



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Subdivisión de Especializaciones Médicas
Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"

"Prevalencia de alexitimia en pacientes de consulta
externa con patología psiquiátrica estable del Instituto
Nacional de Psiquiatría y pacientes con patología
crónica no psiquiátrica de la clínica de síndrome
metabólico del Hospital General Gea González"

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

ZUREMA MURILLO TOVAR

Tutores:

Dr. Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez

Dra. Blanca Estela Vargas

Facultad de Medicina

Teórico

Metodológico



México, D. F.

Mayo 2010



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.

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, Beatriz y Javier

Mis primeros maestros, por el amor, la libertad y el apoyo incondicional

... A todos los que vinieron despues que aún sin saberlo me han dado luz y enseñanza...

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis tutores, Dr. Manuel Muñoz y a la Dra. Blanca Vargas por su paciente guía.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	
1. Antecedentes y Marco Teórico.....	7
2. Justificación.....	26
3. Planteamiento del Problema	27
4. Objetivos.....	29
5. Hipótesis	29
MATERIAL Y MÉTODOS	
1. Tipo de estudio.....	30
2. Población de estudio, selección y tamaño de la muestra.....	30
3. Definición de Variables	31
DESARROLLO METODOLOGICO.....	32
Análisis de resultados	34
Discusión de los resultados.....	39
Consideraciones Éticas.....	40
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS.....	48

Resumen

La alexitimia fue descrita por Sifneos (1973) en un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas. Las características actuales que engloba el término alexitimia son una dificultad marcada para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas; dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo; tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas; pensamiento pragmático, concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones; rigidez en la comunicación preverbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales y respuesta al estrés caracterizada por una amplificación de la respuesta fisiológica. La alexitimia no es un estado patológico se trata más bien de una caracterización del tipo de pensamientos, sentimientos y procesos relacionados que pueden existir en las personas con una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos o no psiquiátricos. Para algunos autores la alexitimia se infiere por el clínico a través del uso y comprensión del lenguaje, que forma parte de la evaluación cotidiana en psiquiatría pero que ante las dificultades para codificarlo es un concepto subvalorado que al clarificarse podría otorgar contribuir a la comprensión de vulnerabilidad y desarrollo de patologías crónicas. La escala modificada de alexitimia de Toronto describe tres rubros que son los analizados en la mayoría de estudios clínicos y que se corresponden con división de subescala en "Dificultad para identificar emociones", "Dificultad para describir sentimientos" y el tercero que engloba el estilo de pensamiento concreto y lejano a emotividad en "Orientación de pensamiento dirigido al exterior". El coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) es de .75. Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica. La versión en español de la Escala modificada de Alexitimia de Toronto, aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad. Fue validada tras reproducir los tres factores propuestos por Taylor, en el estudio de validez para población mexicana por Pérez-Rincón y colaboradores. Se han realizado esfuerzos para abordar el complejo fenómeno de la expresión afectiva desde la inclusión de teorías relacionadas con inteligencia emocional,

comunicación asertiva y su relación con bajos niveles de estrés psicológico y deterioro de salud general. Las observaciones recientes sugieren asociación entre la patología crónica y tasas elevadas de alexitimia. El estudio pretende encarar un rasgo y elemento identificado ya en variadas entidades patológicas o caracterológicas a partir de la comparación dentro de dos poblaciones clínicas crónicas. Los resultados concuerdan en manera importante con antecedentes previos en referente a diferencias de género en los distintos rubros, siendo así que en general la población femenina presentó mayor dificultad para identificar emociones y masculina mayor grado de alexitimia en rubro de describir emociones, lo que puede relacionarse a decir de estudios previos con factores de expresión verbal cultural aprendida y uso de lenguaje emocional, para la población psiquiátrica el porcentaje de alexitimia cuando este se considera desde una etapa leve es menor lo que se mantiene estable siendo mayormente alexitímicos los pacientes no psiquiátricos, con diferencias entre géneros perdidas en comparación a antecedente previo y mayor significancia en rubro de "pensamiento orientado al exterior". La alexitimia es un proceso de comunicación afectiva, que se nutre de factores e intervenciones tanto terapéuticas como del proceso de maduración y de vida, la importancia del contexto social, abre una posibilidad para futuras investigaciones que consideren la dimensión simbólica y cultural de la expresión de las emociones y también un concepto más amplio de salud mental.

Antecedentes y Marco Teórico

Historia y desarrollo del concepto: Alexitimia

El concepto de *alexitimia* fue introducido por Sifneos (1973) para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas. De acuerdo con Sifneos, este término significa literalmente *ausencia de palabras para expresar las emociones*; y denota una dificultad en identificar y describir emociones, así como una vida de fantasía interna empobrecida. El concepto de alexitimia ha sido duramente criticado desde múltiples y variados campos, tachándose de inapropiado, poco representativo y no válido. No obstante, se considera, incluso por los mismos autores que lo critican, como un concepto ventajoso pues comunica, en una sola palabra, una serie de rasgos clínicos que subyacen en determinados trastornos o pacientes. Sifneos no crea un concepto nuevo, sino que organiza las observaciones clínicas descritas en pacientes psicosomáticos en una entidad conceptual. Diversos autores habían trabajado décadas antes en este sentido. Así, Polavsky (1945) hablaba ya del carácter *vago e impersonal* del discurso de los pacientes psicosomáticos que él estudiaba. Ruesch (1948) hacía hincapié en la *pobreza en simbolización* del paciente psicosomático, mientras que Groen y Bastiaans (1951) revelaban que estos pacientes no eran capaces de desprenderse del impacto afectivo en las situaciones de estrés emocional y que continuaban tratando estas situaciones como si fuesen situaciones normales. Freedman y Sweet (1954) hablan de *iletrados emocionales* para caracterizar a los pacientes psicosomáticos. También McLean (1949) hipotetiza que existe un déficit cerebral funcional entre el rinencéfalo y el área neocortical del lenguaje y, debido a ello, el paciente psicosomático sólo podía expresar su estado emocional a través del *lenguaje de los órganos*. Posteriormente, los psicoanalistas franceses Marty y De M'Uzan (1963) introducen el concepto de *Pensée Opératoire* (pensamiento operatorio) para caracterizar las aparentes particularidades de los pacientes psicosomáticos, y que se refiere a un tipo de pensamiento que se limita a reduplicar la acción en sí misma. El

sujeto describe sus acciones, hechos o gestos tal y como se producen pero sin integrar ninguna connotación afectiva. Los problemas concretos del momento ocupan todo el campo de la conciencia, excluyendo totalmente la emergencia de representaciones afectivas ligadas a los recuerdos. Para estos autores existe una relación directa entre el pensamiento operatorio y los desórdenes psicosomáticos. Estos últimos serían la consecuencia de una incapacidad más o menos marcada para elaborar las emociones y afectos a nivel cognitivo.

Estos pacientes se mostraban refractarios a la psicoterapia psicodinámica por sus dificultades para verbalizar emociones y su incapacidad para fantasear. El síntoma psicosomático se interpretó como el resultado de las emociones no expresadas que se manifestaban a través de un lenguaje y un simbolismo somático.

Definición actual del constructo alexitimia

La utilización actual aceptada del término alexitimia, se ha retomado ante el creciente abordaje de la Teoría de la Mente y conceptos relacionados con la Inteligencia emocional.

Tal déficit de asimilación y procesamiento intrapsíquico e interpersonal de las vivencias y experiencias afectivas tendría la capacidad de reforzar la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica, al tiempo que impediría la asimilación cognoscitiva del hecho emocional, esta capacidad de adaptación que corresponde a la actual llamada cognición emocional es en teoría para algunos autores parte de la estructura psíquica del individuo y que como medio de afrontamiento de estrés su integridad proporciona una herramienta ante el estrés psicológico y biológico.

En la definición original de alexitimia, se asocia a los siguientes componentes:

- a) Dificultad marcada para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas.
- b) Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo.
- c) Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas. Precisamente por su tendencia a la acción y su pragmatismo han sido relacionados con el patrón de conducta tipo A, sin que hasta el momento existan estudios al respecto.
- d) Pensamiento concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones.
- e) Rigidez en la comunicación preverbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales.

