



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

**“PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN PERSONAL MÉDICO DE LA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE
PEDIATRÍA”**

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE:
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

PRESENTA:
DRA. VERÓNICA LOERA NEAVE.

ASESOR METODOLÓGICO
DR. JUAN C. BARRERA DE LEÓN
JEFE DIVISION DE EDUCACION UMAE PEDIATRÍA

DRA. NORA A. GONZALEZ REYES
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA UMAE PEDIATRÍA

DR. J. IGNACIO RENDÓN MANJARREZ
JEFE SERVICIO SALUD MENTAL UMAE PEDIATRÍA

GUADALAJARA, JALISCO, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre: Verónica Loera Neave

Cargo: Médico Residente de 2º año de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
Adscripción: Salud Mental, UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente
Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340
Universidad Nacional Autónoma de México
Teléfono: 36-17-00-60 Ext. 32619

2. DATOS DE LOS ASESORES

Nombre: Dra. Nora Adriana González Reyes

Cargo: Médico Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia adscrita al servicio de Salud Mental de UMAE Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente.
Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340
Teléfono: 36-17-00-60 Ext. 32619

Nombre: Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez

Cargo: Jefe del Servicio de Salud Mental UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.
Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340
Teléfono: 36-17-00-60 Ext. 32619

Nombre: Juan Carlos Barrera De León

Cargo: Jefe de División de Educación UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.
Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340
Teléfono: 36-17-00-60 Ext.

3. DATOS DE LA TESIS

“Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la UMAE Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente”.P.63; 2015



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1302
HOSPITAL DE PEDIATRIA, CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ, GUADALAJARA
JALISCO, JALISCO

FECHA 03/07/2015

DR. JOSE IGNACIO RENDON MANJARREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título:

"Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1302-31

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1302

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

Resumen	1
Summary	2
Marco teórico	3
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivo	20
Hipótesis	21
Material y métodos	22
Criterios de selección	24
Variable dependiente	25
Variables independientes	26
Análisis estadístico	30
Plan de trabajo	31
Implicaciones éticas	32
Recursos y Cronograma	34
Resultados	36
Discusión	46
Conclusiones	52
Referencia bibliográfica	53
Anexos	58

RESUMEN

“PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN PERSONAL MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE PEDIATRÍA”

Barrera-De León J., Loera-Neave V., González-Reyes NA., Rendón- Manjarrez I,

Introducción: El término Alexitimia (AL) nació de las raíces griegas a (“falta”), lexis (“palabra”) y thymós (“afecto”), es decir, ausencia de palabras para expresar las emociones o sentimientos. Los métodos para medir la AL incluyen cuestionarios evaluados por observadores, escalas de autoevaluación o técnicas proyectivas. El más usado actualmente es la Escala de Alexitimia de Toronto.

Objetivo: Determinar la Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Se incluyó a Personal Médico de las diferentes áreas de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, de cualquier turno, categoría de base o eventual. La escala de Toronto se puntúa a través de una escala tipo likert de cinco puntos; la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico a aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 61. Con los siguientes puntos de corte: ≤ 51 ausencia; 52-60 Probable Alexitimia; ≥ 61 Alexitimia. Se realizó un análisis descriptivo en donde para las variables cualitativas se obtuvieron proporciones y para las cuantitativas medias de acuerdo a su distribución y Prevalencia como medida de frecuencia.

Resultados: Se proporcionaron un total 130 escalas de Toronto a personal Médico, de los cuales se obtuvieron 90 (69.3%), los 40 (30.7%) médicos restantes no entregaron la escala en tiempo. De los cuales 49 (54.4%) corresponden al género masculino; los servicios más frecuentes son pediatría medicación 8 (8.9%), urgencias 6 (6.7%) y paidopsiquiatría 4 (4.4%). De acuerdo a la escala de Toronto la puntuación media fue de 31.3 puntos con un rango de mínimo de 18 y máximo de 59. La prevalencia fue de 1.1% de casos probables de Alexitimia.

Conclusiones: Se encontró un solo caso probable de Alexitimia, influido probable por el nivel de escolaridad de la muestra que se ha definido como factor protector en la literatura.

Palabras clave: Alexitimia, Escala de Alexitimia de Toronto.

SUMMARY

"PREVALENCE OF ALEXITHYMIA IN PERSONAL MEDICAL UNIT HIGH MEDICAL SPECIALTY HOSPITAL OF PEDIATRICS"

Barrera-De Leon J., Loera-Neave V. Gonzalez-Reyes NA., Rendón- Manjarrez I,

Introduction: The term alexithymia (AL) was born of Greek roots ("no"), lexis ("word") and thymos ("affection"), ie, no words to express emotions or feelings. Methods for measuring the AL includes questionnaires evaluated by observers self-rating scales or projective techniques. The most currently used is the Toronto Alexithymia Scale.

To determine the prevalence of alexithymia in Medical Staff of the Medical Unit of High Specialty Hospital of Pediatrics.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study. It included different areas Physician of the Medical Unit of High Specialty Hospital of Pediatrics, of any turn, base category or Temporary staff. Toronto scale is scored through a Likert scale of five points; the score for a subject may vary within a range between 20 and 100, regarded as subject to that alexithymic get a score equal to or greater than 61. Con the following breakpoints: ≤ 51 absence; Likely Alexitimia 52-60; ≥ 61 Alexitimia. A descriptive analysis was performed where for qualitative variables and proportions were obtained for quantitative averages according to their distribution and prevalence and frequency measurement.

Results: A total of 130 scales Toronto medical personnel, of whom 90 were obtained (69.3%), the remaining 40 (30.7%) physicians gave no time scale is provided. Of whom 49 (54.4%) were male gender; the most common pediatric medication services are eight (8.9%), emergency six (6.7%) and child and adolescents psychiatry 4 (4.4%). According to the scale of Toronto the average score was 31.3 points with a range of minimum 18 and maximum of 59. The prevalence was 1.1% of probable cases of Alexitimia.

Conclusions: one probable case of Alexitimia, likely influenced by the education level of the sample is defined as a protective factor was found in the literature.

Keywords: alexithymia, Toronto Alexithymia Scale.

