo de situarse en el plano somático. Esto es así porque el preconscious es concebido como la herramienta fundamental del aparato mental para protegerse de la cantidad de excitaciones y estímulos tanto instintivos como exteriores.

La diferenciación que Marty (1990) establece, entre el aparato mental de los neuróticos (entendiendo por tal a los sujetos con psiconeurosis o neurosis mentales) del de los enfermos psicosomáticos es una cuestión básica de su teoría. A su vez, dentro de las diferentes categorías neuróticas distingue entre: neurosis mentales, neurosis de comportamiento y neurosis de carácter. Así mismo plantea que las desorganizaciones se traducen en primer lugar, en síntomas patológicos mentales con sintomatología positiva. Cuando estos sistemas patológicos no se pueden utilizar o se agotan, sobreviene la depresión esencial y la vida operatoria que también presentan un aspecto patológico

mental, aunque con un diagnóstico más sutil ya que, en esencia, la sintomatología consiste en fallas funcionales. La desorganización continúa, debiéndose enfrentar a la patología somática”.

Todas estas anomalías en el funcionamiento mental dan lugar a una serie de características que constituyen la personalidad psicósomática, algunas se manifiestan repetidamente:

- A) Apariencia de normalidad psíquica, con una hiperadaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas.
- B) Pensamiento operatorio, consciente, sin enlace con los movimientos fantasmáticos y desabastecido de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos.
- C) Relaciones objétales carentes de afecto; su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. El psicósomático es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos.
- D) Incapacidad de soñar por lo que no hay liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. En estos sujetos, no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio.

E) Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensorio motrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas.

Joyce McDougall (1994) basándose, en la experiencia clínica con sus analizados, añade que el pensamiento operatorio y la alexitimia, son fenómenos que cumplen ante todo una función defensiva, remontándonos a una fase del desarrollo donde la distinción entre el sujeto y el objeto aún no es estable y puede crear angustia. McDougall partiendo de las investigaciones de Engel (1962), expuso que los fenómenos psicósomáticos pueden evitarse cuando una organización neurótica sirve como escudo contra la somatización, y elabora el concepto de anti-analizado y de normopatía. Toma también para ello el concepto de Winnicott de falso self.

Para Joyce McDougall el fracaso de las defensas habituales frente al desamparo psíquico, hará que la persona “somatice” el dolor mental. Habla de una “histeria arcaica”, donde las angustias no están ligadas a la castración sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.

Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, éste se ve frenado en su intento de construir, lentamente en su interior, la representación de un entorno maternizante que le proteja y le consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta “madre interna”. La disfunción psicósomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con

medios primitivos e infraverbales enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Este tipo de mensajes son enviados por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente. De este modo, en tanto forman parte de la histeria arcaica, estos fenómenos dotados de un sentido psicológico pertenecen a un orden simbólico y es una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse contra angustias que serían quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia.

Otero Rodríguez (2000) postula, la existencia de una relación patológicamente estrecha tanto del bebé con su madre como con su “único objeto interno” durante el periodo de triangulación. Esa relación exclusiva y la ausencia de un objeto transicional pueden conducir, bajo el impacto de un severo trauma emocional, a “la retirada de los objetos internos” y a una deslibidinización del aparato psíquico. Se produce lo que Winnicott (1958) explica, como una escisión de la psique frente al soma que es un fenómeno movilizadopor angustias arcaicas que operan en una organización defensiva del individuo.

La pérdida de la función onírica, por no hablar de otras, impide descargar la tensión por la satisfacción alucinatoria. La psique se ve entonces forzada a emitir, regresivamente, señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas, para salvar al Yo de una muerte psíquica. De esta manera se corre el riesgo de que las descargas tomen el camino más corto, el más cercano a lo fisiológico. La

psique evacua sus tensiones sin palabras denominada por McDougall desafectación. Ni la angustia ni toda la gama de afectos sirven como señales que permitan al sujeto comunicarse consigo mismo.

La coraza o caparazón que forman hace que experimenten decaimiento en lugar de experimentar tristeza, su vida se define por la acción y, por tanto, las depresiones o los estados de angustia no se presentan en una forma mentalmente elaboradas (Marty, 1993).

Ulnik (1993) habla, de una falla en la función del narcisismo y plantea que cuando el paciente funciona con fallas de identidad, tenderá a privilegiar lo imaginario sobre lo simbólico y a erigir dentro de sí ideales normativos (el debe ser) que le permitirán preservar precariamente. En el cumplimiento de esos ideales, quedara un narcisismo apenas constituido. La intención fallida de sostener ese ideal se exteriorizará como una constante necesidad de padecer.

El Yo ideal es testimonio de un estado sin matices de exigencia del sujeto con respecto de él mismo, sin posibilidades de adaptación a las circunstancias exteriores que no sean las de una realidad operatoria y representar un todo de invulnerabilidad o nada y puesto que el fracaso ante la realidades vivido como una herida narcisista y no como una culpabilidad negociable, el Yo ideal resulta eminentemente mortífero.

Ulnik (1993) afirma, que el paciente psicossomático, para procesar los estados afectivos a merced de los que se encuentra y que implican una vacilación como sujeto, intentará recuperar su identidad, su contacto con el

mundo y su equilibrio psíquico, tratando a los afectos como si fueran palabras, produciendo como resultado una desorganización de su funcionamiento corporal.

Señala que en algunos pacientes con enfermedad somática, al igual que en las psicosis, el intento de recolocación de la libido en los objetos perdidos, se intenta hacer desde un nivel distinto que el de las investiduras primarias, pero a diferencia de la psicosis, dicho nivel no es el de las representaciones palabra. En estos casos la enfermedad somática parece ser el intento de restitución o reconexión con el mundo a partir de la producción de descargas afectivas cuyo desarrollo ha sido impedido. El paciente somático trata a los afectos como si fueran representaciones cosa, en el sentido de someterlos a procesos de condensación y desplazamiento para los cuales no son aptos. El resultado es la desorganización del afecto y su descarga sin inhibición. Los distintos componentes “secretorios y vasomotores” del afecto aparecerán en la conciencia desligados de sus representaciones, funcionando desordenadamente y produciendo daños corporales que configuren enfermedades somáticas.

Freud A. plantea, que los procesos de pensamiento ofrecen dos puntos de contacto con la expresión verbal, mediante el lenguaje: el grito por un lado, y aquellos objetos que por sí emiten sonidos, es decir en cuyo complejo perceptivo interviene también un sonido y que serán aprehendidos por la tendencia imitativa que surge en el curso del proceso de juicio (esto explica la cascada de sonidos que emite el adolescente en presencia del lenguaje de la

madre). Esta actividad que denomina “comprender” está puesta al servicio de reconocer al otro.

Como afirma J. McDougall, en su concepto de Histeria arcaica, aquí las angustias que se ponen en juego no son angustias de castración sino de existencia. Al producirse un conflicto en el que lo que está en juego es la identidad subjetiva, aparece todo un movimiento regresivo en el psiquismo volviéndose a utilizar un tipo de pensamiento más primitivo (el pensamiento judicativo). En este tipo de pensamiento una parte del propio cuerpo representa a otra persona con lo que queda a salvo la identidad de uno mismo teniendo como consecuencia la falta de un espacio psíquico interno y su reemplazo por el de la realidad externa y el del propio cuerpo que forma parte de dicha realidad. Esto da lugar a que entre el fenómeno somático y la realidad exista una proximidad mayor si cabe que la que se encuentra en la Histeria.

McDougall (1990) menciona, que desde este punto de vista es evidente que las creaciones psicósomáticas son las más misteriosas, puesto que son las menos apropiadas para el deseo general de vivir. Si su función psicológica es notoria por su ausencia, su significado biológico también se escapa. En muchos aspectos, son la antítesis de las manifestaciones neuróticas o psicóticas. En ocasiones suele ocurrir que la enfermedad psicósomática (por oposición a la psicología) se declara cuando esta ya no es funcional.

Por lo tanto en el campo de acción, la enfermedad psicósomática no siempre es clara, más bien es un proceso definido y limitado que pretende

distinguir algunos padecimientos que influyeran en el desarrollo o complicación de alguna enfermedad esta puede ser aguda o crónica.

Esa misma idea es la que mantiene Samir Stephanos (1980) analista alemán quien postula la existencia de una relación patológicamente estrecha, tanto del bebé como su madre como su “único objeto interno” durante el periodo de triangulación. Esa relación exclusiva y la ausencia de objeto transaccional pueden producir bajo el impacto de un severo trauma emocional, a “la relatividad de los objetos internos” y a una desensibilización del aparato psíquico.

Se produce lo que Winnicott (1958) explica como una escisión de la psique frente al soma, un fenómeno movido por angustias arcaicas que operan en una organización defensiva del individuo. Esta relación inmensamente estrecha, contribuirá para crear este objeto transaccional.

Los estudios sobre la alexitimia han tratado primero de examinar su relación con la psicósomática y de explicar su génesis. Como también fue hallada en sujetos sin enfermedades somáticas, los estudios se han orientado hacia las relaciones entre cogniciones y emociones (citados en Sivak y Wiater 1997).

La alexitimia fue observada inicialmente en algunos pacientes con trastornos psicósomáticos. Esto manifiesta una pobre capacidad de fantasear y mostraban grande resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales (citados en Sivak y Wiater 1997).

Tomando en consideración todo lo anterior es fundamental acuñar un tema de gran importancia para el desarrollo de estos trastornos psicossomáticos que se denomina Alexitimia.

La alexitimia puede considerarse un trastorno psico-afectivo y de la comunicación, y también un tipo de personalidad callada, introvertida, tendencia al aislamiento y sensación de soledad, que generalmente ha sufrido carencias afectivas en la infancia. Dicho de otra manera, quien sufre de alexitimia generalmente se muestra indiferente a lo que le rodea y tiende al aislamiento, esto limita su capacidad para demostrar sentimientos, llevándolo a afectar las relaciones socio-afectivas del adolescente que las padece.

Rivola (2001) considera, la presencia de ciertos rasgos psicológicos comunes que se presentan en personas con tendencia a padecimientos orgánicos graves, tempranos y frecuentes. McDougall (1991) indica, son los enfermos con “personalidad psicossomática”, categoría nosológica que corresponde en gran medida a los llamados “normopatas” es lo que Sifneos denomina Alexitimia del griego a sin, lexis “palabras”, timos, “afecto”; o sea, sin palabras para verbalizar afectos (citado en Rivola, 2001).

Sifneos y Nemiah (Citado por Sivak y Wiater, 1997) observaron, en pacientes psicossomáticos una perturbación cognitiva-afectiva que denominaron alexitimia. El constructo alexitimia es descrito en Boston por Nemihan y Sifneos. El término deriva del griego y significa “ausencia de verbalización de afectos o sentimientos” se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la dificultad para

verbalizar y discriminar sentimientos, presentando, la persona que la padece, una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas.

Taylor y Cols (1979) citados en Otero y Rodado (2004) consideran, que las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales basándose en las características alexitimicas más sobresalientes:

1. Dificultad en identificar y describir sentimientos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
3. Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasía.
4. Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

De esta manera, Sifneos, el creador del constructo, define la alexitimia en la personalidad de nuestro tiempo indicando que este conjunto de características corresponde al perfil socialmente esperado de los individuos. Si bien la alexitimia está estrechamente ligada a la cultura (citado en Sivak y Wiater 1997).

Dario y Calluso (2000) señalan, alexitimia (etimológicamente, ausencia de palabras para expresar emociones) es un constructo hipotético multidimensional, formulado en la década de los setentas. La alexitimia puede ser también entendida como un estilo cognitivo peculiar del lenguaje y los pensamientos caracterizado por un déficit en el procesamiento de la información emocional o en la regulación del afecto.

Detrás de una aparente normalidad psíquica, existiría una “discapacidad” para la expresión. Frente a situaciones críticas, estas personas no alcanzan a enunciar la “palabra”, o a construir la “imagen psíquica” que les permite comunicarse consigo mismas y con los demás (una cosa es hablar, hacer uso del código de la lengua, y otra muy distinta es decir algo de sí mismo a través de las palabras) (Rivola, 2001).

Rivola (2001) menciona: el “pensamiento operatorio”, descrito por Marty y M’Uzan (1992) señala también la referencia a la insuficiente mentalización de los estados afectivos como característica de esos pacientes, en coincidencia con una actividad conductual ordenada fundamentalmente al rendimiento y la adaptación social. El pensamiento en estos casos, no hace mas que duplicar la acción a realizar en lo inmediato, y la conducta general del sujeto se encuentra encerrada en formulas expuestas y socializadas.

Lejos de resolver sus problemas, estos individuos no se alejan de las situaciones que estimulan en ellos, mórbidas exigencias ideales, que imponen altos rendimientos que los llevan a “sobre adaptarse” a las exigencias. Visto desde otro punto de vista estos estados afectivos intensos que no alcanzan a ser expresados de manera adecuada, esto quiere decir que el padecimiento somático aparece como resultado de la prolongada permanencia en esta situación.

Pese a que la alexitimia apenas se abre paso entre la psicología a nivel mundial como motivo de investigación científica, en nuestros días puede hacerse

una clasificación de la enfermedad en alexitimia primaria y secundaria (Coronado, 2005).

La primera, se debe a predisposición genética o anomalías neurológicas que pueden presentarse al nacer o por efecto de consumo de drogas. Su fundamento básico parte de que la emoción, en la mayoría de las personas diestras, se localiza en el hemisferio derecho del cerebro y la expresión verbal en el izquierdo, de forma que la poca, o nula, comunicación entre ambas zonas ocasiona incapacidad para expresar y describir sentimientos; cabe destacar que ello no significa que quien la padece no sienta afecto (Coronado, 2005).

La segunda surge como secuela de un traumatismo emocional grave que bien pudo presentarse en la infancia o en una prolongada situación de intenso interés, lo que ha sido denominado síndrome o trastorno post traumático, el cual incluye alteraciones físicas y psicológicas en quienes han sufrido horror extremo (violación, tortura, secuestro, desastres naturales o accidentes), el cual puede llegar a ser incapacitante (Coronado, 2005).

Sánchez (2004) indica, hay que distinguir entre la alexitimia primaria, con predisposición genética y causas neuroorganicas, y la secundaria, que aparece como secuela de un traumatismo emocional previo muy grave o de una prolongada situación de intenso estrés.

Los sujetos alexitímicos no se caracterizan tanto por la incapacidad para experimentar o sentir los estados emocionales y expresarlos, si no más bien por una dificultad para diferenciarlos y verbalizarlos. Cuando hablan sobre una

situación emocional, su discurso se limita a describir una impresión general sobre el hecho de sentirse bien o mal. Incluso si la expresión emocional es muy restringida, la baja capacidad para regular los afectos se traduce en una brusca explosión bajo la forma de episodios fuertes de cólera o llanto. La unión de estas manifestaciones comportamentales interesadas y los sucesos desencadenes es particularmente difícil de establecer en los individuos que presentan características elevadas de alexitimia, dada su baja capacidad para la introspección (Dario y Calluso 2000).

La alexitimia según Coronado (2005) es más común en los hombres, de hecho, por cada diez varones probablemente solo hay dos mujeres. Sánchez (2004) menciona, que los dos hemisferios cerebrales femeninos, con mayor plasticidad neuronal, están más integrados gracias a que el cuerpo calloso que los une es más voluminoso. El cerebro masculino tiene menos conexiones entre ambos hemisferios, y el derecho (que controla las emociones) está subordinando al izquierdo (que controla el lenguaje y el pensamiento abstracto).

Alfonso-Fernández, miembro de la real academia de Medicina citado en Sánchez (2004) señala “una escisión funcional entre ambos hemisferios, unida al predominio del izquierdo, constituyen los dos rasgos preformados, con carácter atenuado, de la persona alexitímica”. Aunque la alexitimia puede aparecer a cualquier edad, incluso desde la infancia, va aumentando con la edad, de modo que por cada diez jóvenes afectados aproximadamente hay 14 adultos. Encontramos dos grandes tipos: los que ni sienten ni expresan y los que sienten pero no expresan sus sentimientos. Aquí el individuo se da cuenta de

que vive un suceso particular en la ruptura con su funcionamiento habitual; se verifica dificultad para identificar el tipo de estado emocional vivenciado y problemas para expresar verbalmente los afectos (citado en Dario y Calluso 2000).

