



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MENCION: PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA**

**NIVELES DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS
GASTROINTESTINALES**

**TUTOR:
PABLO CANELONES**

**AUTORA:
DIANA GUZMAN**

ENERO DE 2012



Universidad Central De Venezuela
Facultad De Humanidades Y Educación
Escuela De Psicología
Mención: Psicología Clínica Dinámica

Niveles de Alexitimia en Pacientes con Trastornos Gastrointestinales
(Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciada en Psicología)

Tutor:
Pablo Canelones

Autora:
Diana Guzmán

Enero de 2012

Dedicatoria

A la vida por todas las experiencias
que me sirven para crecer.
A quienes han pasado, a los que vendrán,
y en especial a los que permanecen.

.

Agradecimientos

A mi tutor Pablo Canelones por su gran apoyo, su confianza y su admirable empatía, un ejemplo a seguir.

A Dimas Sulbarán, por su apoyo, su paciencia y su gran ayuda en la metodología de esta investigación.

Al Dr. Fernández y al equipo médico del Servicio de Gastroenterología del Instituto de Oncología Dr. Luis Razzetti y Al Dr. Folkmana del Servicio de Gastroenterología del Hospital José Gregorio Hernández, por la oportunidad para desarrollar esta investigación.

A los participantes de esta investigación, por su valiosa colaboración.

A los profesores y compañeros que colaboraron en mi formación académica.

A María Luisa, Desiree y Vladimir por su amistad, por estar en lo bueno y en lo malo, por permanecer.

A Orlando Colina por su comprensión y su apoyo, de gran ayuda para realizar esta investigación.

A mi familia y en especial a mi madre por siempre confiar en mí y motivarme en los momentos difíciles.

Resumen

El objetivo de la investigación fue, describir y comparar los niveles de alexitimia en personas con: gastritis crónica (GC), cáncer gastrointestinal (CG) y sin trastorno gastrointestinal (STG). Se seleccionó una muestra no probabilística, de 45 personas, 23(51%) hombres y 22(49%) mujeres, con edades entre 18 y 78 años, con un promedio de $(50 \pm 16,9)$, divididos en tres grupos diagnósticos de 15 personas (GC,CG,STG). Se administró la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). En el análisis estadístico, no se encontraron diferencias significativas en alexitimia global entre los tres grupos, pero si, en dimensiones como: dificultad para discriminación de señales emocionales entre (GC) y (STG). Se observaron diferencias entre hombres y mujeres en alexitimia global; y en tres dimensiones, que variaron en función del sexo y el grado de instrucción.

Palabras Clave: Alexitimia, Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal, Sin Trastorno Gastrointestinal, Escala de Alexitimia de Toronto.

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Resumen.....	v
Índice de Contenido.....	vi
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Figuras.....	xiii
I. Marco Teórico.....	1
1.1 La Concepción Psicósomática	1
1.2 Trastornos Psicósomáticos.....	3
1.2.1 Definición de los trastornos psicósomáticos.....	3
1.2.2 Psicogénesis de los trastornos psicósomáticos.	4
1.2.3 Características psicológicas de pacientes con trastornos psicósomáticos. ...	10
1.2.4 Trastornos psicósomáticos específicos	12
1.2.5 Psicodinamia de los trastornos gastrointestinales.....	14
1.2.6 Clasificación de los trastornos psicósomáticos.....	15
1.3 Alexitimia	16
1.3.1 Definición de la alexitimia.....	16
1.3.2 Antecedentes históricos de la alexitimia.....	18
1.3.3 Características de la alexitimia.	18
1.3.4 Tipos de alexitimia.....	20
1.3.5 Hipótesis etiológicas de la alexitimia.	21
1.2.6 Instrumentos de medición de la alexitimia.	23
1.4 Trastornos Gastrointestinales.....	24

1.4.1	Gastritis crónica.....	24
1.4.2	Cáncer gastrointestinal.....	27
1.4	Alexitimia y Trastornos Gastrointestinales.....	30
II.	Planteamiento del Problema	36
III.	Objetivos.....	39
3.1	Objetivo General.....	39
3.2	Objetivos Específicos	39
IV.	Método.....	41
4.1	Análisis de Variables	41
4.1.1	Variable estudiada: alexitimia.	41
4.1.2	Variable seleccionada: trastorno gastrointestinal.	41
4.2.	Tipo de Investigación.....	42
4.3	Diseño de Investigación.....	43
4.4	Participantes.....	43
4.4.1.	Población.	43
4.4.2.	Muestra.	43
4.5	Instrumentos.....	46
4.5.1	Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).....	46
4.6	Materiales.....	47
4.7	Procedimiento	48
V.	Resultados.....	50
5.1	Niveles de Alexitimia en el Grupo de Gastritis Crónica	50
5.2	Niveles de Alexitimia en el Grupo de Cáncer Gastrointestinal	50
5.3	Niveles de Alexitimia en el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal	51

5.4	Comparación de Niveles de Alexitimia entre los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal.....	51
5.5	Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo de Gastritis Crónica y el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal	52
5.6	Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo con Cáncer Gastrointestinal y el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal	54
5.7	Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo de Gastritis Crónica y el Grupo de Cáncer Gastrointestinal.....	55
5.8	Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones en los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal.....	56
5.9	Comparación del Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones entre los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal	59
5.10	Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Sexo	62
5.10	Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Grado de Instrucción.....	67
5.11	Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Estado Civil	75
5.12	Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados a la Edad	80
VI.	Discusión de los Resultados	85
VII.	Conclusiones.....	89
VIII.	Limitaciones y Recomendaciones	95
	Referencias.....	96

Indice de Tablas

Tabla 1.	
<i>Dimensiones de la Escala de Alexitimia de Toronto.</i>	47
Tabla 2.	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de gastritis crónica.....</i>	50
Tabla 3.	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de cáncer gastrointestinal.</i>	51
Tabla 4.	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo sin trastorno gastrointestinal.</i>	51
Tabla 5.	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para comparación de niveles de alexitimia entre los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.....</i>	52
Tabla 6.	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el Grupo de gastritis crónica y el grupo sin trastorno gastrointestinal.</i>	53
Tabla 7.	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el grupo de cáncer gastrointestinal y el grupo sin trastorno gastrointestinal.....</i>	54
Tabla 8.	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal.</i>	56
Tabla 9.	

<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia en los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.</i>	57
Tabla 10	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje de dificultad para discriminación de señales emocionales en los grupos de grupos de trabajo.</i>	57
Tabla 11	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje de dificultad en la expresión verbal de las emociones en los tres grupos de trabajo.</i>	58
Tabla 12	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje de pensamiento orientado hacia detalles externos en los tres grupos de trabajo.</i>	59
Tabla 13	
<i>Prueba de ANOVA para el contraste de medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones entre los tres grupos de trabajo.</i>	60
Tabla 14	
<i>Prueba de subconjuntos homogéneos de Tukey para el contraste de las diferencias entre las medias para la Dificultad en la discriminación de señales emocionales.</i>	62
Tabla 15	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el sexo.</i>	63
Tabla 16	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia según el sexo.</i>	63
Tabla 17	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.</i>	65
Tabla 18	
<i>Prueba t de Student para el contraste de las medias del puntaje de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.</i>	66

Tabla 19

Estadísticos de contingencia para las categorías de alexitimia según el grado de instrucción.67

Tabla 20

Prueba de Chi cuadrado para las categorías de alexitimia según el grado de instrucción.68

Tabla 21

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia según el grado de instrucción.....69

Tabla 22

Estadísticos descriptivos para dificultad para discriminación de señales emocionales según el grado de instrucción.69

Tabla 23

Estadísticos descriptivos para dificultad en la expresión verbal de las emociones según el grado de instrucción.70

Tabla 24

Estadísticos descriptivos para pensamiento orientado hacia detalles externos según el grado de instrucción.70

Tabla 25

Prueba de ANOVA para el contraste de medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el grado de instrucción.72

Tabla 26

Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para el puntaje total de alexitimia.73

Tabla 27

Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para la dificultad en la expresión verbal de las emociones.74

Tabla 28

<i>Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para el pensamiento orientado hacia detalles externos.</i>	75
Tabla 29	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el estado civil.</i>	76
Tabla 30	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia según el estado civil.....</i>	76
Tabla 31	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil.....</i>	78
Tabla 32	
<i>Prueba t de Student para el contraste de las medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil.....</i>	79
Tabla 33	
<i>Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según la edad.</i>	80
Tabla 34	
<i>Pruebas de Chi cuadrado para los niveles de alexitimia según la edad.</i>	81
Tabla 35	
<i>Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según la edad.</i>	82
Tabla 36	
<i>Prueba de correlaciones de Pearson para la relación entre los puntajes de alexitimia y la edad.....</i>	84

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Histograma para la distribución de la edad.....	44
<i>Figura 2.</i> Distribución de las frecuencias para el estado civil de los participantes.	45
<i>Figura 3.</i> Distribución de las frecuencias para la ocupación de los participantes.	45
<i>Figura 4.</i> Distribución de las frecuencias para el grado de instrucción de los participantes.....	46
<i>Figura 5.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.....	52
<i>Figura 6.</i> Distribución de Frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica y sin trastorno gastrointestinal.....	53
<i>Figura 7.</i> Distribución de Frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.....	55
<i>Figura 8.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica y cáncer gastrointestinal.	56
<i>Figura 9:</i> Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones en los tres grupos de trabajo.	59
<i>Figura 10.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el sexo.	64
<i>Figura 11.</i> Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.....	65
<i>Figura 12.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el grado de instrucción.....	68
<i>Figura 13.</i> Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el grado de instrucción.....	71
<i>Figura 14.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el estado civil.....	77

<i>Figura 15.</i> Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil.....	78
<i>Figura 16.</i> Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según la edad.....	81
<i>Figura 17.</i> Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según la edad.....	83

I. Marco Teórico

1.1 La Concepción Psicossomática

La concepción psicossomática constituye un enfoque integrador de la acción asistencial, en términos generales hace referencia al vínculo entre diversas enfermedades somáticas y la vida psíquica consciente o inconsciente del ser humano (Alexander, 1954), la medicina psicossomática como disciplina científica, orienta su acción a descubrir la naturaleza precisa de la relación entre emociones y función corporal (Ackerman, 1961), la investigación en esta área se apoya en la concurrencia de la investigación fisiológica de laboratorio y la experimentación con modelos animales, unido a los desarrollos teóricos del psicoanálisis (Arias, 1998), y desde el año 2001, pasó a ser una sub-especialización de la psiquiatría, a la luz de sus desarrollos teóricos, clínicos y experimentales (Gitlin, Levenson y Lyketsos, 2004).

El término psicossomático fue empleado por primera vez por el psiquiatra alemán Heinroth en 1818 al discutir las causas del insomnio (Sánchez, 2006). Posteriormente, Freud destacó la influencia de los factores psíquicos en la formación de síntomas somáticos, habló de la representación intrapsíquica de los estímulos somáticos y de la desviación de la excitación hacia lo somático cuando está ausente el procesamiento psíquico de la misma. Freud también diferenció entre las neurosis de angustia y la histeria, planteando un desplazamiento puramente somático en la primera y puramente psíquico en la segunda (Freud, 1893).

Una de las contribuciones más importantes de Freud a la medicina y a la psicología, fue la idea de que los acontecimientos de la vida cotidiana de cualquier persona se encuentran significativamente relacionados con el origen y dinámica de la enfermedad humana, e intentó demostrar la validez de su hipótesis, en diversos fenómenos normales y patológicos, tales como: los síntomas histéricos, los sueños, las parapraxias, etc. (Lima, 2009). Por esta razón, a pesar de que Freud no dedicó especial atención al estudio de lo psicossomático, se le considera como el inspirador principal de este ámbito investigativo.

En el siglo XX, el estudio de lo psicossomático toma auge como campo de interés para la medicina. El concepto de “medicina psicossomática” fue acuñado por el discípulo de Freud, Félix Deutsch en 1922 quien planteó sus hipótesis sobre la etiología y el tratamiento de estas enfermedades, en los artículos: “El campo de la psicoterapia en la medicina interna” y en 1928, “La posición del psicoanálisis en la clínica interna”. La medicina psicossomática se basa en el concepto de que las emociones y la personalidad pueden influir en las funciones corporales y contribuir en la etiología o patogénesis de ciertas enfermedades (Jódar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000; Sánchez, 2006).

El concepto psicossomático inicial en medicina fue producto de la convergencia de diversas corrientes, entre las cuales se cuentan la neurobiología, morfología clínica, fisiología, entre otras. Se pueden distinguir tres escuelas fundamentales en las investigaciones psicossomáticas modernas: la escuela americana cuyos principales representantes son: Alexander, Dunbar, Weiss y English, de inspiración psicoanalítica; la escuela rusa representada principalmente por Bykov, de inspiración reflexológica; y la escuela alemana por: von Weizsacker, von Krehl y von Bergman, de inspiración biológica, antropológica y filosófica (Alexander, 1954).

Dentro de la amplitud de la concepción psicossomática se pueden distinguir tres connotaciones fundamentales: a) actitud psicossomática: visión de unidad del organismo, donde lo psicológico y lo somático son dos aspectos del mismo proceso y a partir de lo cual se considera que todas las enfermedades son psicossomáticas; b) síntomas psicossomáticos: síntoma o síndrome funcional donde se encuentran simultáneamente la expresión fisiológica y la expresión psicológica, es decir, síntomas fisiológicos directamente expresivos de emociones, tales como: espasmo, vértigo, algia, náusea, etc; c) afecciones psicossomáticas o neurosis de órgano: verdaderas enfermedades que expresan hábitos patológicos de larga duración o cíclicos conformándose en un estilo de personalidad, tales como: asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerosa, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea y tirotoxicosis. (Alexander, 1954).

1.2 Trastornos Psicossomáticos

1.2.1 Definición de los trastornos psicossomáticos

Los trastornos psicossomáticos constituyen un modelo integral de trastorno, en que lo físico interactúa con lo psíquico, dificultando su comprensión (Cornellá, 2008), para Otto Lima Gómez, los fenómenos somáticos y psicológicos son aspectos de una misma realidad y no necesariamente hay una relación causal entre ellas, la percepción, el procesamiento de la información es muy complejo y solamente lo conocemos parcialmente. La percepción y conductas subsiguientes están vinculadas a la experiencia anterior y a los procesos de memoria de cada individuo, a sus aprendizajes y condicionamientos. Por ello las respuestas pueden variar de una persona a otra y en un mismo individuo, dependiendo de muy diversas circunstancias. Mientras se sucede un fenómeno fisiológico puede estar acompañado o no de una actividad psicológica normal o patológica. Por ello estamos muy lejos de que se relacione determinada patología con un conflicto intrapsíquico específico (Lima, 2009).

Alexander (1954) afirma que los trastornos funcionales corresponden a respuestas elaboradas del organismo ante una situación de represión emocional que encuentra expresión en el ámbito somático, a estas afecciones también se le llaman distonías vegetativas o trastornos vagosimpáticos, que pueden evolucionar hacia trastornos psicossomáticos por exceso o por carencia de determinadas respuestas fisiológicas, que se producen siempre en el mismo sentido cuando la represión emocional prosigue y se instaura como rasgo de carácter.

Barcia (1998) plantea que la patología psicossomática se diferencia de la sintomatología conversiva porque esta última tiene detrás una base simbólica, representando una forma de expresión de un conflicto psíquico más evolucionada, mientras que en la patología psicossomática el contenido simbólico está ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibinizada.

La complejidad etiológica de las enfermedades psicósomáticas explica la dificultad para establecer un cuerpo teórico sólido donde se integren los distintos trastornos y que goce del suficiente acuerdo por parte de los investigadores, aunque susceptible de modificaciones, que sirva de referencia inicial en los múltiples y complejos estudios que se realizan en esta área (Cardenal, 2001). Sin embargo, se toman en consideración especialmente las hipótesis etiológicas psicoanalíticas.

1.2.2 Psicogénesis de los trastornos psicósomáticos.

Déficit en la relación madre-bebé. Dificultad en la integración psique-soma.

Uno de los aportes más interesantes para el desarrollo de la teoría psicoanalítica, posteriores a Freud, es el estudio de las relaciones de objeto tempranas. Para que la psique pueda “habitar” en el cuerpo, es indispensable el rol del objeto como mediador y permitir que las sensaciones corporales del bebé puedan integrarse en el yo (Uribe, 2006). El objeto en estas interacciones ha sido descrito, entre otros en los términos de contención, por Winnicott y función alpha y reverie, por Bion, con sus planteamientos explicativos sobre la génesis de la enfermedad psicósomática (Bion, 1967; Winnicott, 1949).

