

11241

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA**

**ASOCIACIÓN ENTRE ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

**ALUMNO: Dr. Rafael Basurto Méndez.
Médico Residente de 4to. Año.
H. Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" S.S.A.**

**Tutor Metodológico:
Dr. Jorge Andrés Peña Ortega**

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
INSTIT. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**Tutor Teórico:
Dr. Eduardo Nevárez Jaques**

Vn. Co.

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo resposcional.

NOMBRE: Rafael Basurto

Méndez

FECHA: 01/08/10

FIRMA: 

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA.
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

1. TITULO:

" ASOCIACIÓN ENTRE ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL (HAE) "

2. INVESTIGADORES :

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Jorge Andrés Peña Ortega. Tutor Metodológico.
Jefe de División de Psiquiatría y Salud
Mental del H. General Dr. Manuel Gea Gonzalez S.S.A

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dr. Rafael Basurto Méndez.
Médico Residente de cuarto año, adscrito al Hospital
Psiquiátrico Fray B. Alvarez. SSA.

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dr. Eduardo Nevárez Jacques. Tutor Teórico.
Medico Adscrito al Departamento de Psiquiatría y Salud
Mental U.N.A.M.

3. SEDE :

División de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General
" Dr. Manuel Gea González " S.S.A.

Dedicatorias.

A mi esposa **Susy**, inspiración creadora de la necesidad de superación académica y humana, que en mixtura con amor despertase en mi la energía y capacidad suficiente para conquistar cualquier reto.

A mi hija **Keyri**, quien es capaz con su radiante alegría de elevar a los “cielos” el ánimo en los momentos difíciles, es lo menos que puedo dedicar a ese ser maravilloso que Dios me permitió engendrar.

A mis **Padres**, los más sabios y buenos que sólo Dios pudo haber escogido para mí, quienes siempre me orientan, apoyan y, aun casado; de vez en cuando se siguen desvelando por mí.

A mis **hermanos**, todos y cada uno de ellos formando un equipo sin igual nutriendo por siempre el prestigio y el orgullo de ser un Basurto Méndez.

A mi tío **Pepe**, en quien me inspiré para estudiar Medicina y que seguro estoy, me sigue empujando desde el cielo: nunca te he olvidado y siempre estás en mi corazón.

A mis **asesores de tesis**, por su sabiduría para guiar mi experiencia en la investigación y permitirme disfrutar de su amistad.

A **Dios**, por supuesto, con Quien ha de estar endeudado de alguna manera conmigo desde que nací pues sólo me ha rodeado de personas especiales y potencial para llegar a ser lo que anhelo.

A todos ustedes... gracias.

4. ANTECEDENTES :

La introducción del concepto de “alexitimia”, por Sifneos y Nemiah (1) , ha generado a partir de los años setenta, una amplia línea de investigación con el objeto de estudiar y precisar las características de ésta entidad clínica que agrupa a personas que tienen dificultad para verbalizar o reconocer sus emociones, que tienen una pobre habilidad para representar simbólicamente sus conflictos, que presentan un estilo cognoscitivo concreto y que muy frecuentemente presentan trastornos psicósomáticos y somatomorfos (2) .

Existen algunos antecedentes históricos, reportándose en los años treinta por Wilhelm Sterel, el término de somatización para referirse a los conflictos que no se perciben psicológicamente o no pueden expresarse de manera verbal, por lo que se explica el porqué de la descripción de alexitimia en pacientes psicósomáticos, aunque se ha observado en pacientes con estrés postraumático, adictos a sustancias, trastornos de la conducta alimenticia. Apoyándonos en las teorías de Bruno Snell y Romolo Rossi, se ha considerado como una supervivencia de una estructura arcaica del lenguaje (11) .

La capacidad para usar el lenguaje verbal para comunicar estado de ánimo y emociones se obtiene a través de un complejo proceso que está influido por varios factores: socioculturales, psicodinámicos, del desarrollo, cognitivos y conductuales. Algunos pacientes nunca desarrollan la capacidad para describir sentimientos con lenguaje somático. Esta tendencia a hablar en un vocabulario somático para presentar “distrés” emocional ha sido denominado somatotimia.(19)

Al examinar el desarrollo del lenguaje emocional en niños, puede observarse que inicialmente parecen experimentar estados afectivos tales como ansiedad, temor físico, etc mucho antes de que logren lenguaje simbólico verbal para conceptualizar o “etiquetar” esos sentimientos y comunicarlos a otros.

Es sólo más tarde en el desarrollo afectivo que los niños aprenden a etiquetar sus sentimientos y comunicarlos a otros en términos verbales. La alexitimia ocurre en individuos que aparentemente no tienen ninguna capacidad para utilizar palabras emocionales en el contexto apropiado. La característica más sobresaliente es una reducción demostrada en la capacidad para identificar y describir sus propios sentimientos; es posible que la alexitimia sea una construcción unida a la cultura. Sin embargo los investigadores han identificado déficits cognitivos, específicamente disfunción hemisférica derecha; (9) disociación y trauma asociados a la niñez, especialmente abuso sexual; y atribución de síntomas somáticos como posibles explicaciones para este fenómeno.(19,23)

Posteriormente, en 1945, Polavsky (quien describió el carácter vago e impersonal del discurso de los pacientes psicósomáticos) y Groen Bastians (1951) describieron que tales pacientes tenían una incapacidad para superar el impacto afectivo de las situaciones de estrés emocional, mismos pacientes calificados por Fredman y Sweet (1954) como “iletrados emocionales”. Mc Lean (1949) propuso que en dichos pacientes había una perturbación en la relación entre el rinencéfalo y las áreas del lenguaje en el neocórtex, por lo que su estado emocional podría expresarse sólo a través de los órganos (13) .

En éste mismo enfoque Klaus D. Hoppe propuso que la alexitimia podría considerarse como una especie de “comisurotomía funcional”, es decir, interrupción vía cuerpo calloso, entre las representaciones imaginarias y simbólicas que se originan en el hemisferio derecho y el tratamiento verbalizado de tales símbolos que ocurre en el hemisferio izquierdo, denominándolo “simbolexia” y lo consideró como la base del fenómeno de la creatividad, cuya contraparte es la condición alexitímica. (9)

Yojiro y Akira Ikemi acuñaron el término “alexisomia” (dificultad para tomar conciencia y expresar los sentimientos corporales), y Alan Stoudemire el de somatotimia (utilización del lenguaje somático para comunicar sufrimiento psicológico) (10) .

En tanto los psicoanalistas franceses Marty y M' Uzan introdujeron (1936) el concepto de “ pensamiento preoperatorio” en donde los sujetos describen sus emociones sin lograr integrarlas dentro de alguna connotación afectiva. (12)

5. MARCO DE REFERENCIA :

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente en la etiología de varios trastornos físicos, en otros casos, los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos. También pueden presentarse síntomas psicológicos como reacción a una enfermedad física. El empleo del término “psicosomático”, para abarcar estas posibilidades, es un concepto difuso, pero llama la atención sobre la ubicuidad de los trastornos emocionales y las interrelaciones psicológicas con la enfermedad y la incapacidad somática (23).

Las enfermedades psicosomáticas se encuentran estrechamente relacionadas con síntomas y hallazgos físicos, en los que las influencias psíquicas pueden ser tomadas como causas, causas parciales o factores que permiten que continúe el proceso de la enfermedad (24).

La somatización es sobresaliente en las culturas que aceptan la enfermedad física como una excusa de discapacidad, pero rechazan los síntomas psicológicos como aceptables para entrar al papel de enfermo. Los estilos emocionalmente inexpresivos tales como alexitimia pueden ocurrir de manera prominente en los somatizadores o en los psicosomáticos. La alexitimia está caracterizada por la conciencia reducida de los sentimientos y emociones propios o de los demás. Esto ocurre como un estilo defensivo o como un déficit en el procesamiento cognitivo. (18).

Ford (1986) ha dilucidado algunas motivaciones específicas para la somatización, como sigue: 1) Manipulación de las relaciones interpersonales; 2) Privilegios del papel de enfermo, incluida la dependencia sancionada; 3) Ganancias financieras; 4) Comunicación de ideas o sentimientos que están bloqueados de algún modo a la expresión verbal; y 5) la influencia de mecanismos de defensa intrapsíquicos. (19).

Brodsky (1984) delineó factores familiares que predisponen a la somatización. La constelación familiar y la historia del desarrollo son importantes con respecto al desarrollo de la somatización.