2.3 Consideraciones teóricas: afecto e historia de la alexitimia

Este constructo llamado alexitimia, tiene características similares entre varios autores, quienes observaron en distintas épocas pacientes, en los que no se hallaban fantasías investidas de afecto. En 1970 Sifneos y Neimiah observaron, en pacientes psicósomáticos una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos.

Sifneos y Neimiah consideran, que las personas con incapacidad para expresar sus estados emocionales producen estados psicósomáticos cuando están sometidos a estrés (citado en Thompson, 1989). Las teorías que explican los trastornos psicósomáticos, se engloban en tres líneas:

1. La que considera que cada enfermedad psicósomática tiene una personalidad específica.
2. La existencia de conflictos inconscientes en las que se pueden establecer, en algunas, una correlación entre el tipo de conflicto y la enfermedad.
3. Situaciones inespecíficas crónicas de estrés, combinadas con una vulnerabilidad genética, que producen cuadros psicósomáticos.

El estudio actual de los trastornos psicossomáticos se hace de acuerdo a los órganos involucrados, la sintomatología y manifestaciones psicológicas. De esta manera la alexitimia nos remite al afecto en su origen, sus desarrollos, su percepción y su comunicación.

El concepto de afecto tiene una vertiente descriptiva, metapsicológica comunicacional.

Bodni (1991) define al afecto como un, un estado del Yo (estar afectado) consiente que se manifiesta siempre a través de una alteración corporal. James citado por Sivak y Wiater (1997) indica: “no lloramos porque estamos tristes, estamos tristes porque lloramos”. Sivak y Wiater (1997) mencionan que Freud (1915) estudia el afecto como elemento energético de pulsión como se muestra la siguiente esquema:



Es decir la formación de síntomas psicossomáticos en los individuos en este caso los adolescentes se refiere a que en este proceso existe una conversión entre los síntomas psicossomáticos que posteriormente se transforman en trastornos en los cuales las vías por las cuales se descargan son

fisiológicas y no se halla una determinación simbólica. De esta manera la alexitimia hace énfasis en las problemáticas relacionadas con el afecto, en su origen, su desarrollo y su comunicación.

Green (1991) nos recuerda que, para Freud, la concepción del afecto revela estos presupuestos:

1. Es una cantidad (de energía) que acompaña a los sucesos de la vida psíquica, comparable a la carga eléctrica de un impulso nervioso.
2. El Yo opera como “agente de ligazón”, moderando variaciones excesivas en la vida psíquica, producidas por momentos de afecto que parezcan amenazar su integridad.
3. Su función se cumple por medio de:
 - a) La motilidad: gasto de la cantidad por vía de la descarga (activación específica)
 - b) El establecimiento de lazos por medio de un trabajo asociativo (citado en Green 1991).

A partir de la acción de la defensa, los elementos psicológicos se separa del afecto y se abren distintos destinos.

Las posibilidades supuestas por Freud citado en Sivak y Wiater (1997) para el afecto es la sofocación o suspensión, pero no la represión que solo puede recaer sobre los componentes represivos, la meta y el objetivo. Bodni (1991) plantea, siguiendo a Freud, que “la descarga se efectúa atravesando el preconsciente, vía consciente a través de la musculatura estriada, agente de motricidad voluntaria.

Si la descarga no puede realizarse porque el objeto no está disponible o porque el súper Yo no lo permite, esta descarga podría desequilibrar el aparato como se muestra a continuación en el siguiente esquema:



En este caso la disponibilidad del afecto es la sofocación o supresión, sin embargo no solo puede recaer sobre los componentes representativos, la meta y el objeto Bodni (1991) citado en Sivak y Wiater (1997).

Según Freud (citado en Sivak y Wiater, 1997), los componentes del desarrollo de afecto son:

1. Descarga
2. Percepción de la descarga
3. Matiz afectivo (responsable de la capacidad del sujeto de discriminar sus afectos)

La alexitimia considerando todo lo anterior es una especie de imposibilidad de afectos. No por esto se quiere decir que el sujeto no sienta o no tenga afectos si no de que la fuerza de este no discrimina esos matices o formas de expresarlos.

Calluso (2000) dice que la alexitimia puede ser entendida también como un estilo cognitivo peculiar del lenguaje y los pensamientos, caracterizado por un déficit en el procesamiento de la información emocional o en la regulación del afecto. El nexo entre estas manifestaciones comportamentales intensas y los sucesos desencadenantes es particularmente difícil de establecer en los individuos que presentan características elevadas de alexitimia dada su baja capacidad para la introspección.

Retamales (1986) citado en Sivak y Wiater (1997) califican los rasgos que caracterizan a la alexitimia en esenciales y accesorios. Los esenciales constituyen un núcleo del trastorno y los accesorios se dan en gran parte en el caos.

Rasgos esenciales de la alexitimia

- Pensamiento simbólico reducido o ausente: 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.
- Limitada capacidad para fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la representación de sus impulsos, o simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término alexitimia se refiere a este aspecto por ser personas que tienen muy poco 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 demás en términos físicos, manifestándose incapacitadas para verbalizar. (citado en Sivak y Wiater 1997)

Rasgos accesorios de la alexitimia

- Alto grado de conformismo social: son personas aparentemente bien adaptadas, pues su comportamiento es muy rígido y dependiente de las relaciones sociales. Su existencia transcurre de manera mecánica.
- Relaciones interpersonales estereotipadas: la capacidad para relacionarse con otros se encuentra deteriorada, las relaciones pueden establecerse con facilidad, o caer en el aislamiento, evitando el contacto con la gente.
- Impulsividad como expresión de conflictos: pueden llegar a la expresión afectiva descontrolada con su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.
- Impulsividad como expresión de conflictos: pueden llegar a la expresión afectiva descontrolada por su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.
- Personalidad inmadura: esto se relaciona con su expresión simbólica. Los tipos de personalidad mas frecuentes son los introvertidos, pasivo-agresivo, pasivo dependientes.
- 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 concentrar cualquier tipo de psicoterapia que pretenda descubrir los mecanismos profundos de su trastorno. (citado en Sivak y Wiater 1997)

Las numerosas investigaciones realizadas sobre el tema; se ha considerado que globalmente el perfil de los sujetos que presentan altos niveles de alexitimia ase caracterizan por (citado en Calluso, 2000):

1. Tendencia a somatizar.
2. Patrón de expectativas y atribuciones orientado hacia el locus de control externo.
3. Altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y depresión.
4. Actitud predominantemente negativa hacia la expresión emocional y patrón de pensamiento operatorio-concreto.
5. Menor autoconciencia respecto de los aspectos internos y externos.
6. Bajos niveles de de sensibilidad social.
7. Peor balance afectivo.
8. Menor apoyo social objetivo y subjetivo y actualización de formas evitativas de afrontamiento.

Es decir el pensamiento desde un constructo alexitimico, se caracteriza por una preocupación de detalles y acontecimientos externos, el lenguaje es parco en referencias abstractas y simbólicas, hay ausencia de cualidad afectiva, la persona presenta dificultades para encontrar las palabras adecuadas para describir sus emociones. Por el contrario en la patología neurótica las quejas somáticas son menos importantes: el sujeto centra su discurso en las dificultades psicológicas, los estados ansiosos y depresivos se describen de forma detallada a través de los sentimientos, las fantasías y el contenido del pensamiento como se muestra en el Cuadro III.

Diferencias entre sujetos alexitimicos y neuróticos		
Signos y síntomas	Alexitimicos	Neuróticos
Quejas	Descripción interminable de síntomas físicos, a veces sin relación con la enfermedad subyacente.	Menos énfasis en las quejas físicas; descripción elaborada de dificultades psicológicas.
Otras quejas	Tensión irritabilidad, frustración dolor, aburrimiento, inquietud, agitación, nerviosismo.	Ansiedad descrita a través de pensamientos y fantasías mas que a través de sensaciones físicas; depresión descrita como auto depreciación, pesadillas culpabilizadoras, etcétera.
Contenido del pensamiento	Sorprendente ausencia de fantasías y descripción elaborada de detalles triviales (pensamiento operatorio)	Fantasia rica; notable capacidad para describir los sentimientos con elocuencia.
Lenguaje	Notable dificultad para encontrar las palabras adecuadas para describir sentimientos.	Palabras apropiadas para describir sentimientos.
Sueños	Muy escasos	Muy frecuentes
Afecto	Inapropiado	Apropiado
Llanto	Raro; a veces abundante pero sin relación con el afecto apropiado (tristeza o ira)	Apropiado al sentimiento.
Actividad	Tendencia a actuar impulsivamente; la acción parece el modo predominante de vivir.	Acción apropiada a la situación.
Relaciones interpersonales	Habitualmente pobres, con tendencia a depender o a vivir aislado.	Conflictos específicos con la gente, pero con buenas relaciones interpersonales en general.
Perfil de personalidad	Narcisito, retraído, pasivo-agresivo pasivo-dependiente, psicossomático.	Flexible
Posición	Rígida	Flexible
Contratransferencia	El interlocutor o el terapeuta se aburren porque el paciente parece sombrío.	Fácil comunicación con el sujeto, al que pueden considerarse interesante.
Relación con los antecedentes educativos, sociales, económicos o culturales	No hay diferencias definidas por el autor es este apartado	Esto se refiere que su relación con el medio ambiente con su sociedad ya sea en la educación o algún otro aspecto de sociedades aceptable.

Cuadro I ²

² Sivak, R. & Wiater, A. 1997.

Se han desarrollado varios modelos teóricos que tratan de explicar la alexitimia: nos referimos a tres: Pedinielli (1992) citado en Sivak y Wiater (1997).

1. El modelo neuropsicológico el que trabaja la transición de información entre el sistema límbico y el neocórtex (modelo vertical).
2. El modelo psicoanalítico tiene distintos enfoque teóricos que estudian la alexitimia como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica.
3. El modelo sociocultural enfoca a la alexitimia como resultante de un proceso social y cultural.

2.4 Factores socioculturales

Desde la aparición del constructo alexitimia, han sido muchas las investigaciones que han estudiado los factores que la determinan. La razón de este creciente interés por su estudio se debe al hecho de que esta característica tiene diferentes y variados síntomas en los individuos que la presentan.

Para ilustrar tal razonamiento es importante reflexionar acerca de las influencias culturales que rodean a la alexitimia como:

- a) La dificultad para identificar sentimientos y diferenciar las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional.
- b) La dificultad para hablar de sus emociones.
- c) Un estilo de pensamiento orientado hacia lo externos y al malestar afectivo.

Páez y Calluso (2000) señalan que, las dimensiones culturales se asocian al hecho de que algunas naciones se caracterizan por la expresión somática de las emociones, mientras que otras lo hacen por una expresión mental o psicológica.

La cultura se concibe según Páez y Calluso (2000) como un conjunto de conocimientos denotativos (“lo que es” o “creencia”) y pragmáticos (“como se actúa” o “roles procedimentales”), compartidos por un grupo de individuos que presentan una historia común y que participan de una misma estructura social. Los valores compartidos desempeñan roles claves para el funcionamiento psicológico de los individuos en la experiencia emocional.

Níkeles y Levinson (1969) citados en Páez y Calluso (2000) plantean cinco problemas básicos que toda cultura ha de afrontar:

1. La relación con la autoridad.
2. La concepción del Yo o de la persona.
3. La relación entre persona y la sociedad.
4. La concepción de la masculinidad y feminidad.
5. Los conflictos y su resolución, relacionados por otra parte con la expresión o inhibición de las emociones y el control de la agresión.

Por tanto la predominancia en los roles entre hombres y mujeres explica la relación que existe entre los indicadores contextuales y los interpersonales de las emociones, presentando por tanto un déficit en la identificación de estados internos. Esta diferencia disminuye en el caso de las culturas individualistas y de baja distancia de poder. La diferencia entre hombres y mujeres no es sistemática y la expresión verbal de las emociones, y la superioridad femenina en la comunicación verbal de las emociones se invierte en las culturas de alta distancia al poder y mas colectivas.

Cuando un adolescente no reacciona favorablemente a un tratamiento, se dan situaciones complejas en la vida de éstos, pues los hacen más susceptibles al desarrollo de problemas y complicaciones psicológicas y a una forma diferente de vida comparada con la de sus pares.

2.5 Manifestaciones Alexitimicas en Adolescentes

Tras haber manifestado la enfermedad, el adolescente interpreta cualquier cambio en sus actividades, incluso si es mínima, como situaciones de pérdida, por lo cual se reactivan las angustias, los temores y las fantasías pasadas tanto conscientes como inconscientes, debido a que la pérdida lo conlleva a pérdidas imaginarias, narcisistas y simbólicas por el significado otorgado a su propio cuerpo (Aberasturi, 1989). Al enfrentarse a su enfermedad hace uso de los únicos mecanismos de defensa que ha usado en el pasado y le han servido para mantener su estabilidad y autoestima (Kübler Ross, 2003). Para Joyce McDougall (1992), el fracaso de las defensas habituales frente al desamparo psíquico y el uso de defensas pasadas, hará que el sujeto somatice el dolor mental. Habla de mecanismos arcaicos, donde las angustias están ligadas al temor de perder la identidad subjetiva y la vida. La disfunción psicosomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con medios infraverbales enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Este tipo de mensajes son remitidos por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente. De este modo, estos fenómenos

dotados de un sentido psicológico pertenecen a un orden simbólico y es una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse contra angustias que serían quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia.

Los adolescentes con una enfermedad crónica tienen que enfrentarse a la realidad de que quizás el padecimiento no va a quitarse y que hasta puede pasar por varias etapas de decaimiento. Estudios psicológicos en adolescentes que padecen una enfermedad crónica indican que la mayor parte de estos, al principio se niegan a creer que están enfermos y después sienten culpabilidad e ira. Pues no son capaces de entender por qué se enfermaron y asumen la creencia de que están siendo castigados por ser "malos". Se enojan con aquellos que tienen una relación cercana desde sus padres, hermanos, otros familiares y amigos. Reacciona ante todos los cuidados que le proveen, como protestar fuertemente si lo miman mucho, si se ríen con él, o si recibe otro tipo de atención diferente a los miembros de la familia.

Garralda en 1994 reconoció, que los adolescentes con enfermedades físicas crónicas tienen un exceso de síntomas emocionales y conductuales. En el Cuadro IV se observan los principales problemas y enfermedades psicosomáticas en la adolescencia, observados por Pereira Menéndez (1990); así como en la gráfica 1 se comparan por edad entre masculinos y femeninos el porcentaje de estas manifestaciones. Se estimó una tasa de factores psicológicos asociados a la presentación orgánica del 47% de los que acudían normalmente a su consulta médica. Además consideró factores predisponentes y se presentaron de forma aislada o con la concurrencia de varios de ellos:

separaciones, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno; baja autoestima y enfermedad de tipo crónico o que afectan al esquema corporal.

Los que padecen enfermedades crónicas, viven tratamientos incómodos y las restricciones en actividades que todo adolescente de su edad desarrolla, esto a veces llega a abatirlo y hacerlo reservado y a ser evasivo, aislado, depresivo, a reprimir lo que siente y desea.