Winnicott (1949) explica que en etapas tempranas del desarrollo, hay un estado de no integración entre cuerpo y psique, en esta etapa resulta necesaria una dependencia absoluta con la madre, que implica el cumplimiento total de las necesidades del bebé para lograr trascender dicha etapa. Sin embargo, cuando esto no ocurre, este estado de no integración entre psique-soma persiste y se fortalece por el descubrimiento precoz de la realidad producto de la situación de privación que el bebé ha experimentado (fallas en el inicio de la experiencia de “realidad”), esto genera un predominio del hacer sobre el ser en el individuo, quien va desarrollando una gran habilidad para adaptarse a una realidad desvitalizada a la vez que una gran dificultad para relacionarse con sus propios afectos.

Esta falta de integración psique-soma conlleva a experiencias de despersonalización, ante lo cual se activa el síntoma físico como medida del paciente para reclamar la atención

que necesita, inconscientemente busca un estado de dependencia absoluta, los cuidados que no tuvo en etapas tempranas, como intento de integración psique-soma y cuando se logran estos cuidados se produce una forma de curación de la enfermedad (García, 2000; Winnicott, 1949).

Bion (1967) después de realizar estudios con pacientes psicóticos y no psicóticos, planteó su teoría sobre el origen del pensamiento, concepto que forma parte del modelo psicósomático primitivo y hace referencia a la relación madre bebé, en la que se funden las necesidades primordiales orgánicas con las afectivas. Si el impulso, como por ejemplo el hambre, se descarga mediante el comer, la energía es gratificada y seguida por un estado de reposo, pero si la necesidad no es satisfecha, el bebé tolera la frustración o no la tolera. El bebé es capaz de tolerar la frustración si tiene antecedentes de buenas experiencias alimenticias-amorosas, que hayan favorecido el inicio del proceso de simbolización (creación de imágenes sensoriales), que a su vez, le permitan al bebé generar fantasías primitivas mientras dura la tensión producida por el hambre; si se extiende el período de insatisfacción, la tensión se incrementa hasta un punto que el bebé no puede tolerarla, ante lo cual busca una descarga de dicha tensión por vía motora, por ejemplo: el llanto, el pateo, etc. Si estas experiencias predominan se incrementa la intolerancia a la frustración y con ello la imposibilidad de producir pensamientos, desencadenándose diversas manifestaciones sintomáticas en el área psíquica u orgánica.

Bion (1967) afirma que adicionalmente, cuando la madre no es capaz de tolerar las angustias del bebé y responde con intolerancia, rabia o desinterés, el bebé no logra superar la angustia y continúa descargándola a través del soma. Pero si la madre responde con comprensión y tolerancia, con actitudes y palabras (símbolos preverbales y verbales) amorosas, lo que Bion llamó “función alpha”, contribuyen a que el bebé comprenda sus temores, por lo cual el proceso de simbolización se incrementa y así la capacidad del bebé para generar pensamientos y para tolerar futuras frustraciones, manejándolas mediante el pensamiento.

Sobreadaptación a la realidad.

Liberman, Gassano de Piccolo, Neborak de Dimant, Pistiner de Cortiñas, Roitman de Woscoboinik (1982), sostienen que existen dos puntos de fijación: el primero, en el que se altera la simbiosis normal con la madre (falta de empatía con la madre), provocando una aparición temprana de ansiedades melancólicas producto de la inadaptación materna, lo cual conlleva para el niño severas dificultades en los procesos de introyección y proyección; y el segundo, en el que se manifiestan conductas sobre-adaptadas y un precoz manejo de la musculatura estriada, debido a una ideología competitiva de logros, propulsada por los padres.

Liberman y cols. (1982) plantean que la adaptación pasiva y acrítica a la realidad por parte del sujeto, trae como consecuencia la postergación del self corporal y emocional, generando un aparato simbólico deficitario, por lo cual las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo son ignoradas. El síntoma es como una señal de alarma del cuerpo ante un estilo de vida que desoye sus reclamos y también como un intento del cuerpo de restablecer la unidad mente-cuerpo.

Aparato simbólico deficitario.

Mc Dougall (1989) propone que la enfermedad psicósomática comprende una histeria arcaica en la cual el temor está ligado no a la castración sino un temor existencial, el fracaso de las defensas habituales frente a este desamparo psíquico hace que las personas somaticen el dolor mental. La psique busca a través de medios primitivos y preverbales prevenirse contra angustias que podrían ser psicóticas, como afirma Mc Dougall (1989) “esta capacidad de eyectar fuera de la psique percepciones, pensamientos, fantasías y otros acontecimientos de carácter psicológico, puede producir en el adulto, una regresión hacia respuestas somáticas en lugar de una respuesta psicótica” (p. 120). La disfunción psicósomática aparece como respuesta ante la señal de una psique que no posee palabras para delimitar y contener fantasías aterradoras. Las palabras comprenden la herramienta

más eficaz para contener la energía pulsional y las fantasías que estas crean hacia los objetos de la primera infancia (Mc Dougall, 1989).

Represión emocional.

Alexander (1954), fundador de la Escuela de Chicago, planteó que el sistema nervioso autónomo controla las funciones internas del organismo, las funciones vegetativas. Específicamente, la sección parasimpática está íntimamente relacionada a la conservación (Ej: contracción de la pupila y espasmo de los bronquios) y el desarrollo (Ej: estimulación de la actividad digestiva gastrointestinal y almacenamiento de azúcar en el hígado). La sección simpática se encuentra relacionada a actividades externas, especialmente en situaciones de emergencia, preparando al organismo para la lucha y la huida al estimular la acción del corazón y los pulmones, y cambia la distribución de la sangre hacia los músculos, los pulmones y el cerebro donde se requiere mayor energía, la presión arterial aumenta, los carbohidratos se movilizan de sus depósitos y se estimula la médula suprarrenal.

Así, las funciones del sistema nervioso autónomo pueden dividirse en: preparación para pelear o huir de una situación de emergencia y retirada de la actividad dirigida al exterior. En el primer grupo, correspondiente al sistema nervioso simpático, las alteraciones emocionales implican la inhibición o represión de marcados impulsos hostiles, la conducta de lucha o huida no llega a consumarse y el organismo está en constante estado de preparación, respuesta que al cronificarse puede generar: hipertensión arterial, diabetes millitus, artritis reumatoidea, jaqueca, etc. En el segundo grupo, correspondiente al sistema nervioso parasimpático, las alteraciones emocionales implican la inhibición o represión de un estado de dependencia, en lugar de confrontar una situación de emergencia surge el impulso de buscar apoyo, de ser cuidado, alimentado, conducido, alentado o ayudado por otros, respuesta que al cronificarse puede generar: ulcera péptica, colitis ulcerativa, asma bronquial, etc. Sin embargo, aunque las funciones de cada sección son antagónicas ambas colaboran en cada proceso vegetativo, y cuando se origina una alteración en una de ellas se

producen reacciones compensatorias en la otra, que intentan reanudar el equilibrio homeostático (Alexander, 1954).

Este autor afirmó que todas las funciones humanas son psicosomáticas, las emociones se asocian al sistema nervioso autónomo y emociones específicas siguen pautas vegetativas específicas. La activación de estados fisiológicos en forma prolongada, debido a necesidades reprimidas del inconsciente, generan tensión crónica que intensifica la inervación vegetativa, lo que a su vez prolonga aún más el estado de tensión del individuo. Esta inervación excesiva del órgano genera trastorno en su función y eventualmente cambios morfológicos en el mismo. Para Alexander, la enfermedad psicosomática aparece en la conjunción de vulnerabilidad constitucional del órgano, constelación psicodinámica específica y situación ambiental desencadenante (1968 cp. Cortés, 2006). Liberman y cols. (1982) también afirmaron que cuando los estímulos parten del cuerpo y no se integran al procesamiento psíquico el cuerpo tiene como única vía de expresión la fisiología o sistema neurovegetativo.

En este aspecto, Vethencourt (1977) plantea que con la dificultad cultural para expresar las emociones en forma directa, la riqueza de matices emocionales exaltados constantemente por la vida social, el enmascaramiento de las emociones primarias, la aparición de emociones relacionadas al yo y lo genérico de las reacciones emocionales ante múltiples situaciones existenciales, el ser humano es capaz de mantener sus emociones al margen de la conducta explícita. Existen dos grados de emociones: las contenidas pero conscientes (se sienten pero se frena su expresión activa) y las reprimidas e inconscientes (se desconocen estos estados internos), las primeras ocurren a menudo y pueden tener una pronta repercusión somática, pero son las segundas las que resultan realmente patógenas. Las emociones pueden tornarse inconscientes cuando acompañan como preconducta a deseos o aversiones no tolerables por la conciencia.

Estrés.

El concepto de estrés fue introducido por W. Cannon, con un modelo proveniente de la física. Por su parte, H. Selye en 1956, incluyó en sus planteamientos el concepto de estrés, refiriéndose a la tensión o esfuerzo sostenido y describió el Síndrome General de Adaptación (SGA) con las siguientes etapas, que se cumplen en toda persona estresada, como un proceso estereotipado: a) reacción de alarma b) estado de resistencia, en el que se logra la adaptación y c) agotamiento. El ejemplo de esta reacción es la respuesta de lucha o huida, en la primera etapa se describía un aumento en la secreción de norepinefrina, por parte de la médula adrenal y un aumento de los glucocorticoides por la corteza adrenal (McEwen, 1988; Selye, 1956).

Selye reconoció que la activación de los sistemas fisiológicos del organismo podría, tanto proteger, como ocasionar daño al individuo, de acuerdo a la cronicidad y a la adecuación de la respuesta al estímulo. La tensión o estado de alerta e incluso el suspenso puede estar asociado con la aparición de enfermedades físicas. Las situaciones que generan tensión, sobre-esfuerzo y marcada excitabilidad emocional pueden reactivar emociones regresivas relacionadas con periodos de seguridad y ausencia de lucha y desembocar en enfermedades físicas, incluso en situaciones de tensión acompañadas de expectativas de alegría, como un cambio de posición laboral o la adquisición de una nueva función social (McEwen, 1988; Selye, 1956).

En la actualidad se acepta la participación de la personalidad, como constructo que media y genera variabilidad en la respuesta al estrés, al igual que otras variables, como el sexo, la autoestima, los recursos, y los modos de afrontamiento, entre otros. (Lazarus y Folkman, 1986). Booh-Kewley y Friedman (1987) mediante estudios de meta-análisis plantearon que existe una personalidad que predispone al padecimiento de trastornos físicos, en la cual predominan las emociones negativas, y no enfermedades específicas asociadas a tipos de personalidad. Mientras que Grossarth-Maticek y Eysenck (1990, 1991) intentan demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés se asocian a la aparición de determinados trastornos, propuesta con influencia de los modelos de Alexander y Dumbbar.

Aprendizaje.

Por su parte, las teorías del aprendizaje postulan que una enfermedad durante la infancia coincide con algún conflicto psicológico en esa fase de desarrollo y en la vida adulta los estímulos externos activan este conflicto y la función del órgano asociado también se ve afectada (Jódar y cols., 2000).

1.2.3 Características psicológicas de pacientes con trastornos psicósomáticos.

Los psicoanalistas franceses Marty y De M'Uzan (1995) de la Escuela Psicósomática de París, observaron que enfermos con trastornos psicósomáticos se comportaban en las entrevistas de forma distinta a los pacientes neuróticos. Propusieron la existencia de una estructura de personalidad psicósomática específica, definida por la deficiencia en la capacidad para fantasear que presenta el individuo, lo cual genera déficit en la elaboración e integración del material psíquico; pensamiento operatorio correspondiente a una manera de pensar arcaica y concreta, que enfatiza el presente y está orientado al mundo externo y restringido a las acciones; apariencia de normalidad psíquica; hiperadaptación social; relaciones objetales carentes de afecto; incapacidad de soñar y tendencia a la gesticulación corporal. De igual forma, aquellos que padecen afecciones psicósomáticas sufren con menor frecuencia psicosis o neurosis. A esto lo llamaron pensamiento operatorio “la pensée opératoire”.

Marty y De Bray (1989) plantean la presencia de un estado depresivo latente en los pacientes que padecen enfermedades psicósomáticas “depresión esencial”. En el curso de esta depresión puede aparecer el pensamiento operatorio “vía operatoria”, que constituye una defensa psicológica caracterizada por la desorganización del Yo, con importantes bloqueos e inhibiciones “un congelamiento de los afectos” y una intensa represión de los conflictos inconscientes, que no podrán ser verbalizados y la vía de expresión de los conflictos se torna somática y tiende a derivarse hacia la enfermedad orgánica.

Nemiah y Sifneos (1970) plantean el modelo alexitímico, en el cual, se concibe la alexitimia o incapacidad de poner en palabras los sentimientos, como característica fundamental del estilo psicossomático. Además de la alexitimia, los autores proponen otras características que acompañan al estilo psicossomático: descripciones interminables de síntomas físicos, quejas de tensión, irritabilidad, nerviosismo, frustración, dolor, aburrimiento, agitación, postura corporal rígida, ausencia de fantasías, llanto escaso o abundante pero no relacionado directamente a un sentimiento de tristeza o rabia, sueñan rara vez, expresión de afectos escasa e inapropiada, actos impulsivos, relaciones interpersonales generalmente pobres, tendencia a la dependencia o evitación del contacto social, estructura de personalidad narcisista, pasivo-agresiva, pasivo-dependiente o psicopática.

Vethencourt (1977) afirma que el enfermo psicossomático presenta una sólida manera habitual de pensar, sentir y actuar, llamada coraza caracterológica o carácter, una apariencia de estabilidad y equilibrio, construida a lo largo de la vida para evitar toda fuente interna y externa de perturbación emocional, especialmente de angustia y de dolor, para evitar sacudimientos personales desagradables, impresionando invulnerables a la angustia y a la tristeza profunda, como si dijeran: “nada me apartará de mi camino responsable”, “nada me hará renunciar al objetivo concreto que me he propuesto”, “nada perturbará mi estabilidad emocional”, o más selectivamente “solo puedo sentir intensamente estos sentimientos pero no quiero saber más nunca de aquellos otros”, “no quiero estar más nunca triste”, “jamás admitiré el fracaso o la soledad”, “no debo sentir envidia ni odio”.

El paciente psicossomático carece de las vías psicológicas para experimentar las emociones desagradables o sufrimientos intensos directamente o a través de síntomas neuróticos angustiosos, en ocasiones en lugar de acceder a una descompensación psicológica acceden a una actuación insólita, para los pacientes psicossomáticos aquello que debería producir un estado de emotividad, tensión o dolor en cualquier ser humano, no genera ninguna perturbación aparente. Parece existir una relación inversamente proporcional entre angustia u otros síntomas neuróticos y la enfermedad somática grave,

encontrándose numerosos casos de ausencia de angustia en personas con enfermedades graves (Vethencourt, 1977).

Frecuentemente, los individuos con trastornos psicossomáticos colocan gran dedicación a metas sobreestimadas, luchan por la obtención de dinero, poder, prestigio, amor, una familia feliz, posición social, educación para sus hijos, reconocimiento familiar, omnipotencia sexual, etc. Esto en forma idolátrica, que parece cumplir un carácter defensivo ante un desequilibrio oculto y reprimido, manteniendo a raya estos conflictos desgarradores, pero cuando se rompe la adaptación por causas ajenas a su voluntad o por su excesiva rigidez se produce la enfermedad somática grave. El paciente psicossomático posee una estructura compacta, alienante, fuertemente represora que descarga todas las tensiones y emociones en el soma (Vethencourt, 1977).

Para Liberman y cols. (1982) estas personas conciben el cuerpo solo como anatómico y se borra su interioridad psíquica, por lo tanto, sus conflictos son interpersonales o se sienten víctimas del despiadado mundo externo y no conciben una interioridad conflictiva. Estos autores exponen también, como características fundamentales de los individuos psicossomáticos, la adaptación rígida a la realidad, hipereficacia y capacidad de trabajo desmedida y absoluta desconexión de las propias necesidades y limitaciones, que representan la parte psicótica de la enfermedad y se asientan en una fantasía omnipotente de invulnerabilidad.

1.2.4 Trastornos psicossomáticos específicos

Alexander (1954) planteó como enfermedades psicossomáticas las siguientes:

- Aparato digestivo: ulcera gastroduodenal y rectocolitis hemorrágica.
- Aparato respiratorio: asma y tuberculosis pulmonar.

