

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS**

Relación entre la severidad de los síntomas negativos y  
Alexitimia en pacientes esquizofrénicos en el servicio de  
Hospital Parcial

Que para obtener el Diploma en la especialidad de Psiquiatría

Presenta:

**María Guadalupe Lino Martínez.**

Tutor Teórico  
Dra. Margarita Becerra Pino

Tutor Metodológico  
Dr. Héctor Sentíes Castella

Abril

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*Esta tesis está dedicada  
A MIS PADRES  
Por su cariño y su apoyo incondicional.*

## Índice

## Páginas

Introducción

4

Antecedentes

5

Justificación, Hipótesis

10

Objetivos.

11

Metodología

11

Resultados

15

Discusión

26

Conclusiones

27

Referencias

28

## Introducción

La habilidad para expresar sentimientos y experimentarlas es crucial para la regulación de las propias emociones y para mantener las relaciones interpersonales. La disminución en la expresión emocional esta asociada con repercusiones sociales negativas. La dificultad en la detección y expresión de emociones en el individuo se llama alexitimia. Esta se presenta en múltiples trastornos psiquiátricos pero al parecer tiene un sustrato anatómico específico, que al parecer puede predisponer a otros trastornos y ser un probable factor de vulnerabilidad. Entre los padecimientos psiquiátricos que presentan altos niveles de alexitimia se encuentra la esquizofrenia. Los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para identificar emociones y comunicar sus sentimientos, especialmente los que tienen esquizofrenia de tipo no paranoide.

Es importante realizar una exploración sobre la presencia de alexitimia en los pacientes y observar si existe una correlación con los síntomas negativos por que si está existiera es probable que la alexitimia actuara como un factor confusor o de empeoramiento en la severidad del padecimiento, haciendo que el clínico observara mayor presencia de sintomatología negativa y por ende indicara una mayor medicación probablemente innecesaria; dado que el sustrato fisiopatológico de los síntomas negativos y el propuesto para alexitimia es diferente. El explorar la presencia de alexitimia en familiares nos apoya la posibilidad de que sea un marcador de vulnerabilidad biológica para desarrollar algún trastorno psiquiátrico.

El presente estudio investiga la asociación de los síntomas negativos y alexitimia en pacientes esquizofrénicos. Para ello se realizó una muestra de 23 pacientes esquizofrénicos que acudían al servicio de Hospital Parcial del Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a los cuales se les aplico la escala para alexitimia de Toronto y el PANSS, también se realizó la aplicación de la escala de alexitimia de Toronto en los familiares de primer grado (padres). Se realizó el análisis para observar si existía una asociación entre la presencia de síntomas negativos y alexitimia.

La teoría de la esquizofrenia no es una historia de descubrimientos sino una historia de los modelos de pensar”

**Janzerik, W., 1980**

## Antecedentes

La esquizofrenia es una de las principales patologías que afectan a la población, con una prevalencia reportada de hasta el 1%. Provoca una gran perturbación social y funcional en el individuo que la padece. Esta caracterizada por síntomas que afectan el pensamiento, la percepción y el afecto (1).

El diagnóstico actual de la esquizofrenia (2) establece una distinción entre dos clases de síntomas: positivos y negativos. Como una oposición entre dos polos de síntomas, en una visión unidimensional (3). La anhedonia (perdida de interés por realizar cosas placenteras derivados de interacciones sociales y experiencias físicas), afecto aplanado (expresión emocional reducida) y alogia (pobreza del pensamiento) son las principales presentaciones de los síntomas negativos, encontrando puntos comunes en la depresión y la alexitimia (4,5).

La alexitimia es un constructo de alteraciones cognitivas y afectivas caracterizadas por problemas para identificar sensaciones, comunicar sentimientos, dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones somáticas, restricciones en el proceso de imaginación y fantasía, con una realidad orientada hacia lo concreto y al pensamiento operativo (6).

El termino fue introducido en los 70's por Sifneos del griego a=ausencia, Lexis=palabras, Thymos= emoción principalmente asociado con enfermedades psicósomáticas (7), pero se ha encontrado evidencia que sugiere una localización anatómica del constructo con la teoría emocional (8). Las alteraciones en la alexitimia se reflejan como un déficit en el procesamiento cognitivo y la regulación de las emociones. Es posible que tenga un rol en el desarrollo de alteraciones psiquiátricas y médicas (9). Además los individuos alexitímicos muestran una limitada capacidad para experimentar emociones positivas (10) y dificultades significativas en procesar los estímulos emocionales, así como reconocer la expresión facial y verbal de las emociones (11).

Basados en recientes descubrimientos de la neurobiología, Bermond (12) ha propuesto dos formas de alexitimia. Un tipo I caracterizada por la ausencia de experiencia emocional y su ausencia en la expresión (verbalización e identificación) de emociones, asociado con una disfunción en el hemisferio derecho (13). La tipo II se refiere como una reducción en la expresión de emociones en el rostro o alteraciones en los niveles de experiencia emocional que han sido asociadas a alteraciones en el cuerpo calloso (18). Además la alexitimia tipo I se relaciona con hipofunción en la corteza cingulada e ínsula.

Estas características son similares a las restricciones en la expresión emocional que sufren los pacientes con síntomas negativos portadores de esquizofrenia, particularmente, en el lenguaje facial, el aplanamiento afectivo y alogia (14).

La mayor parte de estudios que examinan la asociación entre alexitimia y esquizofrenia tienen resultados no consistentes (15,16). En particular, se ha encontrado que existen carencias relacionadas con formas deficitarias de la esquizofrenia, es decir no paranoides (17,18,19). La mayor parte de los estudios transversales no muestran resultados consistentes. Dada la similitud clínica, la hipótesis de que la alexitimia puede ser asociada con déficit en la esquizofrenia no ha sido esclarecida (20).

Todarrello (21) realizó un estudio longitudinal para encontrar la asociación entre alexitimia y síntomas negativos encontrando que son dos fenómenos diferentes, sin tener relación durante todo el curso de la enfermedad. Contrario a lo referido por Nkam (22) que refirió que los pacientes con alexitimia mostraban mayores alteraciones en los síntomas negativos que los positivos, coincidiendo con Stanguellini y Ricca (22) reportando asociación con síntomas no paranoides.

En base a estos datos la alexitimia parece ser un estadio emocional previo al desarrollo de síntomas negativos en la esquizofrenia. De acuerdo a esta visión, la alexitimia puede ser una personalidad en vías de transformación hacia los síntomas negativos, característicos de la esquizofrenia no paranoide, sin embargo Cedro (19) ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos paranoides muestran altos puntajes de alexitimia comparado con sujetos sanos.

Maggini ha mostrado que las alteraciones en la recepción (dificultades para entender el sentido correcto de las palabras) y la expresión (dificultad para encontrar las palabras adecuadas) en el lenguaje, es una dimensión de la personalidad relacionada con la alexitimia, encontrando que esta asociada con la dimensión personal de la depresión pero no con la sintomatología positiva o negativa (23).