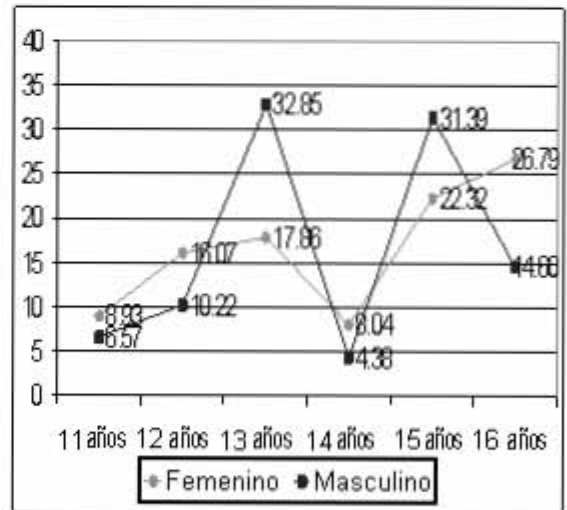
Esto le genera disminución en la capacidad de su sistema inmunológico, esto cual lo afectará y hará que caiga en crisis asmáticas. La manifestación de desajustes emocionales, se derivan de la ausencia de relaciones estables, determinadas como experiencias desagradables.

CUADROS CLÍNICOS PSICOSOMÁTICOS EN LA ADOLESCENCIA (PEDREIRA MENÉNDEZ, 1990)

Problemas	Enfermedad
Respiratorios	Espasmo sollozo, Asma
Alimenticios	Caprichos alimenticios, Anorexia y bulimia, Obesidad, Abdominalgia, Ulcus
Excreción	Enuresis, Estreñimiento, Encopresis, Megacolon
Neurológicos	Algias, Migrañas, Insomnio, E. Gilles de la Tourette
Endocrinológicos	Retraso psicógeno crecimiento, Diabetes
Dermatológicos	Alopecias, Psoriasis, Tricotilomanías, Dermatitis Pruritos

Cuadro IV

PORCENTAJE DE MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS EN LA ADOLESCENCIA



Grafica 1

Los adolescentes con enfermedad crónica pueden sentir que se hallan en una dirección opuesta. Por un lado debe de ocuparse del problema físico, lo cual

requiere que dependa de la vigilancia familiar. Por otro lado, desea ser independiente y participar con sus amigos en varias actividades.

Su enfermedad puede hacer que el adolescente se atrase en la escuela o que trate de evitar algunos juegos o actividades que requieran de esfuerzo físico, en si su vida es diferente a la de otros adolescentes. El sobreproteger al adolescente enfermo dificulta su socialización y nunca aprenderá a separarse de los padres cuando sea tiempo de participar en actividades para ellos.

2.6 Escalas para evaluar la alexitimia

Es indudable la dificultad que acarrea evaluar constructos psicológicos complejos, mas a un cuando, como en el caso de la alexitimia que, se encuentra en continua expansión y redefinición conceptual.

Por lo cual se han diseñado diferentes técnicas de evaluación del constructo alexitimia: escalas, cuestionarios, guías de observación, técnicas proyectivas y análisis de contenido verbal. De las cuales se destacan los instrumentos de observación en la entrevista clínica, las técnicas proyectivas, el análisis del contenido verbal y medidas de auto informe. El desarrollo de instrumentos validos y fiables ha posibilitado que la investigación sobre esta avance considerablemente. Para conseguir la evaluación sistemática y la referencia teórica del constructo, las medidas de alexitimia deben de cumplir los requerimientos generables exigibles a las medidas estandarizadas de personalidad. En este sentido el desarrollo de la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan y Bagby, 1985) y más recientemente de la versión revisada TAS-

20 (Bagby, Taylor, y Parker, 1994), proporcionan en la actualidad a los investigadores teóricos y clínicos instrumentos que poseen notables propiedades psicométricas.

La escala TAS-20, esta integrada por veinte ítems, cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. La puntuación obtenida por un sujeto se puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y sus autores plantean un puntaje de corte de 61 para diagnosticar un sujeto como alexitimico (se debe de tener en cuenta que hay que invertir los ítems 4, 5, 10,18 y 19 antes de realizar la sumatoria para obtener la puntuación total).

Las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial de tres factores:

1. Dificultad para identificar sentimientos y dificultarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, definida por los ítems TAS01, TAS03, TAS06, TAS07, TAS09, TAS13 y TAS14;
2. Dificultad para describir los sentimientos a los demás, operacionalizada a través de los ítems TAS02, TAS04, TAS11, TAS12 y TAS17;
3. Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, medio a través de ítems TAS05, TAS08, TAS10, TAS15, TAS16, TAS18, TAS19 y TAS20.

Diversos estudios han demostrado las propiedades psicométricas transculturales de este instrumento. Por lo tanto la Escala de Alexitimia de Toronto es un criterio fiable y valido de alexitimia. Se trata de un instrumento

específico (95%) que sensible (78%), lo que sugiere su mayor capacidad para detectar ausencia de rasgos que su presencia.

Evaluar la escala de alexitimia es de suma importancia debido a que en este concepto se incluyen una serie de rasgos que se presentan en enfermos psicosomáticos, principalmente con las siguientes características: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de la autoevaluación. La característica más importante de la alexitimia es la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, en sueños y fantasías.

Es una realidad que la alexitimia es de índole teórico y clínico que esta se relaciona con distintas estructuras psicopatológicas y cuadros clínicos, su detección a través del discurso y por medio de la evaluación psicométrica permitirían decidir modalidades terapéuticas acordes con este indicador.

Por lo tanto hoy podemos insistir y considerar en el actual interés del constructo alexitimia en el desarrollo de un instrumento diagnóstico confiable y válido. Considerando evidentemente la necesidad de ampliar los recursos clásicos de la psicoterapia verbal frente a la dificultad de sujetos con alexitimia para las terapias de insight. El peso de los factores socioculturales y las particularidades de la comunicación llevan a seguir la consideración de las categorías y las significaciones emocional es que se podrían dar en un encuentro terapéutico.

M É T O D O

Estudios psicosomáticos han arrojado elementos importantes en la relación de enfermedades crónicas con la mente. Sánchez García en 2004 valora, la importancia del estrés y los factores psicológicos en la aparición, evolución y tratamiento de ciertas enfermedades físicas.

Estudios psicológicos en adolescentes que padecen una enfermedad crónica indican que la mayor parte de estos, al principio se niegan a creer que están enfermos y después se sienten culpabilidad e ira.

El estudio actual sobre la alexitimia se hace de acuerdo a la sintomatología y manifestaciones psicológicas de los padecimientos. No se ha definido un perfil psicológico específico de estos pacientes, pero se aprecia que un gran número, presentan la necesidad afectiva de ser protegidos y desarrollando actitudes de dependencia frente a la madre, junto a un temor desproporcionado a separarse de la figura materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presente investigación trabajó mediante un estudio descriptivo, para evaluar si existen y cómo se manifestaban la alexitimia en adolescentes que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad aguda o crónica de ambos sexos con edades entre 12 y 18 años.

OBJETIVO GENERAL.

Estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer una enfermedad física, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia y el tipo de enfermedad en adolescentes.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- 1) Evaluar las diferencias entre el sexo masculino y el femenino en las manifestaciones de alexitimia.
- 2) Conocer como influye la edad y la escolaridad en las manifestaciones de la alexitimia.
- 3) Comprender las características de alexitimia en adolescentes con enfermedad crónica o aguda.
- 4) Analizar las manifestaciones de alexitimia entre pacientes en urgencias y hospitalizados.
- 5) Observar como influye el número de hermanos y con quien viven los adolescentes en la manifestación de rasgos de alexitimia.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La manera en como las características de alexitimia en adolescentes se puede evaluar a través del Cuestionario adaptado TAS20: Escala de alexitimia de Toronto de 20 elementos (Ver anexo 1).

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las características de alexitimia entre el sexo, edad, etapa de desarrollo escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive,

número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos para el estudio de características de alexitimia en adolescentes con padecimientos físicos crónicos y agudos.

H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre las características de alexitimia el sexo, edad, etapa de desarrollo escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos para el estudio de características de alexitimia en adolescentes con padecimientos físicos crónicos y agudos.

VARIABLES.

Variable Independiente: Tipo de padecimiento o enfermedad aguda o crónica

Variable Dependiente: Rasgos de alexitimia detectados por el instrumento Escala de alexitimia de Toronto de 20 elementos (TAS-20).

Variables Atributivas: Sexo, edad, etapa de desarrollo escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos para el estudio de características de alexitimia en adolescentes con padecimientos físicos crónicos y agudos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente: manera en la que los adolescentes contestan al Cuestionario adaptado TAS20: Escala de alexitimia de Toronto de 20 elementos.

Alexitimia: Del griego “sin palabras para los sentimientos”. Consiste en un trastorno de las funciones afectivas y cognitiva, cuyas características principales son la dificultad para reconocer y expresar los sentimientos, escasez de fantasías, descripciones de síntomas físicos en vez de emociones, y conversación e ideas estrictamente limitadas a acontecimientos externos.

Enfermedad Crónica: Son aquellas que comúnmente se adquieren por estilos de vida inapropiados, aunque hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones.

Enfermedad Aguda: Cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Esto implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno, que dure no más de 2 semanas en el cuerpo.

Edad: tiempo de vida que ha pasado desde el nacimiento.

Sexo: diferencia entre los machos y las hembras que se nota en la distinta forma del cuerpo.

Escolaridad: Nivel de estudios en un sujeto.

Con quién vive: Organización en hogares donde se desenvuelve cotidianamente la vida familiar y en el cual sus miembros comparten el mismo techo.

Número de hermanos: Organización dinámica formada por personas que tienen la misma sangre que comparten la misma cultura y contexto social.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente: Enfermedades físicas crónicas y agudas

Alexitimia: Rasgos que se presentan en enfermos psicosomáticos: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles extremos y con poca creatividad y distorsión de la auto evaluación a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

Tipo de Enfermedad: aguda y crónica

Edad: de 12 a 18 años

Sexo: masculino y femenino

Escolaridad: primaria, secundaria y preparatoria.

Con quién vive: ambos padres, solo con la mama, solo con el papa o otros

Número de miembros en la familia: de 1 a 5.

POBLACIÓN.

De acuerdo a los datos más actuales proporcionados por el Hospital Juárez de México durante el 2005, se proporcionaron servicios normales y de corta instancia en las instalaciones en la División de Pediatría a 3995 sujetos de ambos sexos que van de los 0 meses a los 18 años.

TIPO DE MUESTRA.

Es accidental, ya que se toman los sujetos disponibles (Kerlinger, 2002); y considerando el número de sujetos que atiende el Hospital Juárez de México, se conformaron grupos de acuerdo al sexo, al tipo de padecimiento, considerando dos grupos de edad, teniendo, uno de adolescentes de 12 a 14 años y otro, de adolescentes con 15 a 18 años.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Diseño transeccional descriptivo, con el objetivo de indagar la incidencia y los valores que se manifiestan en una o más variables o ubicar o categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (Sampieri, 2003). Por lo tanto en el estudio se busco describir cuantitativa y cualitativamente los rasgos de alexitimia en adolescentes con enfermedades crónicas o agudas a través de la: Escala de alexitimia de Toronto de 20 elementos (TAS20).

SUJETOS.

Participaron en el siguiente estudio 45 adolescentes de ambos sexos con una escolaridad de primaria a preparatoria, que asisten a tratamiento en el Hospital Juárez de México, con edades entre 12 a 18 años. El tiempo de padecimiento varía ya que no existe un patrón de la manifestación de la enfermedad y el diagnóstico, así como del conocimiento de su enfermedad debido a que sus padres no se los explican adecuadamente.

INSTRUMENTO

“CUESTIONARIO ADAPTADO TAS20: ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO”

Autor: Taylor, Bryan & Bagby (1985)

Origen: Esta escala fue elaborada con 20 personas que aseveraron estar enamoradas de un miembro del sexo opuesto, y 20 que tenían una amistad con alguien del sexo opuesto. Se descubrió que la relación de amor se podía distinguir de manera significativa de la de guardar sólo compañía o de tener únicamente amistad, en términos de cuatro de las cinco subescalas de la Escala del Amor, así como en términos de cuatro de las puntuaciones totales. Se encontró que dos de los aspectos más importantes de una relación de amor son la atracción física y el apego. Los dos aspectos más importantes de una relación de salir juntos parecen ser la compatibilidad y la atracción física, y los dos aspectos más relevantes de una amistad parecieron ser la compatibilidad y el respeto.

Objetivo: Evaluar tres subescalas que son: a) dificultad para la discriminación de señales, b) dificultad en la expresión verbal de las emociones y c) pensamiento orientado hacia detalles extremos.

Aplicación: Individual y/o Colectiva.

Tiempo de aplicación: 20 minutos

Edad de aplicación: Adolescentes y Adultos.

Significado: Esta escala tiene 3 subescalas conformada por los siguientes aspectos:

a) Pensamiento Orientado Hacia Detalles Extremos: dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional.

b) Dificultad De Expresión Verbal De Las Emociones: dificultad para describir los sentimientos a los demás.

c) Descripción De Señales Emocionales: estilo de pensamiento orientado a lo externo.

Número de ítems: La escala TAS-20, esta integrada por veinte ítems con tres escalas que la integran y los reactivos que se acomodan según estas, descritas a continuación.

Descripción de la escala	
Escala	Reactivos
Descripción De Señales Emocionales	TAS01, TAS03, TAS06, TAS07, TAS09, TAS13 y TAS14;
Dificultad De Expresión Verbal De Las Emociones	TAS02, TAS04, TAS11, TAS12 y TAS17;
Pensamiento Orientado Hacia Detalles Extremos	TAS05, TAS08, TAS10, TAS15, TAS16, TAS18, TAS19 y TAS20.

Forma de calificación: se asignó un valor a cada reactivo tomando en cuenta los valores marcados en la siguiente tabla:

1	2	3	4	5	6
MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO

Una vez asignados los valores se procedió a sumar el valor de los 20 reactivos, la calificación mínima a lograr será de 20 puntos y la calificación máxima de 120.

Confiabilidad: La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de Cronbach de 0.81), así como de los tres factores principales de la misma (0,78, 0,75 y 0,66). La fiabilidad test-retest con un intervalo de tres semanas es de 0.77. En la validación española⁵ la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las

24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Estos datos son estadísticamente similares a los obtenidos en la otra validación española.

Validez: Aunque se han sugerido soluciones de 4 y 5 factores, la estructura más aceptada es la de 3 factores principales, que explican el 32,5% de la varianza. La sensibilidad del 78% y la especificidad del 95%. La correlación con el Scored Archetypal Test-9 (SAT-9) es elevada y negativa (-0,7).

Descripción de la Escala: Taylor, Ryan y Bagby (1985) desarrollaron un autoinforme, la Escala de Alexitimia de Toronto, con el objeto de disponer de un instrumento psicométrico válido y confiable; los autores emplearon para su elaboración una aproximación combinada, racional y empírica, definiendo previamente cinco áreas de contenido, que son la:

- a) Dificultad para describir sentimientos.
- b) Dificultad para describir entre sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a los estados de activación emocional.
- c) Ausencia de introspección.
- d) Conformismo social.
- e) Vida fantasiosa empobrecida y el fracaso en el recuerdo de sueño.

Sobre esta base teórica desarrollaron un grupo inicial de 41 ítems 8 extraídos del SSPS, 4 de la escala de Reconocimiento Interoceptivo de Inventario de Trastornos de la Alimentación de Garner (Garner, Olmsted y Polivy, 1983) citado en Dario y Calluso 2000), recíprocos y adaptados a un formato de respuesta tipo Likert de 5 niveles; la mitad de los ítems se puntúan de forma inversa para evitar posibles sesgos por aquiescencia.

Por último administraron la prueba a 542 estudiantes. Tras los análisis factoriales exploratorios, se seleccionaron de 26 ítems, dadas sus correlaciones con medias de ítem-total; así como por su baja correlación con medias de desensibilización social. Quedaron eliminadas de esta escala las cuestiones referidas al recuerdo de sueño y a la tendencia de usar la acción más que la reflexión, dada su baja correlación de ítem-total y/o por la correlación con los factores.

La escala muestra una adecuada confiabilidad interna, así como una buena confiabilidad tests-retest en intervalos de una y cinco semanas, y tres meses, respectivamente. Los análisis factoriales con rotación Varimax muestran una solución factorial de cuatro factores congruentes con el constructo Alexitimia que describen: a) dificultad en identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, b) dificultad en describir sentimientos, c) ensoñaciones reducidas y d) pensamiento orientado a lo externo.