- Aparato cardiovascular: infarto miocárdico y enfermedades coronarias, hipertensión arterial y taquicardia paroxística.
- Aparato locomotor: artritis reumática.
- Aparato cutáneo: alergias, eczemas y psoriasis.
- Aparato endocrino: diabetes, hipertiroidismo, hipercorticismos y obesidad.

Posteriormente, Alexander (1958 cp. Cortes, 2006) realiza una distinción entre las enfermedades psicósomáticas, causadas por:

- Hiperactividad del sistema nervioso simpático asociado a tendencia agresiva: por ejemplo la hipertensión y el hipertiroidismo.
- Hiperactividad del sistema nervioso parasimpático, relacionado a la búsqueda de dependencia: por ejemplo la úlcera péptica y el asma.
- Por su parte, Liberman y cols. (1982) describen enfermedades psicósomáticas específicas asociadas a tres categorías de personalidad:
 - Pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias respecto al éxito y la responsabilidad: enfermedades cardiovasculares.
 - Pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad, meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos: colon irritable, colitis ulcerosa y asma.
 - Pacientes esquizoides, se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación: trastornos de piel, enfermedades autoinmunes, enfermedades musculares, enfermedades óseas y anorexia nerviosa.

1.2.5 Psicodinamia de los trastornos gastrointestinales.

El aparato digestivo está relacionado con las funciones de incorporación, asimilación y excreción, estas funciones se encuentran asociadas a intensas experiencias afectivas en momentos de aceptación de nuestro ser en el mundo. Estas funciones fisiológicas están constituidas sobre experiencias afectivas e impulsivas, por lo cual sirven como expresión simbólica (Vethencourt, 1977). El primer aparato orgánico estudiado por los médicos desde el punto de vista del papel desempeñado por los factores emocionales, es el tracto gastrointestinal (Dunbar, 1950)

En el lenguaje común es posible apreciar términos directamente relacionados con procesos fisiológicos y mecánicos del tracto digestivo, para otorgar mayor significación emocional a ciertas expresiones, tales como: “me lo comí en la discusión”, “lo quiere entrañablemente”, “es una persona difícil de tragar” o “no lo paso”, “me produce náuseas”, estas conexiones psicósomáticas que revela el lenguaje común, permite dilucidar que las personas que reprimen este tipo de sentimientos los actúen con el cuerpo, presentando dificultades deglutorias, voracidad alimenticia, crisis de vómitos, espasmos gástricos, etc. (Dunbar, 1959 y Vethencourt, 1977).

Los trastornos del tracto gastrointestinal se incluyen en el grupo de alteraciones emocionales de las funciones vegetativas, con mayor activación del sistema parasimpático en detrimento de los procesos simpáticos. En la presencia de estos trastornos subyace la retirada de la actividad dirigida al exterior “retroceso vegetativo”, la retirada de la acción hacia un estado de dependencia, en la cual en lugar de confrontar la emergencia se activa el impulso de buscar apoyo. Los deseos de seguridad y apoyo se encuentran estrechamente vinculados con el deseo de ser alimentado, y por lo tanto, generan un incremento de la actividad gástrica. Corresponden a respuestas basadas en patrones regresivos, que reviven las respuestas somáticas características de la infancia ante estas tensiones emocionales, siendo el hambre una de las primeras tensiones emocionales percibidas por el niño, que es superada por la incorporación oral y seguida por la sensación de llenura. Así, la

incorporación oral constituye un patrón arcaico para descargar la tensión displacentera que genera una necesidad insatisfecha, lo cual a su vez explica el hábito nervioso de fumar o consumir goma de mascar en estados de expectación (Alexander, 1954).

Alexander (1954) afirma que, frecuentemente los pacientes con úlcera péptica son personas emprendedoras, que reprimen y sobrecompensan sus tendencias a la dependencia, mediado por el énfasis en la independencia y el éxito personal promulgado socialmente. Sin embargo, algunos pacientes con úlcera péptica si muestran su necesidad de apoyo, no la reprimen, pero se encuentran constantemente frustrados por circunstancias externas. Con esto, se plantea que las tendencias a la dependencia pueden ser frustradas por factores internos como el orgullo o por factores externos como una esposa distante, pero en ambas situaciones está presente el deseo de recibir ayuda y amor asociado a la actividad gástrica.

Más que un tipo de personalidad se ha observado una típica situación conflictiva entre el deseo de ser amado y cuidado y el orgullo y las aspiraciones de independencia, éxito y autosuficiencia del yo, por lo cual muchos de estos pacientes muestran una actitud exagerada, agresiva e independiente, no les gusta recibir ayuda y se agobian con las responsabilidades, pero a su vez, el esfuerzo constante y el asumir muchas responsabilidades refuerzan el deseo de una relación dependiente. Después de que los síntomas se hacen graves el paciente puede separarse de sus responsabilidades con la enfermedad como justificación y así expresar su deseo (Alexander, 1954).

1.2.6 Clasificación de los trastornos psicossomáticos.

El avance en la investigación y la construcción teórica del enfoque psicossomático, unido a las evidencias acumuladas en el ámbito asistencial, generó tal influencia en la última parte del siglo XX, que los trastornos psicossomáticos fueron aceptados y descritos, con sus características clínicas en las diferentes clasificaciones de los trastornos mentales existentes en el campo de la Psiquiatría.

En la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (OMS, 1992), los trastornos psicósomáticos se clasifican en el apartado F54, correspondiente a factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otras categorías, empleándose este diagnóstico ante la presencia de influencias psicológicas o comportamentales considerados relevantes en el origen o en el curso de enfermedades físicas, por ejemplo: asma, dermatitis y eczema, úlcera gástrica, colitis mucosa, colitis ulcerosa y urticaria. Estas alteraciones mentales suelen ser leves y prolongadas, tales como: preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión.

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Revisado, de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM IV-TR) (APA, 2002), los trastornos psicósomáticos se clasifican en el apartado de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, específicamente como factores psicológicos que afectan el estado físico, en los cuales existe una enfermedad médica y los factores psicológicos afectan negativamente dicha enfermedad: influyendo en el desarrollo, la exacerbación o retraso de la recuperación; interfieren en el tratamiento; constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona, las respuestas fisiológicas de estrés precipitan o exacerban los síntomas. Se pueden categorizar como: Trastorno mental que afecta a... (indicar enfermedad médica), Síntomas psicológicos que afectan a...(indicar enfermedad médica), Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a... (indicar enfermedad médica), Comportamientos desadaptativos que afectan a...(indicar enfermedad médica), Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a...(indicar enfermedad médica) y Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a...(indicar enfermedad médica).

1.3 Alexitimia

1.3.1 Definición de la alexitimia.

La alexitimia comprende un constructo derivado del griego: a que significa sin, lexis que significa palabra, y timos que significa corazón o afecto, semánticamente denota: ausencia de palabras para expresar las emociones, descrito por primera vez por Sifneos a principios de los años 70 (Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976; Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973).

La alexitimia ha recibido considerable atención por parte de la medicina psicosomática, la medicina psiquiátrica y la investigación en el ámbito de las emociones. El concepto de alexitimia surge del estudio de pacientes afectados con trastornos psicosomáticos, observándose en estos un estilo de pensamiento orientado hacia los detalles externos, dificultades importantes para describir y diferenciar las emociones así como para elaborar fantasías y soñar, así la alexitimia pasa a ser la característica fundamental del estilo psicosomático (Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976; Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973).

Taylor, Bagby y Parker (1997) consideran la alexitimia como una alteración de la regulación del afecto. La regulación del afecto depende de tres sistemas interrelacionados: a) neurofisiológico, en el cual está implicado el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino (dimensión biológica del afecto); b) conductual expresivo; y c) cognitivo-experiencial, en el cual está implicado el neocortex (dimensión psicológica del afecto). La activación en alguno de estos sistemas modula la activación de los otros. Las relaciones sociales, el lenguaje, los sueños, la fantasía, los juegos, los mecanismos de defensa, también cumplen un papel en la regulación de la emoción.

Goleman, Salovey y Mayer (1995 cp. Jódar y cols., 2000), plantean que las habilidades cognitivas encargadas del control y la autorregulación emocional se denomina inteligencia emocional. Estas habilidades incluyen la capacidad de ser consciente de las emociones, utilizándolas en forma adaptativa, y la capacidad de comprender las emociones de los demás, respondiendo en forma empática. Los estudios de Lumley, Gustavson, Patridge y Labouvie-Vief (2005 cp. Martínez, Piqueras y Linares, 2010) demostraron que la alexitimia está relacionada con bajos niveles de inteligencia emocional. A partir de este

modelo, Taylor et al. (1997), entienden la alexitimia como el fracaso en la autorregulación de los afectos, que implica un déficit del área cognitivo-experiencial y del área conductual-expresiva.

1.3.2 Antecedentes históricos de la alexitimia.

La alexitimia como concepto fundamental en los trastornos psicossomáticos, tiene amplios antecedentes históricos, dentro de los cuales se pueden citar a: Polansky en 1945, quien describe un discurso vago e impersonal en los pacientes con trastornos psicossomáticos, Groen y Bastianss en 1951 plantearon que estos pacientes eran incapaces de superar el impacto emocional de situaciones de estrés emocional, en 1954 Fredman y Sweet los calificaron como iletrados emocionales (Velasco y Páez, 1996).

Posteriormente, Yujiro y Akira Ikemi formularon el termino alexisomia para designar la dificultad para tomar conciencia y expresar sentimientos corporales, mientras que Stoudemire formuló el término somatotimia para designar el uso del lenguaje somático para expresar el sufrimiento psicológico (Pérez-Rincón, 1996).

El término somatización fue acuñado por Stekel, psicoanalista de los años treinta, para referirse a conflictos no percibidos y no expresados verbalmente, con lo cual la alexitimia pasó a ser una característica predominante del paciente psicossomático, aunque existe evidencia de que esta condición también está presente en pacientes con estrés post-traumático, adictos a las drogas, pacientes con trastornos hipocondriacos, somatomorfos, de conducta alimentaria y en algunos sujetos normales, razón por la cual algunos autores la proponen como trastorno de regulación emocional, como una supervivencia de una estructura arcaica del lenguaje según la teoría de Snell y Rossi (Pérez-Rincón, 1997).

1.3.3 Características de la alexitimia.

La alexitimia constituye un síndrome clínico que se compone por las siguientes características psicológicas, cognitivas y conductuales:

- Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas. El alexitímico parece no diferenciar una emoción de otra, el miedo de la cólera, la ansiedad de la tristeza; podría verbalizar una emoción, pero no describir lo que siente; posee un alto control cognitivo sobre lo emocional con lo cual sus escasas manifestaciones suelen ser explosivas e incontroladas (Jódar y cols., 2000).
- Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo. Refiere malestar físico en presencia de emociones intensas (Jódar y cols., 2000).
- Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas. Son individuos activos y bien adaptados a la realidad, Taylor (1984 cp. Jódar y cols., 2000) los define como sujetos-robots, que disfrutan de una pseudonormalidad pero mantienen un escaso contacto con su realidad psíquica, por lo cual también han sido relacionados con el patrón de conducta tipo A (Henry y Stephens, 1977 cp. Jódar y cols., 2000).
- Pensamiento concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones, presentando un discurso estéril, monótono y carente de afectividad (Nemiah et al., 1976).
- En la comunicación preverbal son sujetos rígidos, con escasa mímica y movimientos corporales. Los alexitímicos usan pocas gesticulaciones al hablar, asumen una postura rígida y pocos cambios en el tono de voz. La falta de afectividad, la monotonía de sus ideas y la descripción detallada de situaciones pueden provocar fatiga y pérdida de interés en el terapeuta (Jódar y cols., 2000).

Posteriormente, Bagby, Parker y Taylor (1994a y 1994b) reformularon el constructo postulando como características de la alexitimia las siguientes: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de

la autoevaluación. Siendo la característica más importante de la alexitimia la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías.

1.3.4 Tipos de alexitimia.

El concepto de alexitimia se ha relacionado estrechamente con los modelos teóricos de la formación del síntoma psicossomático, en distintas formas: como característica psicológica que predispone al síntoma psicossomático, como factor iniciador y/o mantenedor del trastorno psicossomático, como factor pronóstico en la evolución de enfermedades crónicas y como indicador de mala respuesta terapéutica (Jódar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000).

1.3.4.1 Alexitimia primaria.

La alexitimia primaria hace referencia a una característica personal, cognitivo-psicológica, que predispone al padecimiento de alguna enfermedad psicossomática (Jódar y cols., 2000).

Según Perez-Rincon (1997), el déficit de asimilación y procesamiento intrapsíquico e interpersonal de las experiencias afectivas correspondiente a la alexitimia, refuerza la respuesta ante el estrés amplificando la respuesta fisiológica, a la vez que impidiendo el procesamiento emocional.

Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco (1999) plantean que la alexitimia representa una dificultad cognitiva para procesar y regular las emociones, enmarcadas en un patrón de personalidad que incluye rasgos de neuroticismo, depresión, ansiedad e introversión. Como plantea Sánchez (2006), el desarrollo de la enfermedad psicossomática implica la presencia de una depresión, tanto como factor causante y como resultado de la misma enfermedad, formándose un círculo vicioso. La alexitimia es una expresión de este proceso puesto que al no poderse expresar los sentimientos depresivos verbalmente se expresa a través de la somatización.

Páez, Basabe, Valdosedá, Velasco e Iraurgi (1995) realizaron un estudio sobre la alexitimia, el afrontamiento emocional y la salud, confirmando la asociación existente entre alexitimia y estilos de afrontamiento inhibitorios o evitativos de emociones, que predicen padecimientos de salud.

Sánchez (2006) encontró que en seis casos de pacientes con distintas enfermedades físicas (asma-frigidez, dermatitis atópica, artritis reumatoidea, colon irritable y dos casos de sintomatología múltiple), que recibían psicoterapia o psicoanálisis existía un sentimiento depresivo reprimido y que en momentos de exacerbación de esos sentimientos, por ejemplo ante el abandono de figuras paternas, la afección se presentaba con mayor intensidad.

1.3.4.2 Alexitimia secundaria.

La alexitimia secundaria, es un término introducido por Freyberger (1977), para designar la característica predominante de las personas con cáncer, en trasplantados renales, y enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos durante el proceso de la enfermedad, en la cual las personas limitan su capacidad de introspección, vida afectiva y reflexión para centrarse en los aspectos médicos de carácter técnico, así se presenta un deterioro importante en el área afectiva como consecuencia de situaciones corporales traumáticas. Este fenómeno se puede considerar como un factor de protección, como mecanismo de defensa en personas que confrontan una enfermedad que pone en riesgo la vida, corresponde a un mecanismo de afrontamiento ante el padecimiento de enfermedades crónicas o traumatismos (Krystal, 1978).

1.3.5 Hipótesis etiológicas de la alexitimia.

1.3.5.1 Teorías psicoanalíticas.

Han sido numerosas las hipótesis etiológicas que se han planteado acerca de la alexitimia. Las teorías psicoanalíticas han sido de las primeras y con mayor auge dentro de

este campo. Proponen una estructura psicossomática de personalidad que se asienta desde los primeros meses de vida, que implica una fijación del yo en un período pregenital, donde la alexitimia constituye una característica de esta personalidad que unido a los mecanismos de negación y regresión, explicaría la formación de síntomas (Haynel y Pasini, 1980 cp. Jódar y cols., 2000).

1.3.5.2 Teorías neurofisiológicas.

Las teorías neurofisiológicas relacionadas a la etiología de la alexitimia se dividen en dos modelos fundamentales: el que estudia la transmisión de información entre el sistema límbico y el neocortex y el que estudia la especialización hemisférica (Jódar y cols., 2000).

Con relación al modelo de transmisión de información entre el sistema límbico y el neocortex, McLean en el año de 1949 (cp. Velasco y Páez, 1996), propuso que los pacientes psicossomáticos debían presentar un trastorno funcional en la relación entre el rincefalo y las áreas del lenguaje del neocortex, razón por la cual las emociones solo pueden ser expresadas a través de los órganos. Nemiah et al. (1976), sugieren una desconexión límbico-neocortical, el bloqueo del paso de los impulsos desde el sistema límbico a la corteza cerebral imposibilitaría el reconocimiento de las emociones.