MARCO TEÓRICO

El término Alexitimia nació de las raíces griegas a (“falta”), lexis (“palabra”) y thymós (“afecto”), es decir, la ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos.^{1,2}

El neologismo fue acuñado por el Dr. Peter Sifneos, psiquiatra de Harvard, en 1972, para referir a un trastorno de la esfera cognitivo-afectiva que afecta la forma en que las personas experimentan y expresan sus emociones.^{1, 2,3} Es decir, la Alexitimia (AL) es un trastorno donde la persona presenta dificultades para procesar cognitivamente los afectos.¹

Aunque primero se observa en pacientes psicósomáticos, un factor importante que contribuye al gran interés en la AL es su asociación con ambas enfermedades mentales y somáticas. La AL en repetidas ocasiones ha demostrado estar relacionada con trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y en el abuso de sustancias. También se ha relacionado con enfermedades somáticas, incluyendo hipertensión, diabetes mellitus y psoriasis.^{1,2}

De acuerdo a Nemiah y Sifneos los aspectos esenciales son:

1. Dificultad para identificar y describir los sentimientos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.
3. Reducción de la imaginación evidenciada por una pobreza en las fantasías.
4. Estilo cognitivo concreto basado en la realidad.^{3,4}

Según estos mismos autores las posibles etiologías de AL son ^{2,3}:

1. Un defecto neuroanatómico o neurobiológico debido a trastorno hereditarios que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocortex. Designado como Alexitimia primaria.
2. La Alexitimia secundaria asociada a 3 factores:
 - a. Trauma psicológico masivo durante la niñez.
 - b. Agresión traumática mayor en el adulto.
 - c. Factores socioculturales y psicodinámicos.^{4,5}

Factores genéticos

Heiberg et al en 1977 fueron los primeros investigadores que sugieren la herencia de características alexitímicas. Sin embargo, el método utilizado para medir la AL en su estudio de gemelos no es compatible con las normas vigentes. Más de dos décadas después, Valera et al en 2001 publicó otro estudio de gemelos en el que demostraron que la dimensión del pensamiento externamente orientado (EOT) se asoció con factores genéticos; sin embargo, su muestra del estudio era bastante pequeña. Varios años más tarde, Jorgensen et al en el 2007 llevaron a cabo un estudio similar en una amplia muestra de gemelos ($n = 8785$) y confirmaron la asociación, tanto de la puntuación total TAS-20 y todas las dimensiones Alexitimia con factores genéticos.^{1,6,7}

Los polimorfismos de genes que son potencialmente asociados con AL también se han estudiado. James et al en el 2005 sugirió una conexión entre la AL y la catecol-O-metiltransferasa Val108 / 158 polimorfismo del gen Met, pero esta asociación fue cuestionada en un estudio posterior. En estudios separados, la AL se ha asociado con variantes funcionales del factor neurotrófico derivado del cerebro y el polimorfismo del gen DRD2 / ANKK1, así como un polimorfismo en la serotonina (5-hidroxitriptamina) transportador ligado región promotora.⁷

Factores neurobiológicos

Los focos principales han sido las regiones del sistema nervioso central (SNC) que son vitales para la regulación de las emociones, como el lóbulo frontal y el sistema límbico. Poco después de la introducción del concepto de Alexitimia, se observó que los pacientes " Split-cerebro " tenían niveles de AL. "Split-cerebro" representa el resultado de la comisurotomía cerebral, donde el cuerpo caloso se escinde completamente o parcialmente, lo que lleva a una reducción de la transferencia entre los dos hemisferios cerebrales. Esto condujo a la hipótesis de que la Alexitimia es una manifestación de un defecto en la transferencia interhemisférica. Sin embargo, la comisurotomía se ha usado principalmente para tratar la epilepsia, y la importancia de esta enfermedad con la AL no ha sido evaluada. Además, los estudios más recientes no están de acuerdo sobre esta cuestión.⁷

Ha habido dos intentos por el medio para modelar los correlatos neurobiológicos de AL: lateralización hemisférica y la disfunción en regiones específicas del SNC asociados con la regulación emocional, como la corteza prefrontal y la amígdala.

En cuanto a la lateralización hemisférica, la AL se ha asociado con la asimetría funcional y, en particular, a la izquierda hemisferio dominante. La hipótesis se basa en gran parte en el descubrimiento de que muchas de las funciones del cerebro, tales como el procesamiento de la información verbal o emocional, se presentan predominantemente en un solo hemisferio. Tradicionalmente, el procesamiento emocional ha sido localizado en el hemisferio derecho, mientras que el procesamiento lógico es, en su mayor parte, que se encuentra en el hemisferio izquierdo. Por lo tanto, la dominancia del hemisferio izquierdo en la Alexitimia sería conveniente. En contraste, el aumento de la actividad en el hemisferio derecho también se ha asociado con AL. Un problema central en este modelo es que la investigación reciente ha identificado pocas pruebas de este tipo de distribución de crudo de las funciones hemisféricas. El cerebro humano es un órgano plástico, y es plausible que a pesar de algunas funciones cerebrales tienden a ocurrir en un lado del cerebro, las personas en realidad no poseen redes cerebrales izquierdas o del lado derecho.^{2, 3,7}

La amígdala es una parte central del sistema límbico que tiene un papel esencial en el procesamiento de los estímulos emocionales; por lo tanto, es comprensible que un punto de interés para los estudios de Alexitimia. También está muy involucrado en el reconocimiento de expresiones faciales; de hecho, la Alexitimia se ha asociado con una menor actividad en la amígdala en el tratamiento de la emoción facial.^{3,7}

Las modernas tecnologías de imágenes cerebrales proporcionan datos interesantes sobre las asociaciones de Alexitimia con diferentes aberraciones en la función cerebral relacionada con la regulación de las emociones.⁷

En la actualidad algunas líneas de investigación han comenzado a llamar la atención acerca de la posible influencia de la Alexitimia sobre otros factores psicológicos, como la hostilidad. Desde un punto de vista teórico se puede presuponer que la AL, al constituir un déficit que afecta a la modulación y expresión del afecto negativo, comporte una mayor inhibición de la expresión emocional. Este proceso de inhibición, a su vez, puede promover la inmovilización en la expresión de la ira, con la consiguiente rumiación sobre las acciones suprimidas y la visión hostil del transgresor. Esta suposición teórica viene corroborada por investigaciones empíricas en las que se observa que la Alexitimia favorece una mayor supresión de la ira.⁸

Factores ambientales

La asociación de la AL con factores socio demográfico y familiar ha sido ampliamente estudiada. De los factores socio demográficos, la relación de la Alexitimia con bajo nivel educativo, nivel socioeconómico bajo y que vive en una zona rural se han establecido firmemente. Investigaciones anteriores también indica que la falta de apoyo social se asocia con la Alexitimia, tanto en adultos y adolescentes. Sin embargo, estos estudios son escasos, y la causalidad es difícil de establecer. Poco apoyo social puede promover la aparición de Alexitimia; sin embargo, los niveles de Alexitimia pueden también impedir la capacidad de

construir relaciones de apoyo o la capacidad de utilizarlos. Los factores familiares, como el bajo nivel de educación de una madre, el divorcio de los padres, o de ser un hijo no deseado, se han asociado con la Alexitimia.^{1, 7}

Por otro lado, Honkalamp, Saarinen, Hintikka, Virtanen, y Viinamaki señalan que la Alexitimia se encuentra relacionada con el género masculino, la ausencia de pareja y el bajo nivel social.^{1, 2, 3}

Estudios socioculturales y de género han mostrado que en culturas orientales y “machistas” hay mayor incidencia de Alexitimia en hombres debido a los efectos negativos de la socialización del rol masculino, conllevando a una “emocionalidad restringida”.¹

Alexitimia y el ámbito médico

Actualmente, el concepto global de AL posee una especial trascendencia social y clínica, ya que constituye una fuente de problemas en las relaciones interpersonales por razones del trastorno en la comunicación y la penuria emocional o falta de empatía, a lo que se añade las emociones negativas o acciones impulsivas.²