Se realizó un estudio neurofisiológico de la atención en pacientes con somatización, presentando estímulos a los sujetos cuyos potenciales corticales fueron medidos mediante electroencefalografía. El estudio descubrió una diferencia en los potenciales corticales evocados por estímulos de fondo y los evocados por estímulos blanco, en donde los somatizadores muestran un contingente de variación negativa más pequeño; concluyéndose los que distinguen los estímulos relevantes e irrelevantes menos bien que los sujetos normales. (9,23).

El trastorno depresivo se ha reportado como una de las enfermedades comórbidas más frecuentemente asociadas a los trastornos psicósomáticos en sus diferentes presentaciones, de los cuales los síntomas depresivos se presentan con mayor intensidad en dolor psicógeno al cuál se tendrá que diferenciar del no psicógeno.

En 1995, un grupo de investigadores del Departamento de Psiquiatría de la universidad de Toronto y del Hospital Monte Sinaí de la misma ciudad, elaboraron una escala autoaplicable para evaluar alexitimia, constructo que uno de ellos había ya desarrollado y relacionado con las dimensiones básicas de la personalidad. (4) En Uruguay se realizó una primera traducción al español de esta escala.

Posteriormente, en 1993, el mismo grupo canadiense publicó una versión revisada de la Escala de Alexitimia de Toronto, con los respectivos resultados del estudio de estandarización y validación. (5).

Finalmente, en México (1997) se llevó a cabo la validación y estandarización de una versión española de esta escala. (8) Esto nos permite ahora iniciar la exploración de las asociaciones entre esta característica psicopatológica y los trastornos afectivos y psicosomáticos en nuestra población muestra.

A partir de los resultados de la investigación en el campo, la alexitimia se define actualmente como la dificultad para identificar y comunicar las emociones; la dificultad para distinguir entre emociones y sensaciones corporales; simbolización deteriorada, que se manifiesta por medio de una pobreza de fantasías y de otras actividades imaginativas; y una preferencia para enfocar acontecimientos externos más que experiencias internas (3).

Este concepto ha sido especialmente útil para comprender diversas áreas de la psicopatología con un enfoque más claro; sin embargo, no fue sino hasta la introducción de las escalas específicas, que se pudo sistematizar la observación clínica de las características de los pacientes que padecen este trastorno, dando lugar a una extensa línea de investigación epidemiológica, cuyos resultados ponen en evidencia la importancia del estudio de la alexitimia (4,7) .

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

¿ **O**curre una asociación entre alexitimia y depresión en pacientes con hipertensión arterial sistémica (HAS) ?

7. JUSTIFICACIÓN :

En un sentido más limitado, psicósomático se refiere a los estados fisiológicos o patológicos en los que los factores psicológicos tienen importancia etiológica. Incluso en estas enfermedades, sin embargo, la etiología es siempre compleja y multifactorial, y los factores psicológicos no son los únicos que contribuyen a la enfermedad. Los acontecimientos ambientales y las reacciones psicológicas pueden desencadenar enfermedad. Estas reacciones son inespecíficas y se han observado en asociación con una amplia variedad de enfermedades como diabetes mellitus, lupus eritematoso, fibromialgia, leucemia y esclerosis múltiple.

El hecho es que el estrés psicológico puede desencadenar o modificar el curso de enfermedades orgánicas de envergadura, se conoce desde hace tiempo, pero es difícil de aceptar por los médicos (23) . Si fuese distinto se invertirían un sin fin de recursos en el terreno de la prevención por medio de una buena capacitación de la verbalización de conflictos con fines profilácticos que limiten la combinación de estas asociaciones(21,22) .

La somatización puede definirse como el uso conciente o inconsciente del individuo de su cuerpo o de síntomas corporales para propósitos psicológicos o ganancia personal, sea esta primaria secundaria o terciaria, es un fenómeno mundial; es más prevalente en el nivel de atención primario. Los clínicos especialistas, principalmente los del dolor, abordan una tasa elevada (40%), los trastornos de somatización provocan un incremento de servicios médicos de hospitalización y consulta externa, afectando significativamente el costo de la atención médica, al menos el 10% de todos los servicios médicos se proporcionan a pacientes que no tienen ninguna evidencia de enfermedad física. (19).

En el hospital sede durante nuestra estancia rotatoria por Psiquiatría de Enlace nos percatamos de la dificultad de nuestros compañeros especialistas en otras áreas especialmente medicina interna o cardiología para determinar (o en ocasiones por lo menos sólo “intuir”) el relevante peso del componente psicológico expresándose etiológicamente, o bien en la evolución o pronóstico de entidades como la hipertensión en forma de sintomatología psicósomática, pacientes que clásicamente encuentran en la hipertensión una manera de expresar somáticamente sus conflictos psíquicos, pero posteriormente disminuyendo la eficacia de un tratamiento meramente biologicista para su control, olvidándose del carácter multifactorial de todas las enfermedades y por ende la carencia de un manejo integral. Por tal circunstancia pretenderíamos demostrar la relación de la alexitimia con la hipertensión y que ésta extreme sus manifestaciones al grado de poder correlacionarse con entidades nosológicas claras y cada vez más frecuentes en nuestro medio como la depresión.

8. OBJETIVO:

Establecer la asociación entre alexitimia y depresión en pacientes con HAS.

9. HIPÓTESIS :

Existe una asociación entre los puntajes de la escala de alexitimia (TAS-R) y depresión (HAM-D, ver más adelante), en los pacientes con HAS. Si la alexitimia es identificada como un factor mas de los elementos etiológicos en depresión asociado a esta misma condicionará al sujeto a utilizar los “órganos” para expresarse como paciente psicósomático, encontrando así una fuerte asociación entre la hipertensión y la alexitimia.

10. DISEÑO :

Se trató de un estudio para medir asociación; es de tipo transversal, analítico, abierto y observacional.

11. MATERIAL Y METODOS :

Def. Universo. Se seleccionaron pacientes con Dx de HAS donde cotidianamente se les ofrece atención o algún tipo de seguimiento. Servicios como preconsulta, consulta externa de medicina interna, cardiología y hospitalización, etc.; de la sede hospitalaria (H. Dr. Manuel Gea González), a quienes se les aplicaron las escalas citadas a una muestra que se calculó considerando un nivel alfa de 0.05 y 99% de potencia de la prueba y en espera de un coeficiente de correlación de al menos 0.7 . Se obtuvo una n=28, sin embargo, se incluyeron 60 paciente para obtener mayor confiabilidad.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de uno u otro sexo, mayores de edad con diagnóstico de HAS.
- Aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Alfabetas.

Criterios de exclusión

- Presencia de cualquier otro diagnóstico quirúrgico, médico o psiquiátrico grave.

Criterios de eliminación:

- No haber aceptado responder los cuestionarios.

VARIABLES:

***Dependientes** (ordinales): \Rightarrow *Alexitimia*. En función de puntaje de TAS-R.

\Rightarrow *Depresión*. En función de puntaje HAM-D.

***Independientes:**

- Sexo** (dicotómica).
- Edad** (numérica).
- Escolaridad** (nominal).
- Edo. Civil**. (categórica).
- Religión** (nominal)
- Residencia** (nominal).

Se realizó en los tiempos aproximados:

Se inició en cuanto se autorizó por el comité del Hospital sede en el curso del mes de julio. Posteriormente se efectuó:

- 1.- Captación de pacientes y aplicación de escalas: 6 semanas
- 2.- Análisis de datos y conclusiones: 4 semanas.

12 . PROCEDIMIENTOS :

Acuudimos a los servicios citados anteriormente en búsqueda intencionada de pacientes portadores de HAS, a quienes se solicitó su participación en el protocolo de investigación; con los aceptantes procedimos a la aplicación de una breve encuesta de registro individual y fechado, que nos ofrece datos como nombre, edad, sexo, Edo. Civil, escolaridad y un número progresivo. Posteriormente se les aplicó **TAS-R** (Toronto Alexitimia Scale), escala tipo Liker con 20 reactivos y puntuación del uno al cinco para cada uno. Finalmente se aplicó **HAM-D** (escala para depresión de Hamilton) que consta de 17 reactivos con puntuaciones de severidad de 0-2 ó 0-4 y se agradeció su participación.

13. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS :

Al contar con la totalidad de los pacientes requeridos procedimos al análisis estadístico de los datos empleando:

Para variables cualitativas:

- ⇒ Frecuencias relativas.
- ⇒ Índices de tendencia central (media o promedio).
- ⇒ Índices de dispersión (Desviación Standard)

Para variables cuantitativas:

- ⇒ Índices de tendencia central (mediana y moda).