Por su parte, el modelo de especialización hemisférica afirma que la alexitimia podría deberse a una falta de comunicación entre los hemisferios cerebrales, apoyado en la posibilidad de que la emoción esté localizada en el hemisferio derecho y la expresión verbal esté localizada en el hemisferio izquierdo, en la mayoría de las personas diestras, lo cual provocaría un déficit en la capacidad para expresar verbalmente emociones (Hoppe y Bogen, 1977, Taylor, 1984, Tenhouten, Walter, Hoppe y Bogen, 1987, Zeitlin, Lane, O.learly y Schrifft, 1989. cp. Jódar y cols., 2000).

Posteriormente, Hoppe (1988) propuso que la alexitimia podría considerarse como una interrupción del proceso de transformación de las representaciones simbólicas e imaginativas originadas en el hemisferio derecho y la verbalización de dichos símbolos a

cargo del hemisferio izquierdo, a nivel del cuerpo caloso, proceso que llamó simbolexia y lo postuló como base de la creatividad y que constituye el opuesto de la alexitimia.

1.3.5.3 Teorías socioculturales.

Las teorías socioculturales explican que las características alexitímicas son comportamientos aprendidos socialmente. Se ha encontrado evidencia de características alexitímicas en grupos de menor nivel cultural y menor cociente intelectual y en grupos de mayor edad (Kleiger y Jones, 1980), así como las diferencias culturales al respecto, siendo la cultura occidental quien concede mayor importancia a la manifestación externa de las emociones en comparación con la cultura oriental (Borens, Grosse-Schulte, Jaensch, Kortemme, 1977, Kleiger, 1980 y Krystal, 1986. cp. Jódar y cols., 2000).

1.3.5.4 Teorías genetistas.

También se han planteado teorías genetistas que sostienen la existencia de un fuerte componente hereditario en la alexitimia, a raíz de investigaciones realizadas con gemelos, pero a su vez, ha sido criticada la muestra de gemelos empleada, la falta de control de variables socioculturales y la carencia de estudios de comunicación familiar (Heiberg y Heiberg, 1977 y Heiberg y Heiberg, 1978. cp. Jódar y cols., 2000).

1.2.6 Instrumentos de medición de la alexitimia.

Se ha considerado la alexitimia como un constructo válido, sin embargo, también se criticó la carencia de apoyo empírico de la misma, por lo cual se comenzaron a construir instrumentos destinados a la medición de dicho constructo (Jódar y cols., 2000; Pérez-Rincón, Cortes, Ortiz, Peña, Ruiz y Díaz-Martínez, 1997; Sánchez, 2006):

- BIQ (Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire) elaborada por Sifneos en 1973.

- SSPS (Schalling-Sifneos Personality Scale) elaborada por Atfel y Sifneos en 1979.
- MMPI-AS (Minnesota Multifactor Personality Inventory- Alexithymia Scale) elaborado por Kleiger y Kinsman en 1980.
- TAS-26 (Toronto Alexithymia Scale-26) elaborado por Taylor, Bagby y Parker en 1980.
- SAT9 (Objectively Scored Archetypal Test), elaborado por Demers-Desrosiers en 1982.
- SSPS-R (Schalling-Sifneos Personality Scale-Revisada) elaborada por Sifneos en 1986.
- APRQ (Alexithymia Provoked Response Questionnaire), elaborado por Krystal en 1986.
- LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale) elaborado por Lane, Schwartz y Walker en 1990.
- TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale-20) elaborado por Taylor, Bagby y Parker en 1992.
- También el Test de Rorschach y el TAT (Thematic Apperception Test) han sido empleados para evaluar las características alexitímicas.

1.4 Trastornos Gastrointestinales

1.4.1 Gastritis crónica.

1.4.1.1 Clínica descriptiva.

La gastritis está definida como la inflamación de la mucosa gástrica, clasificándose en erosiva y no erosiva y en ambos casos la inflamación puede ser a su vez aguda (infiltración de polimorfonucleares) o crónica (inflamación de células redondas), esta última es más frecuente, aunque también pueden darse simultáneamente (Berkow, 1999).

La gastritis crónica erosiva hace referencia a la presencia de múltiples úlceras gástricas aftosas o puntiformes que suelen presentarse en los bordes de pliegues en el cuerpo o el antro del estómago, acompañado de síntomas dispépticos vagos, náuseas y molestias epigástricas y puede ser transitorios o persistir incluso durante años en forma recidivante. Su diagnóstico se establece fundamentalmente a través de una endoscopia y su etiología puede estar relacionada al uso de fármacos, enfermedad de Crohn, alcoholismo o infección vírica (Berkow, 1999).

Con relación a la gastritis crónica no erosiva, se han encontrado pruebas que involucran al microorganismo espiral *Helicobacter pylori*, que afecta selectivamente las células secretoras de mucina gástrica humana como causal de estas gastritis, y se diagnostica mediante la histología (Berkow, 1999).

La gastritis crónica no erosiva puede ser superficial o profunda, la superficial se caracteriza por un infiltrado de células redondas mezcladas con células plasmáticas que afectan el fondo y/o el antro gástrico, suele ser asintomática y es más frecuente a partir de los cuarenta años; mientras que la profunda se caracteriza por un infiltrado de células redondas y polimorfonucleares que predominan en toda la mucosa hasta llegar a la muscular, a menudo coexiste con áreas de gastritis superficial, puede haber atrofia glandular parcial y metaplasia, presencia de síntomas dispépticos vagos, se produce siempre en áreas vecinas a úlceras gástricas y cánceres y es más común en familiares de pacientes con cáncer gástrico (Berkow, 1999).

1.4.1.2 Variables psicológicas asociadas.

Las características de personalidad y el estado anímico fueron estudiados en 160 pacientes con diversas enfermedades gastrointestinales: úlcera duodenal, gastritis crónica, colecistitis crónica, síndrome de colon irritable. En los pacientes con úlcera duodenal y gastritis crónica la incidencia del estrés en la vida cotidiana fue bastante alta. Todos puntuaron con depresión leve o moderada, aunque fue más frecuente en los pacientes con gastritis crónica (Solov'eva, Sheptulin y Annamamedova, 1997).

En los últimos años se han venido realizando estudios acerca de las variables psicosociales relacionadas a la infección con *Helicobacter pylori*, que como se conoce es la bacteria a quien se ha asociado principalmente a la gastritis crónica y más recientemente también a la úlcera péptica (Berkow, 1999; Sabonge, 1998).

Klinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila y Tobar (2005), afirman que existe una alta probabilidad de que individuos sanos y asintomáticos portadores de *H. pylori* controlen eficientemente la población bacteriana con células CD4 y citocinas TH167; mientras que el estrés genera alteraciones que generan reducción de la inmunocompetencia de la mucosa, permitiendo a la bacteria proliferar e inflamar severamente.

En la actualidad, se está reconociendo que los factores del huésped, podrían generar predisposición a que la infección con *H. Pylori* origine determinada enfermedad gastrointestinal. Así como también las diferencias genéticas de la *H. pylori* que condicionarían el riesgo a padecer ciertas enfermedades gastrointestinales y no otras (Sabonge, 1998).

La hipótesis de la susceptibilidad indica que el núcleo actual de la investigación psicosomática se dirige a encontrar las variables que aumentan la vulnerabilidad del individuo a enfermar (Klinger y cols., 2005).

1.4.2 Cáncer gastrointestinal.

1.4.2.1 Clínica descriptiva

Según Berrocal, Jalon y González Barón (1992) la génesis del cáncer constituye un proceso evolutivo que actualmente se considera conformado por tres etapas: etapa de iniciación, resultado de aplicación de una dosis o dosis bajas de un carcinógeno; etapa de promoción, no requiere la exposición a un agente carcinógeno pero si a un segundo agente no necesariamente carcinógeno; y la etapa de progresión tumoral, ya se ha establecido la neoplasia y esta adquiere mayor malignidad. Resulta pertinente acotar que las células de los tumores benignos tienden a comprimir los tejidos pero no penetran en ellos, en cambio las células de los tumores malignos penetran y se extienden en el interior de los tejidos normales, y a través de la corriente sanguínea o los canales linfáticos, a otras zonas del cuerpo.

Cáncer gástrico: Hay diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en el estómago. El más común se denomina adenocarcinoma, el cual comienza a partir de uno de los tipos comunes de células en el revestimiento del estómago. Es un cáncer común del tubo digestivo que se presenta en todo el mundo, aunque es relativamente raro en los Estados Unidos. Ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años y es un tipo de cáncer gástrico extremadamente común en Japón, Chile e Islandia. Entre los factores predisponentes, se mencionan: los antecedentes familiares con esta enfermedad, el ser infectado con *Helicobacter Pylori*, antecedentes personales de pólipos adenomatosos, gastritis, tabaquismo y anemia (Gunderson, Donohue y Alberts, 2008; Rustgi, 2007).

Cáncer de colon: El cáncer de colon, o colorrectal, es el que comienza en el intestino grueso (colon) o en el recto (parte final del colon). El más común es el carcinoma, aunque otros tipos de cáncer pueden afectar el colon, como el linfoma, los tumores carcinoides, el melanoma y los sarcomas, los cuales son poco comunes. Entre los factores predisponentes se mencionan: Edad mayor de 60 años, origen étnico afroamericano y de Europa oriental, consumo de alimentos ricos en carnes procesadas, rojas y grasas, presencia

de pólipos colorrectales, enfermedad intestinal inflamatoria, antecedente personal de cáncer de mama y antecedente familiar de cáncer de colon (Gunderson, Donohue y Alberts, 2008; Rustgi, 2007).

1.4.2.2 Variables psicológicas asociadas.

En cuanto al cáncer en general, el estudio de las variables psicológicas asociadas a este padecimiento ha ido en auge en las décadas más recientes. En los años cincuenta y sesenta, diversos estudios (Bacon, Renneker y Cutler, 1952, Blumberg, West y Ellis, 1954, Leshan, 1959, Schmale e Iker, 1964. Cp Cardenal, 2001), aportaron descripciones psicológicas de las personas que padecían cáncer, planteando que eran sujetos no agresivos, muy cooperadores, muy pacientes, poco asertivos y con marcadas dificultades en cuanto a la expresión emocional, a partir de lo cual emerge una constelación de rasgos y estilos de afrontamiento como una personalidad predispuesta al cáncer, catalogada como personalidad tipo C (Morris y Greer, 1980, Temoshok, 1987 cp. Cardenal, 2001), opuesto a la personalidad tipo A que predispone al padecimiento de enfermedades coronarias y diferente a la personalidad tipo B o saludable (Cardenal, 2001).

La personalidad tipo C se caracteriza por la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira y una marcada expresión de las emociones y conductas positivas y deseables socialmente, como excesiva tolerancia y paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitud de conformismo que se evidencia en las distintas áreas de su vida (Cardenal, 2001). Kune, Kune, Watson y Bahnson (1991) retratan esta personalidad como la típica buena persona, siempre deseando complacer y mantener la armonía en las relaciones interpersonales, evitan conductas que puedan ofender a otros incluso en detrimento de sus propios derechos y necesidades, con el fin evitar situaciones de conflicto.

El “estado de aflicción” producido por el fallecimiento de seres queridos, especialmente padres, esposos e hijos, ha sido otra variable estudiada y se ha constatado que este suceso genera cambios importantes en el equilibrio psicofísico como agitación,

llanto, trastornos de sueño, alteraciones endocrinas e inmunológicas y en algunos casos, cáncer (Chochinov y Holland, Hofer, 1984 cp. Cardenal, 2001).

Grossarth-Maticeck y Eysenck (1990, 1991) en su planteamiento de las distintas reacciones al estrés, conciben dos estrechamente vinculadas al cáncer:

- Predisposición al cáncer: presencia de un elevado grado de dependencia conformista hacia algún objeto o persona, considerándola como lo más importante para su bienestar y felicidad, inhibición para establecer vínculos íntimos, ante situaciones estresantes suelen reaccionar con desesperanza, indefensión y a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida o ausencia del objeto representa una importante fuente de estrés, ya que no se desvincula completamente pero tampoco alcanza la proximidad necesaria.
- Racional-Antiemocional: presencia de reacciones racionales y antiemocionales, tendencia a suprimir o negar las expresiones afectivas, con predisposición a la depresión y al cáncer.

También se ha planteado el estilo represivo de afrontamiento como característico del cáncer, cuyas características principales son: bajo nivel de comunicación con emociones negativas como ansiedad y hostilidad, defensivo en procesos atencionales frente a estímulos que generan ansiedad, déficits de memoria respecto a recuerdos emocionales negativos, intentos de evitar dar impresión de perturbación y poca descripción de sus experiencias emocionales (Cano-Vindel, Sirgo y Pérez, 1994).

Sheier y Bridges (1995 cp. Cardenal, 2001) realizaron un estudio y revisión prospectiva sobre variables de personalidad como la hostilidad y enfado, la supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y sida.

Levenson y Bemis (1995 cp. Cardenal, 2001) analizan los resultados de distintos estudios que investigan la hipótesis de que variables psicosociales como estados afectivos,

estilos de afrontamiento o estrategias defensivas, rasgos de personalidad y eventos estresantes afectan el padecimiento y la progresión del cáncer.

Klinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila y Tobar (2005) plantean que el estrés favorece el desarrollo de neoplasia no sólo por desórdenes de la inmunoregulación, sino que también lesiona el ADN y altera los mecanismos de reparación. Estos hallazgos se refuerzan con evidencias que muestran que las personas estresadas son más vulnerables a los tóxicos ambientales a nivel inmune como genético.

En el caso específico del cáncer gastrointestinal, estudios relacionados a la bacteria *helicobacter pylori* en personas con este tipo de cáncer, demuestran que, la erradicación de la bacteria ha hecho descender la frecuencia de úlceras y neoplasias (adenocarcinomas) a nivel del estómago, pero han tomado mayor auge, en los países de Occidente, la enfermedad esofágica por reflujo gastroesofágico, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma del esófago distal. Lo cual podría sugerir la presencia de otros factores además del ente bacteriano en el desarrollo de patologías a nivel del tracto gastrointestinal (Sabonge, 1998).

1.4 Alexitimia y Trastornos Gastrointestinales

Un estudio examinó las características alexitímicas de 57 pacientes con úlcera péptica y gastritis erosiva, medida con la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), encontró que la alexitimia fue significativamente mayor en el grupo de úlcera péptica (51%) en comparación con el grupo de gastritis erosiva (21%). Las puntuaciones de alexitimia se correlacionaron significativamente con puntuaciones en un Perfil de Estados de Ánimo. Sin embargo, analizaron que la alexitimia podría dar cuenta de una variación más allá de un estado, sugiriendo que pueda constituirse más como rasgo (Fukunishi, Kikuchi, Kaji y Yamasaki, 1997).

En el 2008 otro estudio examinó la ansiedad y la alexitimia en 167 pacientes (92 hombres y 75 mujeres), de 45 a 65 años de edad, con diferentes trastornos del sistema

digestivo: 48 con gastritis asociada a la infección helicobacterial, 46 con el síndrome de irritación intestinal, 36 con enfermedad gastro-esofágica y 38 con úlcera duodenal crónica recurrente. Se midió la ansiedad a través del Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-i) y la alexitimia a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se encontró que la alexitimia en un 66,8%, mientras que la ansiedad obtuvo un 74,1%, lo cual sugiere un alto grado de personalidad psicósomática en los pacientes examinados. Los pacientes de los dos primeros grupos obtuvieron una correlación positiva significativa entre alexitimia y ansiedad, mientras que esta correlación es débil y no significativa en el tercer y cuarto grupo (Sekoian y Grigorian, 2008).

El control emocional y la baja expresividad emocional se han descrito como rasgos específicos asociados en muchos casos al padecimiento de cáncer (Anagnostopoulos, Vaslamatzis, Markidis, Katsouyanni, Vassilaros y Stefanis, 1993, Bleiker, Van der Ploeg, Adler y Van Daal, 1995, Forsen 1991, Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss y Tunmore, 1991. Cp Cardenal, 2001).

En personas que padecen cáncer la expresión de la ira, la cólera y la presencia de actitudes de espíritu de lucha y de ganas de vivir han detenido la evolución del cáncer, en comparación con personas con cáncer que han aceptado estoicamente la enfermedad, manifestando resignación, inhibiendo las emociones sin “estallar emocionalmente” han acelerado el proceso neoplásico generando serias dificultades en la recuperación (Greer, Morris y Pettingale, 1979, Levy y Heiden, 1990, Petingal, Morris, Greer y Haybittle, 1985 cp. Cardenal, 2001).