Es importante tener presente que la alexitimia no es una categoría diagnóstica psiquiátrica. Se trata más bien de una caracterización del tipo de pensamientos, sentimientos y procesos relacionados que pueden existir en las personas con una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos (Swiller, 1988). Así, según Lesser y Lesser (1993) la alexitimia es un concepto descriptivo que aglutina un número de conceptos clínicos en una forma fácilmente comunicada. La alexitimia no es una declaración sobre una enfermedad que tiene el paciente, sino más bien es una declaración sobre un paciente que puede tener una variedad de enfermedades. Asimismo, la alexitimia es un concepto de rango. No todas las personas la tienen en el mismo grado, y en cantidades pequeñas puede ser bastante común. La alexitimia puede concebirse como un conjunto de dimensiones de habilidad en la expresión verbal del estado emocional de la persona (Swiller, 1988). En este sentido, existe un debate abierto en torno a si la alexitimia debe ser conceptualizada como un *rasgo* de personalidad, a modo de constructo o variable graduada o continua en la que todas las personas pueden tener un mayor o menor grado de alexitimia o como un *estado*, a modo de condición o trastorno que se tiene o no se tiene. Los resultados de algunas investigaciones muestran la necesidad de evaluar tanto la alexitimia-rasgo como la alexitimia-estado.

Desde una perspectiva etiológica, se han realizado numerosos intentos de buscar una posible causa de la alexitimia. Esto ha llevado a plantear hipótesis desde diferentes campos. Las principales teorías propuestas son: teorías neuroanatómicas, genéticas y psicológicas (psicodinámicas, psicológico-deficitarias, psicológico-evolutivas y teorías enfocadas desde el aprendizaje social). Una revisión amplia de los diversos modelos etiológicos propuestos puede encontrarse en Cerezo et al. (1988) y Páez y Velasco (1993). Estudios de revisión recientes dirigieron enfoque al estudio y propuestas que sugieren antecedentes relacionados con historial de maltrato o abandono en la infancia, apego inseguro, maternaje deficiente y adversidades relacionadas a disfunción familiar así como antecedentes de comorbilidades médicas crónicas o patología terminal infantil. Aunque el efecto de una etiología psicológica ha sido debatido por estudios biologists de imagen que incluyen el abordaje de funciones cerebrales de ejecución de tareas y lenguaje en las que se han encontrado relación entre déficits de comunicación verbal y no verbal afectiva con funciones de integración en comprensión de emociones básicas de rostros y tareas de teoría de la mente.

Alexitimia y personalidad

La inteligencia emocional es un constructo que involucra la experiencia afectiva propia, la inferencia reconocimiento, análisis y expresión de afectos del otro en correlación a la cognición social, así como los mecanismos y procesos neurobiológicos involucrados en el modelo teórico de la mente. Las condiciones asociadas a la falla en las funciones de reconocimiento, empatía y expresión involucran condiciones clínicas como trastornos de personalidad antisocial, límite, narcisista, espectro autista y alexitimia. Los factores biológicos están íntimamente relacionados con el desarrollo de dichas funciones que producen efecto directo sobre la adaptación social y la regulación emocional (9). Desde una perspectiva etiológica, se han realizado numerosos intentos de buscar una posible causa de la alexitimia. Esto ha llevado a plantear hipótesis desde diferentes campos. Las principales teorías propuestas son: teorías neuroanatómicas, genéticas y psicológicas (psicodinámicas,

psicológico-deficitarias, psicológico-evolutivas y teorías enfocadas desde el aprendizaje social). Sin embargo, en la actualidad se carece del apoyo empírico suficiente para ninguna de ellas. Una revisión amplia de los diversos modelos etiológicos propuestos puede encontrarse en Cerezo et al. (1988) y Páez y Velasco (1993).

Neurosis

En cuanto a los estudios sobre la personalidad de los pacientes alexitímicos, se ha encontrado una correlación negativa entre alexitimia y neuroticismo-extraversión (Fava y Baldaro, 1980). Asimismo, en el MMPI tienden a puntuar alto en la escala L (Sinceridad» mayor puntuación, menor sinceridad), y presentan también puntuaciones significativamente más bajas en Psicastenia, en comparación con otras poblaciones enfermas no alexitímicas (García-Esteve et al., 1988).

La población que cuenta con patrones de dificultad en la identificación, expresión y vivencia de las emociones es la que corresponde desde el abordaje analítico a las a "neurosis", en las que su correspondencia con los síntomas psiquiátricos de conversión otorga información valiosa de los síntomas somáticos en función del aparato psíquico y como las consecuencias de enfrentamiento inconsciente y mal adaptativo del estrés vulneran a su vez a esta población a presentar inestabilidad en patologías medicas crónicas ya establecidas, dificultades para entender o expresar síntomas emocionales asociados al desgaste físico y un pronóstico limitado a utilizar servicios de salud mental, debido a centralización en malestar corporal, como parte del fenómeno de los estados "psicosomáticos" (8).

Cerebro alexitimico

En uno de los estudios con población mas numerosa en el abordaje de la asociación entre síntomas somáticos y conversivos con alteraciones en la expresión emocional se encuentra el realizado por Feryal y colaboradores en los que se incluyo muestra de 896 pacientes con dolor crónico en las que se excluyo que este fuese explicado por una entidad nosológica especifica y fue analizada con escala de alexitimia de Toronto y el inventario de ansiedad de Spielberger, al compararla muestra con pacientes controles se encontró una diferencia significativa siendo la presencia de dolor somático asociado con alexitimia mucho mas prevalente hasta un 32% en comparación con grupo control (13).

Una nueva propuesta surgió en el reciente estudio de Borsci 2008, quien sugiere que la habilidad para procesar aspectos emocionales esta relacionada con estructuras cerebrales encargadas de la conciencia y toma de decisiones y que por lo tanto se podría describir un modelo de morfología cerebral de alexitimia, el cual es compartido con centros de integración del dolor y neuronas en espejo (14).

La alexitimia ha sido asociada a estudios de teoría de la mente, proceso de empatía y por lo tanto a través de modelos de procesamiento de emociones y lenguaje en sujetos con trastornos de lenguaje y pobreza afectiva, en el 2006 Phillips y Bousoño proponen la existencia de alteraciones menores en la estructura cerebral (núcleo central y amígdala) explicaría casos más graves de alexitimia (15).

La creación de modelos de estrés con exposición a glucocorticoide ha colaborado a la comprensión del papel del dolor y el estrés en la supervivencia, Wei en el 2004 toma este modelo y realiza hipótesis que relaciona la sobreexpresión como origen de regulación y bloqueo proponiendo que la sobreexposición o exposición crónica a glucocorticoide genera aumento de estrés oxidativo y patrones de conducta de indefensión, inmovilidad y

habituaación anormal lo que Wei correlaciona en el hombre con la llamada respuesta emocional condicionada y patrones de expresión emocional deficiente (16).

Henkelbow y Peterson en el 2007 toma el modelo de estrés crónico para explicar el papel de la estimulación a largo plazo del núcleo central como generador de enfermedades inducidas por el estrés y el bloqueo de la respuesta emocional ante el daño como características que se encuentran de manera simultanea por un fenómeno biológico de regulación inducida (17)

Alexitimia y represión emocional

A pesar de la asociación a la dificultad para expresar afectos, estudios iniciales arrojaron evidencia de que los sujetos alexitímicos eran sensitivos y tenían propensión al enojo o sensación de llanto, sin que estos se experimentaran o se expresaran a través de pensamientos o fantasías. Los pacientes con índices elevados de alexitimia mencionan inquietud y ansiedad como componente principal de la depresión, con limitación de vocabulario a describir emociones. Actualmente la correspondencia de características emocionales y capacidades afectivas sociales se ha relacionado en varios estudios cuyo objetivo es integrar, la percepción, interpretación y expresión de emociones como una función cerebral definida, correspondiente a un área de integración conformada por la amígdala y sus conexiones con núcleos hacia cerebro medio y corteza sensorial.

Las emociones en la alexitimia parecen ser difusas, pobremente diferenciadas y mal representadas. Taylor describió en 1997 a la alexitimia como una carencia para regular emociones cognitivamente otorgando bases que la diferenciaran del aplanamiento, de la represión defensiva o la inhibición emocional.

El abordaje dimensional ha arrojado datos interesantes en varios estudios acerca del papel de la alexitimia en relación a la represión, evitación y asociación de prevalencia máxima con grupo de pacientes con síntomas somáticos inespecíficos.

Al día de hoy no se otorga a la alexitimia clasificación dentro de sintomatología psiquiátrica, sino que se incluye como expresión dependiente de conformación de personalidad y enfrenta a capacidad de introspección y comprensión de emocionalidad que se presenta en una intensidad muy variable en toda la población.

En estudios recientes se propone la prevalencia en población general de 20% en E.U. en población psiquiátrica la prevalencia alcanzó cifras menores al 8%. En Italia Bocardi y colaboradores proponen prevalencia hasta de 25% en población general. Sin embargo estas asociaciones resultan inferencias de los autores ya que la incidencia de alexitimia no ha sido objeto de ningún estudio realizado, sino más bien su asociación a las implicaciones sociales, médicas y culturales dentro de las cuales se encuentran con mucho mayor frecuencia asociadas a entidades compartidas en el abordaje de estudio de síntomas somáticos inespecíficos y síntomas psicológicos de ajuste afectivo y social deficiente (7).