Los primeros tres factores se corresponden con los rasgos del constructo definido por Nemiah y Sifneos (1970), mientras que el cuarto factor corresponde al pensamiento operativo descrito por Marty M' Uzan. (1963).

Aunque la alexitimia ha sido considerada un constructo dimensional, se establecen inicialmente puntuaciones de corte con el objeto de facilitar los estudios comparativos entre diversas poblaciones. De este modo, los sujetos que puntúan 70 o más se consideran alexitimicos.

Estudios posteriores consideraron apoyo empírico en relación con la validez convergente y discriminante de la TAS y, por tanto, del constructo Alexitimia. Así el TAS discrimina a los pacientes ambulatorios que son calificados como alexitimicos de los que no lo son, mediante una entrevista del mismo modo, las puntuaciones en la TAS correlacionan positivamente con medidas de quejas somáticas, se encuentran tasas altas de prevalencia en muestras de pacientes con abuso de sustancias toxicas (Taylor, Parker y Bagby, 1990), trastornos de alimentación (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992) y trastornos de estrés postraumático (Zeitlin, Lane, O' Leary y Schrifft, 1989).

Finalmente sus numerosas adaptaciones ponen de manifiesto que alexitimia no es únicamente un producto cultural.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo que busca especificar las propiedades, características y rasgos de alexitimia en adolescentes que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad aguda o crónica de ambos sexos con edades entre 12 y 18 años, analizando como se manifiesta en ello este fenómeno (Hernández Sampieri, 2003).

ESCENARIO.

El estudio se realizó dentro de las instalaciones del Hospital Juárez de México en la División de Pediatría en el área de urgencias y piso ubicado en Av.

Politécnico Nacional No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo Amadero.

PROCEDIMIENTO.

Una vez elegidos los sujetos del estudio se les explico el objetivo de la investigación y aceptaron participar de forma voluntaria y con el consentimiento de sus padres. Se les administro individualmente la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), posteriormente se aplico en forma verbal y las respuestas de los mismos fue también de manera verbal, el administrador anoto en el protocolo de la escala las respuestas de los sujetos. Además de los ítems de la escala se solicitaron los datos de identificación y generalidades del sujeto.

NOTA: Se adquirió el compromiso que los resultados se incorporaran a la historia clínica y comentados por el profesional (psicólogo) a cargo de la investigación.

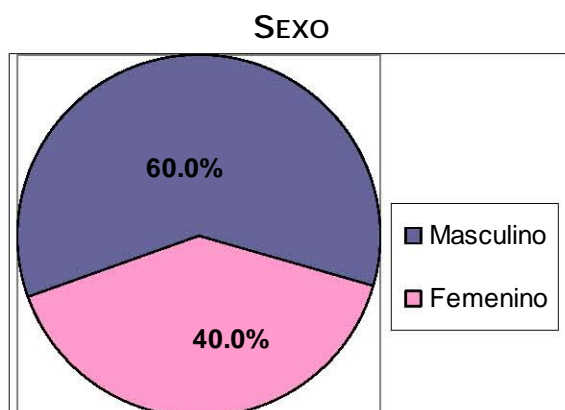
ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez realizadas las aplicaciones se procedió a calificar y codificar cada una de las respuestas del instrumento para su tratamiento estadístico mediante el paquete SPSS versión 12 para Windows, del cual se obtuvo:

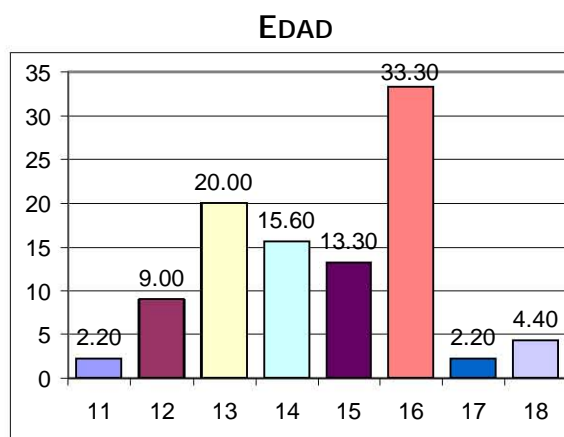
1. Medias de tendencia central y variabilidad.
2. Prueba t de student para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias, tomando en cuenta cada variable.
3. Análisis de Varianza para valorar si más de dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias, tomando en cuenta cada variable.

R E S U L T A D O S

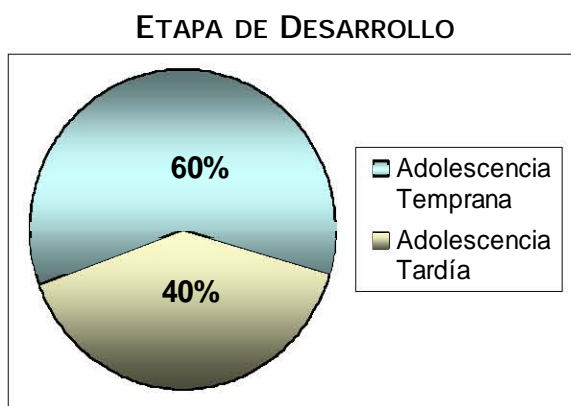
Se utilizó una muestra de tipo accidental en la presente investigación conformada por 45 sujetos, los cuales se agruparon por sexo, edad, etapa de desarrollo, escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos. En cuanto al sexo fueron 18 mujeres y 27 hombres como se observa en la gráfica 2.



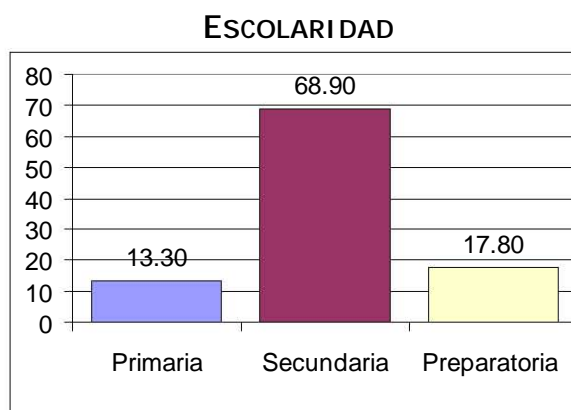
Grafica 1



Grafica 2



Grafica 3

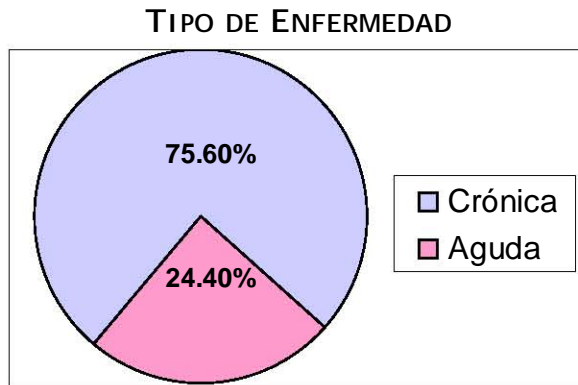


Grafica 4

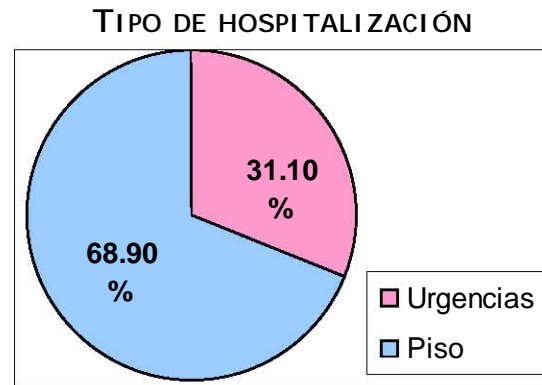
Conforme a la edad (Ver gráfica 3) se agruparon en etapas de desarrollo, formándose dos grupos (Ver gráfica 4), de acuerdo a la OMS: en Adolescentes tempranos 10 a 14 años y Adolescentes tardíos de 15 a 18 años. La media de

edad del primer grupo fue de 13 años y la del segundo de 16 años, y la media grupal fue de 14 años con siete meses.

En la gráfica 5 se observa como la muestra se distribuye en tres niveles de escolaridad, 6 cursaban la primaria, 31 la secundaria y 8 la preparatoria.

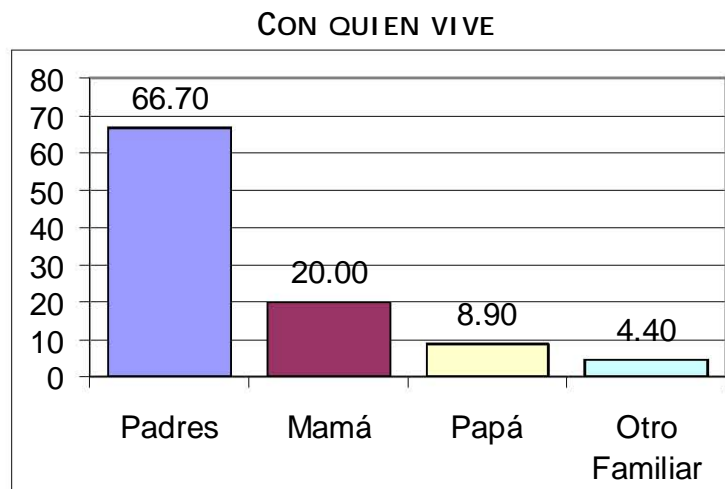


Grafica 5



Grafica 6

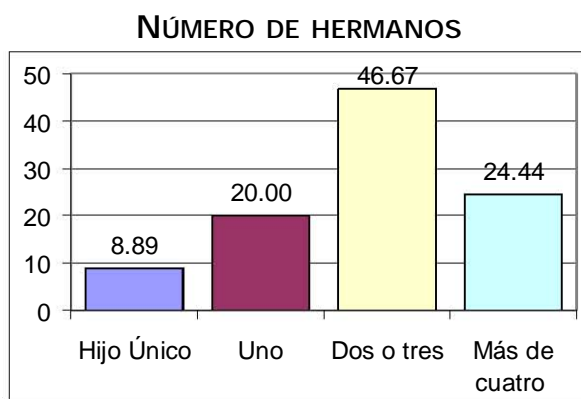
De acuerdo al tipo de enfermedad 34 sujetos padecían una enfermedad crónica y 11 tenían una enfermedad aguda, como se observa en la gráfica 6. En la gráfica 7 se indica que 14 adolescentes se encuentran en urgencias y en piso 31 adolescentes.



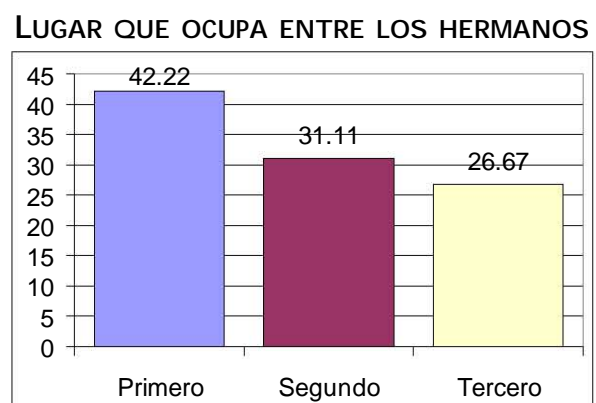
Grafica 7

Estos reportaron que viven principalmente con sus padres (30), 9 con su mamá, 4 solo con su papá y 2 con otros familiares. Ver gráfica 8

En la gráfica 9, se reporta que 4 son hijos únicos, 9 tienen un hermano, 21 tienen de dos a tres hermanos y 11 tienen más de cuatro hermanos. El lugar que ocupan entre los hermanos 19 son el primer lugar, 14 el segundo lugar y 12 el segundo lugar entre los hermanos.



Grafica 8

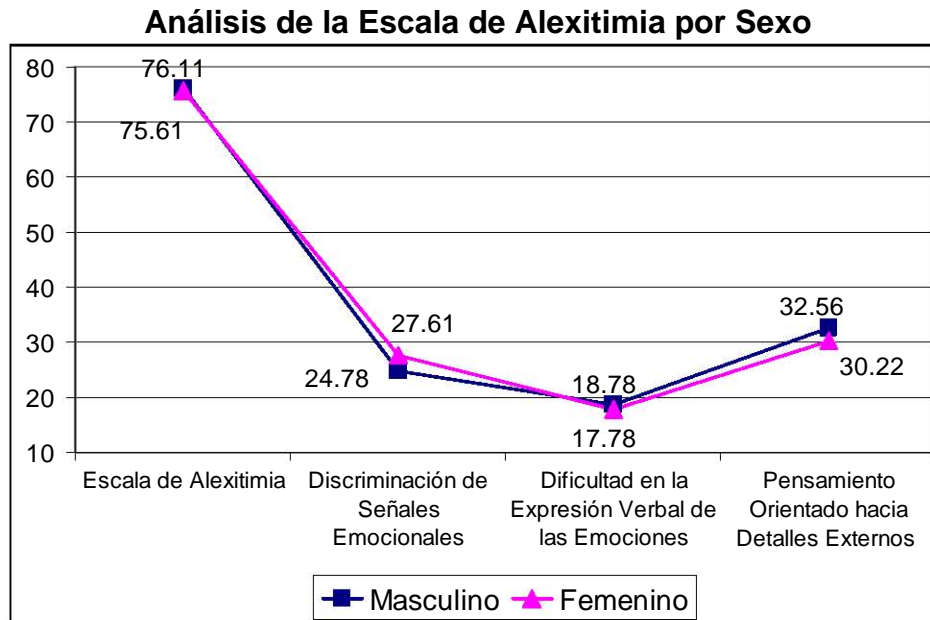


Grafica 9

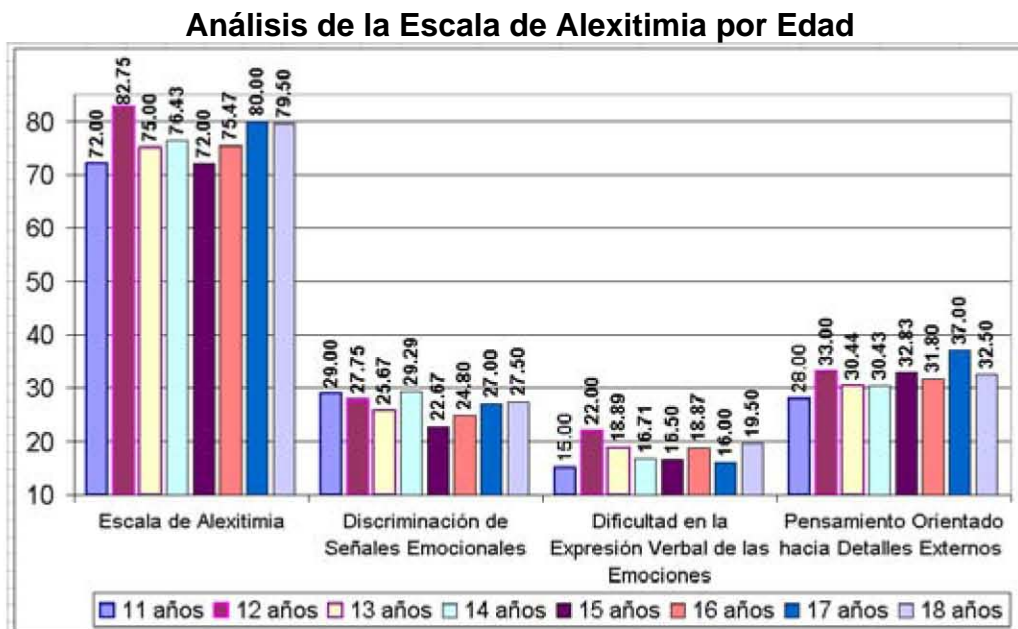
ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20).