Gross (1989 cp. Lopez, 2000) realizó una revisión de 14 estudios efectuados entre la década de los 50 y la década de los ochenta, los cuales muestran que se ha venido categorizando a las personas con un patrón comportamental caracterizado por la falta de expresión emocional como represoras, alexitímicas o representativas de la personalidad tipo C, con lo cual los autores afirman que la variable expresión emocional no solo parece estar presente durante una enfermedad como el cáncer, sino que incluso puede considerarse como un predictor del comienzo de la misma. A esto se suman los estudios de Morris y

Greer, 1980 y Temoshok, 1987 (cp. Cardenal, 2001) y Kune, Kune, Watson y Bahnson (1991) con afirmaciones similares al respecto. Esto también fue confirmado posteriormente en estudios realizados por Eysenck (1994).

Grossarth-Maticeck y Eysenck (1990, 1991) plantean como predisponente al cáncer, la reacción al estrés Racional-Antiemocional, se caracteriza por la tendencia a suprimir o negar las expresiones afectivas. También se ha planteado el estilo represivo de afrontamiento como característico de las personas con cáncer: bajo nivel de comunicación con relación a emociones negativas como ansiedad y hostilidad (Cano-Vindel, Sirgo y Pérez, 1994).

Se ha encontrado que las personas con cáncer que han aceptado estoicamente la enfermedad, manifestando resignación, inhibiendo las emociones sin “estallar emocionalmente” han acelerado el proceso neoplásico generando serias dificultades en la recuperación (Greer, Morris y Pettingale, 1979, Levy y Heiden, 1990, Petingal, Morris, Greer y Haybittle, 1985 cp. Cardenal, 2001).

Un estudio de Kavan, Engdahl y Kay (1995 cp. Cardenal, 2001) correlacionó la personalidad premórbida y la tendencia a padecer cáncer de colon. Tomaron una muestra de 61 hombres que habían realizado el cuestionario MMPI entre 1947 y 1975 y que habían sido diagnosticados de cáncer de colon entre 1977 y 1988, y fueron comparados con un grupo control. Se observaron puntuaciones significativamente más bajas en el grupo de cáncer de colon en comparación con el grupo control en cuanto a la variable de agresividad y hostilidad. Esto concuerda con lo que Sanchez-Lopez (1999 cp. Cardenal, 2001) ha llamado estilo de evitación emocional, cuyo concepto abarca la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, en particular la ira, siendo predominante una baja hostilidad y ansiedad, presencia de neuroticismo, alto nivel de racionalidad y distancia emocional.

También se ha investigado la incidencia de la alexitimia en un grupo de sobrevivientes de cáncer infantil. Los hombres sobrevivientes de cáncer obtuvieron puntuaciones

significativamente más bajas en alexitimia global en comparación con los hombres sanos. Las mujeres sobrevivientes no mostraron diferencias en la alexitimia en comparación con la población femenina normal (Van Dijk, Grootenhuis, De Boer, Bermond y Last, 2002).

Los resultados de un estudio muestran que las pacientes con cáncer de mama tienden a tener un mayor riesgo de alexitimia (Eskelinen y Ollonen, 2011). Otra investigación evaluó la estabilidad temporal de la alexitimia en pacientes con cáncer después de una intervención psicológica, en 104 pacientes con cáncer que recibieron tratamiento multicomponente psicológica o atención médica habitual. Los resultados indicaron que las puntuaciones de alexitimia disminuyeron significativamente en los pacientes tratados psicológicamente y aumentaron en los pacientes tratados con atención medica habitual, lo que demuestra que la falta de estabilidad absoluta, es decir, el cambio de las puntuaciones a través del tiempo, fue probablemente debido al efecto del tratamiento psicológico. La estabilidad relativa, es decir, el grado en que las diferencias entre los individuos siguen siendo las mismas en el tiempo, se mantuvo después de 6 meses, con lo cual este estudio confirma la relativa estabilidad de la alexitimia y que la falta de estabilidad absoluta parece estar influida por la intervención psicológica en pacientes con cáncer (Porcelli, Tulipani, Di Micco, Spedicato y Maiello, 2011).

La literatura sugiere que la alexitimia es el resultado de las diferencias individuales y o los mecanismos biológicos. Messina, Fogliani y Paradiso (2011), evaluaron diferencias individuales con relación al estrés percibido y los marcadores biológicos de la gravedad de la enfermedad (niveles de hemoglobina) y lo compararon con los niveles de alexitimia en 37 pacientes con cáncer, evaluados con la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 puntos y la escala de estrés percibido. Los resultados indicaron que el 34,2% obtuvo niveles de alexitimia severa. Los puntajes más altos de alexitimia se encontraron en pacientes en estadios más avanzados de la invasión del cáncer. Alexitimia correlaciono significativamente en forma positiva con el estrés percibido y en forma negativa con los niveles de hemoglobina.

Fantini-Hauwel, Dauvier, Arciszewski, Antoine y Manouvrier (2011) realizaron un estudio evaluó el impacto de los resultados de las pruebas genéticas para el cáncer, en las medidas de ansiedad y alexitimia, en 77 participantes. Encontraron que algunos sujetos que tenían menores niveles de ansiedad antes de la prueba muestran mayor ansiedad después, pero otros parecían anticipar el peligro que experimentarían con el resultado mostrando una disminución de la ansiedad después del resultado. Los sujetos que manifestaron dificultad para expresar las emociones antes de la prueba genética mantuvieron esta medida después.

La alexitimia también ha sido relacionada con el diagnóstico reciente o de largo plazo del cáncer. 63 pacientes con diagnóstico de menos de 3 meses y 53 pacientes cuyo diagnóstico de cáncer se remonta a más de 30 meses fueron emparejados por sexo, edad, nivel educativo y localización del cáncer y 50 personas como grupo control. La alexitimia se evaluó mediante la Escala de Alexitimia de Toronto-20, mientras que la fatiga se evaluó con el Inventario de Fatiga breve. Encontraron que las puntuaciones de alexitimia fueron superiores en el grupo de reciente diagnóstico. Ambos grupos obtuvieron puntuaciones más altas que los controles. 45,6% de los pacientes con diagnóstico reciente obtuvieron niveles de alexitimia severa, ante 21,4% en el grupo diagnosticado desde hace mucho tiempo y 18% en los controles. La fatiga fue más severa en los pacientes con un diagnóstico desde hace mucho tiempo en comparación con los pacientes de reciente diagnóstico. Concluyeron que las puntuaciones de alexitimia son más altas en los pacientes con cáncer que en los controles, la alexitimia puede considerarse una reacción dinámica de la enfermedad en pacientes recientemente diagnosticados, que disminuye durante las fases posteriores (Gritti, Lombardi, Nobile, Trappoliere, Gambardella, Di Caprio y Resicato, 2010).

Otro estudio en el 2011 examinó si la alexitimia está implicada en el cáncer de colon. Se controlaron variables como sexo, edad, educación, fumar e ingerir bebidas alcohólicas y antecedentes personales y familiares de cáncer de colon. Encontraron que la dificultad en la discriminación de señales emocionales el pensamiento orientado hacia detalles

externos fueron los aspectos más relacionados con el cáncer de colon (Lauriola, Panno, Tomai, Ricciardi y Potenza, 2011).

II. Planteamiento del Problema

Los trastornos gastrointestinales, son patologías muy frecuentes en la población general, y su etiología se ha asociado a múltiples factores, entre ellos los genéticos, bacterianos, virales o por la influencia de hábitos de alimentación, o de consumo de sustancias irritantes, o como producto de complicaciones por la presencia de otro diagnóstico preexistente. En todas ellas se reconoce un componente de tipo psicológico que acompaña el diagnóstico, evolución o consecuencia de la enfermedad.

Dentro de los trastornos gastrointestinales, el cáncer constituye un importante problema de salud pública, es una de las primeras causas de muerte en el mundo; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total), distribuido de la siguiente manera: pulmonar (1,4 millones de defunciones), gástrico (740 000 defunciones), hepático (700 000 defunciones), colorrectal (610 000 defunciones), mamario (460 000 defunciones) (IARC, 2010). El cáncer gástrico es uno de los más frecuentes en el mundo actualmente; constituyendo la segunda causa de muerte en el hombre y la tercera en las mujeres (Paniagua y Piñol, 1998). Se estima que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y pasará de 11 millones en 2030 (IARC, 2010).

La gastritis, constituye una enfermedad muy común a nivel mundial, y en Venezuela tiene una alta prevalencia. A pesar de que se han realizado estudios, con pacientes con gastritis crónica, el descubrimiento de la bacteria, ha perfilado las investigaciones hacia esta área, dejándose de lado el estudio de factores psicosociales en la aparición, desarrollo o evolución de esta enfermedad. Con el desarrollo de la psiconeuroinmunología, se han asociado factores estresantes a partir de la teoría de Seyle con alteraciones que generan reducción de la inmunocompetencia de la mucosa, permitiendo a la bacteria proliferar e inflamarse severamente, mientras que individuos sanos y asintomáticos portadores de *H. pylori* pueden controlar eficientemente la población bacteriana con células CD4 y citocinas TH167 (Klinger y cols., 2005). Sin embargo, no se han encontrado investigaciones que describan el nivel de alexitimia en personas con gastritis crónica.

Se han enfatizado más las variables psicosociales en el cáncer gastrointestinal, en donde son numerosas las investigaciones acerca de variables psicológicas asociadas a distintos tipos de cáncer, sin embargo, a nivel mundial, y más aún en Venezuela, son pocos los estudios acerca de los niveles de alexitimia.

Existen en la literatura diversos estudios acerca de la relación alexitimia o variables de personalidad similares y el cáncer. Se han encontrado evidencias de control emocional y baja expresividad emocional asociada al cáncer (Anagnostopoulos, Vaslamatzis, Markidis, Katsouyanni, Vassilaros y Stefanis, 1993, Bleiker, Van der Ploeg, Adler y Van Daal, 1995, Forsen 1991, Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss y Tunmore, 1991. Cp Cardenal, 2001), aceptación estoica de la enfermedad, resignación e inhibición emocional sin “estallar emocionalmente” que ha acelerado el proceso neoplásico generando serias dificultades en la recuperación (Greer, Morris y Pettingale, 1979, Levy y Heiden, 1990, Petingal, Morris, Greer y Haybittle, 1985 cp. Cardenal, 2001).

También se ha descrito un patrón comportamental caracterizado por la falta de expresión emocional, personas represoras, alexitímicas o representativas de la personalidad tipo C, no solo durante el cáncer sino como variable predictora (Eysenck, 1994; Gross, 1989 cp. Lopez, 2000; Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991; Morris y Greer, 1980 y Temoshok, 1987 cp. Cardenal, 2001). Se ha asociado con la reacción al estrés Racional-Antiemocional, caracterizada por la tendencia a suprimir o negar las expresiones afectivas, también con el estilo represivo de afrontamiento caracterizado por un bajo nivel de comunicación con relación a emociones negativas como ansiedad y hostilidad, lo que otros autores denominaron estilo de evitación emocional, que abarca la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, en particular la ira, siendo bajo el nivel de hostilidad y ansiedad, aunado a la presencia de neuroticismo, alto nivel de racionalidad y distancia emocional. (Cano-Vindel, Sirgo y Pérez, 1994; Grossarth-Maticeck y Eysenck, 1990, 1991; Kavan, Engdahl y Kay, 1995 cp. Cardenal, 2001 y Sanchez-Lopez, 1999 cp. Cardenal, 2001).

Dentro de este marco de referencia, se encuentra esta investigación cuyos resultados, podrían dar indicios acerca de la relación entre alexitimia y los trastornos gastrointestinales, específicamente gastritis crónica y cáncer gastrointestinal, y generando a su vez numerosas interrogantes que servirían para desarrollar nuevos focos de investigación, por ejemplo a nivel de planes para intervención psicoterapéutica.

Esta investigación se propone estudiar el comportamiento de la variable alexitimia, en personas con tres condiciones diferentes, de su sistema digestivo: con diagnóstico de: gastritis crónica, cáncer gastrointestinal, y sin diagnóstico, planteándose la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los niveles de alexitimia presentes en los grupos de personas con: gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin diagnóstico gastrointestinal y determinar, si existen diferencias en la variable alexitimia entre los diferentes grupos diagnósticos?

III. Objetivos

3.1 Objetivo General

Describir y comparar los niveles de alexitimia en tres grupos de personas con diagnóstico de: cáncer gastrointestinal, gastritis crónica y sin trastorno gastrointestinal.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir los niveles de alexitimia en el grupo de gastritis crónica.
- Describir los niveles de alexitimia en el grupo de cáncer gastrointestinal.
- Describir los niveles de alexitimia en el grupo sin trastorno gastrointestinal.
- Comparar los niveles de alexitimia entre los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.
- Comparar los niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo sin trastorno gastrointestinal.
- Comparar los niveles de alexitimia entre el grupo de cáncer gastrointestinal y el grupo sin trastorno gastrointestinal.
- Comparar los niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal.
- Describir el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones entre los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.

- Comparar el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones entre los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.
- Describir y comparar los niveles de alexitimia, puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones, relacionados al sexo.
- Describir y comparar los niveles de alexitimia, puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones, relacionados al grado de instrucción.
- Describir y comparar los niveles de alexitimia, puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones, relacionados al estado civil.
- Describir y comparar los niveles de alexitimia, el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones, relacionados a la edad.

IV. Método

4.1 Análisis de Variables

4.1.1 Variable estudiada: alexitimia.

4.1.1.1 Definición teórica.

Taylor (1994) la define como la dificultad marcada para identificar, describir y comunicar las emociones, dificultad para distinguir entre las emociones y sentimientos y las sensaciones corporales, deterioro de la capacidad de simbolización evidenciado por la pobreza de fantasías y otras actividades, preferencia por enfocar cognoscitivamente experiencias externas en lugar de experiencias internas.

4.1.1.2 Definición operacional.

Será medida a través de la Escala de Alexitimia de Toronto, las puntuaciones entre 0 y 50 indican ausencia de alexitimia, las puntuaciones entre 51 y 60 indican alexitimia moderada y las puntuaciones entre 61 y 100 indican alexitimia severa.

4.1.2 Variable seleccionada: trastorno gastrointestinal.

4.1.2.1 Definición teórica.

Cáncer gastrointestinal: tumor de células cancerosas, desarrollado en cualquier región del tracto gastrointestinal, desde el esófago hasta el recto (Berkow, 1999).

Gastritis crónica: Inflamación crónica del revestimiento mucoso del estómago, que puede ser secundaria a irritantes como los fármacos, y a infecciones bacterianas y víricas (Berkow, 1999).

Sin trastorno gastrointestinal: grupo de personas sin diagnóstico conocido de: cáncer gastrointestinal ni gastritis crónica, de acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual Merck (Berkow, 1999).

4.1.2.2 Definición operacional.

Cáncer gastrointestinal: Diagnóstico de cáncer gastrointestinal realizado por el médico oncólogo del Instituto de Oncología Dr. Luis Razzetti.

Gastritis crónica: Diagnóstico de gastritis crónica realizado por el médico gastroenterólogo del Hospital José Gregorio Hernández.

Sin trastorno gastrointestinal: personas acompañantes de los consultantes a los servicios de gastroenterología, que reportaron no tener diagnóstico de: cáncer gastrointestinal ni gastritis crónica.

4.2. Tipo de Investigación

Según los criterios de Hernández, Fernández y Baptista (1991), corresponde a un estudio descriptivo-correlacional, ya que se busca describir situaciones y eventos, decir cómo es y de qué forma se manifiesta determinado fenómeno. Se seleccionan una serie de propiedades del fenómeno y se mide cada una de ellas independientemente para describirlas. Sobre estas propiedades existen investigaciones previas, que sientan algunas bases para el estudio y también se determinan diferencias entre los grupos pero sin atribuir causalidad.

Esta investigación pretende especificar los niveles de alexitimia presentes en tres grupos de personas con diferentes condiciones gastrointestinales, medidos a través de la Escala de Alexitimia de Toronto y compararlos entre sí.

4.3 Diseño de Investigación

Corresponde a una investigación no experimental, ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables, se trata de observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo, en este caso la alexitimia. Es un diseño transeccional descriptivo-correlacional, en el cual se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta la alexitimia, se miden los niveles de alexitimia en tres grupos de personas con: gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

4.4 Participantes

4.4.1. Población.

Personas con diagnóstico de cáncer gastrointestinal que reciben tratamiento médico por consulta externa en el Servicio de Gastroenterología del Instituto de Oncología Dr. Luis Razzetti, personas con diagnóstico de gastritis crónica que reciben tratamiento médico por consulta externa en el Servicio de Gastroenterología del Hospital José Gregorio Hernández, y acompañantes de las personas consultantes de ambos grupos, pero sin diagnóstico de cáncer gastrointestinal o gastritis crónica.