En el ámbito médico, la presencia de AL y el narcisismo son dos perfiles personales incompatibles en el ejercicio de la medicina, ya que ambos impiden la actitud altruista necesaria para desempeñar las actividades sanitarias. Siendo

principalmente la sobrecarga de responsabilidad en los médicos clínicos la que conduce al médico a hacer una Alexitimia secundaria. La presencia de un médico alexitímico, incapaz de mantenerse fiel al espíritu esencial de la medicina clínica conlleva a una relación médico-enfermo hostil.^{2, 5}

Epidemiología

Investigaciones internacionales han arrojado diferentes resultados respecto a la prevalencia de este trastorno. Por ejemplo en una muestra finlandesa se reportaron valores de 9.9% y 13%, mientras que en las investigaciones españolas los valores fueron de 19.4%.¹

Dentro de la población general occidental entre un 15% y 22% podrían ser catalogados como alexitímicos, con una prevalencia aproximada de 8 al 10% en los varones y 1.8% en las mujeres.²

Escalas de medición

Los métodos para medir la AL incluyen cuestionarios evaluados por observadores, escalas de autoevaluación, así como técnicas proyectivas. Sin embargo una de los más usados actualmente es la Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS) un instrumento fiable y válido, elaborado por Taylor y cols en 1985, compuesta de 26 ítems (11 negativos y 15 positivos), cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo likert de cinco puntos.^{6, 7}

La aparición de ciertos datos discordantes en TAS-26 obligaron a su revisión, elaborándose posteriormente una versión de 20 ítems: TAS-20. Esta escala

revisada conserva 13 ítems del TAS inicial, y como ésta, se puntúa también a través de una escala tipo likert de cinco puntos. Por ello, la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico a aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 61. Compuesto por tres factores coherentes con el constructo que evalúa:

- a) Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales.
- b) Dificultad para describir los sentimientos a los demás.
- c) Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

En la TAS-20 desaparece el factor referente a la escasa capacidad imaginativa, ya que durante la revisión de la escala los autores eliminaron los ítems correspondientes a dicho factor porque correlacionaban positivamente con la deseabilidad social y presentaban bajas correlaciones entre los ítems que lo componía.⁴

Este desarrollo de medidas viables ha proporcionado la oportunidad para la investigación cuantitativa y, por tanto, un aumento marcado en los estudios de AL. Sin embargo, similar a todas las características de la personalidad, Alexitimia es claramente un concepto dimensional (no categórica). Un hallazgo común en la práctica clínica es que las personas a quienes se les aplica TAS-20 están lejos obtener puntuaciones homogéneas. Por lo tanto, se ha sugerido que existen

diferentes subtipos de Alexitimia. Con base en los puntajes de TAS-20, cuatro subtipos de Alexitimia se han sugerido: en general de alta Alexitimia, que se caracteriza por altas puntuaciones en las tres dimensiones:

- La Alexitimia-introvertido alta, que se caracteriza por los altos puntajes en dificultad para identificar sentimientos (DIF) y dificultad para expresar sentimientos (DDF) y puntuaciones bajas pensamiento externamente orientado (EOT).
- Alexitimia-extrovertido alta, que se caracteriza por altos (EOT) resultados y puntuaciones normales DIF y DDF, y
- No Alexitimia, que se caracteriza por bajas puntuaciones en todas las dimensiones.⁷

Además, basándose en las puntuaciones de Cuestionario Bermond-Vorst (BVAQ), dos subtipos de Alexitimia se pueden distinguir:

- Alexitimia tipo I, que se caracteriza tanto por la experiencia emocional bajo y, en consecuencia, cogniciones, poco desarrollados que acompañan a las emociones.
- Alexitimia el tipo II, que se caracteriza por una baja emocionalidad, pero cogniciones emocionales bien desarrolladas.

Aunque proporcionar puntos de vista interesantes para la investigación, la evidencia que apoya la existencia de estos subtipos se ha limitado hasta ahora y es considerada controversial.⁷

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE TAS 20

Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de cronbach de 0,81), así como de los tres factores principales de la misma (0,78, 0,75 y 0,66). La fiabilidad test-retest tras e semanas es de 0, 77.

En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Estos datos son estadísticamente similares a los obtenidos en la otra validación española⁹

Validez:

Aunque se han sugerido soluciones de 4 y 5 factores, la estructura más aceptada es la de 3 factores principales, que explican el 32,5% de la varianza. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95%. La correlación con el Scored Archetypal Test-9 (SAT-9) es elevada y negativa (-0,7). Respecto al Cuestionario de los 5 Grandes Factores (BFQ) se observa una relación significativa e inversa con los factores de estabilidad emocional, apertura mental, extraversión y afabilidad.⁹

Alexitimia y personalidad

Por otro lado resulta muy interesante el estudio de la relación entre alexitimia y algunas variables de personalidad. Son numerosas las investigaciones realizadas sobre este tema, y se ha constatado que globalmente el perfil de los sujetos que presentan altos niveles de alexitimia se caracteriza por:

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

Cada vez con mayor fuerza se está imponiendo una nueva tendencia en la investigación sobre alexitimia: el estudio de las relaciones entre ella y los modelos de personalidad basados en los rasgos.¹⁰

La Alexitimia es un concepto multifacético que enmarca múltiples cualidades como ya se mencionó previamente, trastocando diferentes áreas de la vida del individuo, por otro lado se ha evaluado como la Alexitimia incluye en la memoria facial de las emociones encontrando que la dificultad para describir emociones es inversamente proporcional con el correcto reconocimiento de caras de temor o enojo. Lo cual pudiera tener una influencia negativa en las relaciones

interpersonales y la interacción con otros. Los individuos que recuerdan de manera pobre las expresiones faciales negativas podrían estar pasando por alto mensajes de comunicación importantes, por ejemplo el malestar y por ende ser rechazados por otros.¹¹

Se han descrito dos dimensiones de la Alexitimia, una la dimensión cognitiva, que se refiere a la habilidad de verbalizar, identificar y analizar sentimientos y la dimensión afectiva, que se refiere a la capacidad de imaginación y fantasía; ante esto se habla de Alexitimia tipo I y Alexitimia tipo II, el primer tipo se caracteriza por puntajes elevados en ambos dominios, cognitivo y afectivo, indicando dificultades en el procesamiento de emociones combinado con una pobre capacidad de fantasía e imaginación: El tipo II se caracteriza por puntajes elevados en el dominio cognitivo y puntajes bajos en la dimensión afectiva.