* Las cuales expresamos en graficas de pastel.

Correlacionamos las variables dependientes (Alexitimia y Depresión). Correlación Producto-momento de Pearson.

* Las cuales expresamos en tablas.

14. CONSIDERACIONES ETICAS :

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”.Unicamente solicitamos consentimiento verbal. Detectamos durante la selección de pacientes un caso que se derivó adecuadamente a recibir atención de urgencia psiquiátrica.

Artículo 17, título 20,Capítulo I, fracc.2: Investigación con riesgo mínimo.

15. RESULTADOS :

Se incluyeron en el estudio un total de 60 pacientes. Como se puede observar en la gráfica No 1 un total de 33 hombres (55% de la muestra) y 27 mujeres (45% de la muestra), los primeros con un rango de edad entre 28 y 77 años (media 50.9), los segundos con rango de 30 a 88 años (media de 50.3) . (graficas 2 y 3 respectivamente).

La muestra en su mayoría reside en el Distrito Federal, 43 pacientes (71.6%), posteriormente Edo. Méx. 9 pacientes (15%), Edo. Puebla 2 pacientes (3.33%) y un paciente por cada uno de los siguientes Estados de la República ; Morelos, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Tlaxcala y Querétaro. (grafica 4).

El Edo. Civil predominante en la muestra fue casado con 33 pacientes (55%), seguido de soltero 12 pacientes (20%), U. Libre 7 pacientes (11.6%), viudos 6 pacientes (10%) y separados 2 pacientes (3.33%). (gráfica 5)

En cuanto a la escolaridad se estableció en 6 rubros: 1) Analfabetismo 10 pacientes (16.6%), 2) Primaria 24 pacientes (40%), 3) Secundaria 6 pacientes (10%), 4) Media Superior 11 pacientes (18.3%), 5) Profesional 6 pacientes (10%) y 6) Posgrado 3 pacientes (5%). (gráfica 6).

La ocupación fue clasificada en: empleado, incluyéndose un total de 19 pacientes (31.7%), subempleado 20 pacientes (33.3%), hogar 16 pacientes (26.7%) y otro que incluía pensionados, desempleados, etc. Con 5 pacientes (8.3%) de la muestra.

La religión reportada en la ficha de identificación notablemente inclinada hacia el catolicismo 51 pacientes (85%), el resto en otra religión o sin práctica alguna. (gráfica 7).

Los puntajes de la escala de Hamilton (HAM-D) se reportaron 38 pacientes con rango de 0 a 13 (63.33%) , no deprimidos; 21 pacientes en puntuación de 14 a 24 (35%) con depresión leve y 1 sólo paciente con puntaje mayor a 25 (29) (1.6%) con depresión profunda de acuerdo a lo sugerido por la escala. Obtuvimos una media de 10.667 y una desviación estándar de 6.401.

La puntuación para la Escala de alexitimia la categorizamos en tres grupos a partir de la media, con una desviación estándar hacia el menor y mayor puntaje, obteniendo tres grupos que denominamos con síntomas leves de alexitimia, moderados y graves; teniendo entonces en el primero un total de 15 pacientes en el rango de 30 a 45.147 pts, el 2do. Con 39 pacientes hasta los 74 pts. Y el ultimo 6 pacientes cuyo mayor valor presentado es a 85 pts. La media se determinó en 59.683 con una desviación estándar de 14.536.

Realizamos también una correlación Producto-Momento de Pearson que reportó $(r) = 0.2796$.

Finalmente realizamos cruces de variables observables en las gráficas 8 a 19, iniciamos con cruce entre Hamilton y sexo (gráfica 8) donde observamos mayor presencia de sintomatología depresiva leve y grave para el sexo masculino, para el grupo femenino la más elevada es la depresión moderada.

En el cruce de Hamilton y Edo. Civil (gráfica 9), presencia de depresión grave en paciente soltero (único de la muestra), depresión moderada con índices elevados en pacientes casados y los más bajos puntajes en el grupo de separados.

En el cruce de Hamilton y residencia (gráfica 10) la mayor parte de deprimidos está en el grupo del D.F. pero la gran mayoría de la muestra son residentes de esta Entidad.

En el cruce de Hamilton y ocupación (gráfica 11) los mayores puntajes se observaron en empleados y desempleados y en el grupo de "otros" notamos los menores puntajes de depresión, sin embargo este último grupo es cuantitativamente menor.

En el cruce de Hamilton y escolaridad (gráfica 12) la mayor puntuación sobre todo en depresión leve la observamos en primaria, mientras que la menor puntuación se observó en posgrado, nuevamente el grupo de estos últimos es menor.

Para el cruce de Hamilton y Alexitimia decidimos mostrarlo en forma de una tabla (tabla1) donde se observa una pobre correlación de nuestras principales variables que inicialmente en forma hipotética pensamos sería de mucho mayor dimensión, lo que refuerza lo reportado por la prueba de Pearson citada previamente.

En el cruce de Alexitimia y sexo (gráfica 13), observamos mayores puntajes de alexitimia leve y moderada en el grupo masculino, pero los puntajes de alexitimia grave son discretamente mayores en el grupo femenino.

En el cruce de Alexitimia y edad (gráfica 14) los puntajes más elevados de alexitimia moderada son en el rango de 41 a 50 años los menores de esta misma en el grupo de 20 a 30 años y llama la atención en el grupo de más de 61 años que los puntajes se presentaron por igual en los tres grados de severidad.

En el cruce de alexitimia y Edo. Civil (gráfica 15) los puntajes más elevados se observaron para el grupo de casados, mientras que los más bajos se vieron en el grupo de separados, sólo en viudos y casados se observaron casos de manifestaciones graves de alexitimia.

En el cruce de Alexitimia y residencia (gráfica 16) similar a lo que sucedió con la escala de Hamilton se observó mayor puntaje en el grupo del D.F. pero repetimos la muestra en su mayoría pertenece a esta entidad.

En el cruce entre alexitimia y ocupación (gráfica 17) observamos puntajes elevados de alexitimia moderada en empleados, desempleados y hogar de niveles similares pero manifestaciones graves de ella sólo en subempleados, hogar y otros.

En el cruce de alexitimia y escolaridad, por último (gráfica 18), en el grupo de primaria fue donde observamos más altos índices de alexitimia moderada, pero el grupo de analfabetismo es el que mostró niveles elevados de alexitimia grave.

16. DISCUSIÓN.

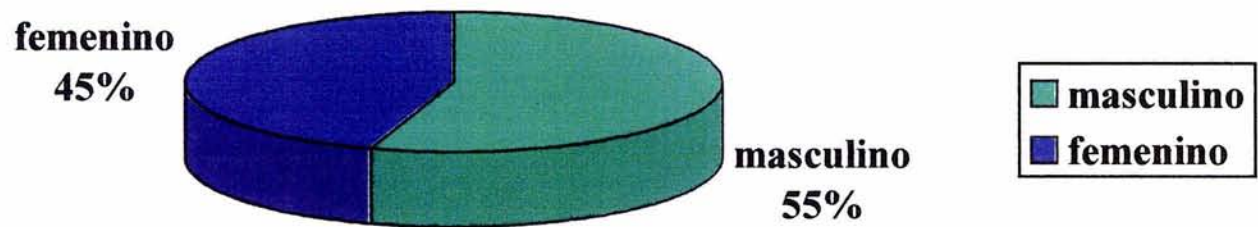
Los pacientes encuestados e incluidos en el protocolo de estudio son representativos de la población que acude a recibir atención al Hospital sede (Dr. Manuel Gea Gonzalez), en su mayoría habitantes de el Distrito Federal y Edo. de México (86.6%), edad por arriba de 50 años promedio (50.6 años), y escolaridad baja entre analfabetismo y primaria (56.6%); entre otras, estas características nos parecen relevantes ya que dificultan proporcionalmente la comprensión de una escala como la de Alexitimia y provocar sesgo.

De cualquier manera, la muestra es correlativa con la literatura al momento de correlacionar alexitimia con un trastorno psicósomático (hipertensión), todos los pacientes incluidos tienen este último padecimiento y los puntajes de alexitimia son elevados, encontrando el grueso de la muestra en la percentila de 51 a 75 puntos con un porcentaje de 66%, mientras que entre los puntajes de depresión de la escala de Hamilton y los de Alexitimia mediante un estudio de Pearson nos muestra una correlación muy baja (0.2796), fenómeno que nos lleva a pensar que nuestras variables se comportan, al menos en nuestra muestra, como factores independientes y nuestra hipótesis es rechazada como producto de este protocolo de investigación.