Taylor (8) y cols. Demostraron que la pobre manifestación exterior de emociones puede indicar que muchos esquizofrénicos tienen una capacidad limitada de experimentar emociones positivas y de expresar verbalmente el afecto. Sin embargo estos autores sugirieron que la alexitimia y la esquizofrenia son constructos independientes y separados, que implican sistemas psicológicos y funcionales distintos del cerebro, y que la semejanza de sus manifestaciones clínicas esta relacionada con diversas dimensiones de la personalidad como la afectividad y extraversión positiva. Esto fue ratificado por Todarrello (21) quien considera que la relación entre alexitimia y síntomas negativo es superficial, al realizar una evaluación longitudinal encontraron que era independiente del curso de la enfermedad, y que los pacientes con alexitimia tenían un buen funcionamiento psicosocial cuando eran tratados adecuadamente.

## Asociación con variables sociodemográficas

Maggini y Raballo refieren que los puntajes de alexitimia obtenidos por la escala de Toronto no tienen relación con variables sociodemográficas y síntomas negativos (excepto apatía y anhedonia) (26). Contrario a lo referido por Van't Wout y cols (24) que al realizar una comparación por medio del cuestionario de Bermond-Vorst para alexitimia (BVAQ)(25) entre pacientes con esquizofrenia, parientes sanos y controles revelo que los pacientes hombres se caracterizaban por tener una Alexitimia tipo II (26), ya que estos tenían mas problemas para verbalizar e identificar sus emociones que los sujetos sanos, pero con altos niveles de experiencia emocional. Sin embargo no se encontró dificultades para identificar sentimientos e inteligencia emocional entre los controles y los pacientes.

## Severidad de síntomas y Alexitimia

Los reportes entre la severidad de síntomas y alexitimia son controversiales. Todorcello (20) no encontró que existiera asociación entre síntomas negativos contrario a lo reportado por Van'T Wout que reportó una correlación entre severidad de síntomas negativos obtenido por medio de PANSS y la dificultad para expresar emociones especialmente en hombres (30). Este patrón sugiere que los pacientes hombres tienen una menor habilidad para identificar y verbalizar emociones que puede incluir una severidad mayor en la disfunción global (30) dada la falta de modulación emocional. Otro de las asociaciones reportadas por Maggini (29) con síntomas negativos fue anhedonia social, alteraciones en el pensamiento y desorganización, así como cenestesias, y despersonalización somáticas.

## Familiares de esquizofrénicos y alexitimia: el papel en la génesis.

El papel de la familia en la génesis de la esquizofrenia fue tomado en cuenta de manera inicial, ya que el modelo de desarrollo de la personalidad propuesto por Freud, ofrecía una perspectiva de comprensión entendiéndola como una regresión esquizofrénica, esto es, un regreso a un estadio de narcisismo primario. Como una trayectoria retrograda acarreado con ella unas secuelas edipianas y pre-edipianas, puesta al descubierto por el proceso disociativo, es decir, psicótico (30).

El medio familiar es el lugar donde se articulan las primeras relaciones interpersonales (relación de objeto), basadas sobre una situación de total dependencia y una intensa necesidad de seguridad. La individualización progresiva de la personalidad o personación (Racamier) se desarrolla en el transcurso del primer año: el infante toma conciencia del interés y del amor que sus padres le demuestran, no por ser obligados a serlo sino por que ellos lo desean, surge para el niño un sentimiento intenso de valoración como objeto de amor. Ese clima de satisfacción, de seguridad afectiva, permite la introyección del mundo exterior, es decir la formación del Yo por la asimilación de actitudes, de sentimientos, de símbolos verbales emanando de la madre. Si la actitud parental y

en particular de la madre es inadecuada, el universo relacional del niño se encontrara falseado desde el origen (30).

Los padres de esquizofrénicos serían incapaces de proponer una relación afectiva estable y coherente a su hijo, en particular en un momento en donde esa relación es fundamental para asegurar la armonía de la formación de la personalidad.

Se han hecho múltiples investigaciones en los padres de los esquizofrénicos. Los padres son a menudo bien adaptados a los imperativos sociales existentes y tiene una constante preocupación de exteriorizar su hiperconformismo: sus contactos extra-familiares son a menudo muy reducidos (30).

El papel de padres parece frecuentemente mal asumido: el padre es a menudo ausente o dimisionario y pasivo: cuando muestra autoridad, esa se inspira de un dogmatismo rígido.

La madre parece a menudo tener actitudes más sutiles, teniendo unos comportamientos de hiperprotección ansiosa y dominadora a unas actitudes paradójales de rechazo y de indiferencia. Algunas veces ella muestra frente a su hijo actitudes de seducción y a su hija reacciones de agresividad y de autoridad abusiva. La pareja de padres tiene la apariencia de estabilidad (se encuentra pocos divorcios en los padres de esquizofrénicos) pero esa cohesión esconde una relación afectiva ambigua, en las cuales se mezclan la hostilidad, el miedo y el desprecio: la oposición es a menudo latente, más muda que verbalizada o actuada.

Una interesante teoría de la comunicación madre-hijo esquizofrénico fue propuesta por H. Weakland (27,28) bajo el nombre de la hipótesis *double-bind o doble vinculo*: la madre de manera repetitiva, enuncia a su hijo unos mensajes de informaciones contradictorias donde una es al mismo tiempo la negación de la otra, y de los cuales el niño no puede responder que de manera inadecuada, negándose uno de los señales del mensaje (un ejemplo clásico es el siguiente; “Eres un monstruo, y solamente Mamá te puede amar”). En una perspectiva un poco diferente Wynne (29) ha precisado la calidad las transacciones familiares a partir de la colección y del análisis de protocolos, de pruebas proyectivas (Rorschach – T.A.T.) pasados por los miembros de numerosas familias.

La idea fundamental es que los padres de esquizofrénicos son incapaces de una modulación emocional y afectiva satisfactoria; no dominan sus afectos, oscilando en sus relaciones con otros, con objetos, con eventos, desde la indiferencia sorprendente hasta la implicación excesiva. El grupo familiar funciona en consecuencia sobre un modo defensivo particular, descrito bajo los términos de seudo-mutualidad y de seudo-hostilidad que vectoriza una, la otra tiene la intención de neutralizar bajo la apariencia de la armonía y de el entendimiento, unas pulsiones cargadas de odio y de deseo de destrucción. Ese estilo de transacciones familiares contribuiría en provocar el aislamiento del niño, su retracción, luego su escisión del mundo exterior (30).

Zubin y Spring (31) desarrollan la Teoría de la Vulnerabilidad, según estos autores, para que aparezca la enfermedad es necesaria la acción de un factor estresante sobre un organismo con cierta vulnerabilidad (genética, bioquímica, cognitiva...). A mayor vulnerabilidad, menos estrés será necesario para que se produzca la esquizofrenia, y viceversa. Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (32) afirman que los esquizofrénicos son vulnerables a dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. Ambos tipos de estrés son equivalentes en sus efectos sobre el paciente apoyando la teoría de vulnerabilidad propuesta por Zubin.

Se ha encontrado que los familiares hombres demostraban alteraciones en la verbalización de sus sentimientos parecidas a sus familiares enfermos. En suma a esto, tenían una menor capacidad para la fantasía comparado con los controles y los pacientes (31). Estas dificultades para verbalizar un sentimiento puede estar relacionado con tener alteraciones psiquiátricas ya que se ha encontrado que los sujetos sanos con altos puntajes de alexitimia también tenían altos niveles de neuroticismo (33). La tendencia a considerar la alexitimia como un posible factor de riesgo para trastornos psiquiátricos y médicos (34) parece incrementar el riesgo para esquizofrenia en familiares hombres; por lo que niveles altos de Alexitimia podría ser un marcador de vulnerabilidad (30).