Este análisis se determinó a través del uso de medias, a partir de las respuestas de los adolescentes y comparando cada uno de los grupos como sexo, edad, etapa de desarrollo, escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos y lugar que ocupa entre sus hermanos, ante las respuestas de las tres subescalas como: dificultad para la discriminación de señales, dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos.

En la gráfica 11, se observan pocas discrepancias entre los puntajes obtenidos en la escala de alexitimia, para la subescala de discriminación de señales emocionales las mujeres marcan diferencia, mientras que los hombres lo marcan en la subescala de pensamiento orientado hacia detalles externos.



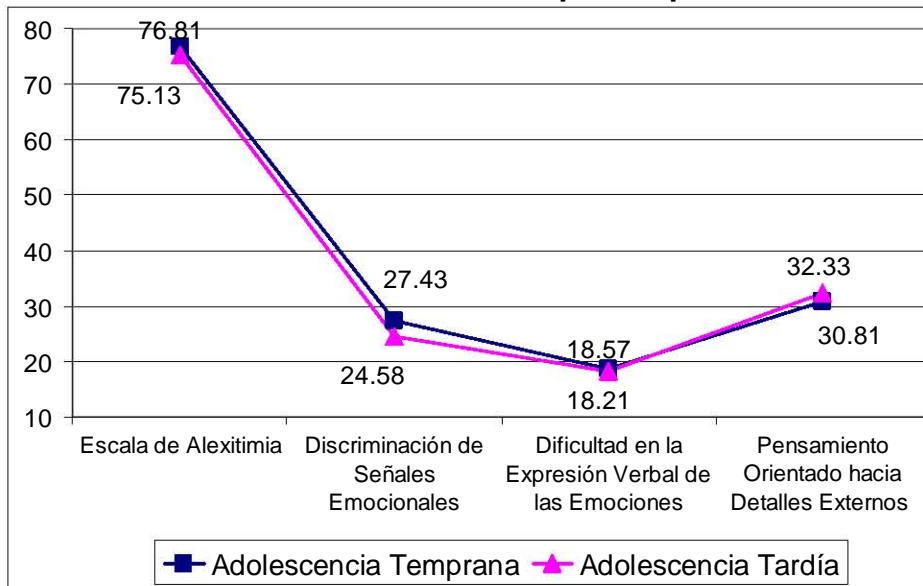
Grafica 10



Grafica 11

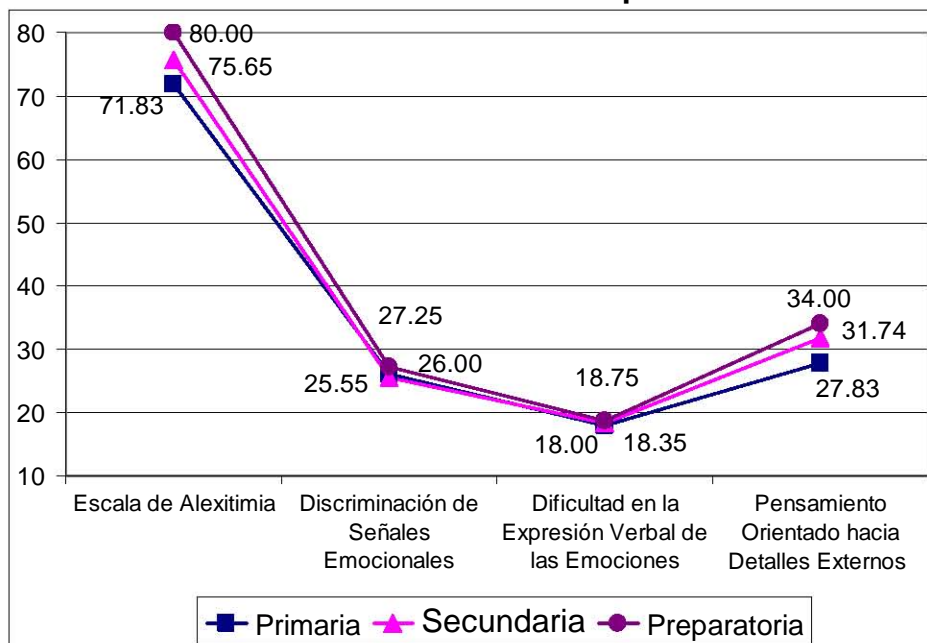
Comparando las gráficas 12 y 13, se aprecian mejor las diferencias por edad que por etapa de desarrollo, se puede determinar que los adolescentes de menor edad obtienen puntuaciones bajas en las escalas de alexitimia que los sujetos de mayor edad.

Análisis de la Escala de Alexitimia por Etapa de Desarrollo



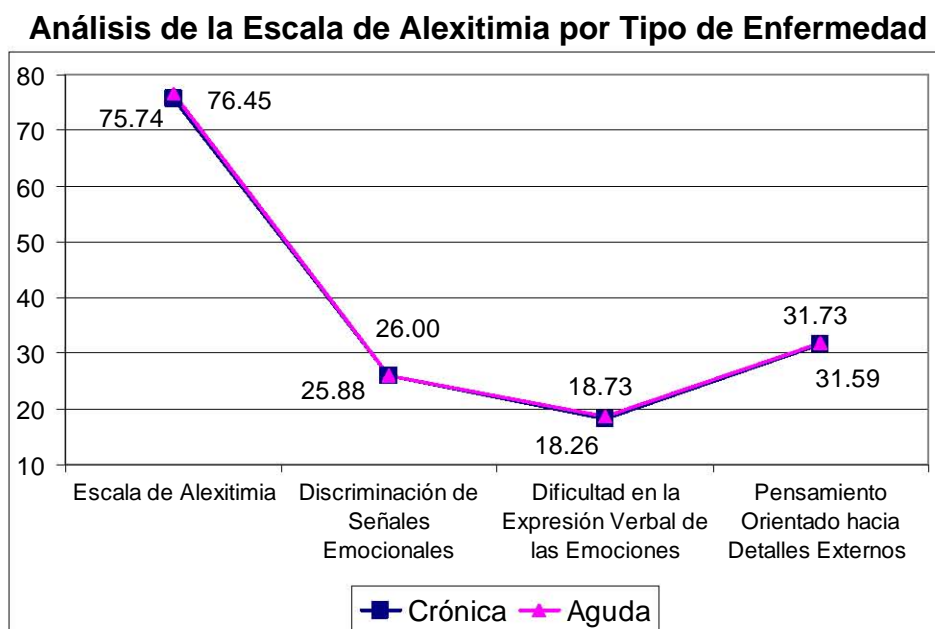
Grafica 12

Análisis de la Escala de Alexitimia por Escolaridad



Solo en la escala de discriminación de señales emocionales se observan diferencias claras entre los tipos de adolescentes.

En la gráfica 14 se observa que las puntuaciones aumentan a mayor escolaridad en los adolescentes en la escala de alexitimia, discriminación de señales y pensamiento orientado hacia detalles externos, mientras que se mantienen semejantes las puntuaciones en los tres grupos de escolaridad en la subescala dificultad en la expresión verbal de las emociones.



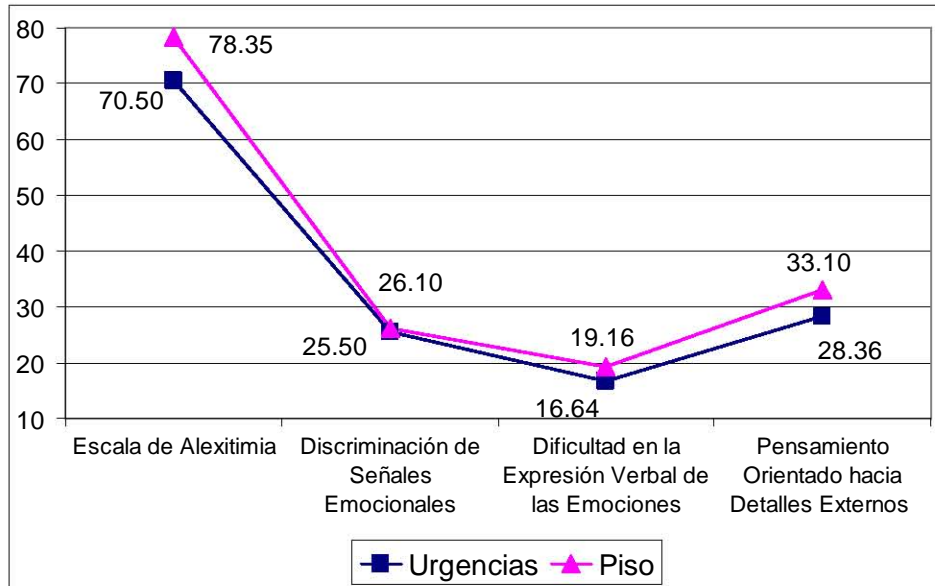
Grafica 14

Por tipo de enfermedad se advierte que las puntuaciones son similares en los enfermos crónicos y agudos en la escala de alexitimia y sus tres subescalas (Ver gráfica 15).

En la subescala de discriminación de señales emocionales como se evalúa en la gráfica 16 las puntuaciones son casi parecidas en los pacientes

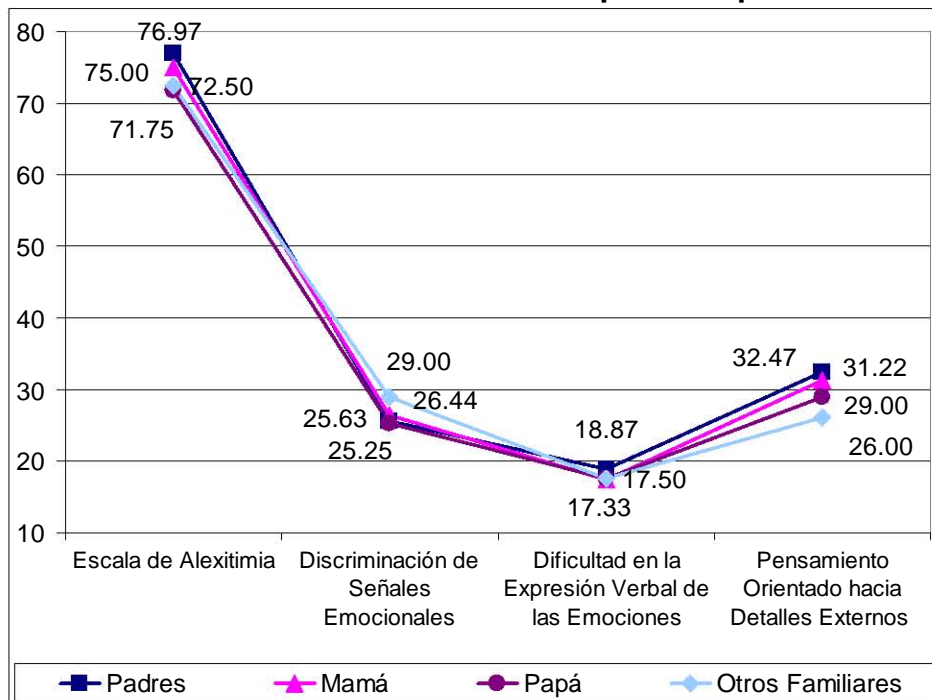
hospitalizados en piso y urgencias. Mientras que en los tres rubros restantes los pacientes de piso mantienen mas altas las características de alexitimia.

Análisis de la Escala de Alexitimia por Tipo de Hospitalización



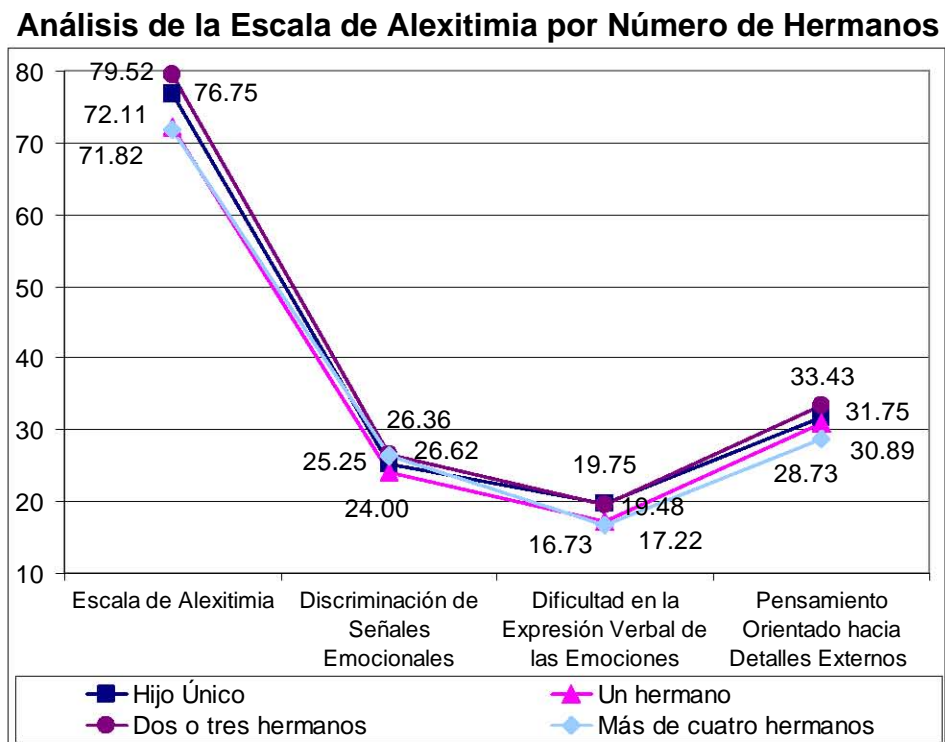
Grafica 15

Análisis de la Escala de Alexitimia por con quien vive



Grafica 16

En la gráfica 17, se observa variabilidad entre las puntuaciones obtenidas en la escala de alexitimia, siendo los que viven con sus padres los que tienen mayores puntuaciones en la escala de alexitimia y en las subescalas de dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos. Los adolescentes que viven con su papá u otros familiares tienen puntuaciones más bajas, que los que viven con su mamá.

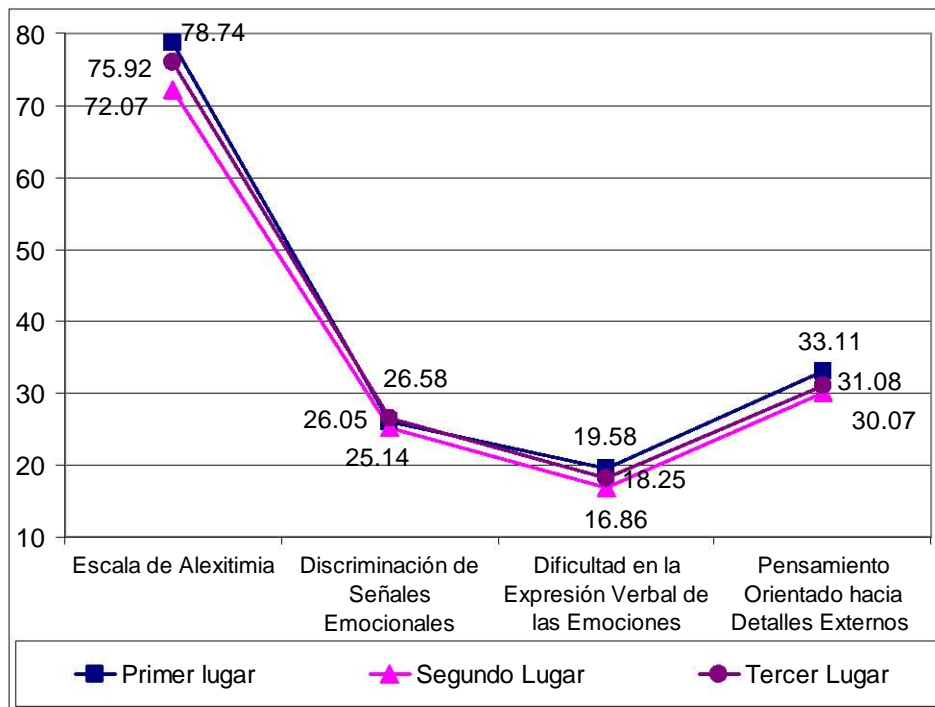


Gráfica 17

Se analiza en la gráfica 18 que los adolescentes que cuentan con más de cuatro hermanos obtienen puntuaciones bajas en la escala y subescala de alexitimia; mientras que los que tienen dos o tres hermanos obtienen puntuaciones altas. Los que son hijos únicos obtienen puntuación alta en la escala de alexitimia.