Esto tiene relevancia en que se han encontrado pacientes con esquizofrenia que tienen un perfil Tipo II de Alexitimia, estudios previos han sugerido que niveles elevados de Alexitimia cognitiva puede contribuir a mayor vulnerabilidad para desarrollar psicosis.¹²

Dada la comorbilidad tan amplia en que presenta la Alexitimia su investigación ha ido avanzando en la búsqueda de factores relacionados. Se ha encontrado niveles bajos de vitamina D en sujetos con Alexitimia. La vitamina D se ha asociado con la regulación del estado emocional, los cambios estacionales y su impacto en la variabilidad de los niveles de esta hormona, ha sugerido su papel en trastornos afectivos. Niveles bajos de Vitamina D se ha asociado con espectro autista, Alzheimer, Parkinson. Recientemente se ha asociado con alexitimia. Por lo que

se ha tratado de relacionar las calificaciones de TAS 20 con los niveles de Vitamina D. ¹³

Las nuevas tecnologías, los nuevos estudios, nos permiten ir dando sentido a constructos que marcaron historia, tales como la Teoría Freudiana, que a la luz de los estudios de imagen, dan claridad, sustento biológico y estructural a lo que antes solo era teórico. ¹⁴

Tratamiento

El inicio del tratamiento del alexitímico requiere de una motivación o solicitud, la cual generalmente provendrá de algún familiar muy cercano, o por el mismo paciente a través de buscar una respuesta para las múltiples somatizaciones que son muy frecuentes. El manejo por el momento se limita a la psicoterapia interpersonal o al análisis retrospectivo. ²

Con la psicoterapia interpersonal se persigue la reducción de los conflictos personales presentes en una proporción grande en la vida del alexitímico y con el análisis introspectivo se pretende mejorar la restricción de la conciencia emocional y enriquecer la vida imaginaria. A medida que avanza la edad la AL se va recubriendo de impermeabilidad al influjo de la psicoterapia. ²

La indicación de psicofármacos en la Alexitimia se ajusta a estos cuatro puntos: primero, activar los sentimientos positivos, segundo reducir la hostilidad y sentimientos negativos, estos dos objetivos con inhibidores de la recaptura de serotonina y nor-adrenalina; el tercer objetivo es inhibir la impulsividad y facilitar el

autocontrol y el cuarto objetivo es amortiguar las somatizaciones, para estos dos últimos objetivos se utiliza topiramato, lamotrigina, gabapentina, pregabalina.²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Alexitimia es actualmente una variable perturbadora de trascendencia social, ya que es una fuente de problemas en las relaciones interpersonales por causa de los trastornos de comunicación, emocionales o falta de empatía; esto debido a que el sujeto alexitímico además de tener poco éxito social es señalado como el responsable del sufrimiento de los demás.

Dentro del área laboral, un trabajador alexitímico inspira recelo, desconfianza y apatía por parte de sus compañeros, así como este es incapaz de asumir y desarrollar proyectos de largo alcance.

En este sentido, por la exigencia y sobrecarga de responsabilidad del ejercicio de la medicina, un médico clínico tiene mayor riesgo de generar alexitimia. Y un médico alexitímico no reúne las condiciones personales para desempeñar la actividad sanitaria con el sentido altruista propio de un médico, alterando la relación médico-paciente.

En nuestra unidad desconocemos cuál es la prevalencia de Alexitimia entre el Personal Médico, así como los factores asociados a este padecimiento.

Por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría?

JUSTIFICACIÓN

Magnitud:

De acuerdo a los reportes provenientes de estudios en varios países, de la población general occidental entre un 15 a 22% podrían ser catalogados como alexitímicos, con una prevalencia aproximada de 8 al 10% en los varones y 1.8% en las mujeres.

Trascendencia:

En el mundo laboral, concretamente el Personal Médico especialista con sobrecarga de responsabilidad, alta incidencia de mortalidad, deficientes resultados terapéuticos y con un auténtico distrés traumático crónico, son propensos al desarrollo de AL secundario, el cual cobra sus efectos en la atención al paciente.

Por lo anterior, resulta relevante estudiar la AL en el Personal Médico, ya que si bien se han hecho estudios sobre esta patología, no se cuenta con este tipo de evaluaciones en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, esto permitirá tomar medidas para la mejora en la calidad y calidez en la atención proporcionada en este Centro.

Vulnerabilidad:

Aún ante la trascendencia en la atención que este estudio puede aportar, la posibilidad de que la información sea manipulada, en caso de que se responda de

forma poco veraz o la renuencia a participar aun contando con las condiciones, son puntos débiles de este estudio.

Factibilidad:

Al contar con los recursos estructurales, humanos y económicos, así como el apoyo de las autoridades para la realización de este proyecto, se mejora la posibilidad de éxito.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la relación existente entre años de ejercicio profesional y la presentación de Alexitimia en el Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

Determinar mediante la escala de Toronto el grado de Alexitimia en el Personal Médico femenino y masculino de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

Determinar mediante la escala de Toronto el género más afectado de Alexitimia en el Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría $\geq 8\%$

MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal Descriptivo

DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría en el mes de Julio de 2015.

HERRAMIENTA DE RECOLECCION

Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS) fiable y válido, compuesta de 26 ítems (11 negativos y 15 positivos. La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de cronbach de 0,81), LA sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95%.

MUESTRA

Se requirió un mínimo de 89 médicos

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2\alpha * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2\alpha * p * q}$$

Donde:

N= Población total (157 Médicos)

$Z^2\alpha = (1.96)^2$

p= proporción esperada (5%)

q= 1-p (95%)

d= precisión (3%)

$$n = \frac{(157)(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.03)^2(157 - 1) + (1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{(157)(3.84)(0.05)(0.95)}{(0.0009)(182) + (3.84)(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{33.37}{0.16 + 0.18}$$

$$n = \frac{33.37}{0.34}$$

$$n = 89$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión: Personal Médico de las diferentes áreas de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, de cualquier turno, categoría de base o eventual y que proporcionó su consentimiento informado por escrito o aceptó verbalmente participar.

Exclusión: Personal no médico, becarios así como aquellos con diagnóstico o que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico.

Eliminación: Personal Médico que no se localizó, aquellos que se negaron a participar o pidieron ser excluidos del estudio o bien no hayan contestado la Escala de Toronto, o no la hayan regresado antes del cierre de período de recolección.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

ALEXITIMIA

DEFINICIÓN: es la ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos.

OPERACIONALIZACIÓN: Aplicación de la Escala de Alexitimia de Toronto al personal médico, con un *alpha de Cronbach* igual a 0.87 la cual cumple con criterios de validez y confiabilidad.

ESCALA DE MEDICIÓN: cualitativa ordinal

INDICADOR:

Puntaje total.

≤51 ausencia

52-60 Probable Alexitimia

≥61 Alexitimia

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

DEFINICION: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años, meses y días.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico

ESCALA DE MEDICIÓN: cuantitativa continua

INDICADOR:

Años de vida.

SEXO

DEFINICIÓN: Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta las características fenotípicas, anatómicas y cromosómicas.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: cualitativa nominal.

INDICADOR:

1.- Masculino.

2.- Femenino.

NIVEL DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEFINICIÓN: Grado o nivel en profesión médica al momento del estudio.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: cualitativa nominal.

INDICADOR:

Especialidad

Subespecialidad

Diplomado

Maestría

Doctorado

SERVICIO HOSPITALARIO

DEFINICIÓN: área dentro de la Institución Médica donde desarrolla sus labores cotidianas.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: cualitativa nominal.

INDICADOR:

Nombre del Servicio

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA

DEFINICIÓN: El tiempo durante el cual se prestaron o se continúan prestando los servicios.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa continúa.

INDICADOR:

Años laborados

TURNO LABORAL EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA

DEFINICIÓN: El tiempo durante el cual se labora.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: cualitativa nominal

INDICADOR:

Matutino

Vespertino

Jornada acumulada, horarios variables, nocturno

HORAS LABORADAS AL DIA

DEFINICIÓN: El tiempo durante el cual se prestan el servicio durante el día.