Predominio de síntomas negativos en pacientes esquizofrénicos.

En los últimos 25 años se ha aumentado el interés en la presencia de síntomas negativos, en especial el aplanamiento afectivo, ya que se ha demostrado que tiene una evolución crónica, con pobre mejoría y es un factor de mal pronóstico. Se ha observado que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultad para la gestualización así como expresión facial, que puede tener implicaciones tanto culturales, familiares y neurobiológicas (35,36 ,37). Haviland (38) sugirió que la estructura factorial de la alexitimia es diferente dependiendo de la población. Nkam (34) y cols. observaron que los síntomas negativos en la esquizofrenia tenían niveles más altos en pacientes con alexitimia y sugirió que la alexitimia era un rasgo característico en los pacientes con predominio de este déficit, y un estado relacionado con los síntomas mayores (aplanamiento afectivo, pobreza del discurso, depresión y ansiedad)

Los datos obtenidos por Maggini y Raballo (39) al utilizar la Escala de Alexitimia de Toronto, les permitieron obtener tres factores: factor 1. Dificultad para identificar y distinguir entre emociones y sensaciones corporales; factor 2. Dificultad para describir las emociones a los demás; y factor 3. Pensamiento operativo. Observo que no existía correlación con los síntomas negativos y positivos con el puntaje total. El primer factor fue correlacionado con psicosis (alucinaciones somáticas y táctiles) y desorganización dimensional (selectivamente con alteraciones en el pensamiento formal, circunstancialidad) sin encontrar correlación con los síntomas negativos y depresivos. El segundo factor fue correlacionado con síntomas depresivos. El tercer factor fue correlacionado con apatía y anhedonia, así como con la duración de la enfermedad.

## JUSTIFICACIÓN

La Alexitimia es una alteración en el área cognitiva y afectiva caracterizada por dificultades en la diferenciación de un sentimiento o expresión afectiva del lenguaje. Ha sido considerada un factor de riesgo para una variedad de trastornos psiquiátricos y médicos (40). A pesar de la enorme cantidad de estudios concernientes a poblaciones psiquiátricas (41), hay una carencia relativa de datos. Esto es por que los estudios tienen regularmente una superposición del constructo de alexitimia con la psicopatología de la esquizofrenia, especialmente los síntomas negativos.

La importancia de definir si los síntomas negativos están asociados con alexitima radica en esclarecer si es un factor que empeore la severidad o actúe como factor confusor en la exploración clínica del paciente. Incluso puede ser un factor que nos hable de vulnerabilidad en sujetos sanos. Esto tiene implicaciones terapéuticas, de pronóstico y de susceptibilidad de manera trascendental; al parecer el tener alexitimia podría ser un probable marcador biológico para desarrollar la enfermedad y ocupar un papel fundamental en la evolución del padecimiento. Conocer si existe una asociación entre alexitimia y síntomas negativos nos es útil para esclarecer si puede ser usado como factor de vulnerabilidad y predictor de la evolución del paciente, además de dar sustento a un probable sustrato neurobiológico.

## PROBLEMA

¿Existe una asociación entre la presencia alexitimia y la severidad de los síntomas negativos en pacientes esquizofrénicos que acuden al hospital parcial del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

## HIPÓTESIS

Los pacientes con alexitimia tendrán asociada mayor presencia de sintomatología negativa.

Hipótesis nula.

Los pacientes con alexitimia no tendrán asociada mayor presencia de sintomatología negativa.

## **OBJETIVOS**

Determinar si existe una relación en la severidad de la sintomatología negativa del paciente y alexitimia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficas de la muestra de pacientes.

Describir las características psicopatológicas de los pacientes.

Describir la presencia de alexitimia en los pacientes.

Describir si existe asociación entre alexitimia y síntomas negativos.

Describir si existe asociación entre alexitimia y síntomas positivos

Describir si existe asociación entre alexitimia y psicopatología general

Describir la presencia de alexitimia en familiares de primer grado (padres).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, transversal, descriptivo.

Universo de trabajo.

Pacientes y familiares de primera línea (padres) que acudan al servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Selección de la muestra.

Dado que es un estudio observacional no requiere un cálculo formal de la muestra por lo que se eligieron los pacientes accesibles al estudio que acudían al Servicio de Hospital Parcial, los cuales resultaron en un número de 23.

Criterios de inclusión para familiar

1. Familiares de primer grado que acepten participar en el estudio (padres).

Criterios de inclusión para pacientes

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ya establecido de entre 18 a 60 años.
2. Que acepten participar en el estudio.
3. Pacientes no hospitalizados.

Criterios de exclusión para familiares

1. Padres con diagnóstico psiquiátrico.

## Criterios de exclusión para pacientes

1. Pacientes con consumo actual de sustancias.
2. Pacientes hospitalizados.
3. Pacientes con sintomatología disruptiva que impida la correcta aplicación de las pruebas.

## Variables

**Severidad de lo síntomas psiquiátricos.** Es el nivel de sintomatología presente en el esquizofrénico. Definición operacional. Se obtendrá por medio del puntaje obtenido en el PANSS. La Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, de las siglas en ingles para Positive and Negative Syndrome Scale) desarrollada por Kay y col<sup>i</sup>, es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Es una variable cuantitativa.

**Alexitimia.** Alteración en la cognición y en el afecto caracterizada por una dificultad para discernir las propias emociones y percibir las de otro individuo así como la presencia de un pensamiento concreto. Definición operacional. Para su medición se utilizará la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Ítems (TAS-20) El punto de corte es 61, valora tres factores. Cualitativa dicotómica

## Instrumentos de Medición.

Se realizará la recolección de los datos sociodemográficos por medio de una encuesta.

**Escala del síndrome positivo y negativo (PANSS).** Es desarrollada por Kay y col<sup>(ii)</sup>, es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general. Tales variables son las siguientes; delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, afecto aplanado, falta de espontaneidad, retirada emocional, empatía limitada, Retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado, preocupación, ansiedad, tensión, depresión, sentimientos de culpa, retraso motor, manierismos, falta de atención, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido inusual de pensamiento, desorientación, deficiente control de impulsos, preocupación somática. Cada variable se califica de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo. El punto de corte es 60. El PANSS tiene criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, definiciones específicas para cada uno de las 30 variables, criterios de calificación más detallados para cada nivel de psicopatología.

El coeficiente alfa de Cronbach indicó una **consistencia interna** elevada de las subescalas: **0.73, 0.83 y 0.79** para las subescalas positiva, negativa y general respectivamente. Los índices de **confiabilidad** en la prueba contra prueba, aplicada a pacientes que no remitieron su sintomatología durante un intervalo de 3 a 6 meses, fue de **0.80, 0.68, 0.60** para las subescalas positiva, negativa y de psicopatología general respectivamente <sup>(iii)</sup>. La validación en México fue realizada en 90 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría <sup>(iv)</sup>.