De acuerdo al lugar que ocupan entre los hermanos los adolescentes que son hermanos mayores presentan mayores puntuaciones en la escala y la subescala de alexitimia, se observa que los que están en segundo orden entre los hermanos presentan puntuaciones mas bajas en los cuatro elementos analizados de la escala (ver gráfica 19).

Análisis de la Escala de Alexitimia por Lugar que ocupan entre sus Hermanos



Grafica 18

D I F E R E N C I A S E N T R E G R U P O S

Prueba t de Student

La prueba t de student se utilizó para encontrar diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 entre sexos, etapa de desarrollo, tipo de enfermedad y hospitalización. Por sexos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala y subescalas de alexitimia. Al

realizar diferencias entre cada uno de los reactivos se encontraron diferencias entre el reactivo 4 y 15 (ver tabla 1 y 2) entre el sexo masculino y femenino, marcando esta diferencia significativa los del sexo masculino.

Al analizar las etapas de desarrollo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Discriminación de Señales Emocionales (ver tabla 4), marcando esta diferencia los adolescentes tempranos. Al buscar diferencias entre las dos etapas de desarrollo por reactivos, se encontró que los adolescentes tempranos marcaron esta diferencia en los reactivos: 1, 9 y 13 (ver tabla 7, 8 y 9).

Reactivo 4						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Masculino	27	4.04	1.53	43	2.00	1.68
Femenino	18	3.06	1.66			

Tabla 1

Reactivo 15						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Masculino	27	4.04	1.53	43	1.93	1.68
Femenino	18	3.11	1.60			

Tabla 2

Escala de Alexitimia						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	76.8	9.45	43	0.50	1.68
A. Tardía	24	75.1	12.6			

Tabla 3

Discriminación de Señales Emocionales						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	27.4	4.41	43	1.84	1.68
A. Tardía	24	24.6	5.77			

Tabla 4

Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	18.6	3.74	43	0.30	1.68
A. Tardía	24	18.2	4.38			

Tabla 5

Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	30.8	6.31	43	-0.85	1.68
A. Tardía	24	32.3	5.74			

Tabla 6

Reactivo 1						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	4.76	0.94	43	1.94	1.68
A. Tardía	24	4.00	1.56			

Tabla 7

Reactivo 9						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	4.33	1.35	43	2.48	1.68
A. Tardía	24	3.21	1.64			

Tabla 8

Reactivo 13						
Etapa de desarrollo	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
A. Temprana	21	4.14	1.42	43	1.71	1.68
A. Tardía	24	3.38	1.56			

Tabla 9

Solo en el reactivo 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los enfermos crónicos y agudos, caracterizando la diferencia los enfermos crónicos (ver tabla 10).

Reactivo 12						
Tipo de enfermedad	N	\bar{X}	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Crónica	34	4.12	1.63	43	2.01	1.68
Aguda	11	3.00	1.48			

Tabla 10

ANÁLISIS DE VARIANZA

Prueba de Turkey

Para hacer comparaciones significativas entre más de dos grupos se utilizó la prueba Turkey. Las diferencias se dieron al analizar los reactivos; para la escala y las subescalas de alexitimia no hubo diferencias significativas al comparar nivel de escolaridad, con quien viven, número de hermanos y lugar que ocupan entre los hermanos.

En el reactivos 10 (ver tabla 11) se encontraron diferencias significativas entre los grupos de escolaridad, marcando esta los adolescentes que cursan preparatoria a comparación de los que cursan primaria y secundaria. Esta diferencia se la marcan al obtener una media superior en comparación con los otros grupos.

Reactivo 10					
Escolaridad	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Primaria	6	2.83	1.72	Secundaria	-1.1
				Preparatoria	-2.042(*)
Secundaria	31	3.94	1.53	Primaria	1.102
				Preparatoria	-0.94
Preparatoria	8	4.88	0.83	Primaria	2.042(*)
				Secundaria	0.94

Tabla 11

Reactivo 14					
Vive	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Padres	30	3.13	1.47	Mamá	-1.756(*)
				Papá	-0.117
				Otros familiares	-0.367
Mamá	9	4.88	0.78	Padres	1.756(*)
				Papá	1.639
				Otros familiares	1.389
Papá	4	3.25	2.06	Padres	0.117
				Mamá	-1.639
				Otros familiares	-0.25
Otros	2	3.50	2.12	Padres	0.367
				Mamá	-1.389
				Papá	0.25

Tabla 12

Reactivo 15					
Vive	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Padres	30	3.97	1.56	Mamá	0.411
				Papá	2.217(*)
				Otros familiares	0.467
Mamá	9	3.56	1.59	Padres	-0.411
				Papá	1.806
				Otros familiares	0.056
Papá	4	1.75	0.50	Padres	-2.217(*)
				Mamá	-1.806
				Otros familiares	-1.75
Otros	2	3.50	2.12	Padres	-0.467
				Mamá	-0.056
				Papá	1.75

Tabla 13

De acuerdo a la variable con quien viven en los reactivos 14 y 15 (ver tabla 12 y 13) se encontraron diferencias estadísticamente significativas,

* Nivel de significancia del 0.05

sobresaliendo los adolescentes que viven con la mamá y los que viven con ambos padres respectivamente a comparación de los otros grupos. La diferencia esta marcada al obtener una media superior.

Al comparar los grupos por el número de hermanos que cuentan los adolescentes, se encontraron diferencias en el reactivo 10 (ver tabla 14), entre los grupos que tienen dos a tres hermanos y los que tienen más de cuatro hermanos, marcando la diferencia el primer grupo.

Reactivo 10					
Hermanos	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Hijo Único	4	3.75	2.10	Uno	0.306
				2 o 3	-0.917
				Más de 4	0.659
Un hermano	9	3.44	1.74	Hijo Único	-0.306
				2 o 3	-1.222
				Más de 4	0.354
Dos o tres hermanos	21	4.67	1.00	Hijo Único	0.917
				Uno	1.222
				Más de 4	1.576(**)
Más de cuatro hermanos	11	3.09	1.80	Hijo Único	-0.659
				Uno	-0.354
				2 o 3	-1.576(*)

Tabla 14

Reactivo 15					
Hermanos	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Hijo Único	4	3.75	1.50	Uno	-0.361
				2 o 3	-0.44
				Más de 4	1.477
Un hermano	9	4.11	1.45	Hijo Único	0.361
				2 o 3	-0.079
				Más de 4	1.838(*)
Dos o tres hermanos	21	4.19	1.44	Hijo Único	0.44
				Uno	0.079
				Más de 4	1.918(*)
Más de cuatro hermanos	11	2.27	1.42	Hijo Único	-1.477
				Uno	-1.838(*)
				2 o 3	-1.918(*)

Tabla 15

En el reactivo 15, los que tienen más de 4 hermanos marcan la diferencia con los grupos de un hermano y los que tienen de dos a tres hermanos (ver tabla15). En el reactivo 17, los adolescentes que tienen un hermano se diferencian con los que tienen dos o tres hermanos y los que tienen más de cuatro hermanos (ver tabla16).

* Nivel de significancia de 0.05

En el reactivo 12, de encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los que se encuentran en segundo y tercer lugar entre los hermanos, dando la diferencia los que se encuentran en tercer lugar (ver tabla17). En la tabla 18 se observan entre los que tienen el segundo lugar entre los hermano y el primer lugar, caracterizando la diferencia estos últimos.

Reactivo 17					
Hermanos	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Hijo Único	4	3.5	1.73	Uno	-0.722
				2 o 3	-0.452
				Más de 4	1.136
Un hermano	9	4.22	1.30	Hijo Único	0.722
				2 o 3	0.27
				Más de 4	1.859(*)
Dos o tres hermanos	21	3.95	1.43	Hijo Único	0.452
				Uno	-0.27
				Más de 4	1.589(*)
Más de cuatro hermanos	11	2.36	1.36	Hijo Único	-1.136
				Uno	-1.859(*)
				2 o 3	-1.589(*)

Tabla 16

Reactivo 12					
Lugar que ocupa	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Primero	19	4.05	1.68	2º Lugar	1.267
				3er Lugar	-0.697
Segundo	14	2.79	1.63	1er lugar	-1.267
				3er Lugar	-1.964(*)
Tercero	12	4.75	0.87	1er lugar	0.697
				2º Lugar	1.964(*)

Tabla 17

Reactivo 18					
Lugar que ocupa	N	\bar{X}	DS	Grupo Comparativo	Diferencia de Medias
Primero	19	4.74	1.19	2o Lugar	1.308(*)
				3er Lugar	0.654
Segundo	14	3.43	1.70	1er lugar	-1.308(*)
				3er Lugar	-0.655
Tercero	12	4.08	1.38	1er lugar	-0.654
				2o Lugar	0.655

Tabla 18

* Nivel de significancia de 0.05

I N T E R P R E T A C I Ó N D E R E S U L T A D O S

La muestra utilizada en el estudio fue de tipo accidental, representada por características determinantes como sexo, edad, etapa de desarrollo, escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos para el estudio de características de alexitimia en adolescentes con padecimientos físicos crónicos y agudos.

A continuación se presenta el análisis cuantitativo y cualitativo (interpretación de resultados) la cual se hizo de la siguiente manera:

- 1) Especificación de resultados que incluye una explicación y descripción de los resultados obtenidos por el cuestionario de Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y los sujetos que conforman la muestra,
- 2) Diferencias estadísticamente significativas entre grupos como: sexo, edad, etapa de desarrollo escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos, las cuales se obtuvieron a través de de la prueba "t" y la prueba Tukey en cada una de las subescalas utilizadas.

1) DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS GENERALES DE ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20).

Se encontró que los adolescentes presentan rasgos de alexitimia los cuales están relacionados con el sexo, edad, escolaridad, por el tipo de hospitalización, por quien vive, el número de hermanos que tienen y el lugar que

ocupan entre sus hermanos, Sullivan (1966) entiende que el ser humano como una unidad psicosomática-social y rechaza toda posición psicológica que pretenda analizarlo en una situación, es decir desconectado de una integración interpersonal (citado en Mandolini 1994).

Se observan pocas discrepancias entre los puntajes obtenidos en la escala de alexitimia. La cual consta de tres subescalas en la primera la subescala de discriminación de señales emocionales con respecto al **sexo** las mujeres marcan diferencia obteniendo el puntaje más alto en los rasgos de alexitimia de esta subescala, demostrando una dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la actividad emocional; dicho de otra manera la forma en como asimilan el padecimiento físico crónico y agudo. Esto relacionado con la opinión que tiene Páez y Calluso (2000) la visión de la vivencia subjetiva emocional y la ausencia de comunicación sobre ella, es decir la represión psicológica y social de la expresión emocional, provoca un recuerdo empobrecido o déficit de la memoria personal, así como un trabajo fisiológico que, a la larga, conlleva problemas en la salud psicofisiológica. Los déficits del procesamiento cognitivo intra e interpersonal, de los sucesos emocionales están asociados con conductas de evitación, imágenes intrusitas, pensamientos repetitivos, al revivir las emociones negativas y trastornos de la salud. De acuerdo a Erickson (1963,1998) (citado en Cueli y Reidl 1972) dentro de la etapa de identidad frente a confusión de rol, el peligro en esta etapa se da cuando esta se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad. Por lo cual es de suma

importancia la opinión de McDougall (1993) el cual, considera “Psicosomático se lo reserva para los trastornos orgánicos donde la difusión fisiológica es demostrarle. Aunque parece no tener significado simbólico alguno, se presentan ligados, sin embargo, a la estructura de personalidad del paciente, las circunstancias de su vida, su historia, etc.; vale decir, en conexión con situaciones de estrés procedentes ya sea del interior del individuo o de su medio inmediato. Sin embargo, el paciente psicossomático rara vez percibe tales conexiones y a menudo no es conciente de estar sometido a un estado de tensión particular”.

Con respecto a los hombres marcan la diferencia en la subescala de pensamiento orientado hacia detalles externos, obteniendo un puntaje superior al de las mujeres por lo cual se muestran rasgos alexitimicos que se reflejan en la dificultad para describir sentimientos a los demás. Sánchez (2004) considera que quienes sufren alexitimia deben de ser considerados “analfabetos emocionales”, porque no saben expresar su afectividad ni con palabras ni con gestos. Considerando a la “alexitimia como un trastorno afectivo-cognitivo y de la comunicación”, por lo cual señala “es mucho mas prevalente, de hecho, por cada diez varones con este problema solo hay dos mujeres”, la explicación que agrega es que los dos hemisferios cerebrales femeninos, con mayor plasticidad neuronal, están mas integrados gracias a que el cuerpo caloso que los une es más voluminoso. El cerebro masculino tiene menos conectados ambos hemisferios, y el derecho (que controla las emociones) esta subordinando al izquierdo que controla el lenguaje y el pensamiento abstracto.

Con respecto a la **edad y etapas de desarrollo** se aprecian mejor las diferencias por la edad que por etapa de desarrollo por lo cual los adolescentes de 12 a 15 años obtienen puntuaciones bajas en las escalas de alexitimia que los adolescentes de 16 a 19 años de edad por lo cual. Es evidente que según Alonso Fernández (2004) la alexitimia puede aparecer a cualquier edad, incluso desde la infancia, va aumentando con la edad, de modo que por cada diez jóvenes afectados hay catorce adultos. En estas diferencias encontramos dos tipos de características: los que ni sienten ni expresan y los que sienten pero no expresan. Compartiendo algunos de los siguientes rasgos: incapacidad para reconocer los estados emocionales ajenos pobreza de sueños y vida imaginativa; ausencia de libido; poca comunicación, serios, aburridos, secos, simplistas y con una visión equivocada de la realidad; psicomotricidad rígida y áspera, y dificultades para establecer vínculos afectivos. Por lo cual solo en la escala de discriminación de señales emocionales se observan diferencias claras entre los tipos de adolescentes. Por esta razón Sullivan (1966) considera que la personalidad se desarrolla a través de las etapas descritas y cuando los fenómenos correspondientes a cada una han cumplido bien, la siguiente puede continuar fácilmente. Si la adolescencia ha sido superada correctamente, el individuo sale de ella victoriosa pero en el caso de la alexitimia no se da este progreso.

En cuanto a la **escolaridad** se observa que las puntuaciones aumentan a mayor escolaridad en los adolescentes en la escala de alexitimia, discriminación de señales y pensamiento orientado hacia detalles externos, mientras que se

mantiene casi homogénea en las puntuaciones de los tres grupos de escolaridad en la subescala de dificultad en la expresión verbal de las emociones. Lo cual quiere decir que la escolaridad influye significativamente en la aparición de rasgos alexitimicos en los adolescentes con padecimientos físicos crónicos y agudos. Desde el punto de vista de Karl y William Smith (citado en Sánchez Hidalgo, 1988) ofrece una definición de conducta en la forma siguiente “respuesta de un organismo vivo a su medio; adaptaciones que realiza un individuo a las condiciones y cambios del mundo que le rodea”. Reconociendo que a medida que se va alcanzado un mayor nivel cultural a los largo de la vida en este caso la educación los adolescentes tienden a adaptarse o desadaptarse dentro de este entorno y condiciones que los rodean, por lo tanto es importante considerar lo que plantea Erickson (1966), sostiene que los adolescentes empiezan a responder a causa de los cambios en su medio y que a veces no responde a ninguna perspectiva sobre el futuro, es decir no existe una visión en el adolescente de lo que desea y que pasará con él.