Tanto desde la teoría psicoanalítica clásica, como desde teorías cognitivas más recientes, se ha planteado la existencia de un fenómeno de represión emocional (Yárnoz, Romo, Carbonero y Páez, 1990). La represión serviría para mantener experiencias dolorosas o desagradables fuera de la conciencia. Los individuos la utilizan como una estrategia defensiva y tendrían, por lo tanto, menos acceso a recuerdos emocionales, especialmente a aquellos acontecimientos negativos o desagradables (Páez, Vergara y Velasco. 1991).

Aunque el apoyo empírico de la represión es contradictorio, en la actualidad se acepta su existencia, ya sea como un mecanismo cognitivo o como una forma de afrontamiento -un estilo de *coping*-. Según esta última conceptualización, los sujetos represores afrontan los estímulos amenazantes mediante la represión, la denegación y la evitación cognitiva y conductual (Páez et al., 1991).

Los elementos definitorios de la represión son básicamente similares a los de la alexitimia. No obstante, no deben confundirse ambos conceptos puesto que existen importantes diferencias entre ambos. La diferencia fundamental

radica en que mientras que los represores presentan una alta expresión a nivel expresivo-motórico, los alexitímicos la presentan baja. La conciencia de las emociones es aún menor en los alexitímicos, por un lado, y por otro los represores no perciben ni expresan tantos síntomas físicos. Por último, no hay datos sobre la relación entre alexitimia y memoria afectiva, y los datos disponibles sobre los represores muestran un déficit de memoria en estos últimos. Según la investigación de Páez y Velasco, los alexitímicos tienen tanto baja expresividad como baja instrumentalidad, por lo que es poco probable que sean represores, ya que estos se definen por baja ansiedad manifiesta y alta deseabilidad social, mientras que la alexitimia tiene una asociación negativa con la deseabilidad social y positiva con la ansiedad. Además, se encontró que los represores no mostraban puntuaciones altas en la dimensión de lenguaje afectivo deficitario en la escala de Noël, por lo que la represión y la alexitimia pueden responder a fenómenos diferentes.

Clínica y epidemiología de la alexitimia

La tendencia general a mostrar abiertamente una emoción positiva o negativa difiere entre culturas, épocas, géneros, edades e individuos; resulta un tema de suma importancia en temática del estudio del comportamiento en especial desde que esta se relaciona potencialmente con la expresión de diversos trastornos tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. La tendencia represiva que implica el mecanismo de alexitimia, aunado a las teorías modernas que involucran a la teoría de la mente y neuronas en espejo como explicación de la incapacidad en especial de la identificación, expresión y descripción de afectos podría tener un efecto directo de disfunción en relaciones interpersonales y fallas en vivencias personales, que a su vez predispusiera a la presentación de sintomatología psiquiátrica.

En los pacientes psiquiátricos la alexitimia ha sido estudiada como factor pre mórbido o asociado a condiciones específicas que incluyen trastornos de somatización y conversivos, trastorno por estrés postraumático o bien algunos y trastornos de personalidad.

No existen prácticamente investigaciones sobre la tasa de prevalencia de la alexitimia en la población general. En la bibliografía sobre el tema se citan casi exclusivamente los estudios realizados por Blanchard, Arena y Pallmeyer (1981) y Shipko (1982). En dichos estudios, realizados con poblaciones estudiantiles, se obtienen unas tasas que oscilan entre el 8 % y 10 %. No obstante, resultados posteriores han llegado a mostrar hasta 50% de prevalencia y puntajes más elevados en población con patología sistémica crónica.

La distribución por género, asoció de manera inicial una mayor tendencia por parte de los hombres a ser alexitímicos, encontrando una tasa del 8 % de varones alexitímicos frente al 1,8 % de mujeres. Desde entonces se discutió. Se ha discutido la posibilidad de que estos datos son convergentes con los estereotipos sexuales que sugieren que los individuos del sexo masculino dejan traslucir en menor medida sus emociones (Páez y Velasco, 1999).

Los abordajes más recientes es el realizado por Moriguchi y colaboradores en el 2006, al analizar la prevalencia total entre géneros y grupos de edad no hubo diferencia significativa, sin embargo al tomar en cuenta diferentes rubros de la escala se encontró que la población femenina tuvo mayor dificultad para identificar afectos, en contraste con la masculina que obtuvo índices significativamente mas altos para orientar pensamiento y externar afectos. La evaluación en grupos etarios demostró con una diferencia significativa que a mayor edad hay una disminución de la incapacidad para describir emoción, quizá por efecto del aprendizaje social, sin embargo no se corrigieron cifras totales lo que propone a la alexitimia como un constructo estable durante la vida del individuo (18).

Otros estudios han replicado ya una prevalencia similar en tasas de alexitimia en ambos géneros cuando se controlaba la influencia de factores culturales, educativos y privación social encontraron variables asociadas a la expresión verbal de sentimientos con mayores dificultades en varones, pero no así en los rubros de la escala

correspondientes a la identificación de emociones en la que los puntajes eran igualados o superados por la población femenina.

Se ha encontrado una mayor incidencia de la alexitimia en personas que pertenecen a un nivel socio-económico bajo y con un nivel intelectual y educativo también bajo. Aunque estudios posteriores asocien estos hallazgos con fenómenos de comunicación social asociadas a pobreza de lenguaje.

Entre los pacientes en tratamiento por trastornos psicosomáticos se dan tasas de prevalencia que fluctúan del 50 al 75% (Cerezo et al., 1999). Además de la mayor prevalencia de la alexitimia en trastornos clásicamente considerados como psicosomáticos (hipertensión, psoriasis, úlceras, asma, urticaria crónica, alteraciones cardiovasculares, metabólicas, etc.), se han realizado recientemente investigaciones sobre la prevalencia de la alexitimia en otros problemas de salud.

En este sentido, en un estudio comparativo de pacientes sometidos a diálisis en Japón y Estados Unidos (Fukunishi, Norris, Fahrion, Baer y Porter, 2002) se entrevistó a 54 pacientes con problemas de riñón utilizando para ello la Escala de alexitimia del MMPI (MMPI-AS) y el Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ). Las tasas de alexitimia observadas oscilaban entre el 32%-36% en los pacientes japoneses sometidos a diálisis y entre el 28%-35% en los pacientes americanos, sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas entre ambos países.

Se ha encontrado también una alta tasa de alexitimia entre los adictos a sustancias psicoactivas. En un estudio realizado con la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan y Bagby, 1985) con el objetivo de investigar la prevalencia de alexitimia entre pacientes dependientes de sustancias psicoactivas, de los 44 pacientes que componían la muestra el 50% eran alexitímicos (Taylor, James, Parker y Bagby, 1990). Asimismo, los pacientes

alexitímicos estaban significativamente más ansiosos y deprimidos que los no alexitímicos, y presentaban un mayor número de quejas físicas y alteraciones psicológicas generales.

Evaluación de la alexitimia

A pesar de las evidencias empíricas del concepto de alexitimia y de que en la práctica clínica es fácilmente identificable como el conjunto de rasgos ya descritos, no es fácil cuantificar el fenómeno de manera objetiva y parece que no se ha descubierto ningún instrumento de medida que sea suficientemente fiable y válido para estos propósitos (Cerezo et al., 1988; García-Esteve et al., 1988). En la tabla 1 figura una relación de los principales instrumentos utilizados en la evaluación de la alexitimia.

Escalas y cuestionarios

El instrumento más utilizado para medir características alexitímicas es el *Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ)* en sus dos versiones de uso clínico (Sifneos, 1973). La primera (BIQ1) está formada por 21 ítems a cumplimentar por el terapeuta, por lo que se ha puesto en duda su objetividad, ya que la posibilidad de obtener respuestas de contenido emocional puede variar enormemente según la experiencia del entrevistador. El BIQ2 (Sifneos, Apfel y Frankel, 1977) es una escala de autoevaluación para el paciente, en respuesta a preguntas semiestructuradas que se suponen darán al clínico información no contenida durante la entrevista sobre las características alexitímicas del paciente.

La *Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (SSPS)* (Sifneos, 1973) es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems puntuables de 1 a 4 según el grado de presencia del ítem. La puntuación total, por tanto, puede llegar a 80 y el punto de corte para la alexitimia se considera en 60. Fue desarrollada para obviar los problemas interrelacionales que surgen en la aplicación de los test heteroadministrados. Recoge el funcionamiento cognitivo-

emocional del paciente. Es interesante por ser una escala corta, de contenidos cognitivos, con ítems fáciles de contestar y contaminaciones socio-culturales mínimas (Martín, Pihl y Dobkin, 1984).