OPERACIONALIZACIÓN: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa continúa.

INDICADOR:

Horas laboradas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un Análisis Univariado en el que para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas paramétricas o no paramétricas dependiendo de su distribución, medias y desviación estándar, en caso de curva simétrica. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias y proporciones.

En el análisis bivariado las variables cualitativas se analizaron con test exacto de Fisher de acuerdo a la curva de distribución de datos. Se obtuvo como medida de frecuencia la Prevalencia.

Se vaciaron los datos en hoja de datos Excel 2010 y para su análisis se utilizó el programa estadístico STATA versión 14.

PLAN DE TRABAJO

Se incluyó al Personal Médico con categoría de base y de cualquier turno de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría.

Se les convocó a participar reuniéndolos en el auditorio contando con las condiciones de tiempo, disponibilidad y comodidad para la participación adecuada gracias al apoyo de las autoridades correspondientes. Dicha convocatoria se realizó en los diferentes turnos hospitalarios, matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada. Posteriormente se les pidió leyeran las instrucciones, se aclararon dudas, y se les indicó que podían iniciar a contestar el formulario. Al finalizar entregaron sus hojas a la encuestadora quien les entregó su número de folio único, personal e intransferible del cuestionario, pidiéndoles que lo conservaran. Se realizó este mismo procedimiento en los diferentes turnos ya mencionados, con una duración de 20 minutos para responder la totalidad de los ítems.

Una vez que se juntaron el total de los cuestionarios entregados, se procedió a realizar la captura y vaciado de la información en una base de Excel. La cual finalmente se utilizó para el análisis estadístico en el programa Stata 14.

En cuanto a los resultados obtenidos por cada individuo, se realizó una lista que muestra resultados-folio, la cual se colocó en la dirección de esta unidad, para que el personal participante pudiera consultar su puntaje obtenido.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo de investigación, cumplió con los principios de ética de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, conforme a los Artículos 13, 14, 20, 21 y 22, del Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos:

“En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

Esta investigación de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación es considerado como una investigación sin riesgo:

“I. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Aun cuando este estudio se consideró sin riesgo; fue totalmente anónimo debido a la información sensible que se manejó y para lo cual se solicitó consentimiento informado para la participación en el mismo.

Dado que el consentimiento incluyó nombre, la mayoría de los participantes no lo contestó. Aprobando de manera verbal su participación.

Los formularios y Escalas de Alexitimia de Toronto estaban foliados con un número único, personal e intransferible, con la finalidad de que cada participante pudiera obtener su resultado de manera eficaz, seria y privada a través de una relación de resultado-folio, así como la interpretación que corresponda a los puntajes de acuerdo a la Escala. De esta manera cada participante pudo conocer su puntaje final, y en caso de así desearlo, se les proporcionó información y orientación en el departamento de psiquiatría del hospital de pediatría, siendo esto totalmente voluntario, y sin ninguna repercusión persona o laboral.

El protocolo fue aceptado por el CLIEIS con número de folio de R-2015-1302-31 con fecha de 3 de julio de 2015.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Médicos asesores: Encargado de las revisiones periódicas y correcciones de las mismas durante el tiempo estipulado para la realización del protocolo de estudio. Ambos con experiencia en el área de la psiquiatría infantil y adolescencia
- Médico residente (tesista): Encargado de convocar al personal médico que cumplía con los criterios de inclusión de este estudio al igual que la aplicación y captura de los datos necesarios para la realización del mismo.

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

El Hospital permitió el uso de un auditorio que cumplía con las condiciones para la aplicación del cuestionario y la Escala de Alexitimia de Toronto al personal médico seleccionado para este estudio de investigación, en los diferentes turnos. La captura y análisis de los datos, se realizó en el área de Enseñanza de Pediatría. El investigador costeo bolígrafos, lapicero, hojas blancas, fotocopias, así como utilizó equipo de cómputo portátil, propiedad del mismo.

RECURSOS FINANCIEROS:

Gasto de Inversión	Especificación	Costo
Equipo de computo	HP	\$5,999.00
Accesorios, materiales y útiles diversos	Bolígrafos (2)	\$ 20.00
	Lapicero (1)	\$ 15.00
	Paquete de hojas blancas (1)	\$ 120.00
	Cartucho de tinta para impresora (1)	\$ 400.00
	Fotocopias (200)	\$ 60.00
Difusión de los resultados de investigación	Empastado	\$1,200.00
TOTAL		\$7,814.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Recopilación de bibliografía en libros texto, formatos electrónicos.	X	X					
Discriminación de la información obtenida		X					
Elaboración de protocolo		X	X				
Planeación de la operación			X				
Adquisición de materiales necesarios				X	X		
Presentación ante el Comité Local de Investigación					X		
Planeación de la invitación a participar, medios informativos, (solicitudes masivas, solicitudes personales).						X	
Día de la Participación por turnos							X
Recolección de Datos							X
Vaciado de resultados							X
Análisis de resultados							X
Redacción Final							X
Presentación							X

RESULTADOS

Se proporcionaron un total de 130 escalas de Toronto a personal Médico en los diferentes turnos, de los cuales se obtuvieron 90 (69.3 %), y solamente 4 (4.44%) con su respectivo consentimiento informado, los 40 (30.7%) médicos restantes no concluyeron el proceso de responder y entregar la escala al evaluador cuando se acudía a recabarlas, todo esto dentro del período estipulado de recolección.

Con la información obtenida encontramos que la media de edad del personal Médico fue de 46.4 años, con una desviación estándar (SD) de ± 0.8 [IC 95% 45.6 – 47.2] (**Tabla 1**).

Tabla 1. Media de Edad del Personal Médico.

	Media	SD*	IC 95%**
Edad	46.4	± 0.8	45.6 - 47.2

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

*SD: Desviación estándar

**IC 95%: Intervalos de Confianza al 95%

El mayor grupo de edad fue de 51 a 55 años, con 25 médicos (27.8%); seguido de 41 a 45 años con 18 participantes (20%); el grupo de menor edad fue de 36 a 40 años con el 6.7%; sin embargo también se presentaron 6 casos en donde no se especificó la edad, correspondiendo a un 6.7% (**Tabla 2**).

Tabla 2. Personal Médico por grupo de Edad.

Edad	No.	%
30-35 años	13	14.4
36-40 años	6	6.7
41-45 años	18	20
46-50 años	14	15.6
51-55 años	25	27.8
56-60 años	8	8.9
No especificado	6	6.7
Total	90	100

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

Se identificó que por género hay 49 masculinos (54.4%), 38 femeninos (42.3%) y 3 médicos (3.3%) que no especificaron su género con un **(Tabla 3)**

Tabla 3. Personal Médico por Género.

Genero	No	%
Masculino	49	54.4
Femenino	38	42.3
No Especificado	3	3.3
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

El grado de Estudios de posgrado fue el siguiente: especialidad 56.7%, subespecialidad 60%, diplomado 24.4%, maestría 13.3%, doctorado 3.3% y no especificado en 2.2% del personal **(Tabla 4)**

Tabla 4. Personal Médico por Estudios de Posgrado

Estudios de Posgrado	No	%
Especialidad	51	56.7
Subespecialidad	54	60
Diplomado	22	24.4
Maestría	12	13.3
Doctorado	3	3.3
No especificado	2	2.2

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

En la **Tabla 5**, se presenta la relación de los médicos por servicio, siendo los tres principales: Pediatría médica con 8.9%, Urgencias (6.7%) y Paidopsiquiatría con 4.4%.