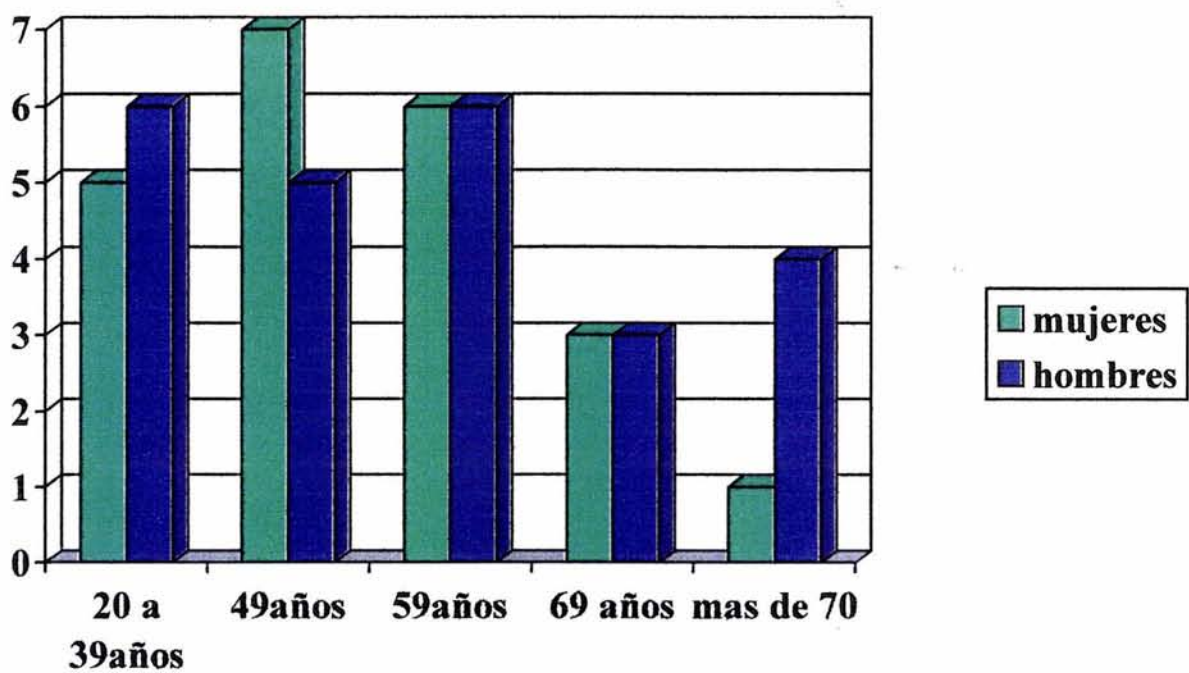
17. CONCLUSIÓN.

El ser humano es una unidad biopsicosocial, se ve influido por aspectos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar lugar a un equilibrio que permita la funcionalidad del mismo. Teniendo siempre en cuenta el universal mecanismo multifactorial de las enfermedades mentales pero con la “sana” intención de la investigación de valorar el “peso” que cada probable factor tuviera en su génesis o mantenimiento; nos dedicamos a estudiar la relación entre la alexitimia con la depresión en pacientes psicosomáticos representados por un padecimiento como la hipertensión arterial esencial, tal como lo marca la literatura, corroboramos en nuestra muestra la correlación entre el primero y el tercero; pero entre alexitimia y depresión en este tipo de pacientes sólo observamos una tendencia a comportarse como factores independientes; no obstante, recordemos que en investigación, “tan importante es la exclusión como la inclusión”, sobre todo si continúa “nutriendo” la necesidad de ser perseverante indagando científicamente sobre los fenómenos, factores y variables que rodean esta dificultad del ser humano de comunicarse o expresarse con lenguaje verbal y le condicionan “hablar con el cuerpo”.

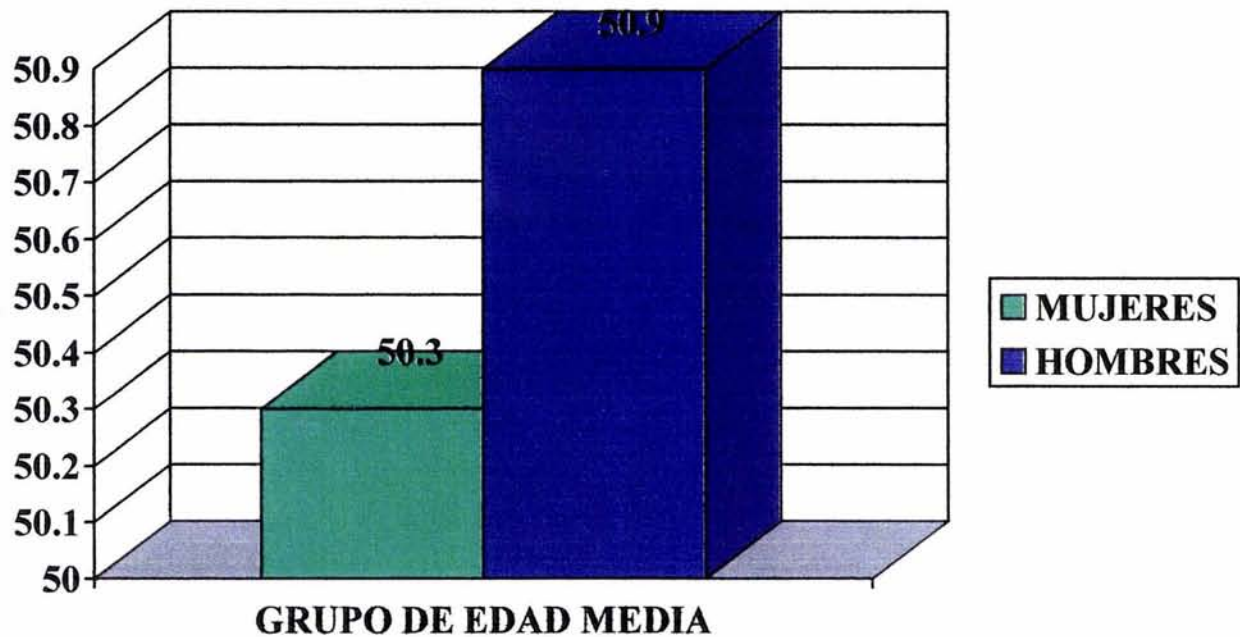
GRAFICOS Y TABLAS



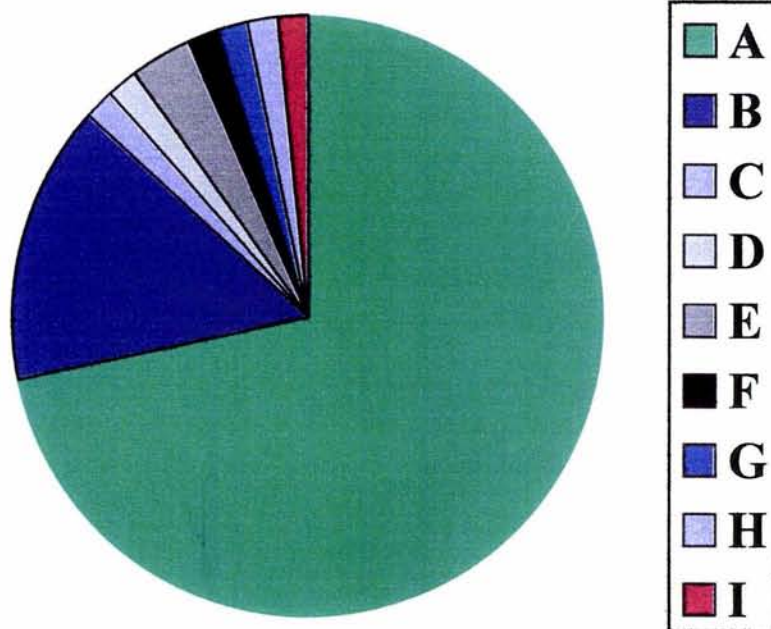
GRAFICA 1. *DISTRIBUCIÓN POR SEXO*



GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.