### **Escala para Alexitimia de Toronto. (TAS-20)**

Esta escala es una medida de autoinforme desarrollada por Taylor en 1984<sup>v</sup>. La escala inicial contenía 5 áreas que reflejaban el concepto de alexitimia (dificultad para describir emociones, dificultad para diferenciar las emociones de las sensaciones corporales que acompañan a los estados de activación emocional, falta de capacidad introspectiva, conformismo social y escasa vida imaginativa) y 41 afirmaciones auto descriptivas. Cada pregunta es evaluada en una escala de 5 puntos, yendo de total desacuerdo a total acuerdo, con la mitad de las preguntas codificadas positivamente y la otra mitad negativamente. La escala final demostró un alto nivel de consistencia interna, una buena fiabilidad test-retest en periodos de 1 semana y 3 meses. El puntaje TAS parece no estar influenciado por la edad, educación y estatus socioeconómico.

Durante la evaluación de la Toronto Alexitimia Scale (TAS), diferentes autores cuestionaron la independencia de los dos primeros factores que componen la escala (F1: Dificultad para identificar y distinguir entre emociones y sensaciones corporales; y F2: Dificultad para describir las emociones), al hallar altas correlaciones entre ambos e identificar varios ítems que cargaban significativamente en los dos. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, Taylor y cols.<sup>vi</sup> Revisaron la escala TAS y elaboraron una nueva TAS (TAS-R) compuesta por 23 ítems. Bagby y cols.<sup>vii</sup> Decidieron hacer una nueva revisión de la TAS-R, y optaron por una versión de 20 ítems: la TAS-20. Se seleccionaron 20 preguntas conservando trece ítems de la TAS-R.

La puntuación total obtenida por un sujeto está enmarcada dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico aquel sujeto que obtenga una puntuación global igual o superior a 61. El análisis factorial de la escala de 20 preguntas encontró 3 factores: factor 1: dificultad para identificar y distinguir entre emociones y sensaciones corporales; factor 2: dificultad para describir las emociones a los demás; y factor 3: Pensamiento operativo.

Las investigaciones realizadas confirman que presenta una **aceptable consistencia interna** y una **fiabilidad test-retest elevada (0.77)** a las tres semanas. La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de Cronbach de **0.81**), así como de los tres factores principales de las mismas (**0.78, 0.75 y 0.66**). La **sensibilidad** es del **78%** y la **especificidad del 95%** <sup>(viii)</sup>. En México fue validada por Pérez-Rincón y cols <sup>(ix)</sup> obteniendo parámetros adecuados de confiabilidad y validez.

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se reclutaron 23 pacientes y 23 familiares de primer grado (22 madres y un padre) que acudían al servicio de hospital Parcial realizándose una encuesta sociodemográfica donde se obtuvo variables como: edad, estado civil, escolaridad, estado laboral tanto de los familiares como de los pacientes. Posteriormente se les aplicó el PANSS a los pacientes, realizando una entrevista estructurada de aproximadamente 20 minutos y se les dio la escala de Alexitimia de Toronto tanto a los pacientes como a los familiares. Los datos fueron vaciados en una base de datos.

### Análisis Estadístico.

Se realizó el análisis estadístico por medio del programa SPSS versión 15, se utilizó la prueba de  $\chi^2$ . El nivel de significancia para rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) fue de  $p < 0.05$ . Así como análisis descriptivo para describir las características generales de la muestra y pruebas Rho Spearman para correlaciones.

## IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud<sup>x</sup> en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987 (SSA, 2004), el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones. De cualquier manera cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicará detalladamente el motivo del mismo, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán libremente su participación.

- 
- i. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The positive and negative syndrome rating scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13:261-276.
  - ii. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The positive and negative syndrome rating scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13:261-276.
  - iii. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13:261-276.
  - iv. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C, García-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, Apiquian R. Forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 2005; 72 (2-3):123-129
  - v. Taylor GJ. Alexithymia. Concept, Measurement, and Implications for Treatment. *Am J Psychiatry* 1984b; 141 (6):725-732.
  - vi. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA. Validation of the Alexithymia Construct: A Measurement-Based Approach. *Can J Psychiat* 1990b; 35:290-297.
  - vii. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32
  - viii. Moral de la Rubia J, Retamales R. Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatria.com* 2000; 4 (2): 1-10.
  - ix. Perez-Rincón H, Cortés J, Ortiz S, Peña J, Ruiz J, Díaz-Martínez A. Validación y estandarización de la versión española de la escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 1997; 20(3) septiembre : 30-34
  - x. Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México 2004.

## Resultados

La muestra obtenida fue de 23 pacientes que acudían al servicio de hospital parcial, las características demográficas de la muestra se describen en el cuadro I.

**Cuadro I**  
**Características Sociodemográficas de los pacientes.**  
**N=23**

	Numero de pacientes. (n)	Porcentaje
Sexo		
Mujeres	7	30%
Hombres	16	70%
Edad	28.2 Media (DS=6.05)	Mínima=21 Máxima=44
Estado Civil		
Solteros	20	87%
Casados	3	13%
Religión		
Sin Religión	1	4.3%
Católica	19	82.6%
Otra	3	13%
Escolaridad		
Primaria	8	34.8%
Secundaria	8	34.8%
Preparatoria	6	26.1%
Licenciatura	1	4.3%
Ocupación		
Desempleado	23	100%

Se puede observar que la edad media de los pacientes es de 28.2 años, siendo en su mayoría pacientes jóvenes. Ninguno de los pacientes trabajaba y la mayor parte de los pacientes eran católicos.

En el cuadro II se observan las características demográficas de los familiares de primer grado.

**Cuadro II.**

**Características sociodemográficas de los familiares (padres) (n=23)**

	FRECUENCIAS (N)	PORCENTAJE
Sexo		
Femenino	22	95.7%
Masculino	1	4.3%
Edad	55.3 (media) (DS=6.13)	Mínimo 46 Máximo 68
Religión		
Católica	21	91.3%
Otra	2	8.7%
Estado civil		
Soltero	5	21.7%
Casado	16	69.6%
Viudo	2	8.7%
Ocupación		
Empleado	12	52.2%
Subempleado	9	39.1%
Desempleado	2	8.7%
Escolaridad		
Primaria	2	8.7%
Secundaria	7	30.4%
Preparatoria	8	34.8%
Licenciatura	6	26.1%
Religión		
Católica	20	87%
Otras	3	13%

Observamos que la mayor parte de los familiares que acuden a hospital Parcial y que fueron tomados en la muestra son las madres de los pacientes. La mayor parte de los familiares laboraban y eran católicos.

Las Variables Psicopatológicas se resumen en el siguiente cuadro.

**Cuadro III. Variables Psicopatológicas de los Pacientes (n=23)**

Escala	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
PANSS				
Total	39	94	52.13	15.4
Negativo	16	37	18.9	5.23
Positivo	6	32	13.3	7.15
Psicopatología General	17	38	19.9	5.23
TAS-20				
Factor 1	7	40	25	9.7
Factor 2	5	28	17.6	6.4
Factor 3	14	37	26.6	5.8
Total	30	100	69.34	18.32
Aplicando punto de corte.				
Alexitímico	17	73.9%		
No Alexitímico	6	26.1%		

Los pacientes mostraron en la puntuación total del PANSS una media de 52.13, con una desviación estándar de 15.4.