Tabla 5. Personal Médico por Servicio

Servicio	No	%
Pediatría Médica	8	8.9
Urgencias	6	6.7
Paidopsiquiatría	4	4.4
Cirugía Pediátrica	3	3.3
Traumatología Y Ortopedia	3	3.3
Cardiología	2	2.2
Radiología	2	2.2
Neurología	2	2.2
Oftalmología	2	2.2
Dirección Médica	1	1.1
Dirección Quirúrgica	1	1.1
Endocrinología	1	1.1
Cirugía Maxilofacial	1	1.1
Medicina Física	1	1.1
Neurocirugía	1	1.1
Fomento a la Salud	1	1.1
Neumología	1	1.1
UCIN	1	1.1
Enseñanza	1	1.1
Investigación	1	1.1
Hematología	1	1.1
Urología	1	1.1
Nefrología	1	1.1
Inmunología	1	1.1
Cirugía Plástica	1	1.1
Cardiología	1	1.1
No especificado	41	45.6

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

En la **Tabla 6** se presenta la media de años laborados, la cual fue de 16.4 años (± 0.7 IC 95% de 15.7 – 17.1).

Tabla 6. Media de años Laborados

	Media	SD*	IC 95%**
Años Laborados	16.4	± 0.7	15.7 - 17.1

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

*SD: Desviación estándar

**IC 95%: Intervalos de Confianza al 95%

De forma más específica el 40% de los trabajadores a laborado un periodo de 10 a 19 años; 33.3% de 20 a 29 años; el 15.6% 9 años o menos y el 11.1% no especifico su antigüedad (**Tabla 7**)

Tabla 7. Personal Médico por años Laborados

Años Laborados	No	%
0-9 años	14	15.6
10-19 años	36	40
20-29 años	30	33.3
No especificado	10	11.1
Total	90	100

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

La distribución por turno es como sigue: el 52.2% de los casos corresponden al turno matutino con 47 sujetos de estudio, vespertino 12.2%, nocturno y suplencias 17.8%, jornada acumulada 6.7%; sin embargo 10 médicos no especificaron su turno laboral (**Tabla 8**).

Tabla 8. Turno de trabajo del Personal Médico

Turno	No	%
Matutino	47	52.2
Vespertino	11	12.2
Jornada Acumulada	6	6.7
Nocturno/Suplencias	16	17.8
No especificado	10	11.1

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

Por otro lado, los médicos laboran una media de 11.1 hrs al día dentro del instituto con una SD de ± 0.3 con IC al 95% de 10.8 – 11.4 hrs (**Tabla 9**).

Tabla 9. Media de Horas Laboradas al día

	Media	SD*	IC 95%**
Horas de Trabajo	11.1	± 0.3	10.8 - 11.4

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

*SD: Desviación estándar

**IC 95%: Intervalos de Confianza al 95%

Respecto a la Escala de Toronto fue realizada por el 100% de los médicos participantes; obteniendo los siguientes resultados más relevantes de acuerdo al grado en que las características se ajustan a su modo de ser habitual (el resto se especifican en la **Tabla 10**):

Muy en desacuerdo (A):

- A menudo están confusos con las emociones que sienten en el 72.2%
- Les es difícil encontrar las palabras correctas para sus sentimientos (64.4%).
- El 76.7% en tener sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.
- Cuando están mal no saben si están tristes, asustados o enfadados (40%)
- El 75.6% están muy en desacuerdo con estar confundidos con las sensaciones de su cuerpo.
- Prefieren dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarse porque suceden de ese modo las cosas (61.1%)
- El 73.3% están muy en desacuerdo con tener sentimientos que casi no puede identificar.
- 56.7% estuvo muy en desacuerdo con que la gente les diga que exprese más sus sentimientos.
- No saber que pasa dentro de ellos (70%)
- No saber porque están enfadados (72.2%)

- Preferir hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos (48.9%).
- Prefieren ver espectáculos simples, pero entretenidos que dramas psicológicos (40%)
- Buscan significados ocultos en películas o juegos que disminuyen el placer de disfrutarlos (45.6)

En desacuerdo (B) en:

- Es difícil expresar lo que sienten acerca de las personas (90%).
- Les es difícil revelar sus sentimientos más profundos incluso a sus amigos más íntimos (42.2%)

De acuerdo (E):

- El 52.2% se siente cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.
- Encuentran útil examinar sus sentimientos para resolver problemas personales (45.6%)

Muy de acuerdo (F) en:

- Ser capaz de expresar sus sentimientos fácilmente en el 43.3%
- 40% prefiere analizar los problemas mejor que solo describirlos.
- 79 médicos están muy de acuerdo con estar en contacto con las emociones es esencial.

Tabla 10. Resultados de la Escala de Toronto

	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%	F	%
A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	65	72.2	19	21.1	3	3.3	1	1.1	2	2.2	0	0
Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	58	64.4	24	26.7	0	0	5	5.6	2	2.2	1	1.1
Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	69	76.7	19	21.1	2	2.2	0	0	0	0	0	0
Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	3	3.3	11	12.2	3	3.3	4	4.4	30	33.3	39	43.3
Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	5	5.6	6	6.7	1	1.1	8	8.9	34	37.8	36	40
Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	61	67.8	21	23.3	1	1.1	2	2.2	3	3.3	2	2.2
A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	68	75.6	17	18.9	2	2.2	2	2.2	0	0	1	1.1
Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	55	61.1	21	23.3	7	7.8	2	2.2	3	3.3	2	2.2
Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	66	73.3	17	18.9	4	4.4	3	3.3	0	0	0	0
Estar en contacto con las emociones es esencial	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12.2	79	87.8
Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	0	0	81	90	5	5.6	1	1.1	1	1.1	2	2.2

La gente me dice que exprese más mis sentimientos	51	56.7	24	26.7	6	6.7	7	7.8	2	2.2	0	0
No sé qué pasa dentro de mí	63	70	22	24.4	3	3.3	2	2.2	0	0	0	0
A menudo no sé por qué estoy enfadado	65	72.2	16	17.8	4	4.4	5	5.6	0	0	0	0
Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	44	48.9	27	30	4	4.4	7	7.8	7	7.8	1	1.1
Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	36	40	17	18.9	10	11.1	12	13.3	15	16.7	0	0
Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	31	34.4	38	42.2	3	3.3	2	2.2	8	8.9	8	8.9
Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	0	0	4	4.4	2	2.2	13	14.4	47	52.2	24	26.7
Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	2	2.2	3	3.3	1	1.1	7	7.8	41	45.6	36	40
Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	41	45.6	28	31.1	12	13.3	3	3.3	5	5.6	1	1.1

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

A: Muy en desacuerdo; B: En desacuerdo; C: Ligeramente en desacuerdo; D: Ligeramente de acuerdo; E: De acuerdo; F: Muy de acuerdo

En base a la puntuación total la media fue de 31.3 puntos [± 0.7 IC 95% 30.6 – 32]

Tabla 10. Media de la puntuación de la Escala de Toronto

	Media	SD*	IC 95%**
Puntuación	31.3	± 0.7	30.6 - 32

Fuente: Instrumento de Recolección Julio 2015

*SD: Desviación estándar

**IC 95%: Intervalos de Confianza al 95%

De los 89 médicos tiene un total de \leq de 51 puntos clasificándose de acuerdo a la puntuación de la Escala de Toronto como ausencia de Alexitimia; solamente un médico presentó 59 puntos en total, por lo que se clasifica como posible Alexitimia. Con una prevalencia de 1.1% de casos probables de Alexitimia.