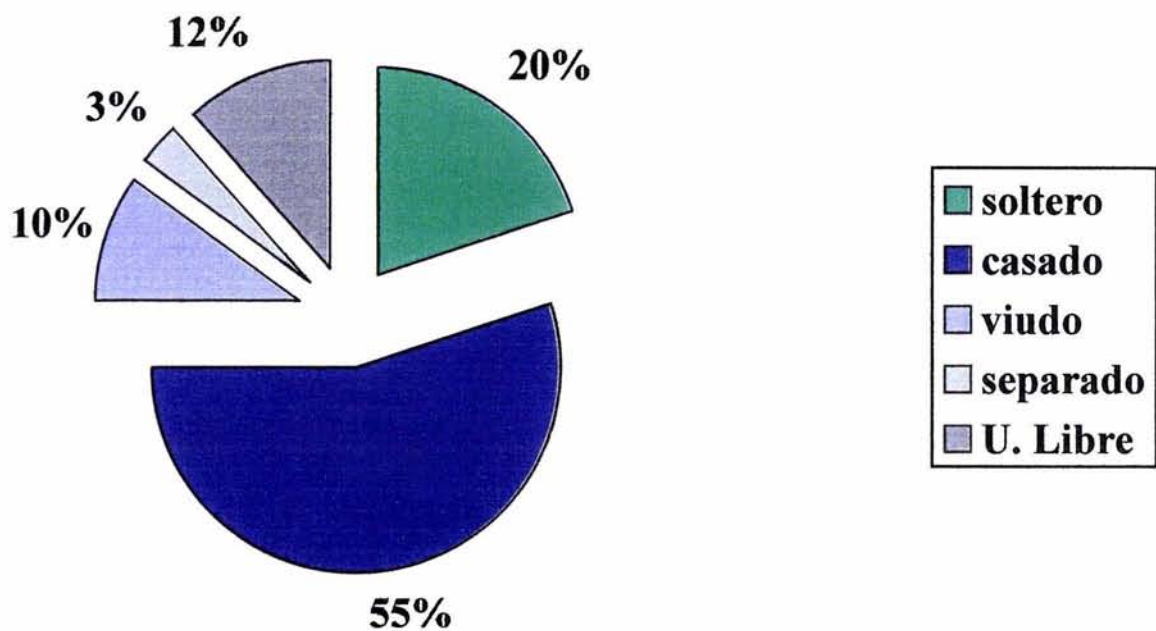


GRAFICA 3. EDAD PROMEDIO

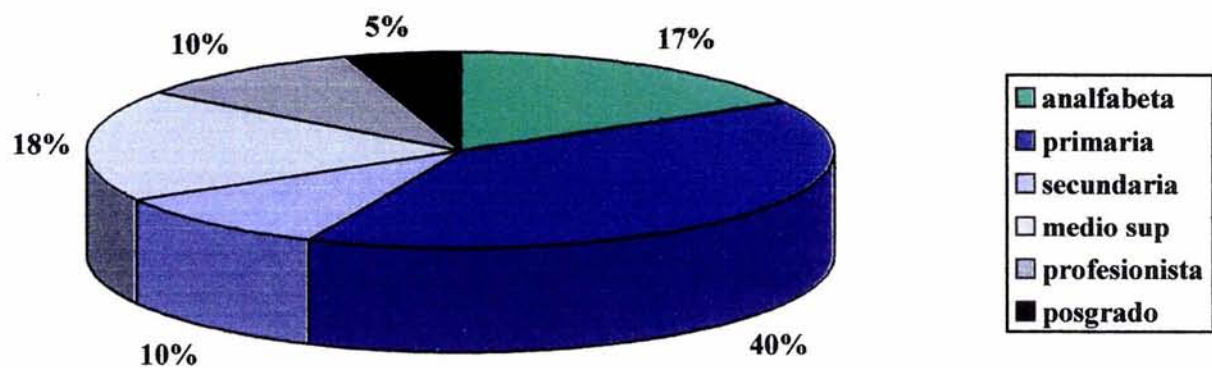


- A. México D.F 43
- B. Edo. México 9
- C. Morelos 1
- D. Jalisco 1
- E. Edo. Puebla 2
- F. Michoacán 1
- G. Oaxaca 1
- H. Tlaxcala 1
- I. Querétaro 1

GRAFICA 4. DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA.

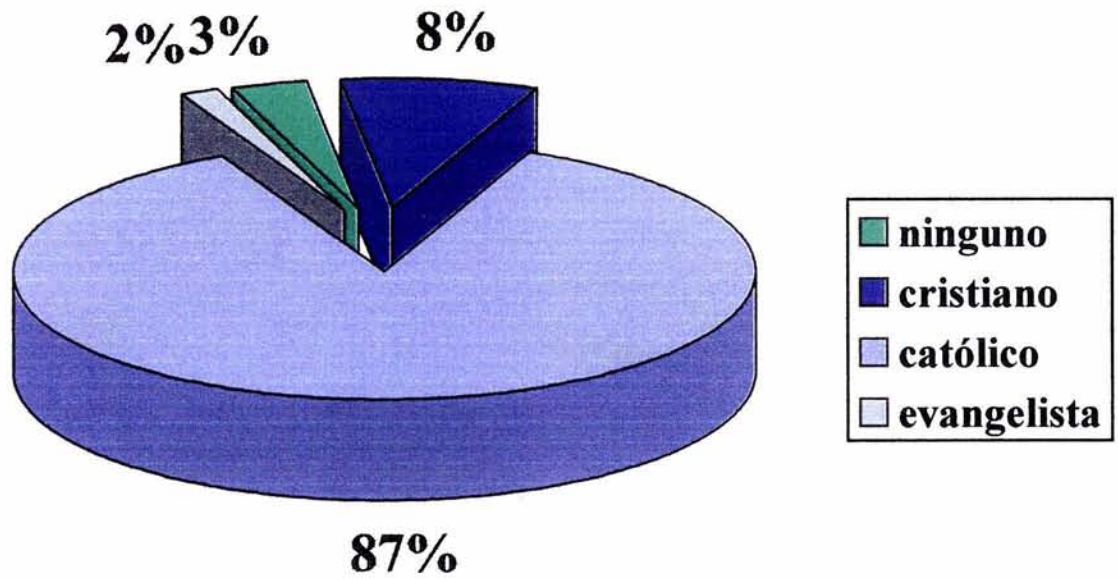


GRAFICA 5. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL.

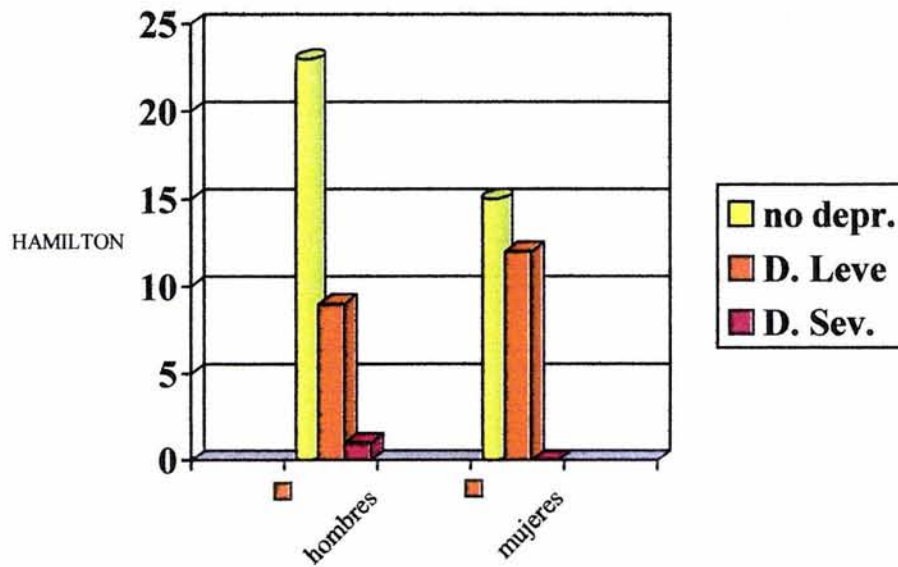


GRAFICA 6. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD.