En cuanto al puntaje de la Escala de Alexitimia la media fue de 69.34 con una desviación estándar de 18.32. La mayor parte (el 73.9%) cumplía con el criterio para tener alexitimia.

En cuanto a los familiares se encuentran los resultados en el cuadro IV.

**Cuadro IV  
Resultado de la escala de alexitimia en familiares (n=23).**

	mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
TAS-20				
Factor 1	7	41	25.08	9.75
Factor 2	7	27	17.6	6.48
Factor 3	14	41	26.6	5.85
Total	32	106	68.7	19.4
Alexitímico	13	56.5%		
No alexitímico	10	43.5%		

Se observa que los familiares tienen una puntuación media de 68.7 con una desviación estándar de 19.4, y más de la mitad de los familiares cumplían criterios para alexitimia (56.5%).

En el cuadro V se observa el promedio de síntomas negativos con y sin alexitimia.

SÍNTOMAS	PROMEDIO (N=23)
Promedio de síntomas negativos sin alexitimia	18.62 (n=16)
Promedio de síntomas negativos con alexitimia	19.66 (n=6)

Al realizar el análisis no se encontró asociación significativa entre los valores obtenidos de Alexitimia y la severidad de la sintomatología obtenida por el PANSS. Estos datos se presentan en el cuadro V

**Cuadro V**  
**Asociación con presencia de Alexitimia y sintomatología**

SINTOMATOLOGÍA	X2	SIGNIFICANCIA
Positiva	13.89	.382
Negativa	7.37	.497
Psicopatología general	7.37	.497

Tampoco se encontró correlación entre los diferentes componentes de Alexitimia y la severidad de los síntomas. Los resultados de Rho de Spearman se muestran en la tabla VI.

**Tabla VI. Correlación entre sintomatología psiquiátrica y los puntajes obtenidos en TAS-20.**

Síntomas	Spearman	Puntaje total de Alexitimia	Factor 1	Factor 2	Factor 3
PANSS TOTAL	Coeficiente de Correlación	-.120	-.044	-.299	-.105
	Significancia	.586	.841	.165	.633
PANSS Positivo	Coeficiente de correlación	-.059	.025	-.256	-.120
	Significancia	.790	.908	.239	.587
PANSS Negativo	Coeficiente de Correlación	-.211	-.225	-.307	-.004
	Significancia	.334	.302	.154	.985
Psicopatología general	Coeficiente de Correlación	-.211	-.225	-.307	-.004
	Significancia	.334	.302	.154	.985

No se encontró asociación tampoco entre los puntajes de alexitimia de los familiares y la severidad de los síntomas (Cuadro VII)

**Cuadro VII. Asociación entre presencia de alexitimia del familiar y sintomatología psiquiátrica del paciente.**

SÍNTOMAS	X2	P
Positivos	15.96	.251
Negativos	9.03	.339
Psicopatología general	9.03	.339

No se encontró una asociación significativa al realizar el análisis por sexo por la presencia de alexitimia, ni el puntaje total en la escala de Toronto, ni por factores.

**Cuadro VIII. Asociación entre sexo y puntuaciones obtenidas en la Escala de Alexitimia.**

ESCALA DE ALEXITIMIA	HOMBRES (N)	MUJERES (N)	X2	SIGNIFICANCIA
Con alexitimia	4	3	.733	.392
Sin alexitimia	12	4		
Puntuación total	69.71 (prom)	64.35 (prom)	23	.344
Factor I	20.43 (prom)	23.42 (prom)	14.97	.454
Factor II	18 (prom)	17.85 (prom)	17.409	.231
Factor III	29.93 (prom)	28.42 (prom)	17.490	.290

Se encontró una correlación entre los puntajes de alexitimia de los pacientes y los de familiares de primer grado que se muestran en el cuadro IX en especial en el factor I y II donde la mayor parte de los puntajes fueron significativos. La asociación entre diagnóstico de alexitimia en el paciente y el diagnóstico de alexitimia en el familiar también fue significativa (Rho= 468, p=.024).

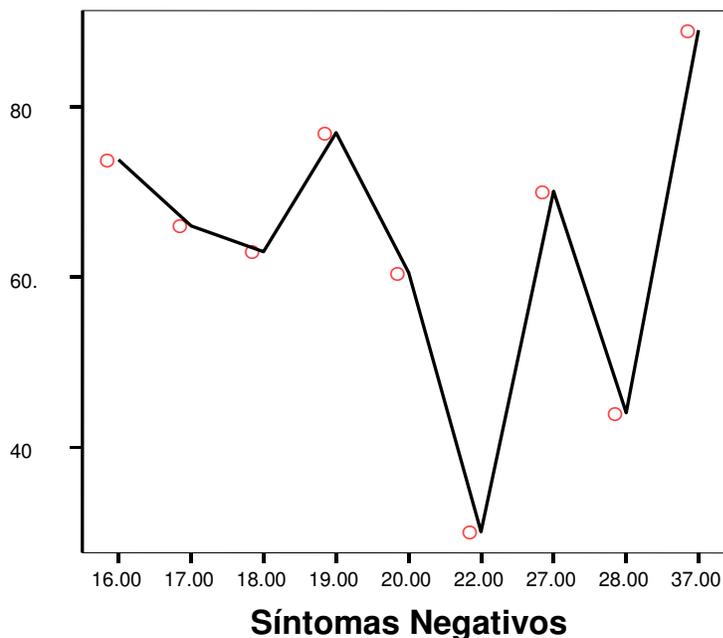
**Cuadro IX. Correlación entre los puntajes obtenidos por el paciente en la escala de Alexitimia y el familiar.**

PUNTAJES DEL PACIENTE	TOTAL FAMILIAR (RHO DE SPEARMAN)	FACTOR I (FAMILIAR)	FACTOR II (FAMILIAR)	FACTOR III (FAMILIAR)
Total	<b>.411 (p=0.051)</b>	.290 (p=0.189)	<b>.583 (p=0.004)</b>	.323 (p=0.132)
Factor I	<b>.442 (p=.034)</b>	.399 (p=.060)	<b>.626 (p=.001)</b>	.282 (p=.182)
Factor II	<b>.450 (p=.031)</b>	-.370 (p=.083)	<b>.533 (p=.009)</b>	.308 (p=.153)
Factor III	.076 (p=.731)	-.089 (p=.686)	.223 (p=.307)	.143 (p=.515)
Diagnostico de alexitimia	<b>-.471 (p=.023)</b>	<b>-.443 (p=.034)</b>	<b>-.531 (p=.009)</b>	-.307(p=-.155)

En la Grafica I se observa la no asociación entre Alexitimia y síntomas negativos obtenida en el PANSS