Instrumentos de evaluación de la alexitimia

ESCALAS Y CUESTIONARIOS			
Instrumento	Autores	Año	Nº. Ítems
BIQ-1	Sifneos	1973	21
BIQ-2	Sifneos, Apfel y Frankel	1977	17
SSPS	Apfel y Sifneos	1979	20

MMPI-AS	Kleiger y Kinsman	1980	22
Escala del MMPI	Shipko y Noviello	1984	20
Escala de Noel Alexitimia de Noël		1989	12
TAS	Taylor, Ryan y Bagby	1985	26
ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS			
Instrumento	Autores	Año	Nº. Ítems
APRO	Kristal, Giller y Cichetti	1986	17
TÉCNICAS PROYECTIVAS			
Instrumento	Objeto de estudio		
TAT	Capacidad de fantasear y de expresar emociones		
AT-9 (SAT-9)	Función simbólica		

La *Escala de Alexitimia del MMPI (MMPI-AS)* fue elaborada por Kleiger y Kinsman (1980) a partir del MMPI. Está compuesta por 22 ítems del MMPI que correlacionan con las puntuaciones de alexitimia en el BIQ. El punto de corte es 14. Los ítems específicos de esta subescala no reflejan directamente los mismos fenómenos clínicos que los ítems del BIQ, sino que la escala está basada en correlaciones con las puntuaciones del BIQ. No obstante, esta escala ha sido criticada por no correlacionar ni con las medidas de la capacidad de expresión verbal de las emociones, ni con las medidas de capacidad de imaginación (Noël y Rimé, 1988). Faltan, por tanto, argumentos válidos en su favor.

La *Escala del MMPI de Shipko y Noviello* (1984) está compuesta por 20 ítems y se realizó previo pase del MMPI a grupos de sujetos categorizados como alexitímicos mediante la SSPS. No es una escala muy utilizada y presenta como ventaja su brevedad.

En un estudio reciente de Bornstein y O'Neill (1993) se ha encontrado que esta escala correlaciona negativamente con la MMPI-AS, por lo que se puede cuestionar su validez como medida de la alexitimia.

La *Escala de Alexitimia de Noël* consta de 12 ítems elaborados a partir de los tres elementos que componen la definición original de alexitimia. Cada ítem dispone de cinco categorías que oscilan entre el 1 (totalmente falso) y el 5 (muy verdadero). Cuando el sujeto contesta totalmente falso a una afirmación positiva o totalmente verdadero a una afirmación negativa, su respuesta se considera como alexitímica y se le dan cuatro puntos. Se han extraído tres factores que explican el 45 % de la varianza: 1) dificultad en verbalizar las emociones o de traducir en palabras los sentimientos; 2) pobreza de fantasía y 3) pensamiento operatorio (De la Vía, Echebarría, Yárnoz y Páez, 1989).

Entrevistas estructuradas

Existe una entrevista estructurada realizada por Krystal, Giller y Cichetti (1986) llamada *Alexithymia Provoked Response Questionnaire* (APRQ). Consta de 17 ítems que pretenden «provocar» al paciente a responder emotivamente a través de técnicas de inoculación de estrés. Su administración es sencilla y, a diferencia del BIQ, la variabilidad dependiente del entrevistador se reduce notablemente. La APRQ correlaciona significativamente con el BIQ ($r=.72$), pero no con la MMPI-AS, ni con la SSPS.

Técnicas proyectivas

Algunas de las formas del *Thematic Apperception Test* (TAT) han sido utilizadas para medir la capacidad de fantasear y de expresar emociones del sujeto (Taylor, 1984). Los estudios realizados con esta técnica muestran características alexitímicas en sujetos con patrón de conducta tipo A, lo que concuerda con las descripciones que se hacen de estos sujetos negadores que utilizan la acción como estrategia básica de afrontamiento, pragmáticos y con nula capacidad para fantasear (García-Esteve et al., 1988).

No obstante el test proyectivo más utilizado ha sido el *AT-9, Test de los 9 arquetipos*. Es un test grafo-proyectivo con el que se intenta estudiar la función simbólica en los sujetos alexitímicos. Existe un método de cuantificación (SAT-9) destinado a medir la interpretación proyectiva de la prueba.

En los estudios factoriales realizados con esta escala (Blanchard et al., 1981) se ha puesto en evidencia la existencia de tres factores: 1) dificultad en la expresión de los sentimientos y de las experiencias: 2) importancia de los sentimientos y 3) ensueño diurno. Esta estructura factorial se ha confirmado en trabajos posteriores (Martín et al., 1984; Shipko y Noviello, 1984) y mantiene una buena coherencia con la definición de alexitimia (Noël y Rimé, 1988).

La Escala modificada de Alexitimia de Toronto (TAS)

Es una escala auto aplicada de 20 ítems, con 6 posibilidades de respuesta que corresponden a opciones de 0 Nunca a 5 Siempre. El puntaje va de cero a 100 con punto de corte a partir de 30 para alexitimia leve, hasta 50 moderada y severa hasta 100 puntos. De acuerdo a validaciones internacionales es importante recalcar consideración internacional a partir de 70 puntos como punto de corte a la expresión clara y no rasgos de dicha condición. (Mercadillo, R. y cols.) El cuestionario se elaboró teniendo como referencia cinco características de la definición de alexitimia: a) la dificultad para describir los sentimientos; b) la limitación de las aptitudes introspectivas; c) el conformismo social; d) la dificultad para diferenciar sus sensaciones corporales y e) la pobreza de fantasía y de ensoñaciones descritas por el sujeto. El análisis factorial de la escala ha dado lugar a cuatro factores: 1) capacidad para describir los sentimientos y poderlos distinguir de las sensaciones corporales, 2) capacidad de comunicar los sentimientos a los demás, 3) ensoñaciones diurnas, y 4) pensamiento orientado hacia el exterior, más que hacia las experiencias internas. En su versión modificada se retiró rubro de ensoñaciones diurnas, resultando en tres rubros que son los analizados en la mayoría de estudios clínicos y que se corresponden con división de subescala en "Dificultad para identificar emociones", "Dificultad para describir sentimientos" y el tercero que engloba el estilo de pensamiento concreto y lejano a emotividad en "Orientación de pensamiento dirigido al exterior". El coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) es de .75. Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Mann, Wise y Shay, 1992; Rodrigo et al., 1989, Rodrigo et al., 1992). La versión en español de la Escala modificada de Alexitimia de Toronto, aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad. Fue validada tras reproducir los tres factores propuestos por Taylor, en el estudio de validez para población mexicana por Pérez-Rincón y colaboradores, concluyendo utilidad de validación para futuros proyectos de estudio de la alexitimia considerada como un término dentro del amplio concepto de la "Inteligencia Emocional".

Tratamiento de la alexitimia

Cuando se revisa la bibliografía de la alexitimia llama la atención la escasez de publicaciones sobre su tratamiento. Los pacientes alexitímicos rara vez buscan terapia por su propia voluntad. Generalmente cuando buscan tratamiento es debido a la presión de alguna persona importante para ellos. Este tipo de presión es ejercido principalmente por el cónyuge o pareja que se queja de la pérdida de comunicación en su relación, o por parte del médico, que se siente incapaz de encontrar una explicación a las quejas físicas vagas, cambiantes y refractarias al tratamiento médico (Swiller, 1988).

Swiller (1988) propone un tratamiento para la alexitimia, que combina la terapia individual con la terapia grupal, y se basa en la teoría del desarrollo cognitivo de la conciencia emocional. Lane y Schwartz (1987) proponen la existencia de una secuencia de desarrollo cognitivo en 5 pasos, que varían desde el más primitivo (reflexivo sensorio-motor) al más avanzado (operacional-formal). Aunque su trabajo se extiende más allá de la alexitimia, tiene implicaciones directas para el tratamiento de los pacientes alexitímicos. Los alexitímicos tienen un nivel bajo de experiencias emocionales diferenciadas e integradas. En ellos, la activación o *arousal* emocional se experimenta como algo global, amenazante y básicamente somático. Desde su punto de vista, el nivel de conciencia emocional aumenta con el desarrollo de capacidades progresivamente más sofisticadas para diferenciar e integrar los contenidos de la actividad mental.

Con este objetivo, en el tratamiento propuesto por Swiller (1988), el grupo ofrece un ambiente en el que los otros evocan y demuestran afectos más pequeños y más manejables de lo que es posible en la situación diádica de la terapia individual. En la parte individual de la terapia, el terapeuta persigue activamente el desarrollo de un procesamiento cognitivo más avanzado. Este procesamiento cognitivo más avanzado permite la experiencia de

emociones más diferenciadas e integradas. En Swiller (1988) se presenta un ejemplo de un caso utilizando este procedimiento terapéutico.