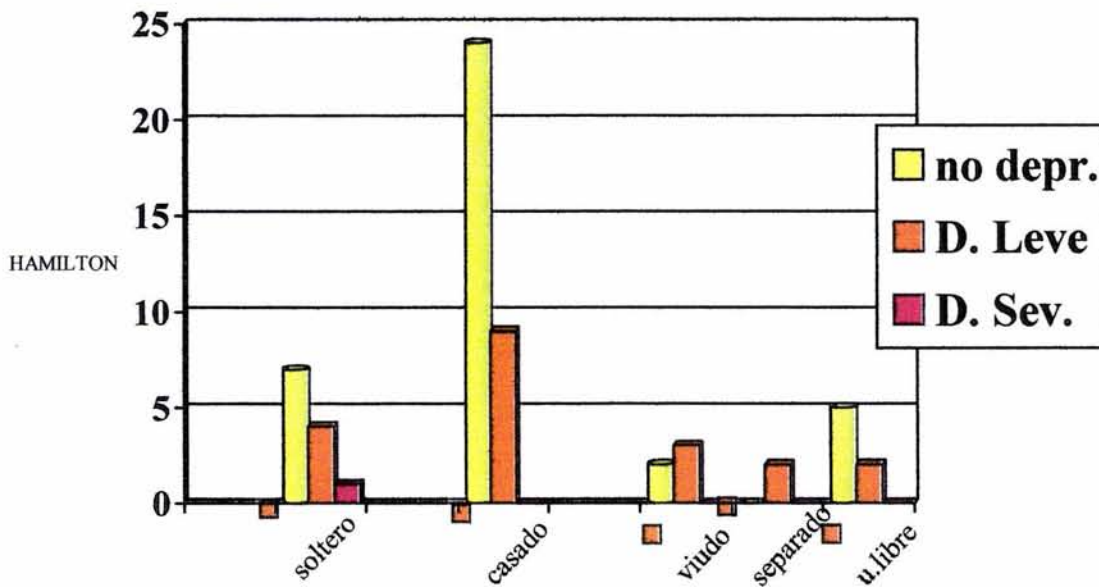
Religion



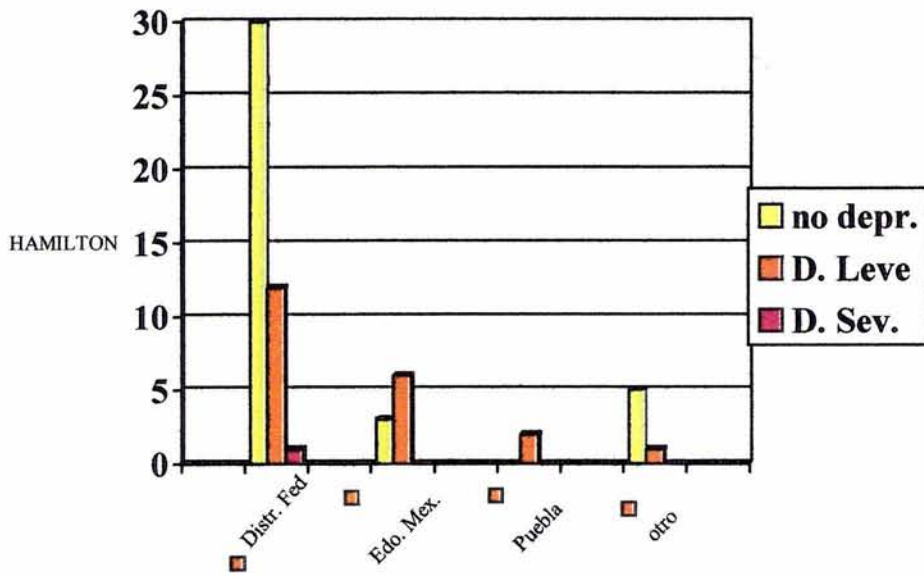
GRAFICA 7. DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN.



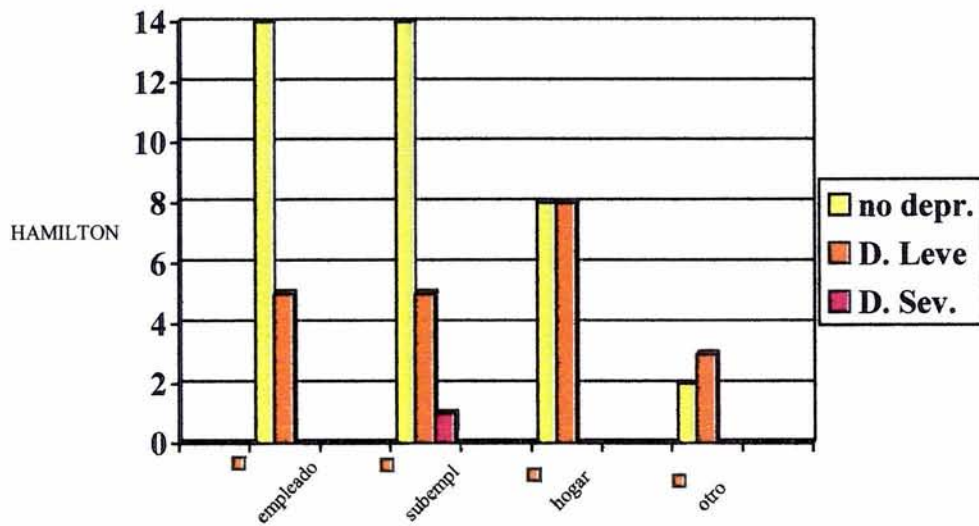
GRAFICA 8. GRAFICA DE CRUCE ENTRE HAMILTON Y SEXO.



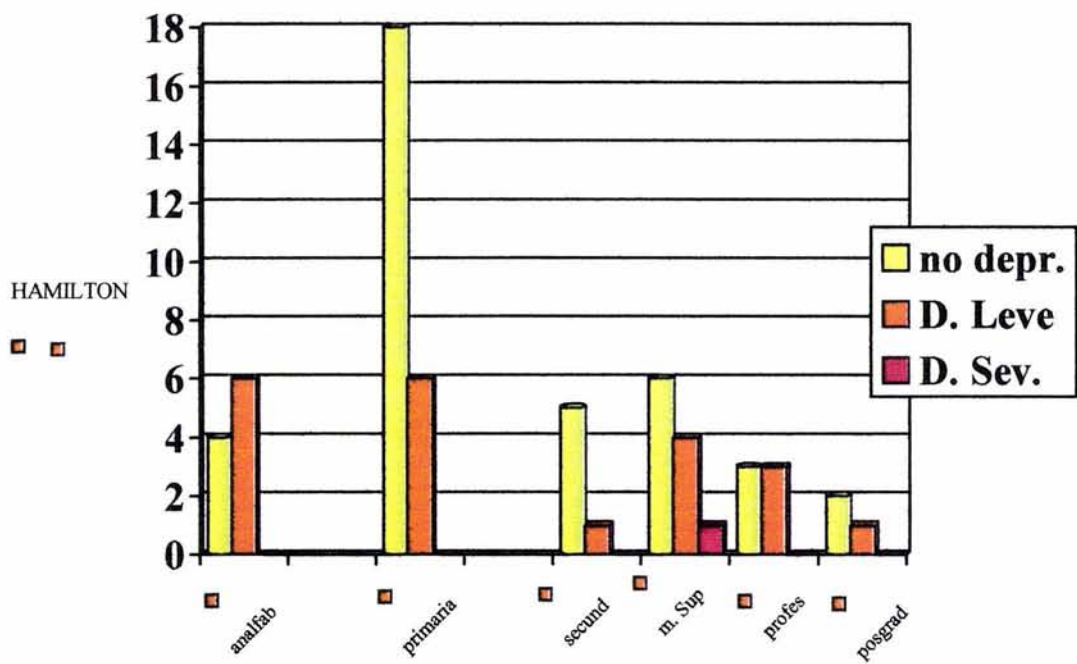
GRAFICA 9. GRAFICA DE CRUCE ENTRE HAMILTON Y EDO. CIVIL.



GRAFICA 10 . GRAFICA DE CRUCE ENTRE HAMILTON Y RESIDENCIA.