**Grafica I. Relación entre Alexitimia y síntomas negativos**

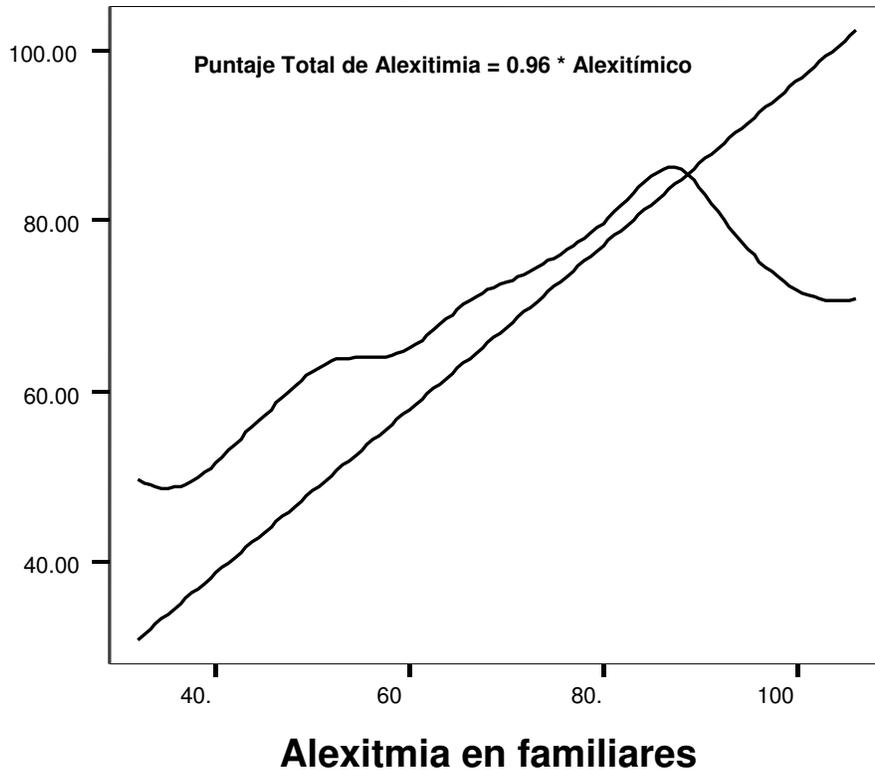
Puntaje Total de Alexitimia



En la siguiente grafica se observa la relación que existe entre el puntaje obtenido por los pacientes en la escala de Toronto y los familiares de Primer grado. Se observa que existe una correlación positiva (Valor de Correlación de 0.98).

**Gráfica II. Relación entre Alexitimia en lo pacientes y familiares de primer grado.**

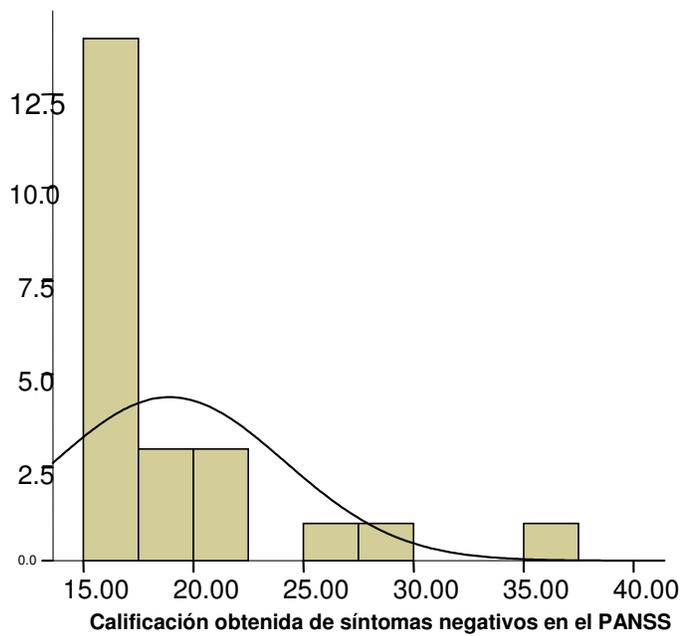
**Puntaje Total de Alexitimia en pacientes**



En las Graficas III, IV, V se encuentran la frecuencia de las diferentes categorías obtenidas por PANSS. En la grafica VI se observa la frecuencia de alexitimia en los pacientes.

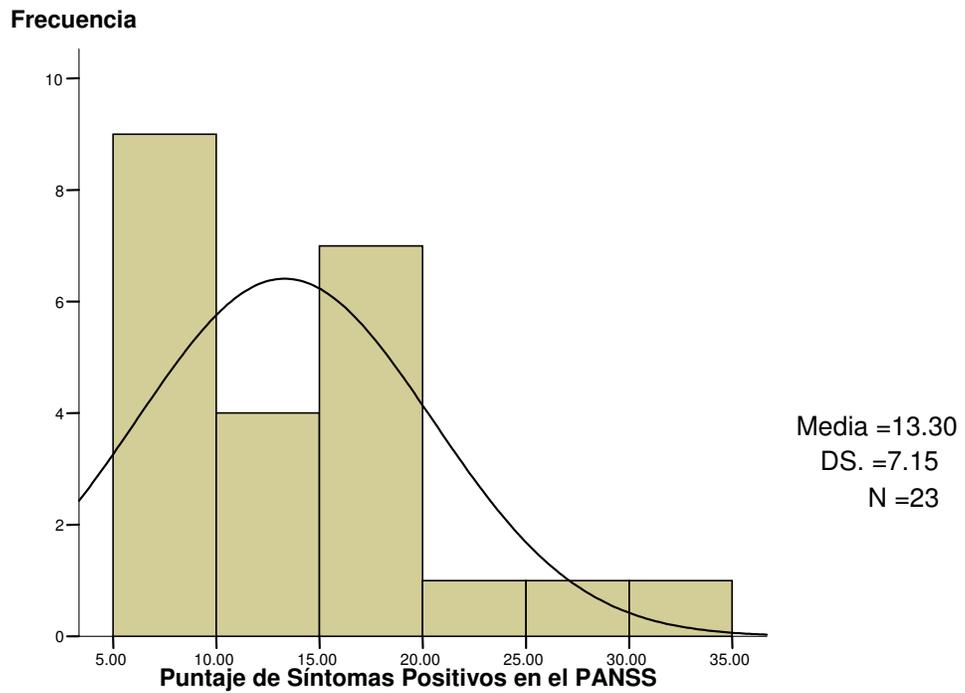
**Grafica III. Presencia de Síntomas Negativos en la muestra**