4.4.2. Muestra.

Se trabajó con muestreo no probabilístico, de tipo intencional, para conformar una muestra de sujetos voluntarios; ya que se trata de muestras fortuitas que requieren de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

La muestra se constituyó con 15 personas con diagnóstico de gastritis crónica, 15 personas con diagnóstico de cáncer gastrointestinal y 15 personas sin trastorno gastrointestinal, mayores de 18 años. Las características demográficas de la muestra se

detallan a continuación.

4.4.2.1 Datos sociodemográficos.

Sexo: La muestra estuvo conformada por 23 hombres (51%) y 22 mujeres (49%), 15 personas con diagnóstico de cáncer gastrointestinal (67% hombres y 33% mujeres), 15 personas con diagnóstico de gastritis crónica (47% hombres y 53% mujeres) y 15 personas sin diagnóstico de trastorno gastrointestinal (40% hombres y 60% mujeres).

Edad: Los datos muestran que los participantes presentan edades entre 19 y 78 años; con una media de (50 ± 16.9) , una mediana de 52 años y una curtosis de $-0,781$, lo que sugiere la existencia de alta variabilidad en la edad de los participantes. La asimetría es de $-0,284$, aunque se observa alta frecuencia de edades por encima de la media, sin embargo se puede asumir que la distribución posee una tendencia hacia la normalidad estadística, tal como se observa en la figura 1.

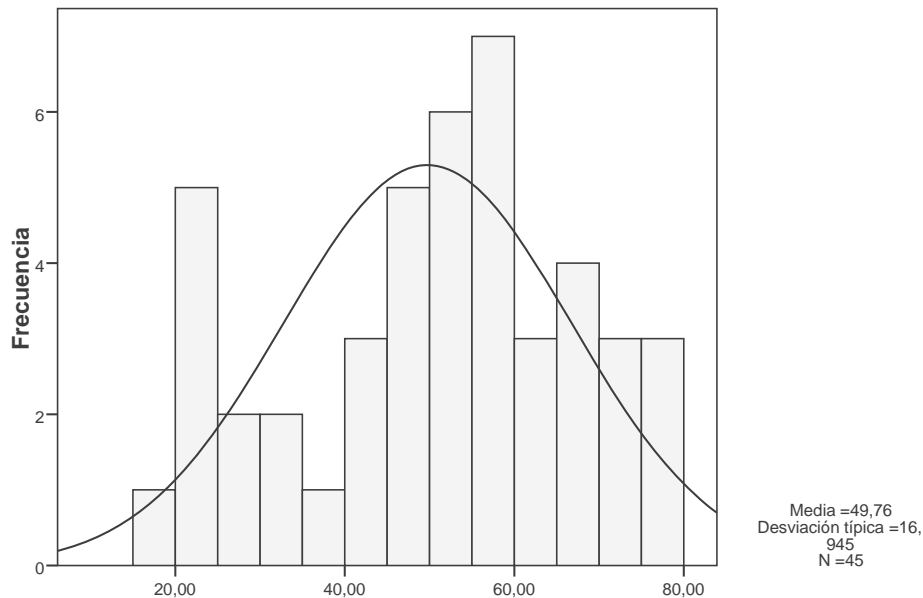


Figura 1. Histograma para la distribución de la edad.

Estado civil: En cuanto al estado civil, se constituyeron dos categorías, atendiendo al criterio de convivencia con la pareja, a saber: solteros y en convivencia con la pareja. En el grupo de solteros se incluyeron también a los viudos y divorciados, este grupo representa el 53% de la muestra (42% solteros, 4% viudos, 7% divorciados). En el grupo de convivencia con la pareja, se incluyeron los casados y concubinos, este grupo representa el 47% de la muestra (31% casados, 16% concubinos).

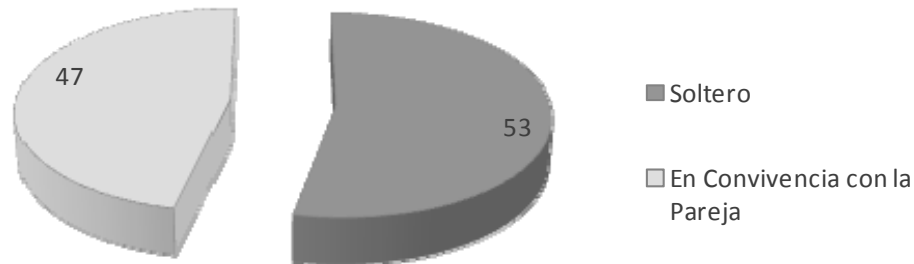


Figura 2. Distribución de las frecuencias para el estado civil de los participantes.

Ocupación: En cuanto a la ocupación de los participantes, se distribuyeron de la siguiente manera: el mayor porcentaje (62.3) corresponden a personas con ocupaciones fuera del hogar, distribuidos en 18 actividades diferentes (Ver Anexo A), seguidos de 33,3% con ocupación del hogar y 4.4% desempleados.

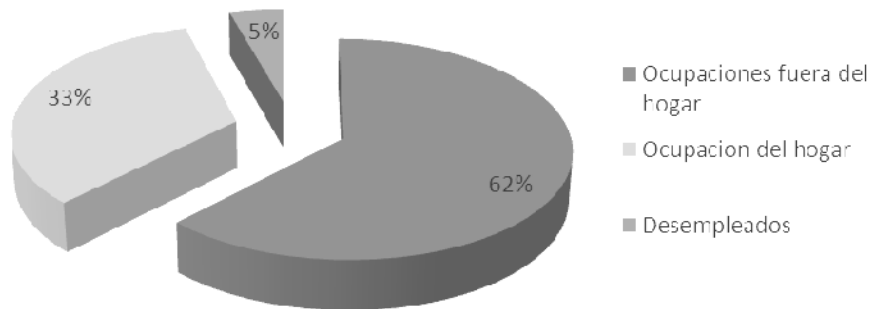


Figura 3. Distribución de las frecuencias para la ocupación de los participantes.

Grado de instrucción: Con relación al grado de instrucción, se constituyeron 3 categorías, a saber: el grupo de bachilleres o T.S.U representaron el 43% de la muestra (34% bachilleres y 9% T.S.U). Grupo de personas con instrucción hasta primaria, que incluye analfabetas, personas con primaria incompleta y con primaria completa,

representaron el 35% de la muestra (2% analfabetas, 13% con primaria incompleta, 20% con primaria completa). Mientras que el grupo de secundaria incompleta represento el 22% de la muestra. Esto se puede observar en la figura 3.

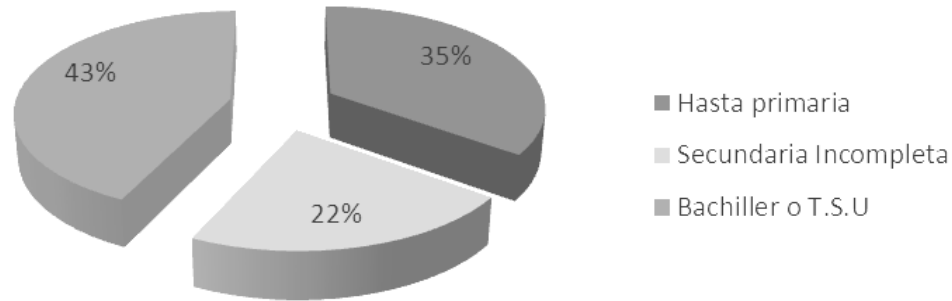


Figura 4. Distribución de las frecuencias para el grado de instrucción de los participantes.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

La escala de alexitimia de Toronto (“Toronto Alexithymia Scale” TAS-20) creada por Bagby, Parker y Taylor (1994a) procede de dos versiones anteriores de los mismos autores con mayor número de ítems (26 y 23). La versión que se presenta corresponde a la adaptación al español, realizada por Moral de la Rubia y Retamales (2000), un cuestionario autoadministrado, que consta de 20 ítems con seis posibilidades de respuesta, a través de una escala likert, que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar entre 0 y 100 puntos, tomando en consideración que los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 deben ser invertidos antes de realizar el análisis estadístico correspondiente.

4.5.1.1 Subescalas o dimensiones.

Dificultad para la discriminación de señales emocionales: referida a la dificultad para dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o

fisiológicas que acompañan la activación emocional, y utilizar los síntomas fisiológicos como señales internas para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, el miedo de la cólera, la ansiedad de la tristeza (Jódar y cols., 2000; Moral de la Rubia y Retamales, 2000; Páez y cols., 1999).

Dificultad en la expresión verbal de las emociones: dificultad para describir los sentimientos a los demás, podría verbalizar una emoción, pero no describir lo que siente (Jódar y cols., 2000; Moral de la Rubia y Retamales, 2000; Páez y cols., 1999).

Pensamiento orientado hacia detalles externos: actitudes orientadas hacia la tarea (Moral de la Rubia y Retamales, 2000).

Tabla 1.
Dimensiones de la Escala de Alexitimia de Toronto.

Dimensiones	Ítems
Dificultad para la discriminación de señales emocionales	1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14
Dificultad en la expresión verbal de las emociones	2, 4, 11, 12 y 17
Pensamiento orientado hacia detalles externos	5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20

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 es de 0,77 (Bagby, Parker y Taylor, 1994b).

En la validación española (Moral de la Rubia y Retamales, 2000), la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Estos datos son estadísticamente similares a los obtenidos en la otra validación española (Martínez-Sánchez, 1996).

4.6 Materiales

- 45 protocolos de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

- 45 hojas de datos de identificación.
- 45 hojas de consentimiento informado
- Lápices

4.7 Procedimiento

- Contacto con el Servicio de Gastroenterología del Hospital José Gregorio Hernández para captar pacientes con diagnóstico de gastritis crónica, con ayuda del médico especialista.
- Contacto con el Instituto de Oncología Dr. Luis Razzetti para captar pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, con ayuda del médico especialista.
- Contacto con el paciente seleccionado, realizando el siguiente procedimiento:
 1. Solicitud de autorización del paciente, para la aplicación de la Escala de Alexitimia de Toronto y el empleo de los resultados obtenidos con fines de investigación. Se le explica en términos generales de qué se trata la prueba y se le plantea la posibilidad de recibir la devolución de resultados si así lo desea. Si el paciente está de acuerdo con lo planteado, suscribe la hoja de consentimiento informado (Ver Anexo B), la cual debe firmar.
 2. Recolección de datos de identificación del paciente, si desea la devolución de resultados se toma nota de un número telefónico y se notifica que será contactado al finalizar la investigación, para lo cual se le suministra la hoja de datos de identificación (Anexo C).
 3. Aplicación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), explicando al paciente el procedimiento de llenado de la planilla, suministrando el protocolo de la Escala de Alexitimia de Toronto (Anexo D).

- Contacto con acompañantes de pacientes, sin diagnóstico de trastornos gastrointestinales, tanto en el Servicio de Gastroenterología del Hospital José Gregorio Hernández como en el Instituto de Oncología Dr. Luis Razzetti, para la aplicación de la Escala de Alexitimia de Toronto. Se procede de forma similar como con los pacientes con diagnóstico de trastornos gastrointestinales.
- Procesamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó con la ayuda del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.
- Interpretación de resultados obtenidos.

V. Resultados

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la presente investigación, se han llevado a cabo una serie de cálculos estadísticos con el uso del programa SPSS en su versión 15.0. Los mismos han incluido, estadísticos descriptivos de frecuencia, tendencia central (media y mediana) y de dispersión o variabilidad (mínimo - máximo y desviación típica). Además, se aplican pruebas de contraste: pruebas de Chí cuadrado, prueba t de Student para grupos independientes, pruebas de ANOVA de un factor y Coeficiente de Pearson y pruebas post hoc de Tukey y Duncan.

5.1 Niveles de Alexitimia en el Grupo de Gastritis Crónica

La siguiente tabla muestra los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de gastritis crónica. La mayoría de las personas (60%) presentaron alexitimia severa, seguido de 26,7% con ausencia de alexitimia y 13,3% con alexitimia moderada.

Tabla 2.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de gastritis crónica.

Gastritis Crónica			
Nivel de Alexitimia	Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa
Frecuencia	4	2	9
%	26,7%	13,3%	60,0%

5.2 Niveles de Alexitimia en el Grupo de Cáncer Gastrointestinal

En la tabla 3 se observan los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de cáncer gastrointestinal. En este grupo la mayoría de las personas presentaron alexitimia severa (60%), seguido de 20% con alexitimia moderada y 20% con ausencia de alexitimia.

Tabla 3.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo de cáncer gastrointestinal.

Cáncer Gastrointestinal			
Nivel de Alexitimia	Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa
Frecuencia	3	3	9
%	20,0%	20,0%	60,0%

5.3 Niveles de Alexitimia en el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal

La tabla 4 muestra los resultados de los estadísticos de contingencia para las categorías de alexitimia en el grupo sin trastorno gastrointestinal, distribuidas en la siguiente forma: más de la mitad de la muestra (53,3%) presentó ausencia de alexitimia, seguido de 26,7% con alexitimia severa y 20% con alexitimia moderada.

Tabla 4.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia en el grupo sin trastorno gastrointestinal.

Sin Trastorno Gastrointestinal			
Nivel de Alexitimia	Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa
Frecuencia	8	3	4
%	53,3%	20,0%	26,7%

5.4 Comparación de Niveles de Alexitimia entre los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal

La tabla 5 muestra los resultados de las pruebas de Chi cuadrado para los niveles de alexitimia según el tipo de trastorno gastrointestinal, indicando que las diferencias no son estadísticamente significativas entre los tres grupos de trabajo ($\text{Chi}_{[0.05;4]} = 5.323$; $p=.256$), a pesar de esto, se observa una tendencia del grupo de personas con gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal a presentar alexitimia severa y una tendencia del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia. Esto se ilustra en la Figura 5.

Tabla 5.

Pruebas de Chi cuadrado para comparación de niveles de alexitimia entre los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,323(a)	4	,256
Razón de verosimilitudes	5,456	4	,244
Asociación lineal por lineal	2,382	1	,123
N de casos válidos	45		

A 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,67.

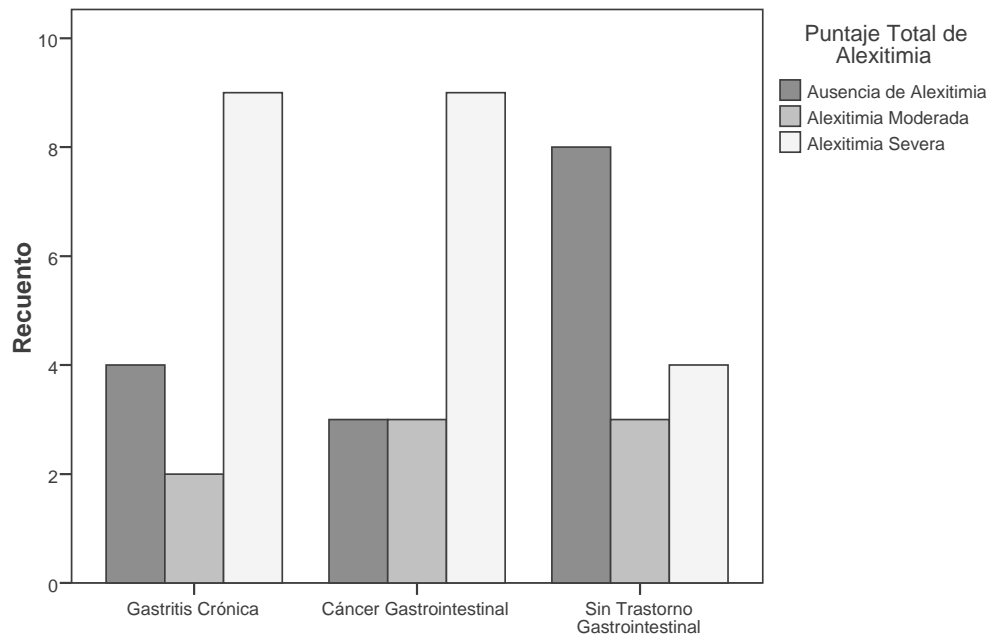


Figura 5. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.