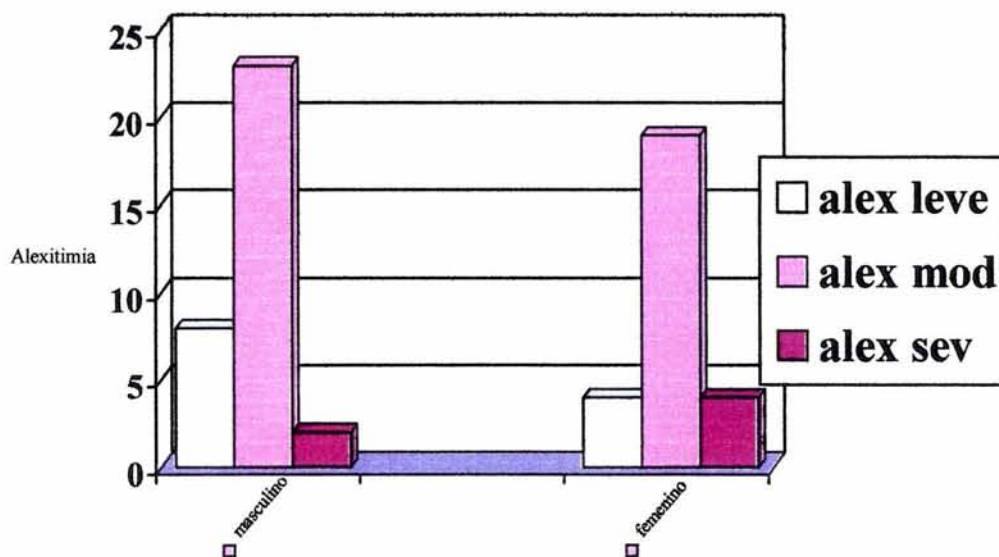
GRAFICA 11 . GRAFICA DE CRUCE ENTRE HAMILTON Y OCUPACIÓN.



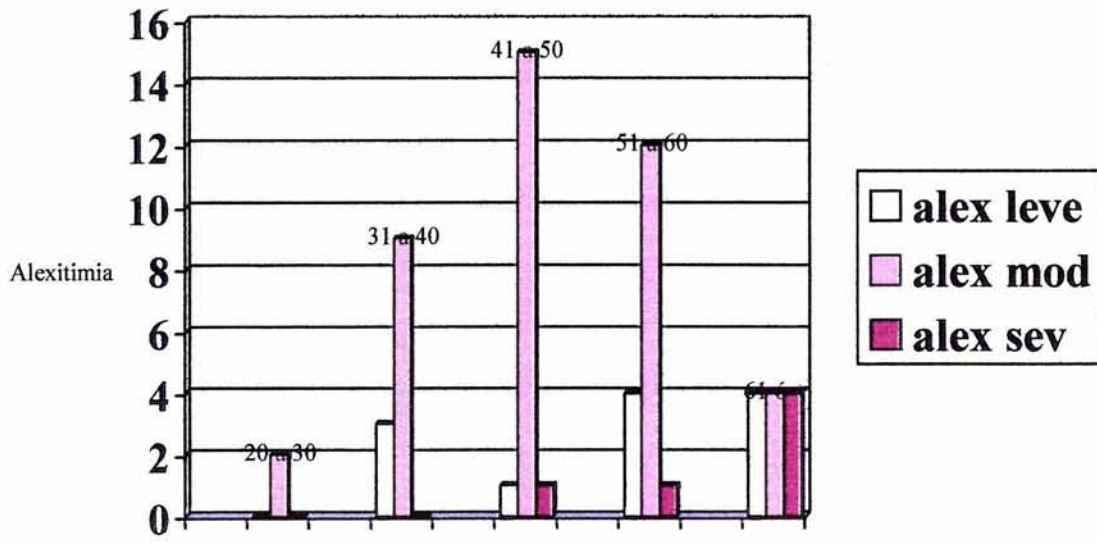
GRAFICA 12. GRAFICA DE CRUCE ENTRE HAMILTON Y ESCOLARIDAD.

		H A M I L T O N		
		SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE A MODERADA	DEPRESIÓN GRAVE
A L E X I T I M I A	SINT. LEVES	10	2	0
	SINT. MOD.	26	15	1
	SINT. GRAVES	2	4	0

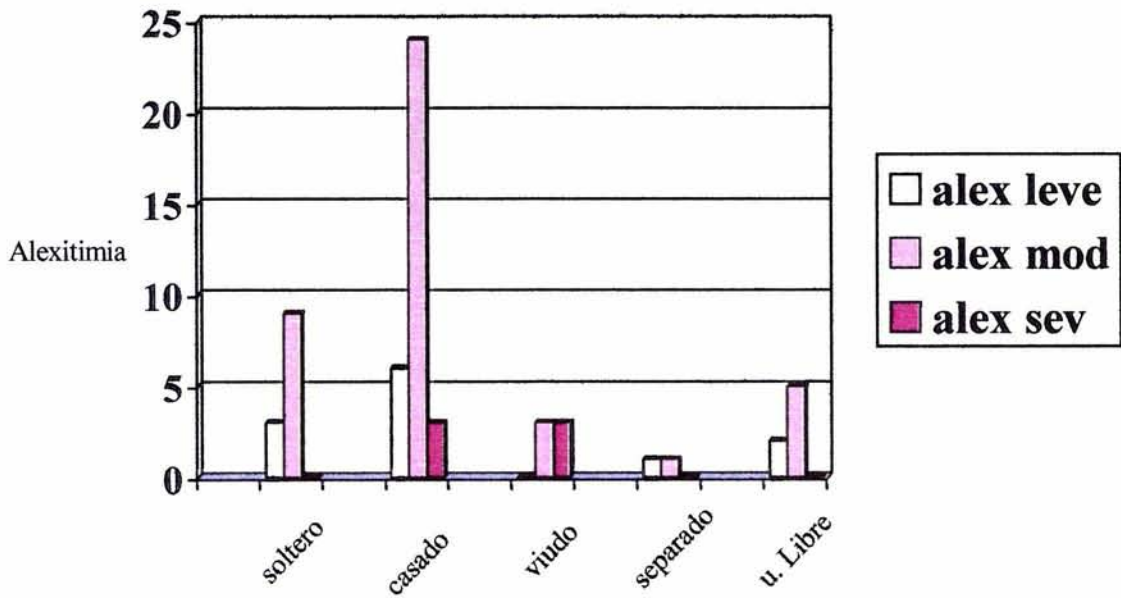
TABLA No. 1. CRUCE DE HAMILTON Y ALEXITIMIA.



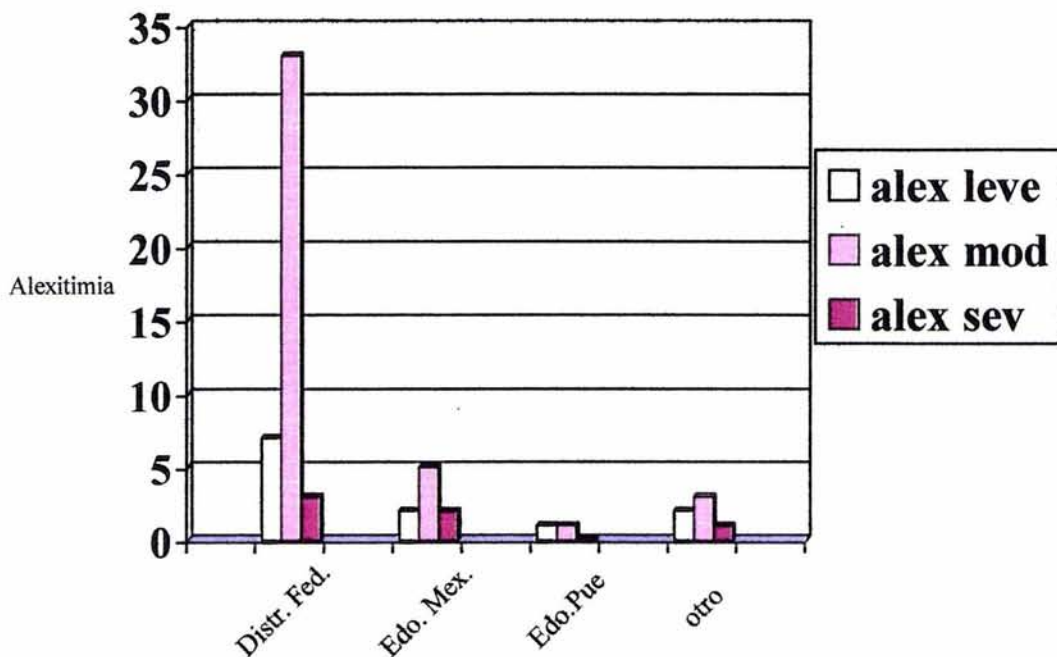
GRAFICA 13. GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y SEXO.