Warnes (1988) propone que en la selección de estrategias para el tratamiento de los alexitímicos se deben tener en cuenta varios factores, entre los que destacan la magnitud de los acontecimientos de vida estresantes, los estilos habituales de afrontamiento, la presencia o ausencia de enfermedad psicosomática, el equilibrio familiar y el ajuste social.

Si bien parece prometedora esta forma de terapia, en la actualidad no se dispone de estudios que analicen su eficacia. Parece, pues, necesario abrir nuevas líneas de investigación que estudien abordajes terapéuticos efectivos para esta problemática.

Justificación

La alexitimia se ha considerado inicialmente como un factor de predisposición a la enfermedad psicosomática (Warnes, 1992). Sin embargo, tiempo después se consideró que tal conclusión era precipitada, pues sus relaciones con el síntoma psicosomático distan de estar comprobadas empíricamente. En la actualidad se ha retomado la asociación por algunos autores quienes consideran a la alexitimia como un rasgo de predisposición a morbilidad psiquiátrica y somática crónica (Rodrigo y Lusiardo, 2002).

Este estudio pretende determinar la prevalencia de alexitimia en grupos poblacionales clínicos psiquiátricos y no psiquiátricos. La detección de índices de alexitimia en pacientes con patología crónica otorga antecedente respecto al estilo de comunicación y orientación de pensamiento afectivo. El conocimiento de los fenómenos de comunicación e intervención de las emociones en el ámbito de la salud mental es una orientación fundamental en la comprensión de los estilos de pensamiento y su relación con fenómenos clínicos

Planteamiento de la tesis

El vínculo entre las enfermedades psicosomáticas y los hallazgos de índices elevados de alexitimia condujo a la asunción prematura y errónea de que existía una relación etiológica entre la alexitimia y la enfermedad psicosomática. Durante un periodo de preponderancia purista biológica se abandonó el estudio de la alexitimia sin embargo en la última década, quizá desde la construcción del concepto de inteligencia emocional y desarrollo de Teoría de la mente, se ha retomado el estudio de variables sensibles y su contribución al desarrollo multifactorial de los trastornos crónicos.

Las observaciones recientes sugieren asociación entre la patología crónica y tasas elevadas de alexitimia (Rodrigo y Lusiardo, 1992).

Para algunos autores la alexitimia se infiere por el clínico a través del uso y comprensión del lenguaje, que forma parte de la evaluación cotidiana en psiquiatría pero que ante las dificultades para codificarlo es un concepto subvalorado que al clarificarse podría otorgar contribuir a la comprensión de vulnerabilidad y desarrollo de patologías crónicas.

La comprensión y actitud incluyente de los elementos sensibles al abordaje desarrollo de ha favorecido el interés en el estudio de la alexitimia y su relación con factores socio demográficos.

Conocimiento obtenido

El concepto de alexitimia se ha visto ampliado desde la definición original de Sifneos (1973). A medida que avanzan las investigaciones, se añaden nuevos elementos que contribuyen a aumentar el conjunto de características globalmente designadas como alexitimia. Sin embargo, puede resultar poco operativo el estudio de la alexitimia sin hacer referencia a cada uno de sus componentes. Estos pueden manifestarse de forma diferente en distintos sujetos, todos ellos alexitímicos. La alexitimia, por tanto, es un constructo politético y, como tal, deben ser estudiadas las manifestaciones diferenciales de cada uno de sus elementos. En este sentido, podría encontrarse una comprensión más completa de la alexitimia, si hubiera un mejor conocimiento de sus componentes y su posible asociación con predisposiciones clínicas compartidas en el rubro psiquiátrico y no psiquiátrico.

Finalidad que se persigue

La atención dedicada por los diferentes autores a la alexitimia es escasa. Se han realizado esfuerzos para abordar el complejo fenómeno de la expresión afectiva desde la inclusión de teorías relacionadas con inteligencia emocional, comunicación asertiva y su relación con bajos niveles de estrés psicológico y deterioro de salud general. Asimismo, desde el punto de vista de la prevención, sólo cuando se conozcan los factores de predisposición y la naturaleza de la alexitimia podrán desarrollarse intervenciones preventivas adecuadas.

Utilidad de los resultados

En pacientes con síndrome metabólico como una complicación de la cronicidad tanto por efecto de desgaste emocional, como de las complicaciones a largo plazo de la patología vascular y metabólica se considera población de alto riesgo para padecer trastornos psiquiátricos de tipo adaptativo mixto afectivos y ansiosos, y que asociado a

manifestaciones de patología médica asociada a síntomas de somatización, así como exposición a diferentes grados de disfunción en la comunicación emocional.

Objetivos

Identificar la prevalencia de alexitimia en una muestra de población psiquiátrica en remisión parcial o total y la prevalencia de alexitimia en la población de pacientes con enfermedad crónica no psiquiátrica atendidos en unidades de medicina integral.

Describir posibles diferencias entre los diferentes rubros que valora la escala modificada de alexitimia de Toronto para población de pacientes psiquiátricos y población de pacientes no psiquiátricos, así como las diferencias socio demográficas asociadas para dichos grupos.

Hipótesis

De acuerdo a los hallazgos de estudios previos, esperamos que la prevalencia de alexitimia entre población psiquiátrica y no psiquiátrica sea diferente con significancia estadística.

Material y método

Se trató un estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal y homodémico. Se describieron variables unidimensionales y se determinaron variables subyacentes al constructo.

La población incluyó dos grupos poblacionales. Una primera población de la muestra correspondió a pacientes del INPRF tratados en la consulta externa y servicios de psicoterapia y de biorretroalimentación. La segunda población pertenece al centro de atención de síndrome metabólico en la consulta externa del Hospital General Gea González. En donde se encuentra concentración de pacientes con patología crónica considerados estables que

acuden de manera quincenal a las pláticas dirigidas a educación, prevención y chequeo con edades entre 30 y 60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, Obesidad, Diabetes Mellitus.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de la estimación de parámetros categóricos infinitos para variables en población desconocida siendo la n resultante número asignado para cada grupo muestral distribuidos en 50 y 50 pacientes respectivamente para cada grupo clínico es decir que se contó con un total de n= 100 pacientes. Los criterios de inclusión en la población de pacientes de la clínica de síndrome metabólico del Hospital General Gea Gonzalez abarcó pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial sistémica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Hipertrigliceridemia, hipercolesteronemia, hiperglicemia, hiperuricemia, gota y obesidad. Ambos sexos, con control y apego adecuado a intervenciones de medicina general sistémica y que se encontraran bajo tratamiento farmacológico o intervenciones preventivas al riesgo metabólico.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, firmaron consentimiento informado y mantuvieron participación voluntaria. La población en el Instituto Nacional de Psiquiatría se abordó desde la consulta externa de esta institución incluyó pacientes de psiquiatría general, pacientes atendidos en psicoterapia y terapia de bioalimentación. La muestra incluyó pacientes con diagnósticos Trastorno Depresivo Mayor, Dsitimia, Trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de angustia todos en remisión parcial o total, con puntaje en Inventario de Beck al inicio de evaluación menor a 7 puntos y criterios de remisión corroborados con expediente clínico.

Todos los participantes participaron de la entrevista de manera voluntaria, firmaron consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con puntajes superiores al punto de corte, en ningún caso el sujeto reportó sintomatología psiquiátrica que ameritara intervención en otro servicio.

A todos los participantes se les otorgó información con respecto al puntaje obtenido en la escala modificada de alexitimia de Toronto a modo de información psicoeducativa y se dio información con respecto a fuentes directas de información respecto al tema.

Definición operativa de variables tipo de variables Se incluyeron variables sociodemograficas asociadas a antecedentes reportados como factores asociados al desarrollo del constructo alexitimia. Dentro de estos las variables nominales categóricas correspondieron a género, grado academico, ocupación y estado civil, variables numericas para edad y variables caulitativas ordinales para grado de intensidad de alexitimia correspondiente a leve desde 30 puntos, moderado hasta 50 puntos y severo a partir de 70 puntos.

Instrumentos utilizados en el estudio

MINI

El Mini International Neuropsychiatric Interview es una entrevista breve de diagnóstico estructurado, desarrollado conjuntamente por psiquiatras y médicos para el DSM-IV y CIE-10 en referente al apartado de Trastornos Medico psiquiátricos. Posee un tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos, que fue diseñado para satisfacer la necesidad de una entrevista breve, pero precisa psiquiátrica estructurada para ensayos clínicos multicéntricos y estudios de epidemiología y para ser utilizado como un primer paso en el seguimiento de los resultados en entornos clínicos.