**Frecuencia**

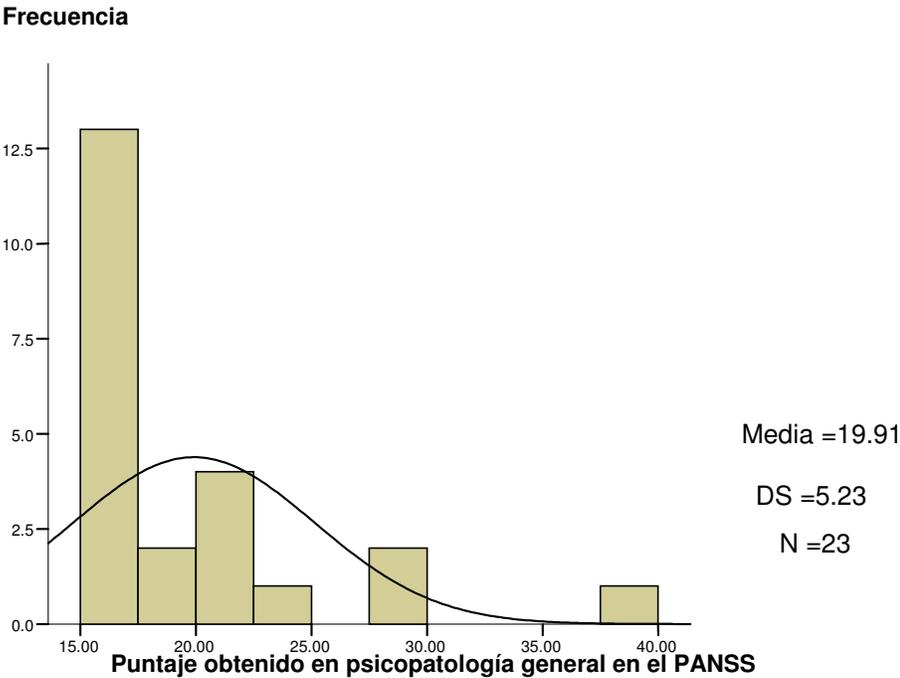


Media =18.91

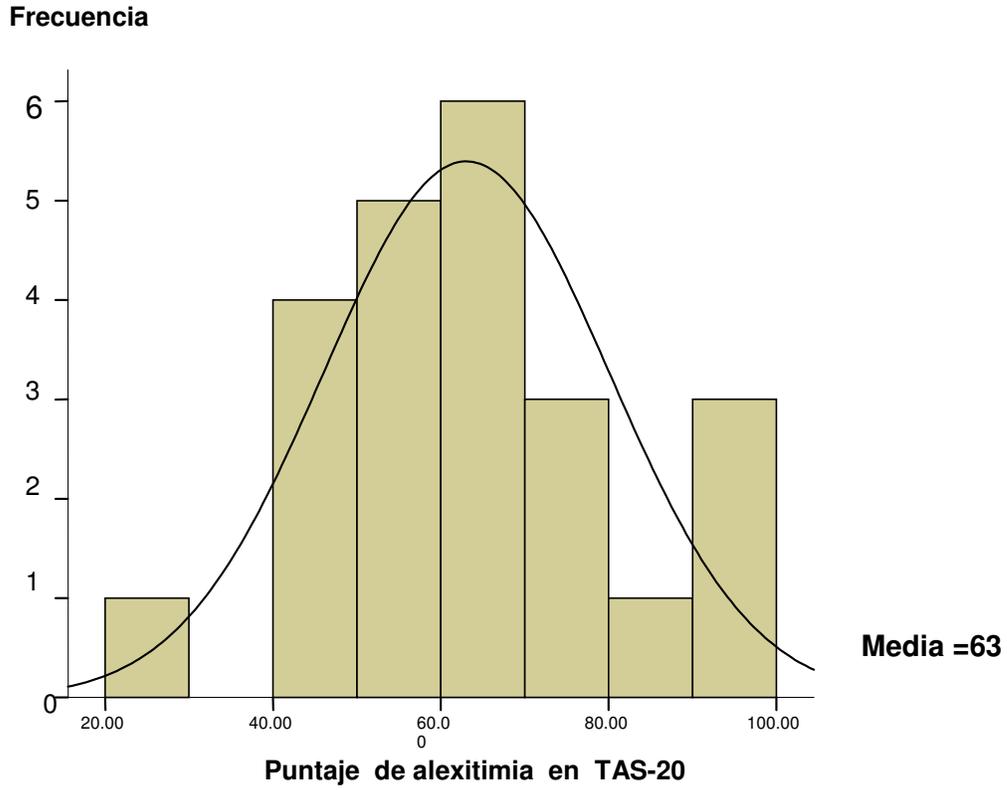
**Grafica IV. Distribución de puntaje en PANSS correspondiente a sintomatología positiva.**



**Grafica V. Presencia de Psicopatología General obtenida por el PANSS en la muestra.**



**Grafica VI. Presencia de Alexitimia en los pacientes obtenida por el TAS-20**



## Discusión

La muestra de la población es joven (una media de veintiocho años), con un porcentaje mucho mayor de hombres. Los puntajes de PANSS resultan menores a el punto de corte por lo que se considera que sintomatológicamente se encuentran controlados; su funcionalidad es pobre dado que ninguno de ellos labora, y la mayor parte son solteros, lo que se podría explicar como también aislamiento social aun a pesar de encontrarse en edad reproductiva. La distribución de la escolaridad en los pacientes es homogénea.

En cuanto a los familiares que acuden al servicio en compañía de sus pacientes, la mayor parte son mujeres (madres) que trabajan, siendo probablemente el principal soporte económico del paciente y mostrando cierta homogeneidad en cuanto a la religión.

Los resultados obtenidos en este estudio corroboran lo expuesto por Todorcello en cuanto a que la severidad de los síntomas no tiene relación con los niveles de alexitimia, siendo entonces probablemente dos constructos diferentes con una base biológica mayor. La no asociación entre la psicopatología y la alexitimia también podría explicarse por el número de la muestra y que sería necesario ampliar el número de pacientes para quizás lograr la significancia.

Llama la atención que la no asociación permanece constante en síntomas negativos, positivos y la psicopatología general, esperando que la alexitimia y los síntomas negativos se imbricaran, causando una probable asociación, situación descartada en este estudio.

Al realizar el análisis por sexo se encontró que los pacientes hombres tienen menor presencia de alexitimia. Esto contradice a los estudios reportados por Van't Wout, que refieren una mayor presencia de alexitimia en hombres. Esto podría explicarse por el tipo de pacientes que acuden al servicio, dado que el servicio de hospital parcial es de rehabilitación, es de esperar que las mujeres que pertenecen al servicio tengan más disfunción social y mayor presencia de alexitimia que las pacientes esquizofrénicas de otros servicios. Por lo que en estudios posteriores sería idóneo realizar la exploración en pacientes que acudan a múltiples servicios psiquiátricos y por supuesto una muestra más homogénea.

Llama la atención la presencia de alexitimia en la muestra pues más del 73% de los pacientes cumplían los criterios establecidos por la TAS-20, y los familiares mostraron un 56% de presencia de alexitimia. Esto nos habla de que la mayor parte de la población tenía alexitimia, lo que nos puede sugerir que se trate de un factor de vulnerabilidad importante, con un probable origen genético o ambiental pues en los padres de los pacientes también se presenta de una manera constante.

La asociación entre el Factor 1 en los familiares (dificultad para identificar sensaciones corporales) y la presencia de alexitimia en los pacientes muestra la

influencia que podría tener la madre en el desarrollo posterior de estos patrones de conducta. El Factor 2 de los familiares y la presencia de alexitimia en los pacientes tienen implicaciones en el aprendizaje que podría tener en la familia ya que este factor describe la capacidad que se tiene para describir las emociones de los demás y sus propias emociones. Mostrando una relación menor en cuanto al pensamiento operativo (factor 3), tanto en los pacientes como en los familiares. Esta falta de asociación puede deberse a que la alteración tenga un sustrato anatómico diferente al Factor 1 y 2, y que puede considerarse más una categorización ya propuesta anteriormente con alexitimia tipo II.