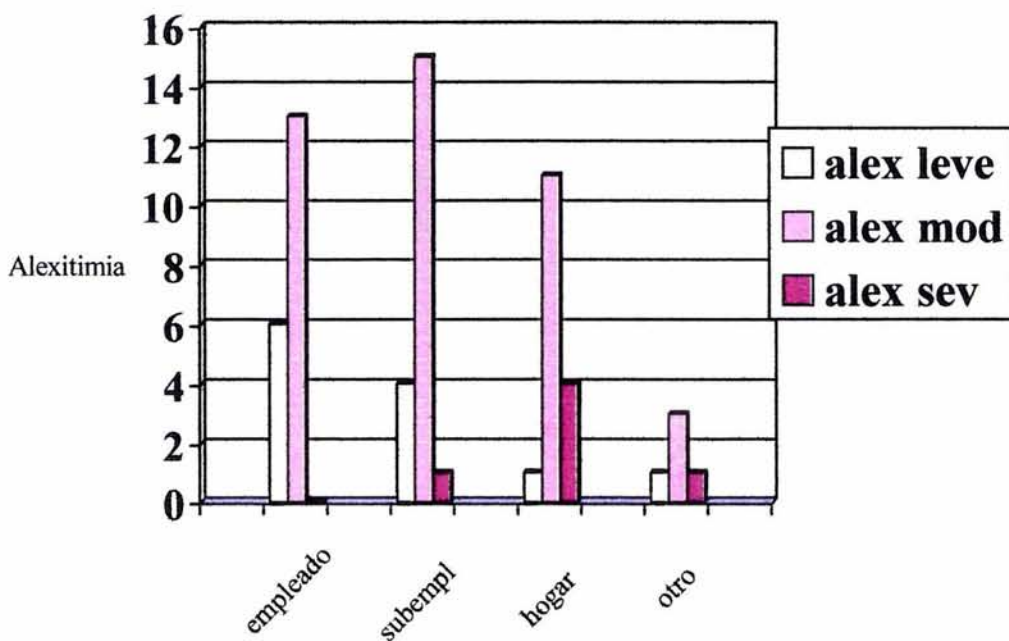
GRAFICA 14. GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y EDAD.



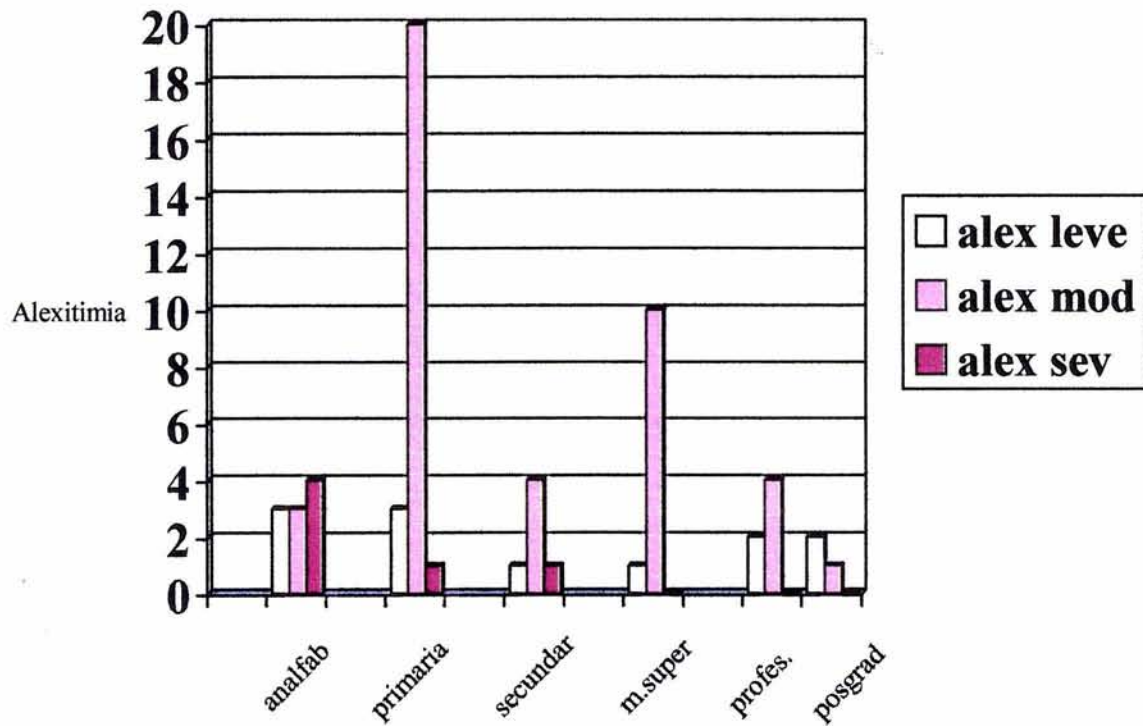
GRAFICA 15. GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y EDO CIVIL.



GRAFICA 16. GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y RESIDENCIA



GRAFICA 17. GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y OCUPACIÓN.



GRAFICA 18 . GRAFICA DE CRUCE ENTRE ALEXITIMIA Y ESCOLARIDAD .

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

18 . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS.

1. Sifneos PE: Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 1998, no. 11:287-292.
2. Velasco GC, Páez RD: Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología (España)*, 1996 (en prensa).
3. Pérez Rincón H.: Los avatares de la palabra y el cuerpo. Alexitimia, simbolexia, alexisomia, somatotimia. Universidad de México, 1996, 548:50-53.
4. Taylor Gj: The Alexithymia construct: Conceptualization, validation and relationship with basic dimensions of personality. *News trends in experimental and clinical psychiatric*, 1994, vol. X No.2:61-64.
5. Parker JDA, Bagby RM, Taylor Gj: Endler NS, Schmitz P: factorial validity of the 20 items Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 1993, Vol. 7:221-232.
6. Bagby RM, Parker JDA, Taylor Gj: The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I selection and Cross-validation of the Factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994, Vol.38, No. 1:23-32.
7. Pandey R, Mandal MK, Taylor Gj, Parker JDA: Cross-cultural Alexithymia: development and validation of a hindi traslation of the 20 items Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1996, vol.52.No. 2: 173-176.
8. Pérez Ricón H, Cortés SJ, Peña OJ, Ortiz LS, Ornelas y Díaz Ma: Validación y estandarización de la versión española de la escala modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*. 1997. Vol.20, No. 3:30-39.

- 9.Hoppe KD: Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3): 303-315, 1998.
- 10.Perez Rincon H. The avatars between words and body. Alexithymia, symbolexia, alexysomia, somatotymia. *Newsletter of Psychopatology of Expression. World Psychiatric Association*, (6):5-9, 1996.
- 11.Pérez Rincón H: Alexithymia considerer as survival of an archaic structure of language. Importance of Bruno Snell's theories. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. XIII (1), 1997.
- 12.Taylor Gj: La pensèe opèratoire et le concept d' alexithymie. *Rev Franc Psychanal*, 54 679-784, 1990.
- 13.Velasco C, Páez D: Alexitimia, Comunicación emocional y problemas psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, (52): 25-46, 1996.
- 14.Brodsky CM (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization disorder. *Psychosomatics* 24: 673-680.
- 15.Battaglia M, Bernardechi L, Politi E, et al (1995). Comorbidity of pain and somatization disorder. A genetic epidemiological approach. *Compr. Psychiatry* 36:411-420.
- 16.Barsky AJ, Wyshak G. & Klerman, et al. (1990). The prevalence of Hypochondriasis in medical outpatients. *Soc. Psychiatry Epidemiol* 25:89-94.
- 17.Benjamis S (1989). Psychological treatment of chronic pain: a selective review. *J Psychosom Res* 33: 121-131.
- 18.Bach M&Bach D (1995). Predictive value of Alexithymia. A prospective study in somatizing patients. *Psychother Psychosom* 64(1): 43-48.
- 19.Eisendrath SJ, Way LW, Ostroff JW, et al, (1986). Identification of Psychogenic pain. *Psychosomatics* 27:705-711.
- 20.Thompson , Oscar C, Chagoyan. Diseños de Investigación en ciencias de la salud. *Rev. Hosp. Gral Dr. Manuel Gea Gonzalez* Vo3(4) oct-dic 2000: 182-186.

21. Jula A. Salminen JK. Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. Research and development Center of the Social Insurance Institution. Hypertension. 33(4):1057-61, 1999 apr.
22. Marchesi C. Brusamonti E. Maggini C. Are Alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. Instituto di clinica psichiatrica, Universita di Parma, Italy. J Psychosom Res 2000 jul; 49(1):51-4.
23. Berkow, Robert., et al. El Manual Merck., 9ª. Ed. Edit. Océano. pP.1917-19.
24. Helmut Remschmidt., Psiquiatría II, 8ª. Edit. "cortesía de Pfizer" pP33, 54.