Inventario de Beck para depresión y ansiedad

Se utilizaron ambos instrumentos Inventario de Beck para ansiedad y para depresión en la valoración de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico. En un estudio dirigido a la fidelidad y validez de medir clinimetricamente los avances en tratamiento de pacientes psiquiátricos con Trastorno Depresivo Mayor bajo criterios de DSM-IV y CIE-10 el Inventario demostró un alto grado de consistencia interna ($\alpha=0,91$) y apropiada correlación test-retest ($r=0,66$), así como capacidad para identificar sintomatología y avances en tratamiento y es una herramienta de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total. Los resultados

indican que el BDI-II es un instrumento adecuado para evaluar avances terapéuticas en pacientes con sintomatología depresiva (Beck, Steer & Brown, 1996)

Escala de alexitimia de Toronto TAS

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) y sus diversas modificaciones ha ofrecido datos más claros en las investigaciones dirigidas a correlacionar este constructo con condiciones neurobiológicas y elaboraciones clínicas. Las propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto fueron propuestas por Cleland como instrumento de predictibilidad de fallos en compromiso de apego a tratamiento más elevados en población alexitimica, en unidades de atención médica no psiquiátrica (18).

Desarrollo metodológico

La muestra del estudio incluyó dos grupos poblacionales. Un primer grupo correspondió a pacientes del INPRF tratados en la consulta externa y servicios de Psicoterapia y de Biorretroalimentación. La segunda población pertenece al centro de atención de síndrome metabólico en la consulta externa del Hospital General Gea González. En donde se encuentra concentración de pacientes con patología crónica considerados estables que acuden de manera quincenal a las platicas dirigidas a educación, prevención y chequeo con edades entre 30 y 60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial crónica, Obesidad, Diabetes Mellitus, y se incluyen pacientes de riesgo comorbido asociado a trigliceridemia, hiperuricemia y colesteronemia. El grupo de pacientes de la unidad de control metabólico del Hospital General Gea González, fue abordado al final de las sesiones de educación y prevención que son otorgadas como parte de su tratamiento. La invitación se realizó de manera abierta a todos los pacientes que estuvieran interesados en participar se les explicó de manera individual tiempo estimado, beneficio individual posible esperado relacionado con descartar probable patología psiquiátrica y conocer un componente de su capacidad de comunicar afectos.

Todos los participantes fueron informados de la confidencialidad y voluntariedad de su participación los que decidieron participar firmaron consentimiento informado. Los formatos utilizados para aplicar instrumentos no incluyó nombre del paciente, ni datos de localización (dirección o teléfono) esto con fines garantizar confidencialidad.

Se realizó una entrevista por cada sujeto la aplicación inicial con instrumento de valoración breve para síntomas psiquiátricos en ambas poblaciones y de respuesta y remisión para la población psiquiátrica. Se excluyó a los pacientes con sospecha de síndrome psiquiátrico al momento de la entrevista. A los sujetos seleccionados se les aplicó la versión modificada de la escala de alexitimia de Toronto en su versión modificada de 20 reactivos, que se considera auto aplicable pero será supervisada de manera estrecha por el investigador principal con la intención de garantizar comprensión de reactivos. La medición de alexitimia se realizara con la escala de alexitimia de Toronto en su versión modificada, y validada para México. Los resultados se evaluaron según el punto de corte establecido que considera la presencia de alexitimia leve desde 30 puntos, moderada hasta 50 y severa a partir de 70 puntos. Los resultados incluyen la descripción relacionada a los hallazgos sociodemograficos en la muestra para variables sociodemograficas edad, genero, formación academica, ocupación.

El analisis de los datos se realizó con el programa de Microsoft Excel™ 2007 las medias y la desviación estándar de cada subescala por grupo (INPRF y H.G. GEA) la comparación de los puntajes de las subescalas por medio de la prueba t de Student para muestras independientes

Análisis de resultados

El grupo de pacientes correspondiente al INPRF con trastorno psiquiátrico depresivo y ansioso, incluyó a 50 pacientes, de los cuales 16 eran hombres (32%) y 34 mujeres (68%) con una edad de 40.34 ± 10.54 años. La escolaridad porcentaje promedio mayor en este grupo fue la correspondiente a haber cursado preparatoria en un total de 34% con una escolaridad mínima de educación primaria y una máxima de posgrado 4% respectivamente.

El grupo de pacientes con trastorno metabólico incluyó 50 pacientes, de los cuales 25 eran varones y 25 mujeres (50% en ambos casos). con una edad de 46.46 ± 12.03 años. La escolaridad promedio para grupo del H.G.Gea fue secundaria con 34% con un 6% de la población con ningún estudio, aunque eran alfabetas, y un porcentaje de idéntico para máximo grado de estudios con 4% de población que contaba con un posgrado.

La ocupación reflejó un índice de 20% de desempleo para el grupo del H.G.GEA comparado con un 10% para grupo INPRF. Un 44% (22) de los pacientes del grupo del INPRF vivía en unión conyugal mientras que 64% (32) de los pacientes del HGGea estaban en dicho enlace.

Se analizaron por separado los dos grupos para el análisis descriptivo y determinar la prevalencia de la alexitimia. El 90% de los pacientes del grupo H.G. GEA obtuvo resultados de algún grado de alexitimia y lo mismo pasó con el 76% de los pacientes del grupo INPRF.

Grado de Alexitimia	Grupo INPRF	Grupo H.G. GEA
Leve (30 a 49 puntos)	58%	30%
Moderado (50 a 69 puntos)	16%	52%
Severo (>70)	2%	8%
Total	76%	90%

Diagnóstico y Tratamiento

El 42% de pacientes del grupo de INPRF recibían dos medicamentos, 38% recibían un medicamento 14% eran manejados con 3 o más fármacos, 6% de la población con diagnóstico psiquiátrico era vigilado sin uso de psicofármacos. Un 22% de pacientes del grupo del INPRF era manejado en otra unidad por comorbilidad con HAS y DM2, 26% de los pacientes tenía diagnóstico de trastorno afectivo depresivo asociado a un trastorno ansioso, 30% de la población tenía trastorno depresivo mayor como diagnóstico de base, 22% tenía un trastorno de ansiedad.

Los pacientes del grupo del HGGEA eran tratados por obesidad y dislipidemia en un 30% de los casos, 24% de ellos padecían hipertensión arterial sistémica, 28% de la muestra tenía DM2 y un 18% de los pacientes padecía comorbilidad entre HAS y DM2. El manejo farmacológico de los pacientes incluyó un 58% de pacientes controlados con 3 o más medicamentos, 34% con dos medicamentos, 4% sólo recibía un medicamento, así como un 4% de la población no tomaba ningún fármaco.

Tx	Frec.	%	Tx	Frec.	%
S/medic.	3	6	S/medic.	2	4
1 medic	19	38	1 medic	2	4
2 medic	21	42	2 medic	17	34
3 o + medic	7	14	3 ó + medic	29	58

Dx	Frec.	%	Dx	Frec.	%
Depr. y Ans.	13	26	HAS + DM2	9	18
Tras. Depres.	15	30	DM2	14	28
Tras. Ansied.	11	22	HAS	12	24
Comorbilidad	11	22	Obesidad, dislip.	15	30

El porcentaje total de alexitimia en el grupo del INPRF mostro una frecuencia total de 76%, correspondiendo el mayor puntaje a la presentación más leve de dicho constructo con 29 pacientes y un porcentaje de 58%, moderada 8 pacientes 16%, y severa solo un paciente con un 2%

Alexitimia	Frec.	%	Alexitimia	Frec.	%
Leve (>30)	29	58	Leve (>30)	15	30
Moderada (>50)	8	16	Moderada (>50)	26	52
Severa (>70)	1	2	Severa (>70)	4	8
Total	38	76	Total	45	90

Relación de la alexitimia con el género.

En el grupo INPRF, el porcentaje de mujeres afectadas por algún grado de alexitimia es considerablemente mayor que el de los varones (85.29% contra 56.25%), y esta tendencia de que las mujeres tengan mayor prevalencia de alexitimia se ve en todos los grados de la clasificación.

Sexo	Frec.	%	Sexo	Frec.	%
Masculino	16	32	Masculino	25	50
Femenino	34	68	Femenino	25	50

El análisis de porcentajes fue especialmente pertinente porque la cantidad de hombres y mujeres en el grupo no fue la misma. Se compararon las puntuaciones de los hombres y mujeres con la prueba t de Student para muestras independientes, la cual muestra que existen diferencias entre las puntuaciones de alexitimia para hombres y mujeres en este grupo ($p = 0.0488$), lo cual es estadísticamente significativo, y confirma lo obtenido mediante el análisis de porcentajes. También fueron significativas las diferencias entre las puntuaciones del rubro "Identificar" ($p = 0.0000$) y "Describir" ($p = 0.03568$).