Aunado la alexitimia y la difusión de identidad, los adolescentes suelen variar sus elecciones mostrando serias señales inequívocas de inestabilidad, lo que Erickson (1959) considera moratoria psicosocial en el que se deberían ensayar muchos papeles sociales antes de hacer elecciones permanentes sobre su vida, pero que la situación de enfermedad de estos adolescentes no les permite planear nada. Cabe señalar que los adolescentes ante la inestabilidad en la escuela no están sujetos a cambios importantes en su entidad biosicosocial por lo cual la escuela y la convivencia con los demás, la aceptación

en el medio, no pueden influir en sus posibles roles, por lo cual estos adolescentes van reprimiendo sus emociones.

A su vez Kuchenhoff (1993), ha vinculado la alexitimia con el concepto “negación primitiva” definida en términos de la exclusión radical de la experiencia subjetiva de aquellos pensamientos altamente estresantes. Se ha postulado que este tipo de negación guarda ciertas similitudes con el concepto de regresión original freudiano; la represión impide la formación de las representaciones verbales sobre las experiencias, además de explicar ciertos defectos psíquicos esculturales y algunos rasgos distintivos asociados con el concepto alexitimia, tales como ausencia de afectividad normal de representaciones objétales, de sueños de autorrealización y tendencia a reproducir, más que ha recordar, experiencias afectivas tempranas, las que se codifican a través de un esquema sensoreomotor y se organizan a nivel preconceptual.

Con relación al **tipo de enfermedad** se encontró que los enfermos crónicos y agudos no presentan diferencias significativas en los resultados entre las escala de alexitimia y sus tres subescalas: *descripción de señales emocionales, dificultad de expresión verbal de las emociones, pensamiento orientado hacia detalles extremos*, estos resultados se reflejan en la dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones, y para distinguir entre estados emocionales y sensaciones físicas; baja simbolización, manifestada por la pobreza en la vida fantasmática y la actividad imaginaria; presencia del pensamiento operatoria, tendencia a focalizar la atención en los aspectos externos.

A través de las tres subescalas que conforman la escala de alexitimia de Toronto TAS20 y a las numerosas investigaciones realizadas sobre este tema se ha constatado que globalmente, el perfil de los sujetos que presentan altos niveles de alexitimia se caracterizan por: a) tendencia a somatizar, b) patrón de expectativas y atribuciones orientado hacia el locus de control externo, c) altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y depresión, d) actitud predominantemente negativa hacia la expresión emocional y patrón de pensamiento operatorio-concreto, e) menor autoconciencia respecto a los aspectos internos y externos, f) bajos niveles de deseabilidad social, g) peor balance afectivo y h) menor apoyo social objetivo y subjetivo y utilización de formas evitativas de afrontamiento. Esto se relaciona con los resultados de Joyce McDougall, el fracaso de las defensas habituales frente al desamparo psíquico, hará que la persona “somatice” el dolor mental, donde las angustias no están ligadas al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.

Es importante aceptar el hecho de que las emociones afectan físicamente el desarrollo emocional de estos adolescentes independientemente del tipo de enfermedad que manifiesten (citado en Caprio 1974). En la opinión de Lipowski (1976) se considera una relación entre variables psicológicas, biológicas y sociales, en cuanto afectan a la salud y la enfermedad humana (citado en Quintero V. L. A., 2005).

Con respecto al **tipo de hospitalización** se encontró que hubo una semejanza entre los pacientes hospitalizados y de piso en la escala de

discriminación de señales emocionales, mientras que en los tres rubros restantes: dificultad en la expresión verbal de las emociones, pensamiento orientado hacia detalles externos y la escala de alexitimia los pacientes de piso mantienen mas altas las características alexitimicas. Demostrando que la alexitimia puede ser entendida también como un estilo cognitivo que se va desarrollando ante la soledad en que se enfrenta el individuo lejos del hogar, a través del lenguaje y los pensamientos, caracterizado por un déficit en el procesamiento de la información emocional o en la regulación del afecto.

Estos sujetos alexitimicos se caracterizarían por una dificultad para diferenciarlos y verbalizar sus estados emocionales. Cuando a estos adolescentes se les habla sobre una situación emocional, su discurso se limita a describir una impresión general sobre el hecho de sentirse bien o mal físicamente. Incluso si la expresión emocional es muy restringida, la baja capacidad para regular los afectos se traduce en una brusca explosión bajo la forma de episodios fuertes de cólera o llanto Páez y Calluso (2000).

Al estar en periodos largos de hospitalización provocan una interacción pobre y escasa para verbalizar sus sentimientos y distinguir las emociones y sensaciones fisiológicas y psicológicas lo cual impide una recuperación optima en el paciente, al estar sumido en su aburrimiento, volviéndose el enfermo difícil en la verbalización y manifestación de sus emociones.

En cuanto a **con quien vive** se observo que la escala de alexitimia y las subescalas de dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento

orientado hacia detalles externos, siendo los que viven con sus padres los que presentan mayores rasgos de alexitimia. Que dan como consecuencia, la mala comunicación e introyección de si mismos con respecto a sus padres. Desde el punto de vista Karl y William Smith (citado en Sánchez Hidalgo, 1988) ofrece una definición de conducta en la forma siguiente “respuesta de un organismo vivo a su medio; adaptaciones que realiza un individuo a las condiciones y cambios del mundo que le rodea”. En la opinión de Cuenca y Rancel (2002) indican que hablar de la familia y su contexto no es tarea fácil, ya que implica desarticular un mosaico multicolor y multiforme.

Se encontró que los sujetos que viven con su papa u otros familiares presentan características de alexitimia mas marcadas, que los que viven con su mamá. En la opinión de Crispo y Guelar (2002) la familia dividida transmite valores de sostén emocional y afectivo, proporciona el desarrollo inadecuado de sus miembros, quedando estos con pocas capacidades para enfrentarse a las relaciones futuras, teniendo problemas para tolerar la frustración y a reconocer los procesos por los que pasan las relaciones sociales.

Sea cual sea la situación particular, lo cierto es que como padre o madre se tiene que entender que no por tener un hijo adolescente no necesita tiempo, presencia y cuidado por parte de los padres. Sin que estos olviden que el adolescente esta aprendiendo a realizar y a asumir sus propias elecciones, ensayando un nuevo rol, nuevos valores y responsabilidades. No obstante, para evolucionar a una relación con una hijo adolescente; será necesario que como madre o padre se este dispuesto a renunciias y negaciones, en donde estos se

muestran capases de actuar con flexibilidad ante la situación de relaciones nuevas.

En cuanto al **número de hermanos** que tienen adolescentes que cuentan con más de cuatro hermanos obtienen menos características alexitimicas en la escala y subescalas de alexitimia debido a que el número de hermanos le van respondiendo constantemente sus necesidades afectivas internas y externas (Karl y William Smith citado en Sánchez Hidalgo, 1988). Con lo cual va integrando los acontecimientos pasados y las experiencias actuales siendo sus procesos sociales adaptativos, diferentes a los que no tienen vínculos suficientes que les respondan esas necesidades afectivas.

Mientras que los que tienen dos o tres hermanos presentan de manera más marcada mayores rasgos alexitimicos, en estos e presentan problemas de comunicación, que les dificultad interactuar entre ellos careciendo de vínculos que alimenten su afectividad.

Los hijos únicos son los que presentan un alto índice de rasgos y características sobresalientes en la escala y subescalas de alexitimia, su desarrollo inapropiado no le permite para sobrellevar sucesos afectivos ya que se da mas importancia a las necesidades que debe cumplir este hijo con los padres que a las mismas del adolescente; los padres no están dispuestos a escuchar, explicar y negociar con su hijo Baumrind (1991); relegando la autonomía del adolescente a formar sus propias opiniones (Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991) y ejercen control inapropiado sobre la conducta del adolescente (citado en Papalia, Olds y Feldman 2001). Por lo tanto es

importante considerar que Joyce McDogall (1995) plantean, señalando que los síntomas psicósomáticos pueden depender de fantasías corporales extremadamente primarias. Determinando que forman parte de una histeria arcaica, establecido en un sentido psicológico con un simbolismo preverbal y considerada como una respuesta somatopsíquica que se previene frente a angustias psicóticas.

Con respecto al **lugar que ocupan entre sus hermanos** en la escala de alexitimia y sus subescalas en donde los hermanos mayores presentaron características importantes de alexitimia. Al reconocer la presencia de dichos rasgos y características es importante considerar que Ruesch (1950) describió, un tipo de personalidad psicósomática, considerando a estos sujetos como personas con una detención en el desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos, para la integración de experiencias y la falta de manejo de situaciones frustrantes influye en la canalización de estas tensiones en síntomas psicósomáticos. Por lo cual es impórtate tomar en cuenta que las expectativas de los padres y los roles que juegan como hermanos mayores son un eslabón importante en el desarrollo de características de alexitimia en el adolescente, por lo cual, Papalia, Olds y Feldman (2001) la rebeldía adolescente es un patrón de confusión emocional característico de una minoría de adolescentes que pueden incluir; conflicto familiar, alienación de la sociedad adulta, comportamiento imprudente y rechazo de los valores de los adultos, pero esta manifestación se ve contenida en los adolescentes con alexitimia, por lo cual se manifiesta a través de la enfermedad

Los que están en segundo orden entre los hermanos presentan menores características en cuanto a la escala y subescalas de alexitimia. Crispo y Guelar (2002) hacen referencia que el rol de los hermanos, en la adolescencia, con respecto a estos generalmente no son fluidas, hay mucha indiferencia, llegada la adolescencia, esta relación radical agudiza las dificultades de comunicación que ya existe entre los hermanos y no son canalizadas o manejadas adecuadamente por sus padres desarrollando la dificultad en uno de ellos de manifestar sus afectos y reprimiendo estos a través de las manifestaciones físicas.

2) DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

PRUEBA “t”

En la prueba t de Student se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre sexo, etapas de desarrollo, tipo de enfermedad y hospitalización. Con respecto a los resultados indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala y subescalas de alexitimia. Estas diferencias se encontraron al interior de las escalas, es decir por algunos reactivos de la escala de alexitimia.

En el reactivo 4 y 15 con respecto al **sexo** se encontró que los hombres tienen una dificultad de expresar sus sentimientos y preferir hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que sus sentimientos, esto se basa en la cultura mexicana en donde se busca mas reafirmar conductas estereotípicas y los valores dominantes como el éxito, el dinero, la competición y la asertividad. Que nutrir lo interior en la masculinidad. J. J. Saarijarvis Salminen, T. Taniminmen y

E. Aarel (1993) en sus investigaciones hallaron que existe una correlación significativa con las variables del género masculino. Las diferencias encontradas en estos reactivos denotan que el nexo entre estas manifestaciones comportamentales intensas y de sucesos desencadenantes es particularmente difícil de establecer dada su baja capacidad para la introspección en los hombres.

En la escala Discriminación de Señales Emocionales se encontró diferencias entre los **adolescentes tempranos** y **tardíos**, marcando la diferencia los adolescentes más jóvenes, estos se tienen problemas para procesar los estados afectivos a merced de los que se encuentra y que implican una vacilación de sujeto, para formar su identidad, su contacto con el mundo y su equilibrio psíquico, tratando a los afectos a través de la actuación de su cuerpo, como si fueran palabras, produciendo como resultado una desorganización de su funcionamiento corporal Ulnik (1993), debido a su falta de introspección. Esto se visualiza en los reactivos: 1, 9 y 13, manifestando confusiones en las emociones que esta sintiendo y al no saber que pasa dentro de ellos, cree además que sería útil examinar sus sentimientos para resolver sus problemas personales, aunque el tiene problemas para llegar a la reflexión de estos hechos, debido a la perturbación causada por la alexitimia para interpretar y reconocer a sus emociones. De acuerdo a los estudios de R. Retamales (1989) califica los rasgos de alexitimia en particular en la adolescencia temprana con una limitada capacidad para fantasear, inhibición de la fantasía realizadora de deseos, que les impide la representación de sus impulsos, o la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación. Por otra parte la

impulsividad como expresión de conflictos puede llegar a la expresión afectiva descontrolada por su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.

Los enfermos **crónicos** manifiestan que la gente los invita a que expresen sus sentimientos (reactivo 12), debido a que perciben una monotonía afectiva en la forma de expresar sus sentimientos. Caracterizando a estos pacientes por la incapacidad para experimentar o sentir los estados emocionales y expresarlos, aunado a una dificultad para diferenciarlos y verbalizarlos. Por lo tanto durante la manifestación de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los médicos y también dificultad para verbalizar apropiadamente los sentimientos (Freyberger, 1985). En general podríamos decir que sufren un deterioro temporal en sus funciones cognitivas y afectivas.

ANÁLISIS DE VARIANZA

Con respecto a la **educación** se encontraron diferencias significativas, en los estudiantes de preparatoria, para estos es esencial estar en contacto con sus emociones (reactivo 10), una mayor escolaridad les permite tener experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales aprendiendo a hablar de lo que sienten; mientras que los de menor escolaridad han aprendido a evitar hablar de lo que sienten, en especial frente a alguien ajeno al grupo primario.

Los adolescentes que viven con su madre a menudo no se dan cuenta el por qué están enfadados (reactivo 14), desde una perspectiva psicoanalítica, la

manifestación de enfermedades psicosomáticas se relacionaría con situaciones reales o inconscientes que tienen un riesgo inminente de pérdida o separación de la figura materna, existe un miedo latente en estos adolescentes ante la pérdida de la madre desarrollando un miedo inconsciente en ellos y de dependencia. Es frecuente que estos sujetos sufran problemas de fracaso escolar y de adaptación a su entorno, favorecido, en parte, por las hospitalizaciones que precisan y la sobreprotección por de la madre.

Los que viven con ambos padres, prefieren hablar con la gente de sus actividades diarias mas que de sus sentimientos (reactivo 15), sus padres son inexpresivos en su tono emocional y tienden a ser restringentes, disponiendo de una serie de normas y reglas, limitando el desarrollo de su personalidad, cuando el adolescente intenta transgredir las normas sus padres inmediatamente lo desaprueban.

Los adolescentes que viven con su madre y los que viven con ambos padres son familias que proporcionan sobre atención ante la manifestación de la enfermedad física. Son familias sobre protectoras, preocupadas por mantener la tranquilidad familiar. Por lo tanto como podemos observar la familia en donde se origina la salud y la patología. Osorio y Sánchez (1996)

Dentro de las familias grandes se dan una gran gama de relaciones entre los miembros y cada uno de estos, promoviendo el desarrollo de la verbalización, por lo que los adolescentes que tienen más de cuatro hermanos tienden a estar en contacto con sus emociones, prefieren hablar de sus

emociones que de sus actividades diarias y no les es difícil revelar sus sentimientos profundos.

En cuanto al lugar que ocupa entre los hermanos los que ocupan el tercer lugar entre los hermanos no les cuesta trabajo expresar algunos sentimientos (reactivo 12), sus habilidades comunicativas en estos adolescentes se han adquirido por el intercambio social con el medio familiar de varios miembros en la familia y en especial entre sus hermanos.

Los adolescentes que ocupan el primer lugar entre los hermanos tienen la dificultad para sentir a alguien cercano en lo que piensa, cree y siente debido a que sus no han consideran sus necesidades afectivas básicas. Limitados en su capacidad de fantasear, es decir no utilizan como medio de escape a la fantasía como la realizadora de sus deseos, teniendo dificultades para diferenciar tanto sus estados emocionales internos como el de los demás.