5.5 Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo de Gastritis Crónica y el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal

En la tabla 6 se exponen los resultados de las pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo sin

trastorno gastrointestinal, indicando que las diferencias entre estos grupos no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{[0,05;2]} = 3,456$; $p = .178$), a pesar de esto, se observa una tendencia del grupo de personas con gastritis crónica a presentar alexitimia severa y una tendencia del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia. Esto se ilustra en la Figura 6.

Tabla 6.

Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el Grupo de gastritis crónica y el grupo sin trastorno gastrointestinal.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,456(a)	2	,178
Razón de verosimilitudes	3,534	2	,171
Asociación lineal por lineal	3,136	1	,077
N de casos válidos	30		

A 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,50.

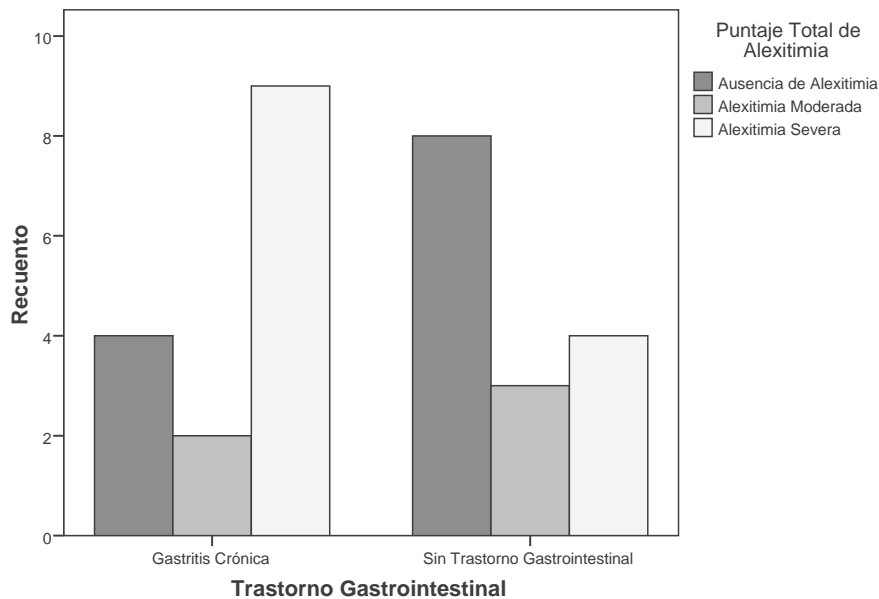


Figura 6. Distribución de Frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica y sin trastorno gastrointestinal.

5.6 Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo con Cáncer Gastrointestinal y el Grupo Sin Trastorno Gastrointestinal

La tabla 7 muestra los resultados de las pruebas de Chi cuadrado para las comparaciones de niveles de alexitimia entre el grupo de cáncer gastrointestinal y el grupo sin trastorno gastrointestinal, indicando que las diferencias no son estadísticamente significativas entre los tres grupos de trabajo ($\chi^2_{[0,05;2]} = 4,196$; $p=.123$), sin embargo, se observa una tendencia del grupo de personas con cáncer gastrointestinal a presentar alexitimia severa y una tendencia del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia. Esto se ilustra en la Figura 7.

Tabla 7.

Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el grupo de cáncer gastrointestinal y el grupo sin trastorno gastrointestinal.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,196(a)	2	,123
Razón de verosimilitudes	4,332	2	,115
Asociación lineal por lineal	4,050	1	,044
N de casos válidos	30		

A 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,00.

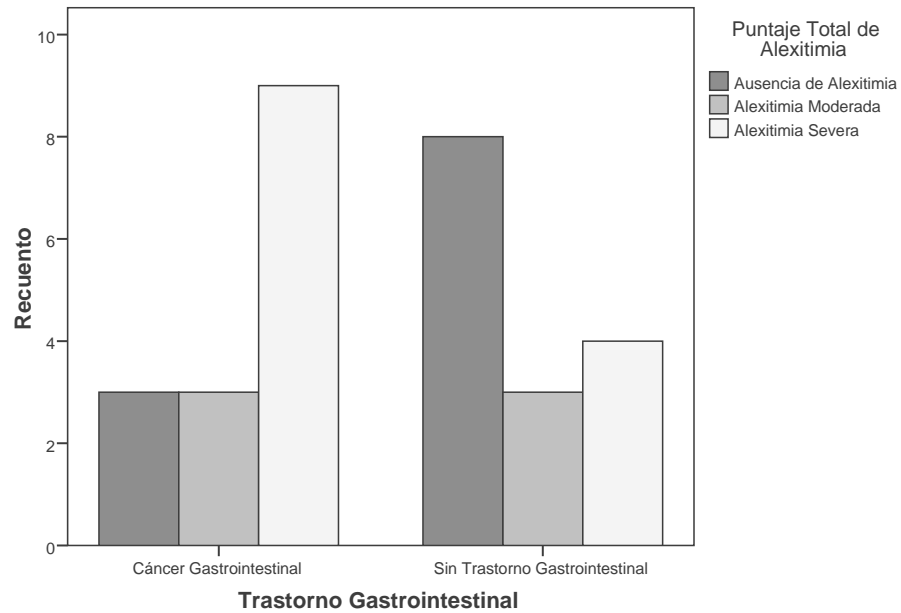


Figura 7. Distribución de Frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.

5.7 Comparación de Niveles de Alexitimia entre el Grupo de Gastritis Crónica y el Grupo de Cáncer Gastrointestinal

La tabla 8 muestra los resultados de las pruebas de Chi cuadrado para las comparaciones de niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal, indicando que las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{[0.05;2]} = 0,342$; $p = .842$), se observan puntuaciones muy cercanas entre ambos grupos. Esto se ilustra en la Figura 8.

Tabla 8.

Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,343(a)	2	,842
Razón de verosimilitudes	,345	2	,842
Asociación lineal por lineal	,046	1	,830
N de casos válidos	30		

A 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,50.

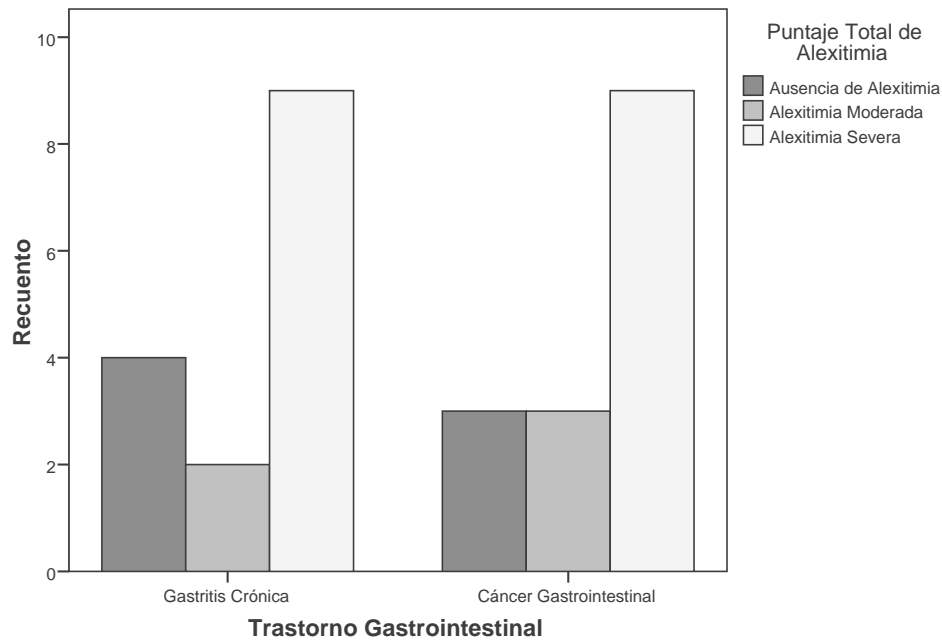


Figura 8. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia en los grupos de gastritis crónica y cáncer gastrointestinal.

5.8 Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones en los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal

En la tabla 9 se presentan los resultados del puntaje total de alexitimia en los diferentes grupos de trabajo, se observa que la media más alta corresponde al grupo de gastritis crónica (61,47), aunque presenta mayor dispersión de sus datos (17,43), seguido del grupo

de cáncer gastrointestinal (59,33) y sin trastorno gastrointestinal (51,87), que presenta la media más baja. Si se compara la media del grupo total (57,56) con los grupos de trabajo se observa la misma tendencia. Esto se ilustra en la figura 9.

Tabla 9.

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia en los grupos de gastritis crónica, cáncer gastrointestinal y sin trastorno gastrointestinal.

Puntaje Total de Alexitimia				
	NSs = 15	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Gastritis crónica		(61,47 ± 17,43)	31	85
Cáncer gastrointestinal		(59,33 ± 12,49)	33	82
Sin trastorno gastrointestinal		(51,87 ± 13,04)	30	77
Total		(57,56 ± 14,76)	30	85

En la tabla 10 se presentan los resultados del puntaje de dificultad para discriminación de señales emocionales en los diferentes grupos de trabajo, se observa que la media más alta corresponde al grupo de gastritis crónica (18,53), seguido del grupo de cáncer gastrointestinal (12,27) y sin trastorno gastrointestinal (9,87), que presenta la media más baja. Si se compara la media del grupo total (13,56) con los grupos de trabajo se observa la misma tendencia con relación al grupo de gastritis crónica y sin trastorno gastrointestinal, no así en el grupo de cáncer gastrointestinal, que puntúa con una media inferior a la del grupo total. Esto se ilustra en la figura 9.

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos para el puntaje de dificultad para discriminación de señales emocionales en los grupos de grupos de trabajo.

Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales				
	NSs = 15	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Gastritis crónica		(18,53 ± 9,44)	3	33
Cáncer gastrointestinal		(12,27 ± 6,52)	0	22
Sin trastorno gastrointestinal		(9,87 ± 5,77)	1	21
Total		(13,56 ± 8,13)	0	33

La tabla 11 muestra los resultados del puntaje de dificultad en la expresión verbal de las emociones en los diferentes grupos de trabajo, se observa que la media más alta corresponde al grupo de cáncer gastrointestinal (19,53), seguido del grupo de gastritis crónica (17,47) y sin trastorno gastrointestinal (17,00), que presenta la media más baja. Sin embargo, se observa que la diferencia entre las medias de los tres grupos son mínimas, de igual manera todas se encuentran cercanas a la media total, lo que parece indicar que esta dimensión no permite discriminar entre los diferentes grupos diagnósticos ya que se distribuyen en forma similar. Esto se ilustra en la figura 9.

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos para el puntaje de dificultad en la expresión verbal de las emociones en los tres grupos de trabajo.

Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones				
	NSs = 15	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Gastritis crónica		(17,47 ± 5,40)	10	28
Cáncer gastrointestinal		(19,53 ± 5,10)	9	29
Sin trastorno gastrointestinal		(17,00 ± 4,44)	8	24
Total		(18,00 ± 5,00)	8	29

En la tabla 12 se presentan los resultados del puntaje de pensamiento orientado hacia detalles externos en los diferentes grupos de trabajo, se observa que la media más alta corresponde al grupo de cáncer gastrointestinal (27,53), seguido del grupo de gastritis crónica (25,47) y el grupo sin trastorno gastrointestinal (25,00) presenta la media más baja. Se observa que la diferencia entre las medias de los tres grupos son mínimas, encontrándose también cercanas a la media total (26,00), lo que parece indicar que esta dimensión no permite discriminar entre los diferentes grupos diagnósticos. Esto se ilustra en la figura 9.

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos para el puntaje de pensamiento orientado hacia detalles externos en los tres grupos de trabajo.

Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos				
	NSs = 15	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Gastritis crónica		(25,47 ± 5,40)	18	36
Cáncer gastrointestinal		(27,53 ± 5,10)	17	37
Sin trastorno gastrointestinal		(25,00 ± 4,44)	16	32
Total		(26,00 ± 5,00)	16	37

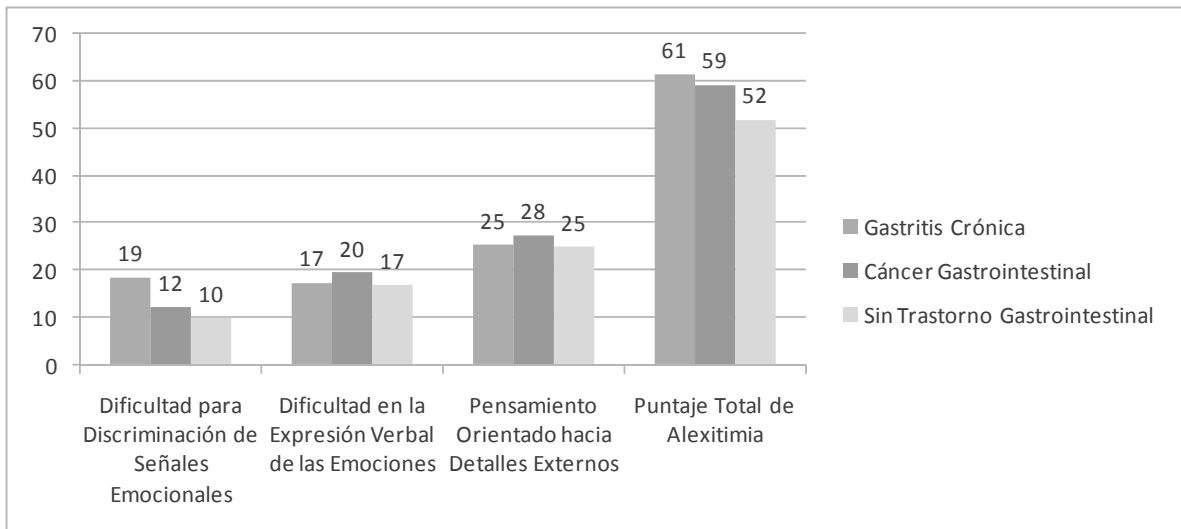


Figura 9: Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones en los tres grupos de trabajo.

5.9 Comparación del Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones entre los Grupos de Gastritis Crónica, Cáncer Gastrointestinal y Sin Trastorno Gastrointestinal

En la tabla 13 se exponen los resultados de la prueba de ANOVA para el contraste de las medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el diagnóstico gastrointestinal, indicando diferencias estadísticamente significativas ($F_{2/42}=5,465$;

p=0,008) en la dificultad para la discriminación de señales emocionales, mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los casos de puntaje total de alexitimia ($F_{2/42}=1,815$; p=0,175), dificultad en la expresión verbal de las emociones ($F_{2/42}=1,093$; p=0,344) y pensamiento orientado hacia los detalles externos ($F_{2/42}=1,093$; p=0,344).

Tabla 13.

Prueba de ANOVA para el contraste de medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones entre los tres grupos de trabajo.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntaje Total de Alexitimia	Inter-grupos	762,311	2	381,156	1,815	,175
	Intra-grupos	8818,800	42	209,971		
	Total	9581,111	44			
Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Inter-grupos	600,711	2	300,356	5,465	,008
	Intra-grupos	2308,400	42	54,962		
	Total	2909,111	44			
Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Inter-grupos	54,533	2	27,267	1,093	,344
	Intra-grupos	1047,467	42	24,940		
	Total	1102,000	44			
Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Inter-grupos	54,533	2	27,267	1,093	,344
	Intra-grupos	1047,467	42	24,940		
	Total	1102,000	44			

A partir de los resultados arrojados por el ANOVA de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajo en la dimensión dificultad para discriminación de señales emocionales, se llevó a cabo una prueba de comparaciones pareadas, con el fin de identificar específicamente entre cuales grupos se encuentran dichas diferencias.

En la tabla 14 se muestran los resultados de las comparaciones pareadas entre los grupos en la dimensión dificultad para discriminación de señales emocionales, indicando que los puntajes más altos se encuentran en las personas con gastritis crónica (media=18,53), mientras que los más bajos se encuentran en las personas sin trastorno gastrointestinal (media= 9,86), siendo estas diferencias estadísticamente significativas,

mientras que el grupo de cáncer gastrointestinal se situó en un punto medio (media= 12,27) que no se diferencia significativamente de los otros dos grupos.

Estos resultados indican que el grupo de gastritis crónica presenta un nivel significativamente mayor de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, en comparación con el grupo sin trastorno gastrointestinal, mientras que el grupo de cáncer gastrointestinal se sitúa en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los casos de puntaje total de alexitimia, indicando niveles de alexitimia en general similares en los tres grupos, con una tendencia ligeramente superior en el grupo de gastritis crónica. Tampoco en cuanto a la dificultad en la expresión verbal de las emociones tampoco se registraron diferencias estadísticamente significativas, indicando que los tres grupos mostraron niveles similares en cuanto a la dificultad para describir los sentimientos a los demás, aunque ligeramente más elevado en el caso del grupo de cáncer gastrointestinal. A su vez, el pensamiento orientado hacia los detalles externos no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajo, implicando la similitud entre los grupos en cuanto a actitudes orientadas hacia la tarea, si bien es ligeramente superior en el grupo de cáncer gastrointestinal.