En el grupo H.G. GEA tiene la misma cantidad de hombres que de mujeres, y aquí la prevalencia tuvo la polaridad opuesta: 96% de los hombres tuvieron algún grado de alexitimia, contra el 84% de las mujeres.

Alexitimia hombres	Frec.	%	Alexitimia hombres	Frec.	%
Leve (>30)	7	43.75	Leve (>30)	4	16
Moderada (>50)	2	12.5	Moderada (>50)	18	72
Severa (>70)	0	0	Severa (>70)	2	8
Total	9	56.25	Total	24	96

Alexitimia mujeres	Frec.	%	Alexitimia mujeres	Frec.	%
Leve (>30)	22	64.70588235	Leve (>30)	11	44
Moderada (>50)	6	17.64705882	Moderada (>50)	8	32
Severa (>70)	1	2.941176471	Severa (>70)	2	8
Total	29	85.29411765	Total	21	84

Los casos severos tuvieron la misma prevalencia en ambos grupos, pero hubo un porcentaje considerablemente mayor de varones con alexitimia moderada (72%) que de mujeres con alexitimia moderada (32%). Esta relación se invierte en los casos de alexitimia leve.

Estas diferencias también fueron evaluadas con la prueba t de Student para muestras independientes, la cual mostró que existen diferencias significativas entre las puntuaciones de alexitimia para hombres y mujeres en este grupo ($p = 0.0202$), lo cual es estadísticamente significativo, y confirma lo obtenido mediante el análisis de porcentajes.

También son significativas las diferencias entre las puntuaciones de la escala “describir”, cuyos puntajes son significativamente mayores para los hombres ($p = 0.00024$).

t de Student

Hombres vs mujeres

			Media M	Media H
Alexitimia	0.040887135	Significativa	42.73529412	34.125
Identificar	1.95798E-06	Significativa		
Describir	0.035687863	Significativa		
Orientar	0.321748017	No significativa		

Los puntajes de los rubros “Identificar” y “Describir” no mostraron diferencias estadísticamente significativas, pero en la subescala “Orientar” y en la escala total Alexitimia se evidenciaron diferencias para el grupo H.G. Gea.

El grupo H. G. Gea tuvo la media más alta para prevalencia total de alexitimia en los dos rubros de la escala, lo que implica que los pacientes manejados en la unidad de síndrome metabólico tienen mayor puntaje total de alexitimia que los que tienen un trastorno psiquiátrico, y que las diferencias son estadísticamente significativas ($p = 0.00011$). Lo mismo ocurre en el caso de la subescala “Orientar” ($p = 0.00000$).

t de Student

Hombres vs mujeres

Media H

56.08

media M

46.76

Alexitimia	0.020232726	Significativo
Identificar	0.880773332	No Significativo
Describir	0.000237007	Significativo
Orientar	0.081325275	No Significativo

Atendiendo a las puntuaciones medias, ambos grupos de pacientes presentan *como grupo* algún grado de alexitimia: leve para el grupo INPRF y moderada para el grupo H.G. GEA.

Promedios, desviaciones estándar y significancia estadística de las diferencias entre las calificaciones de los rubros de la escala y la escala de alexitimia de Toronto en su versión modificada

Subescalas	INPRF	H.G. Gea	T de student (p =)	
Identificar (media)	12.48	11.14	0.232689353	No significativa
Identificar (desv. est.)	6.379943062	4.642351621		
Describir (media)	10.66	12.76	0.071148063	No significativa
Describir (desv. est.)	5.008604841	6.4160513		
Orientar (media)	16	27.72	2.11387E-13	Significativa
Orientar (desv. est.)	7.267484195	6.493450389		
Alexitimia (media)	40.26530612	51.42	0.00010834	Significativa
Alexitimia (desv. est.)	13.97883239	14.37130077		

Discusión de los resultados

La construcción del constructo alexitimia y la dirección que esta cobrando es aún incierta. Al no estar clasificada como un rasgo patológico o un estado clínico su relevancia clínica reside en medida que el investigador y clínico oriente enfoque a un panorama de escucha en que la comprensión sensible de los elementos de comunicación afectiva pueden reflejar y calibrar impacto de la patología crónica y visceversa.

Si bien el objetivo fue establecer la prevalencia entre poblaciones clínicas, sería de utilidad plantear el uso de una población control con la que los datos se compararan de manera simultánea.

El utilizar la división de escala por rubros ha permitido valorar diferencias significativas a decir de genero y grupos poblacionales, optimizó el uso de la escala simplificando su graduación, sin embargo puede generar confusión al momento de analizar e interpretar los datos si son tomados como elementos de una subescala estructurada.

Es necesario puntualizar que esto ocurre al tomar en cuenta a partir del punto más bajo de corte asignado para considerar alexitimia. Al considerar alexitimia a partir de un punto de corte de 70 puntos la prevalencia se mantiene más alta para el grupo de H.G.GEA para reportar los porcentajes de 2% para los pacientes del INPRF y de 8% para los del grupo H.G. GEA.

Se utilizó la prueba t de Student debido a dos motivos principales: primero, en los dos grupos hay más de 30 pacientes, y el teorema del límite central especifica que entre más grande sea la muestra, mayor es la probabilidad de que los datos se distribuyan normalmente; segunda: tiene una escala de medición validada y confiabilizada en población mexicana (lo cual equivale a una escala de intervalo).

La vision retrospectiva del estudio no permite entender aspectos mas cualitativos de los pacientes, ni tampoco visualizar la manera como se han encarado las diferencias de genero y la posibilidad de que esas diferencias sean aprendidas dentro de una estructura de relaciones sociales y de comunicación y engloban diversos aspectos simbolicos de la vida social.

Consideraciones éticas y consentimiento informado

El riesgo inherente a procesos éticos de confidencialidad y anonimato de participantes, para lo cual los formatos de entrevista no incluyeron datos demográficos de identificación personal y se realizaron de manera individual y anónima. La libertad de retirarse durante cualquier momento ante motivos o intereses del entrevistado. Se otorgará información con respecto a los resultados de manera inmediata, ya que no se realizaran entrevistas consecutivas.

En caso de sospecha de una entidad patológica durante la aplicación de instrumentos de tamizaje se ofrecerá información pertinente de centros de atención o en caso de pacientes del INPRF se reportara dicho hallazgo con medico tratante.

En caso de sospecha de una entidad patológica durante la aplicación de instrumentos de tamizaje se ofrecerá información pertinente de centros de atención o en caso de pacientes del INPRF se reportara dicho hallazgo con medico tratante.

Conclusiones

Como las emociones se vinculan con la conciencia del cuerpo, el funcionamiento cerebral, el aprendizaje cultural y las funciones del lenguaje, tienen una dimension simbolica. El estudio pretende encarar un rasgo y elemento identificado ya en variadas entidades patologicas o caracterologicas a partir de la comparación dentro de dos poblaciones clínicas crónicas. Los resultados concuerdan en manera importante con antecedentes previos en referente a diferencias de genero en los distintos rubros, siendo así que en general la población femenina presentó mayor dificultad para identificar emociones y masculina mayor grado de alexitimia en rubro de describir emociones, lo que puede relacionarse a decir de estudios previos con factores de expresión verbal cultural aprendida y uso de lenguaje emocional, para la población psiquaitrica el porcentaje de alexitimia cuando este se considera desde una etapa leve es menor lo que se mantiene estable siendo mayormente alexitimicos los pacientes no psiquiatricos, con diferencias entre generos perdidas en comparación a antecedente previo y mayor significancia en rubro de "pensamiento orientado al exterior" lo que podría deberse al impacto de la información psicoeducación y sensibilización que dichos pacientes han recibido como parte de su tratamiento. Llama la atención lo poco que se modifica la comparacion entre poblaciones que recibieron medicación o tipo de diagnóstico lo que concuerda con reportes previos. A riesgo de repetir lo que pareciera un asunto obvio, el hecho de que la alexitimia es un proceso de comunicación afectiva, que se nutre de factores e intervenciones tanto terapeuticas como del proceso de maduración y de vida, la importancia del contexto social, abre una posibilidad para futuras investigaciones que consideren la dimension simbolica y cultural de la expresion de las emociones y tambien un concepto mas amplio de salud mental.