Lo que corrobora lo encontrado por Van't Wout sobre la presencia de alexitimia en familiares como un probable predictor de vulnerabilidad, así como alteraciones neurobiológicas que podrían tener un componente hereditario. Esto se podría explicar por influencias genéticas, ambientales e incluso alteraciones neurobiológicas comunes dentro de la línea familiar.

En perspectiva estos resultados nos pueden dar pie para la realización de estudios posteriores con una muestra mayor, tomando en cuenta además a controles sanos o familiares de primera línea de otro tipo como hermanos o hijos para observar si la correlación se mantiene.

Observar otras variables como son el tipo de medicamentos, la evolución de la enfermedad, seguimiento a largo plazo para observar si los pacientes con puntajes mayores en alexitimia tienen una peor evolución o si algún familiar de primera línea con puntajes altos de alexitimia desarrolla la enfermedad. Lo que podría darnos un nuevo marcador de susceptibilidad en la población y realizar intervenciones tempranas.

También nos da pautas en cuanto al tratamiento, ya que realizar intervenciones en la familia para mejorar la percepción de las emociones propias, la de los demás y la percepción corporal probablemente tendría un beneficio en la evolución de los pacientes, dada la teoría de vulnerabilidad propuesta por Zubig. Realizar intervenciones en pacientes para mejorar la expresión emocional además de la percepción somática podría tener un efecto benéfico en los pacientes en su funcionalidad social y disminuir también la psicopatología en general.

## Conclusiones.

La presencia de alexitimia en los pacientes de la muestra no se encuentra asociada con síntomas negativos, aunque sí se encuentra asociación entre la presencia de alexitimia de familiares de primer grado y la presencia de alexitimia en los pacientes.

## Referencias.

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 8av. Ed. Editorial Interamericana 2001.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed 4. Washington, American Psychiatric Association, 1994
3. Andreasen NC, Olson S. Negative versus positive schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:789–794
4. Herbener ES, Harrow M. The course of anhedonia during 10 years of schizophrenic illness. J Abnorm Psychol 2002;111;237–248
5. Romney DM, Candido CL. Anhedonia in depression and schizophrenia. A re-examination. J Nerv Ment Dis 2001;189:735–740
6. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge, Cambridge University Press, 1997: 263-5
7. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973;22:255–262
8. Taylor GJ. Alexithymia. 25 years of theory and research; In Nyklicek I, Temoshok L, Vingerhoets A (Eds): Emotional Expression and Health. New York, Brunner-Routledge, 2004: 137–153
9. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry 2000;45:134–142
10. Krystal H. Integration and Self-Healing. Affect, Trauma, and Alexithymia. Hillsdale, Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1988: 383
11. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. Psychother Psychosom 1993;59:197–202
12. Bermond B. Brain and alexithymia. In: Vingerhoets, A., van Brussel, F., Boelhouwer, J., The non-expression of emotion in health and disease. Tilburg: Tilburg University Press, 1997. The Netherlands, 2003:19-21
13. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia - A review of neurobiological studies. Journal of Psychosomatic Research 2003; 54:533-541.

14. Todorcello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is Alexithymia Related to Negative Symptoms of Schizophrenia? *Psychopathology* 2005;38:310–314
15. Sifneos PE. Anhedonia and alexithymia. A potential correlation; in Clark DC, Fawcett J (Eds): *Anhedonia and Affect Deficit States*. New York, PMA Publ Co, 1987: 119–127
16. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: An exploratory study. *Psychol Rep* 2001;89:95–98
17. Stanghellini G, Ricca V. Alexithymia and schizophrenias. *Psychopathology* 1995;28: 263–272
18. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. L'Alexithymie chez des schizophrènes déficitaires et non déficitaires. *Encéphale* 1997; 23:358–363
19. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Symptômes négatifs, dépression, anxiété et Alexithymie chez des schizophrènes DSM-III-R. *Encéphale* 1997;23:267–272
20. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom* 2004;73:68–77
21. Todorcello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is Alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? A Preliminary longitudinal study. *Psychopathology* 2005; 38 (6): 2005.
22. Stanghellini G: Language capacity in paranoid and non-paranoid schizophrenics. A revision of previous findings through the analysis of a larger sample. *Neurol Psychiatr Brain Res* 1995;3:229–236
23. Maggini C, Raballo A, Pelizza L, Paini M, Croci R. Subjective experience of language impairment and psychopathology in schizophrenia. *Psychopathology* 2003;36:17–22
24. Van't Wout M, Aleman A, Bermond B, Kahn RS. No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry*. 2007 Jan-Feb; 48(1):27-33.
25. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymie Questionnaire [Personality and Individual Differences](#), 2001; 30 (3): 413-434
26. Bermond B. Alexithymia, a neuropsychological method of approach *Journal for Psychiatry* 1995; 37:717-727.

27. Bateson G, Jason D, Haley, Weakland H. Hacia una teoría de la esquizofrenia. Editorial Paidós. P 20-23
28. Weakland JH, Jackson D. Observaciones de paciente y terapeuta acerca de las circunstancias de un episodio esquizofrénico, en comunicación, familia y matrimonio. Ediciones Nueva Vision Bs.As.1984
29. Wynne L. Schizophrenics and their families. Health Visitors. 1968; 41: 227-228
30. Dijon-Vasseur M. Los Síndromes Esquizofrénicos y los Síndromes Delirantes Crónicos, México 2006. en: [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
31. Zubin, J. y Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 1977; 86:103-126
32. Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Vaughn, C. y Sturgeon, D. Life events, relatives expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. Psychological Medicine, 1983; 13: 799-806.
33. Muller J, Buhner M, Ellgring H. The assessment of alexithymia: psychometric properties and validity of the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. Personality and Individual Differences 2004; 37:373-391.
34. Kreidler S. The psychosemantic approach to alexithymia. Personality and Individual Differences 2002; 33:393-407.
35. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Negative symptoms, depression, anxiety and Alexithymie in DSM III-R schizophrenic patients. Encéphale 1997; 23: 267-72
36. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Alexithymie in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. Encéphale 1997; 23: 358-63
37. Stanghellini G, Ricca V. Alexithymie and schizophrenias. Psychopathology 1995; 28: 263-72.
38. Haviland MG, Reise SP. Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Journal of Personality Assessment 1996; 66: 116-25
39. Maggini C, Raballo A. Alexithymia and schizophrenic psychopathology Acta Bio Medica Ateneo Parmense 2004; 75; 40-49
40. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1997: 240-47

41. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001; 42: 235-40.
42. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The positive and negative syndrome rating scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13:261-276.
43. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13:261-276.
44. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C, García-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, Apiquian R. Forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 2005; 72 (2-3):123-129
45. Taylor GJ. Alexithymia. Concept, Measurement, and Implications for Treatment. *Am J Psychiatry* 1984b; 141 (6):725-732.
46. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA. Validation of the Alexithymia Construct: A Measurement-Based Approach. *Can J Psychiat* 1990b; 35:290-297.
47. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32
48. Moral de la Rubia J, Retamales R. Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatria.com* 2000; 4 (2): 1-10.
49. Pérez-Rincón H, Cortés J, Ortiz S, Peña J, Ruiz J, Díaz-Martínez A. Validación y estandarización de la versión española de la escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 1997; 20(3) septiembre : 30-34
50. Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México 2004.