Los que padecen enfermedades crónicas, viven tratamientos incómodos y restricciones en las actividades que todo sujeto de su edad desarrolla, esto a veces llega a abatirlo, a ser reservado y evasivo, aislado, depresivo, a reprimir lo que siente y desea. Mancilla (2002) cuando el adolescente sale del núcleo familiar y se enfrenta a otros ambientes, estos van a reforzar los sentimientos de valor o la falta de lo que aprendió dentro de la familia. En este punto son muy importantes los sentimientos positivos, los cuales solo pueden florecer en un ambiente donde se toleran los errores, donde la comunicación es abierta, directa con mensajes claros, donde las reglas son flexibles, es decir, es el tipo de

ambiente que solo las familias sanas pueden proporcionar y hacer hijos con confianza en si mismos, por el contrario los hijos de familias conflictivas frecuentemente se sienten desvalorizados, inútiles, devaluados, poco asertivos o no asertivos, indecisos, inseguros, etc., por su desarrollo y crecimiento en un ambiente con una comunicación distorsionado, con reglas rígidas, autoridad inflexible, con padres muy críticos, descalificadores y que constantemente fueron castigados fuertemente por los errores cometidos. De esta manera es importante considerar que los que padecen enfermedades crónicas, viven tratamientos incómodos y las restricciones en actividades que todo adolescente de su edad desarrolla, esto a veces llega a abatirlo y hacerlo reservado y a ser evasivo, aislado, depresivo, a reprimir lo que siente y desea.

C O N C L U S I O N E S

Se cumplieron los objetivos de investigación, así mismo se comprobaron las hipótesis planteadas:

1. La muestra utilizada en el presente estudio es representativa, ya que sus características como: sexo, edad, etapa de desarrollo, escolaridad, tipo de enfermedad, tipo de hospitalización, con quien vive, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos siendo representativas a las características de la población mexicana.
2. El objetivo general se cumplió, al estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer una enfermedad física, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia y el tipo de enfermedad en adolescentes. Este análisis se determinó a través del uso de medias, a partir de las respuestas de los adolescentes y comparando cada uno de los grupos.
3. Se puede deducir el TAS-20 es un criterio de alexitimia seguro y práctico en el diagnóstico de características de alexitimia.
4. Para los objetivos particulares se desprende que:
 - A) Al evaluar las diferencias entre el sexo masculino y femenino en las manifestaciones de alexitimia, se encontraron discrepancias entre los puntajes obtenidos en la escala de alexitimia, para la subescala de discriminación de señales emocionales las mujeres marcan diferencia, mientras que los hombres lo marcan en la subescala de pensamiento orientado hacia detalles externos.

- B)** La influencia en edad se determina en los adolescentes de menor edad que obtienen puntuaciones bajas en las escalas de alexitimia que en los sujetos de mayor edad.
- C)** Conocer como influye la escolaridad en las manifestaciones de la alexitimia, las puntuaciones aumentan a mayor escolaridad en los adolescentes en la escala de alexitimia, discriminación de señales y pensamiento orientado hacia detalles externos, mientras se mantienen casi homogéneas las puntuaciones en los tres grupos de escolaridad en la subescala dificultad en la expresión verbal de las emociones.
- D)** Las características de alexitimia en adolescentes con enfermedad crónica o aguda son casi similares en la escala de alexitimia y sus tres subescalas.
- E)** Al analizar las manifestaciones de alexitimia entre pacientes en urgencias y hospitalizados, en la subescala de discriminación de señales emocionales las puntuaciones son casi parecidas en los pacientes hospitalizados en piso y urgencias. Mientras que en los tres rubros restantes los pacientes de piso mantienen mas altas las características de alexitimia.
- F)** De acuerdo a con quien viven los adolescentes se observan variabilidad entre las puntuaciones obtenidas en la escala de alexitimia, siendo los que viven con sus padres los que tienen mayores puntuaciones en la escala de alexitimia y en las subescalas de dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos. Los adolescentes que viven con su papá u otros familiares tienen puntuaciones más bajas, que los que viven con su mamá.
- G)** Los adolescentes que cuentan con más de cuatro hermanos obtienen puntuaciones bajas en la escala y subescala de alexitimia; mientras que los que tienen dos o tres hermanos obtienen puntuaciones altas. Los que son hijos únicos obtienen puntuación alta en la escala de alexitimia.

- H)** En base al lugar que ocupan entre los hermanos, los adolescentes que son mayores presentan mayor puntuación en la escala y la subescala de alexitimia, se observa que los que están en segundo orden entre los hermanos presentan puntuaciones mas bajas en los cuatro elementos analizados de la escala
- I)** En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas entre grupos:
- a) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre sexo, etapas de desarrollo, tipo de enfermedad y hospitalización. Con respecto a los resultados indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala y subescalas de alexitimia. Estas diferencias se encontraron al interior de las escalas, es decir por algunos reactivos de la escala de alexitimia.
 - b) En el reactivo 4 y 15 con respecto al sexo se encontró que los hombres tienen una dificultad de expresar sus sentimientos y preferir hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que sus sentimientos.
 - c) En la escala Discriminación de Señales Emocionales se encontraron diferencias entre los adolescentes tempranos y tardíos, marcando la diferencia los adolescentes más jóvenes, estos si tienen problemas para procesar los estados afectivos. También sucede esto en los reactivos: 1, 9 y 13, manifestando confusiones en las emociones que esta sintiendo y al no saber que pasa dentro de ellos, cree además que sería útil examinar sus sentimientos para resolver sus problemas personales
 - d) Los enfermos crónicos manifiestan que la gente los invita a que expresen sus sentimientos, caracterizando a estos pacientes por la incapacidad

- para experimentar o sentir los estados emocionales y expresarlos, aunado a una dificultad para diferenciarlos y verbalizarlos.
- e) Con respecto a la educación se encontraron diferencias significativas, una mayor escolaridad les permite tener experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales aprendiendo a hablar de lo que sienten; mientras que los de menor escolaridad han aprendido a evitar hablar de lo que sienten, en especial frente a alguien ajeno al grupo primario.
 - f) Los adolescentes que viven con su madre y los que viven con ambos padres tienen sobre atención ante la manifestación de la enfermedad física. Sus familias son sobre protectoras, preocupadas por mantener la tranquilidad familiar.
 - g) Los adolescentes que tienen más de cuatro hermanos están en contacto con sus emociones y no les es difícil revelar sus sentimientos profundos.
 - h) Los que ocupan el tercer lugar entre tienen habilidades comunicativas que han adquirido por el intercambio social con el medio familiar de varios miembros en la familia y en especial entre sus hermanos.
 - i) Los adolescentes que ocupan el primer lugar entre sus hermanos tienen la dificultad para sentir a alguien, las figuras parentales no han considerado sus necesidades afectivas básicas.
 - j) Los que padecen enfermedades crónicas, viven tratamientos incómodos y restricciones en las actividades que todo sujeto de su edad desarrolla, esto a veces llega a abatirlo, a ser reservado y evasivo, aislado, depresivo, a reprimir lo que siente y desea.

A P O R T A C I O N E S

- El estudio es de gran utilidad puesto que no hay investigaciones mexicanas con respecto a la evaluación de la alexitimia analizar en adolescentes que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad aguda o crónica de ambos sexos con edades entre 12 y 18 años.
- Lograr una descripción y comprensión de los tipos rasgos de alexitimia en adolescentes hospitalizados ya sea por enfermedad crónica o aguda, explicando la dinámica interna, con un panorama preciso de los elementos adaptativos e inadapativos en los adolescentes.
- Para los psicólogos que se encuentran trabajando en el área hospitalaria es importante conocer los resultados para dar un nuevo abordaje de los pacientes que frecuentemente están hospitalizados. Y considerar la importancia de que estos aprendan a verbalizar y a reconocer sus emociones y las de los otros.
- Utilizar la escala del TAS-20 como un instrumento de diagnóstico y utilizar los resultados obtenidos y compararlos con los de sus otros pacientes.

S U G E R E N C I A S

- Siguiendo la línea de investigación se sugiere hacer estudios con una muestra de mayor tamaño y probabilística.
- Realizar un estudio comparativo con las mismas variables atributivas, pero comparando adolescentes con niños.
- Efectuar investigaciones considerando las siguientes variables: nombre de la enfermedad, correlación entre la alexitimia y diversas entidades clínicas como: depresión, cáncer, cardiopatías, adicciones, trastornos alimentarios, estrés, trastornos psiquiátricos.
- Considerar otras variables sociodemográficas como: nivel socioeconómico, diagnóstico del tipo de familia, niños de orfanatorios, nivel cultural de los padres.
- Fomentar el interés de los padres de familia con hijos hospitalizados con respecto a conocer las causas y consecuencias que pueden provocar la manifestación de rasgos alexitimicos.

L I M I T A C I O N E S

- Dificultad para obtener una muestra de mayor tamaño con grupos equiparables entre las variables atributivas.
- Poca participación por parte de las instituciones hospitalarias para efectuar estudios entre sus pacientes.
- Los padres de los adolescentes hospitalizados mostraron una actitud de indiferencia ante la participación sus hijos, haciendo de la aplicación de la escala, algo tedioso.
- Dificultad en cuanto a material bibliográfico en español, así como investigaciones afines a la población mexicana.

CUESTIONARIO ADAPTADO TAS20: ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO DE 20 ELEMENTOS

Nombre:		Sexo:		Edad:	
Escolaridad:		Tipo de enfermedad:			
Tipo de hospitalización:		¿Con quién vive?			
Número de hermanos:		Número de hermanos:			

INSTRUCCIONES: Señale el grado en que estas características se ajusten a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios.

1	2	3	4	5	6
MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO

1.	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.	
2.	Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	
3.	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	
4.	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	
5.	Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	
6.	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
7.	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	
8.	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.	
9.	Tengo sentimientos que casi no puede identificar.	
10.	Estar en contacto con las emociones es esencial.	
11.	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	
12.	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	
13.	No sé qué pasa dentro de mí.	
14.	A menudo no sé por qué estoy enfadado	
15.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	
16.	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.	
17.	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	
18.	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	
19.	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	
20.	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.	

R E F E R E N C I A S

1. Anthony, A. (1962). The reactions of adults to adolescents and their behavior. Basic Books, New York.
2. Bandura, A & Walters, R. (1963). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Editorial Alianza Madrid.
3. Bagby R.M. & Taylor J.D.A. & Parker G.J.(1994). The twenty-items Toronto Alexitimia scale-II. Convergent, discriminat, and concurrent validity. J. Psychosom Res.
4. Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2001). Psicología anormal. (2^{ed}). Editorial Thomson México.
5. Craing, G. J. (1992). Desarrollo Psicológico. (6^{ed}). Editorial Prentice Hall México.
6. Crispo, R. & Guelar, D. (2002). *La adolescencia: Manual de prevención para hijos y padres*. Gedisa Editorial. Barcelona.
7. Cole, L. & Hall, I.N. (1970). *Psichology of Adolescence*. (7^{ed}). Rinehart & Winston. Nueva York.
8. Coronado, L. (2005). Incapacidad para demostrar afectos. Salud y medicina.
9. Cueli, J. & Reild, I. (1979). Teorías de la personalidad. Editorial Trillas México.
10. Cuenca, R. E. & Rancel, V.M. (2002). Seminario de aprendizaje y desarrollo. Thomson Larning, México.
11. Cusminsky, M. & Moreno, E. M. & Juárez, E. O. (1988). *Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias*. Publicación científica No. 501. Organización Panamericana d e la salud, Waschinton D.C, E.U.A.
12. Davis, R. (1988). Psicología educativa. Editorial McGraw Hill, Nueva York.
13. Dunbar, F. (1995). Diagnostico y tratamiento psicomatico. Publicaciones medicas, Barcelona.
14. Erickson, E. (1963). Identidad Juventud y Crisis. Editorial Paidós Buenos Aires

15. Fadiman, J. & Frager, R. (1998). Teorías de la personalidad. Editorial Oxford, México.
16. Feyberger, H. (1985). Psychoterapeutic interventions in alexithymic patients. *Psychoterapy and psychosomatic*.
17. Freud, S.: Tomo XI que corresponde a las obras completas de Freud publicadas en (1943) en Buenos Aires por la editorial sudamericana.
18. Groddeck, G. (1985). Diagnostico y tratamiento psicossomático. Publicaciones medicas, Barcelona.
19. Hernández Sampieri R. (2003). Metodología de la Investigación Ed. Mc Graw Hill. México.
20. Hurlock, E. B. (1980). Psicología del adolescente. (4^{ed}). Ed. Paidós, México.
21. Kerlinger, F. (1999). Investigación del Comportamiento. Técnica y metodología. México: Interamericana.
22. Kimble G. A. & Garnezy N. & Zigler E. (1991). Psicología general. Editorial Limusa Noriega Editores, México.
23. Ibáñez, B. B. (2004). Manual para la elaboración de tesis, consejo nacional para la investigación en psicología (2^{ed}). Editorial Trillas, México.
24. Mandolina, G. (1994). Historia general del psicoanálisis de Freud a Fromm. Ediciones Braga, Buenos Aires.
25. Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. (2002). (2^{ed}). Editorial Manual Moderno.
26. Marty, P. La déliason psychosomatique. *Revue Francaise de Psychanalyse* 1990.
27. Marty, P (1993). La psicossomática del Adulto. Ed. Amorrortu. Barcelona.
28. McDougall (1990). Las mil y una caras de eros: la sexualidad humana en busca de soluciones. Ed. Paidós. Buenos Aires
29. McDougall (1995). Alegato por una cierta anormalidad. Ed. Paidós. Buenos Aires
30. Mckinney, J. P. & Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1998). Psicología del desarrollo, edad adolescente. Editorial Manual moderno México.

31. Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2005). Psicología. (20^{ed}). Editorial Prentice Hall México.
32. Múzán, M. (1992). La boca del inconsciente: ensayos sobre la interpretación. Ed. Amorrortu. Barcelona
33. Nelson, V. (1995). Tratado de pediatría. Editorial Salvat, México.
34. Oerter, r. & montada, I. (1995). Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union (PVU).
35. Otero Rodríguez (2000). Psicología de la personalidad: manual de prácticas. Editorial Ariel. Barcelona
36. Otero y Rodado (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática
37. Papalia, D. E. & Olds, S. W. & Felman, R. D. (2001). Desarrollo Humano. (8^{ed}). Editorial Mc Graw Hill Méxco.
38. Piaget, Jean (1981): Seis estudios de Psicología. México: Barcelona.
39. Quintero, V. (2005). Tesis: Fibromas Uterinos: indagación acerca de sus implicaciones psicoafectivas y psicoterapeúticas en la salud de las mujeres.
40. Rendon C. E. & Velazco R. M. (2002). Seminario de aprendizaje y desarrollo. Editorial Thomson Learning. México.
41. Rivola, S. F. (2001). Cuando el cuerpo solicita la palabra. Grupo editorial Lumen Lohlé, Buenos Aires.
42. Ruesch, J. (1950). The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine.
43. Stephanos, S. (1980). Analytical psychosomatics in internal medicine international. Journal of psychoanalysis.
44. Sánchez, H.(1982). *La conducta en el hombre*. Editorial Eudeba, Buenos Aires.
45. Sánchez, M. (2004). La alexitimia o incapacidad para expresar sentimientos es más común en los hombres. Analfabetos emocionales.
46. Sivak, R. & Wiater, A. (1997). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Editorial Paidós, Buenos Aires.

47. Skinner, B. F. (1970) *Walden dos: hacia una sociedad científicamente construida*. España: Martínez Roca.
48. Stassen, K. & Thompson, R. A. (1997). *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia*. (4^{ed}). Editorial medica panamericana, Madrid España.
49. Taylor, G.J. & Ryan, D. & Bagby, R. M. (1985). *Toward the development a new self-roport alexithimia scale*. *Psychoter psychosom*.
50. Taylor, G.J. (1991). *Psychosomatics and self-regulation*. In J.W. Barron, M.N. Eagle & D.L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 464-88). Washington, DC: American Psychological Association.
51. Thompson TL. *Trastornos Psicossomáticos en Tratado de Psiquiatría*. Talbott JA, Hales RE y Yudofsky SC. Barcelona Ancora, SA, 1989, pp 487-525.
52. Watson y Lindaren (1991). *Psicología del Desarrollo infantil*. España: Aguilar.
53. Werner, H. (1957). *The concept of development from a comparative and organismic point of view*. In D.B. Harris (Ed.), *The concept of development: An issue in the study of human behavior*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
54. Ulnik (1993). *Revisión Crítica de la Teoría Psicossomática de Pierre Marty*. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 7 a 15.
55. Winiccott (1998). *Aceptación*. Buenos Aires: Paidos.