Se trata de un personal de salud de 55 años, género femenino ($p = 0.4$) con estudios de postgrado de Especialidad médica ($p = 1.0$) con 25 años de servicio ($p = 0.02$), turno matutino ($p = 1.0$) con un promedio de horas laboradas de 6.5; de estas variables se consideran estadísticamente significativas aquellas con una $p < 0.05$.

DISCUSION

El presente estudio es uno de los pocos que se ha realizado en México, a expensas de ser realmente el único, que ha buscado evaluar la prevalencia de Alexitimia en el personal médico.

Se realizaron búsquedas de estudios semejantes, sin embargo no encontramos un referente para comparar nuestros resultados, por lo que se hizo con la prevalencia de población general.

En el mundo laboral, concretamente el Personal Médico Especialista con sobrecarga de responsabilidad, alta incidencia de mortalidad, deficientes resultados terapéuticos y con un auténtico distrés traumático crónico, son propensos al desarrollo de AL secundario, el cual cobra sus efectos en la atención al paciente.

En la población general occidental entre un 15 a 22% podrían ser catalogados como alexitímicos, con una prevalencia aproximada de 8 al 10% en los varones y 1.8% en las mujeres.

Al respecto, en nuestra muestra se identificó un caso probable de alexitimia el cual obtuvo 59 puntos de la escala de Toronto, resaltando de este único caso probable que la prevalencia del 1.1% obtenida en esta sede hospitalaria no se aleja tanto de la descrita por Alonso y Fernández².

Presentando este Caso Probable de alexitimia las características descritas como factores de riesgo para el desarrollo de esta condición: nuestro caso es un individuo que trabaja en el servicio de mayor demanda de acciones rápidas y precisas, como lo es urgencias de un hospital de alta especialidad, ya tiene más

de 20 años laborados y la edad de 55 años. Coincidiendo esto con lo descrito por Baeza y Velasco ⁵.

Dentro del área laboral, un trabajador alexitímico inspira recelo, desconfianza y apatía por parte de sus compañeros, así como este es incapaz de asumir y desarrollar proyector de largo alcance.

En este sentido, por la exigencia y sobrecarga de responsabilidad del ejercicio de la medicina, un médico clínico tiene mayor riesgo de generar alexitimia. Y un médico alexitímico no reúne las condiciones personales para desempeñar la actividad sanitaria con el sentido altruista propio de un médico, alterando la relación médico-paciente.

Como se mencionó la escala de Toronto tiene 3 dimensiones, encontrando en cada una de ellas lo siguiente: Dificultad para discriminar señales emocionales, Dificultad en la expresión verbal de las emociones, Pensamiento orientado hacia detalles externos ^{7,9,17}.

Identificando que el personal de la UMAE Pediatría tiene una adecuada identificación de sentimientos, emociones y sensaciones físicas.

Solamente en el caso probable, al desglosar los puntajes en las 3 dimensiones de la escala, se puede identificar que el puntaje más elevado se encontró en la dimensión orientada hacia los detalles externo, en segundo lugar en la dificultad para la discriminación de señales emocionales y el más ajo en la dificultad en la expresión verbal de las emociones. Sin embargo aún es controversial estas sub categorías como se ha descrito aun en artículos recientes.⁷

Se obtuvo que la media de edad del personal Médico fue de 46.4 años. Por género hay 49 masculinos (54.4%), 38 femeninos (42.3%) y 3 médicos (3.3%) que no especificaron su género. El grado de preparación académica de la población de la UMAE se destaca con una gran población con subespecialidad, y los especialistas se añaden a su currícula diplomados; especialidad 56.7%, subespecialidad 60%, diplomado 24.4%, maestría 13.3%, doctorado 3.3% y no especificado en 2.2% del personal.

El grado de estudios es lo esperado para una población con alexitimia, ya que a menor grado de estudios y nivel sociocultural y socioeconómico menor, hay mayor riesgo de desarrollar alexitimia.^{1,7} Lo que resulta en un factor protector el grado de escolaridad en la población médica.

A pesar de que se presentó un caso probable de Alexitimia, la falta de relación entre las variables puede deberse al tamaño de la muestra, ya que no se logró evaluar al total del personal médico en el periodo de estudio planeado debido principalmente a la falta de interés o miedo a participar en el mismo, manifestado como temor a repercusiones laborales, aún cuando se explicó enfáticamente que no sería así. Por otro lado, predominó la consigna de sentirse evaluados o diagnosticados, dándole a la participación una connotación negativa.

Además de que no todos los participantes proporcionaron la información solicitada, presentándose casos que incluso solo contestaron la Escala de Toronto, sin proporcionar ninguna otra información, o proporcionándola parcialmente a pesar de que se les informó por medio del consentimiento

informado la finalidad de este estudio y que no afectaría su labor dentro del hospital.

A pesar de estas dificultades se logró la identificación como ya se mencionó de un caso de probable Alexitimia; dentro del cual uno de las variables que llaman la atención es el servicio al que corresponde; siendo Urgencias y el turno matutino uno de los servicios clínicos con mayor sobrecarga de trabajo y responsabilidad, cuya presencia de este trastorno puede ocasionar una relación médico-paciente hostil.

CONCLUSIONES

Como se sabe y se manifestó en el marco teórico, la trascendencia de la AL tanto social como clínicamente constituye una fuente de problemas en las relaciones interpersonales lo que puede desencadenar falta de empatía por parte del personal médico hacia el paciente. La menor prevalencia identificada en el grupo médico, tiene como característica el nivel de escolaridad elevado, ya que como se ha descrito en la literatura un factor de riesgo para desarrollar alexitimia es la baja escolaridad.

A pesar de que se presentó un caso probable de Alexitimia, la falta de asociación entre las variables puede deberse al tamaño de la muestra, ya que no se logró evaluar al total del personal médico en el periodo de estudio planeado debido principalmente a la falta de interés o miedo a participar en el mismo, manifestado como temor a repercusiones laborales, aún cuando se explicó enfáticamente que no sería así. Por otro lado, predominó la consigna de sentirse evaluados o diagnosticados, dándole a la participación una connotación negativa.

Además de que no todos los participantes proporcionaron la información solicitada, presentándose casos que incluso solo contestaron la Escala de Toronto, sin proporcionar ninguna otra información, o proporcionándola parcialmente a pesar de que se les informó por medio del consentimiento informado la finalidad de este estudio y que no afectaría su labor dentro del hospital.