División de la escala de alexitimia de Toronto adaptación de su versión española dividida por rubros de análisis

	DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR SENTIMIENTOS		DIFICULTAD PARA DESCRIBIR SENTIMIENTOS		ESTILO DE PENSAMIENTO ORIENTADO AL EXTERIOR
1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	5	Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos
3	Tengo sensaciones físicas que inclusive los médicos no entienden	4	Soy capaz de expresar mis emociones fácilmente	8	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas
6	Cundo estoy mal no se si estoy triste, asustado o enfadado	11	Me es difícil expresar lo que siento por alguien	10	Estar en contacto con las emociones es esencial
7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	12	La gente me ha dicho que exprese mas mis sentimientos	15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades mejor que de sus emociones
9	Tengo sentimientos nuevos o inexplicables	17	Me es difícil revelar mis sentimientos mas profundos incluso a mis amigos más cercanos	16	Prefiero ver espectáculos entretenidos que tramas complejas
13	No sé que pasa dentro de mi			18	Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado			19	Encuentro útil examinar mis emociones para tomar decisiones
				20	Buscar significados ocultos en películas o juegos disminuye el placer en disfrutarlos

GRADO DE ALEXITIMIA
Leve hasta 30 puntos
Moderada hasta 59 pto
Severa mayor de 60 pto

Referencias bibliográficas

1. Abramowitz, J.S., Tolin, D.F., & Street, G.P. 2001. Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychological Review*, 21, 683 – 703.
2. Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J. D.A. 1997 The nomological domain of the alexithymia construct. *Tilburg: Tilburg University press* pp 95 – 102
3. Blanchard, Arena y Pallmeyer (1981) : A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychother Psychosom* 1978; 30:205–210
4. Blanchard, 1991 Escala de alexitimia de Toronto TAS Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38:81–90
5. Boccardi (7) 2010 Italy Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42:471–476
6. Borens R. Gross-Schulte E, Jaensch V, et al: Is “alexithymia” a social phenomenon? An empirical investigation in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977; 28:193 – 198
7. Bornstein y O'Neill Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1333, 1997
8. Borsci, G., Boccardi, M., Rossi, R., Perez, J. 2008 Alexithymia in healthy women: A brain morphology study, *Journal of Affective Disorders* xx (2008) xxx-xxx
9. Bousoño Phillips Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Am J Psychiatry* 1990; 147:955–956
10. Cerezo et al., Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1987; 24:119–136
11. Celikel, F., and Saatcioglu, O., 2006 Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients, *Annals of General psychiatry* 5:13, 74-86.
12. Cleland, C., Magura, S., et al 2005 Psychometric Properties of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res*, 58, 3, 299 – 306
13. Coover, Murison y Jellestad, The empathic brain. 2000 *Physiology and Behavior* 29 – 40.
14. Decety, J., 2007, The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations, *BioPsychoSocial medicine* 1:22 87-102
15. De la Vía, Yáñez y Páez, Dealing with emotions and health: a population study of alexithymia in middle-aged men, in *Kuopio University Publications, D: Medical Sciences, Vol 25. Kuopio, Finland, Kuopio*

16. Fava y Baldaro, (1980) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977;28:337–343
17. Fenichel, Teoría psicoanalítica de las neurosis “Organo neurosis” 300-352, 2005 Paidós Barcelona
18. Feryal y colaboradores Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001, 229-34.
19. Freedman y Sweet Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nat Neurosci*, 2:1032-1037, 1999.
20. Fukunishi, Norris, Fahrion, Baer y Porter, (2002) 2005. Is emotion regulation self-regulation? *Trends Cogn. Sci.* 9, 408–409.
21. García-Esteve et al., (1988). *Disorder of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1997.
22. García D, et al., (1993) Repression and self-presentation: When audiences interfere with self-deceptive strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 851–862
23. Garssen, B. Repression: Finding our Way in the Maze of Concepts. *J. Behaviour Med* 2007 30: 471 – 481.
24. Groen B, 2004. For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage* 23, 483–499.
25. Henkelbow y Peterson en el 2007 (17) Morals and the human brain: a working model. *Neuroreport*, 14:299-305, 2003.
26. Joukamaa, M. et al 2008 Alexithymia Among Patients Attending Primary and Psychiatric care: Results of the RAPED Study *Psychosomatics* 49: 317 – 325
27. Kleiger y Kinsman, The relationship between, alexithymia, and psychiatric Compr *Psychiatry* 1996; 37:12–16 22.
28. Krystal, Giller y Cichetti). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ)* Edited by Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1997, pp 46–66 36.
29. Lane y Schwartz *et al.*: Secondary alexithymia as a state reaction in somatic diseases *Comprehensive Psychiatry* 1997, 166-70.
30. Lesser y Lesser Ventromedial prefrontal cortex lesions in humans eliminate implicit gender stereotyping. *J. Neurosci*, 21:RC150, 2001.

31. Mann, Wise y Shay, 1992; Rodrigo et al., 1989, Rodrigo et al., 1992 TAS Gender differences in physical symptoms and illness behaviour. A health diary study. *Social Science and Medicine* 1999, 49: 1061-1074.
32. Dobkin, Martín et al., Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in alexithymic patients . *European Journal of Public Health* 2006, 16:179-184.
33. Marty y De M'Uzan (Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1997
34. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, et al: Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2006; 61:629–635
35. Mayer J.D. Solovey P; Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and preventive Psychology*, 1995, 4 (3) 197-208.
36. McLean (1949) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996, :505-18.
37. Mercadillo R, Díaz JL, Barrios F, Neurobiología de las emociones, *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007
38. Moriguchi, Y., Maeda, M., 2007 Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale, *BioPsychoSocial Medicine*, 1:7 51-69
39. Noël y Rimé, Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med* 1996; 58:211–216 12. Berenbaum H, James T: Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosom*
40. Overall J.E., Gorham D.R. "The Brief Psychiatric Rating Scale". *Psychol Rep* 1962; 10: 799-812 (*Instrucciones para la administración en Martínez Azumendi O. Psiquiatría en la Comunidad y Neurolépticos de Acción Prolongada, pág. 92*)
41. Páez, Vergara y Velasco. 1991 Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill, .W. (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol 3. Butterworths, London, pp. 430–439.
42. Pérez-Rincon, H. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, *Salud mental* V. 20, No 3, Septiembre 1997.
43. Phillips, K., Seidman, L. Emotion Processing in Persons at Risk for somatic disorder *Bulletin* 34, 5 pp 888-903. *Annals Psy.* 2008

44. Polavsky Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 75–80 1998
45. Rodrigo y Lusiardo, 2002 Morbilidad psiquiátrica y somática crónica, Laurusse España 2003
46. Ruesch (1948) (1992). Effects of selfdeception, social desirability, and repressive coping on psychophysiological reactivity to stress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 616–624.
47. Sifneos PE: *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1972.
48. Sifneos, Apfel y Frankel, 1977) *Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ)* Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299–305.
49. Shipko (1982) Repression revisited:Tactics used in coping with a severe health threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 735–746.
50. Shipko y Noviello, Repressors and memory: Effects of self-deception, impression management, and mood. *Journal of Research in Personality*, 37, 284–296.
51. Spielberger, (13) . (1992). The structure of inhibition. *Journal of Research in Personality*, 26, 85–102.
52. Strine, T. Lesesne, C., 2006 Emotional and Behavioral difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children With a history of Attention deficit, Centers for Disease Control and Prevention. 3 (2) 1 – 10.
53. Sweeting, H., West P., & Der G., 2007 Explanations for female excess psychosomatic symptoms evidence in cohort in the West of Scotland, *BMC Public Health* 7:298 1186-1471
54. Swiller, 1988 Swiller, (1988) Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439–455.
55. Taylor, Bagby, Ryan 1985(2002). Repressive coping style and adult romantic attachment style: Is there a relationship? *Personality and Individual Differences*, 32, 799–807.
56. Taylor, James, Parker y Bagby, Alexithymia, defensiveness and somatic reactivity to stress *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145–155. 2001
57. Taylor GJ, The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in experimental and Clinical Psychiatry*, X (2): 61-74, 1994
58. Todarello O, Taylor GJ, Parker JDA, *et al.*: Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J Psychosom Res* 1995, 39:987-

59. Warnes The archaeology of emotion and behaviour. *Health and Healing: The public/private divide* Edited by: Bendelow G, Carpenter M, Vautier C, Williams S. London , Routledge; 2002.
60. Warnes, Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. *Psychother Psychosom* 1988, 50:68-71.
61. Wei, Q., Lui, X., Akil, H., 2004 Glucocorticoid receptor overexpression in forebrain: A mouse model of emotion lability, *Neuroscience*, 10. 1073, 11851-11856.
62. Yárnoz, Romo, Carbonero y Páez, 1990 Inability to express intense affect: A common link between depression and pain? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 752–759.