A pesar de estas dificultades se logró la identificación como ya se mencionó de un caso de probable Alexitimia; dentro del cual uno de las variables que llaman la

atención es el servicio al que corresponde; siendo Urgencias y el turno matutino uno de los servicios clínicos con mayor sobrecarga de trabajo y responsabilidad, cuya presencia de este trastorno puede ocasionar una relación médico-paciente hostil.

Y aunque la presencia de este caso nos arroja una Prevalencia del 1.1% en casos probables de Alexitimia, sería conveniente que se realizara un segundo estudio en el que se incluyera a todo el personal de Salud (por ejemplo médicos residentes, médicos internos, personal de enfermería, etc.). Esto permitiría la identificación de AL entre las diversas categorías del personal, permitiendo identificar los grupos más vulnerables y tomar las medidas para mejorar la calidad y calidez en la atención proporcionada por el Hospital.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Jasuai-Carranza Y, Ibérico C. Niveles de Alexitimia según severidad de sintomatología depresiva en pacientes con depresión. [Internet]. Perú: Universidad Católica Pontificia; [2014, Consultado el 20 de Enero 2015]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5394>
- 2.- Alonso-Fernández F. La Alexitimia y su trascendencia clínica y social, España. *Salud Mental* 2011; 34: 481-490.
- 3.- Lusiardo M, Rodrigo M. Alexitimia como constructor de la personalidad: concepto, clínica, etiología y enfoque terapéutico. [Internet]. Uruguay: Fuerzas armadas; [2011, Consultado el 20 de Enero 2015]. Disponible en <http://peiac.org/Revista/Numeros/No7/alexitimia.html>
- 4.- Ormaetxea O. La Alexitimia. [Internet]. España: Instituto superior de estudios psicológicos; [2010, Consultado el 22 de Enero 2015]. Disponible en: www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-alexitimia.pdf
- 5.- Baeza-Velasco C, Bulbena-Vilarrasa A. Trastornos psicósomáticos y su relación con Alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. [Internet]. España: Universidad autónoma de Barcelona. Disponible en:

<http://www.uv.mx/psicysaldu/psicysalud-21-2/21->

[2/Carolina%20Baeza%20Velasco.pdf](#)

6.-Karukivi M, Saarijärvi S. Desarrollo de características de personalidad alexitimica. *Mundial J Psiquiatría*. 2014 22 de diciembre; 4 (4): 91-102.

7. Moral-Rubia J. Propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos, México. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 11(2) 2008; 97-114.

8.- Rueda A.M, Pérez-García P, Sanjuán M.A. Ruiz. Relación entre Alexitimia y hostilidad: ¿una asociación influida por el malestar psicológico? *Análisis y Modificación de Conducta*. 2006, Vol. 32. No.143: 263-286.

9. Pérez-Rincón, Cortés-José; Ortiz-Silvia. Validación y estandarización de la versión española de la escala modificada de Alexitimia de Toronto; *Salud Mental* 1997 Vol. 20; No 3.

10. Graeme-Taylor., Michael-Bagby., Shauna-Kushnerc., Diane-Benoitd, Leslie Atkinson; Alexithymia and adult attachment representations: Associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment. *Comprehensive Psychiatry* 55 (201) 1258-1268.

11. Donges-U.S., Suslow-T.; (2015). Alexithymia and memory for facial emotions. *Universitas Psychologica*, 14(1), xx-xx.

12. Jorien van der Veld; Marte Swart; Sophie van Rijn; Lisette van der Meer; Et al. Cognitive Alexithymia Is Associated with the Degree of Risk for Psychosis (2015) PLoS ONE 10(6): e0124803.doi:10.1371/journal.pone.0124803

13. Anna Altbäcker, Eniko Plózer, Gergely Darnai, GáborPerlaki; Alexithymia is associated with low level of vitamin D in young healthy adults. Nutritional Neuroscience 2014 VOL. 17 NO. 6

14. Lane , Weihs , Herring , Hishaw A, Smith ; Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.. Neurosci Biobehav Rev. 2015 Aug; 55:594-611

15. Bureau J-F, Easterbrooks A, Lyons-Ruth K. Maternal depressive symptoms In infancy: unique contributions to children's depressive symptoms in childhood and adolescence. Dev Psychopathol 2009; 21: 519-37.

16. Frye-Cox NE, Hesse CR. Alexithymia and marital quality: the mediating roles of loneliness and intimate communication. J Fam Psychol 2013;27: 203-11.

17. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Dickens SE. The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. Psychother Psychosom 2006;75:25-39.

18. McCrae RR, Costa Jr PT. Introduction to the empirical and theoretical status of the five- factor model of personality traits. In: WidigerTA ,& Costa Jr PT, editors. Personality disorders and the five factor model of personality. Washington, DC: American Psychological Association; 2013. p. 15-27.
19. Sifneos, P.E. (1973). The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
20. Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl), 137-142.
21. Sifneos, P.E., Apfel, S.R. y Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of alexithymia. Observations in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47- 57.

Anexos

**COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO DE OCCIDENTE
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENCIA**

“Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de
Pediatría”

Edad (___) 0. Hombre (___) 1. Mujer (___) 2. Estudio de Posgrado: (___) 3. Especialidad (___)
4. Subespecialidad (___) 5. Diplomados (___) 6. Maestría (___) 7. Doctorado (___)

Servicio Años laborados en el IMSS Turno Laboral Hrs de Trabajo al día

ESCALA DE TORONTO

INSTRUCCIONES	A	B	C	D	E	F
Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo						
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos						
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden						
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente						
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos						
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo						
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo						
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar						
CONTINUACION....	A	B	C	D	E	F

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Estar en contacto con las emociones es esencial						
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas						
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos						
13. No sé qué pasa dentro de mí						
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado						
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos						
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos						
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos						
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio						
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales						
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos						

Puntuación total: _____

En caso de alguna pregunta referente a este estudio favor contactar:

DESPRENDER SU FOLIO Y CONSERVARLO

FOLIO:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENCIA
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

“Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de
Pediatría del Centro Médico de Occidente”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico de Occidente Fecha: _____

Por este conducto yo _____ previa explicación del motivo del estudio cuyo objetivo es determinar la Prevalencia de Alexitimia en Personal Médico autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN PERSONAL MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE PEDIATRÍA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá solamente en responder un cuestionario y la Escala de Toronto para obtener los datos necesarios para la realización de este estudio. Declaro que se me ha informado ampliamente que no existen posibles riesgos, inconvenientes o molestias derivados de mi participación en el estudio, ya que no se me someterá a ningún tipo de procedimiento médico-clínico que ponga en riesgo mi actual estado de salud. A su vez se me ha informado sobre los beneficios derivados del estudio. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los resultados de la investigación así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o tratamiento, encontrándose en el servicio de Psiquiatría infantil y adolescencia, unidad médica de alta especialidad hospital de pediatría. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en lo que considere conveniente sin que ello afecte mis actividades laborales. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el estudio.

Nombre y firma

Dr. Ignacio Rendón Manjarrez
Investigador Principal

Dra. Verónica Loera-Neave
Residente de Psiquiatría Infantil y adolescencia
Investigador Principal

Testigo
Nombre y Firma

Testigo
Nombre y Firma