Tabla 14.

Prueba de subconjuntos homogéneos de Tukey para el contraste de las diferencias entre las medias para la Dificultad en la discriminación de señales emocionales.

Trastorno Gastrointestinal	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Sin Trastorno Gastrointestinal	15	9,8667	
Cáncer Gastrointestinal	15	12,2667	12,2667
Gastritis Crónica	15		18,5333
Sig.		,652	,065

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 15,000.

5.10 Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Sexo

La tabla 15 muestra los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el sexo. En el grupo de los hombres 43,5% presentaron ausencia de alexitimia, seguido de un 39,1% presento alexitimia severa y finalmente un 17,4% con alexitimia moderada. Mientras que en el grupo de las mujeres se distribuyó de la siguiente forma: 59,1% presentaron alexitimia severa, seguido de un 33,3% con ausencia de alexitimia y un 17,8% alexitimia moderada.

Tabla 15.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el sexo.

		Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa	Total	
Sexo	Masculino	Recuento	10	4	9	23
		% de Sexo	43,5%	17,4%	39,1%	100,0%
	Femenino	Recuento	5	4	13	22
		% de Sexo	22,7%	18,2%	59,1%	100,0%
Total		Recuento	15	8	22	45
		% de Sexo	33,3%	17,8%	48,9%	100,0%

En la tabla 16 se presentan los datos cruzados del sexo con los niveles de alexitimia. Los resultados muestran que, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{[0.05;2]} = 2.373$; $p = .305$), se observa una tendencia de las mujeres a presentar alexitimia severa; en tanto que, los hombres tienden a presentar ausencia de alexitimia. Estos resultados se ilustran en la figura 10.

Tabla 16.

Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia según el sexo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,373(a)	2	,305
Razón de verosimilitudes	2,408	2	,300
Asociación lineal por lineal	2,283	1	,131
N de casos válidos	45		

A 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,91.

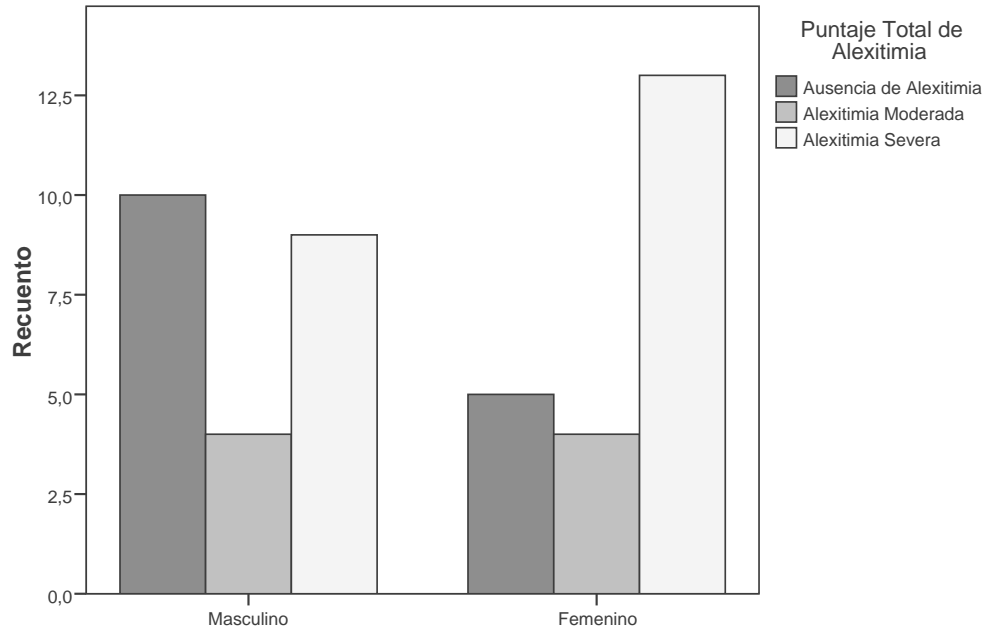


Figura 10. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el sexo.

En la tabla 17 se presentan los resultados del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo. Con relación al puntaje total de alexitimia, se observa que la media más alta corresponde al sexo femenino (63,00), mientras que el sexo masculino obtuvo una media de 52,35. En la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta corresponde a las mujeres (16,45), los hombres obtuvieron 10,78. En cuanto a la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo también el sexo femenino (19,27), mientras que el sexo masculino obtuvo 16,78. Y finalmente, en el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta corresponde a las mujeres (27,27), mientras que los hombres obtuvieron una media de 24,78. Como se puede observar las mujeres obtuvieron medias más altas tanto en el puntaje total de alexitimia como en los puntajes de las tres dimensiones de alexitimia. Esto se ilustra en la figura 11.

Tabla 17.

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Masculino	23	10,78	7,07	1,47
	Femenino	22	16,45	8,30	1,77
Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Masculino	23	16,78	4,32	,90
	Femenino	22	19,27	5,44	1,16
Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Masculino	23	24,78	4,32	,90
	Femenino	22	27,27	5,44	1,16
Puntaje Total de Alexitimia	Masculino	23	52,35	12,47	2,60
	Femenino	22	63,00	15,25	3,25

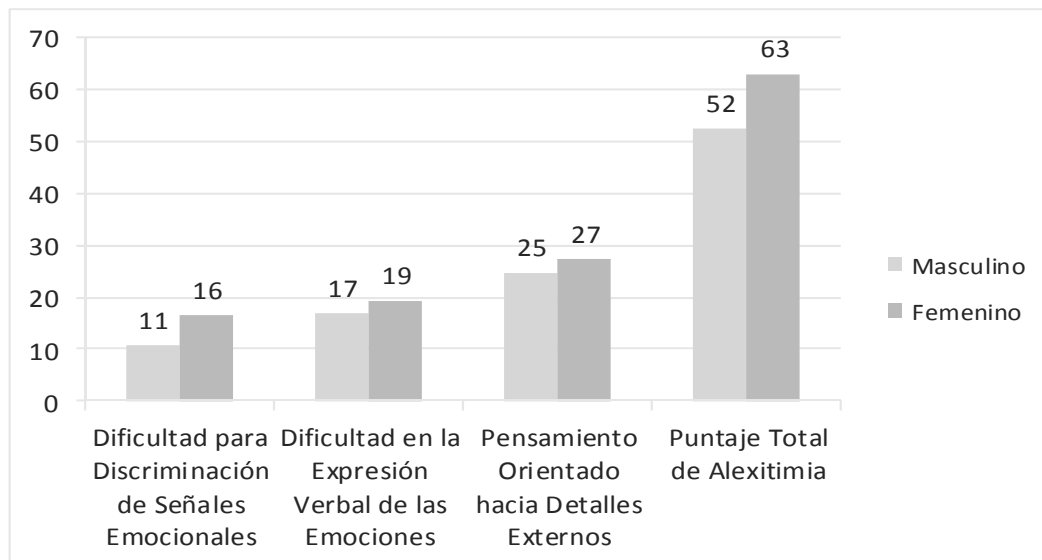


Figura 11. Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.

En la tabla 18 se exponen los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes con varianzas iguales, indicando diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza del 95%, en las medias de las medidas de alexitimia entre

hombres y mujeres, en la dificultad para la discriminación de señales emocionales ($t_{43}=-2,471$; $p=0,018$) y el puntaje total ($t_{43}=-2.570$; $p=0.014$), lo cual indica que las mujeres presentan niveles significativamente mayores en comparación con los hombres, en cuanto a la alexitimia en general y con relación a la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad en la expresión verbal de las emociones ($t_{43}=-1.704$; $p=0.096$) indicando que hombres y mujeres presentaron niveles similares en cuanto a la dificultad para describir los sentimientos a los demás, aunque ligeramente más elevado en el caso del sexo femenino. El pensamiento orientado hacia los detalles externos tampoco arrojó diferencias estadísticamente significativas ($t_{43}=-1.704$; $p=0.096$), implicando la similitud entre hombres y mujeres en cuanto a actitudes orientadas hacia la tarea, aunque es ligeramente superior en el sexo femenino.

Tabla 18.

Prueba t de Student para el contraste de las medias del puntaje de alexitimia y puntaje por dimensiones según el sexo.

	Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Puntaje Total de Alexitimia
	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales
t	-2,471	-1,704	-1,704	-2,570
gl	43	43	43	43
Sig. (bilateral)	,018	,096	,096	,014
Diferencia de medias	-5,67194	-2,49012	-2,49012	-10,65217
Error típ. de la diferencia	2,29532	1,46115	1,46115	4,14450
95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior	-10,30088	-5,43681	-19,01036
	Superior	-1,04299	,45657	,45657

5.10 Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Grado de Instrucción

En la tabla 19 se exponen los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el grado de instrucción. En el grupo de instrucción hasta primaria 68,8% presentaron alexitimia severa, seguido de un 25,0% que presentó alexitimia moderada y finalmente un 6,3% con ausencia de alexitimia. El grupo de secundaria incompleta se distribuyó de la siguiente manera: 45,5%, 27,3% alexitimia moderada y 27,3% ausencia de alexitimia. Por su parte, en el grupo de bachiller o T.S.U la mayoría obtuvieron ausencia de alexitimia (61,1%), seguido de 33,3% con alexitimia severa y 5,6% con alexitimia moderada.

Tabla 19.

Estadísticos de contingencia para las categorías de alexitimia según el grado de instrucción.

Grado de Instrucción		Puntaje Total de Alexitimia			Total
		Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa	
Hasta Primaria	Recuento	1	4	11	16
	% de Grado de Instrucción	6,3%	25,0%	68,8%	100,0%
Secundaria Incompleta	Recuento	3	3	5	11
	% de Grado de Instrucción	27,3%	27,3%	45,5%	100,0%
Bachiller o T.S.U	Recuento	11	1	6	18
	% de Grado de Instrucción	61,1%	5,6%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	15	8	22	45
	% de Grado de Instrucción	33,3%	17,8%	48,9%	100,0%

En la tabla 20 se presentan los datos cruzados del grado de instrucción con los niveles de alexitimia. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza del 95% entre los grupos ($\chi^2_{[0.05;4]} = 12.557$; $p = 0.014$), la mayoría de las personas con un nivel de alexitimia severa presentan un grado de instrucción hasta primaria o menos; en tanto que, las personas con ausencia de alexitimia suelen presentar un grado de instrucción de bachiller o T.S.U. Estos resultados se ilustran en la figura 12.

Tabla 20.

Prueba de Chi cuadrado para las categorías de alexitimia según el grado de instrucción.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,557(a)	4	.014
Razón de verosimilitudes	13,928	4	,008
Asociación lineal por lineal	7,939	1	,005
N de casos válidos	45		

A 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,96.

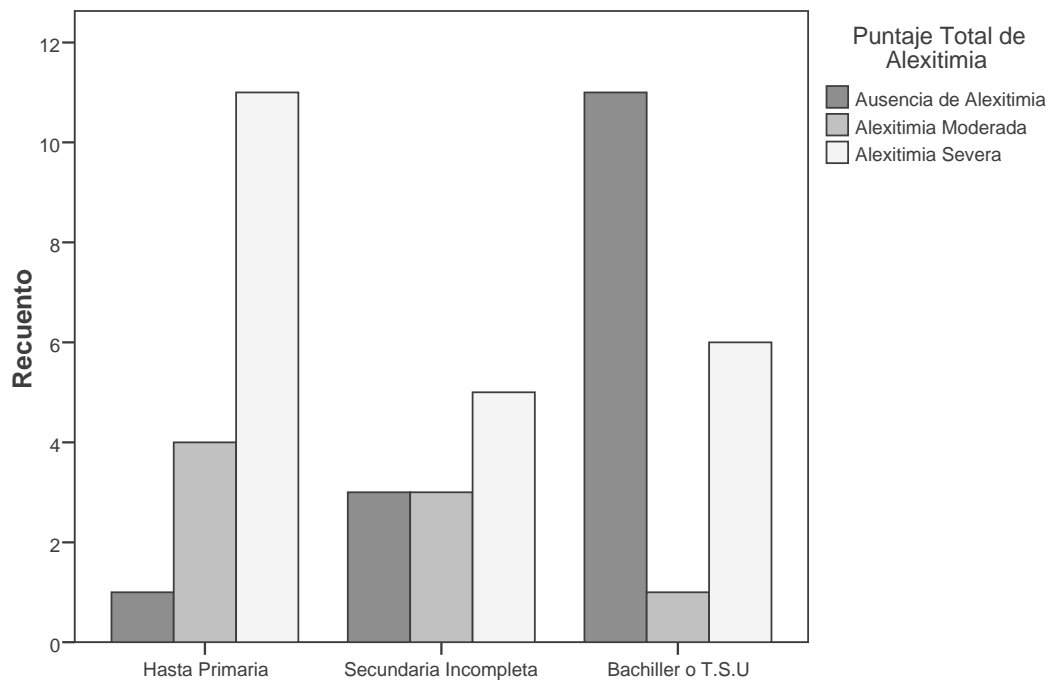


Figura 12. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el grado de instrucción.

En la tabla 21 se presentan los resultados del puntaje total de alexitimia según el grado de instrucción, se observa que la media más alta corresponde al grupo de instrucción hasta primaria (64,94), seguido del grupo de secundaria incompleta (57,00) y bachiller o T.S.U (51,33), que presenta la media más baja. Si se compara la media del grupo total (57,56) con los grupos de trabajo se observa la misma tendencia.

Tabla 21.

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia según el grado de instrucción.

Puntaje Total de Alexitimia			
	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Hasta primaria	(64,94 ± 14,07)	31	85
Secundaria incompleta	(57,00 ± 12,85)	33	76
Bachiller o T.S.U	(51,33 ± 14,11)	30	77
Total	(57,56 ± 14,76)	30	85

En la tabla 22 se presentan los resultados del puntaje de dificultad para discriminación de señales emocionales según el grado de instrucción, se observa que la media más alta corresponde al grupo de instrucción hasta primaria (15,94), seguido del grupo de secundaria incompleta (14,82) y finalmente el grupo de bachiller o T.S.U (10,67), que presenta la media más baja. Si se compara la media del grupo total (13,56) con los grupos se observa la misma tendencia. Esto se ilustra en la figura 13.

Tabla 22.

Estadísticos descriptivos para dificultad para discriminación de señales emocionales según el grado de instrucción.

Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales			
	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Hasta primaria	(15,94 ± 7,10)	3	32
Secundaria incompleta	(14,82 ± 7,56)	6	28
Bachiller o T.S.U	(10,67 ± 8,82)	0	33
Total	(13,56 ± 8,13)	0	33

La tabla 23 muestra los resultados del puntaje de dificultad en la expresión verbal de las emociones según el grado de instrucción, la media más alta la obtuvo el grupo de instrucción hasta primaria (20,50), seguido del grupo de secundaria incompleta (17,00) y bachiller o T.S.U (16,33), que presenta la media más baja. Si se compara la media del

grupo total (18,00) con los grupos se observa la misma tendencia con relación al grupo de instrucción hasta primaria y bachiller o T.S.U, no así en el grupo de secundaria incompleta, que puntúa con una media inferior a la del grupo total. Esto se ilustra en la figura 13.

Tabla 23.

Estadísticos descriptivos para dificultad en la expresión verbal de las emociones según el grado de instrucción.

Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones			
	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Hasta primaria	(20,50 ± 5,54)	10	29
Secundaria incompleta	(17,09 ± 4,50)	9	23
Bachiller o T.S.U	(16,33 ± 4,06)	8	23
Total	(18,00 ± 5,00)	8	29

En la tabla 24 se presentan los resultados del puntaje de pensamiento orientado hacia detalles externos según el grado de instrucción, la media más alta corresponde al grupo de instrucción hasta primaria (28,50), seguido del grupo de secundaria incompleta (25,09) y el grupo de bachiller o T.S.U (24,33) presenta la media más baja. Si se compara la media del grupo total (26,00) con los grupos se observa la misma tendencia con relación al grupo de instrucción hasta primaria y bachiller o T.S.U, no así en el grupo de secundaria incompleta, que puntúa con una media inferior a la del grupo total. Esto se ilustra en la figura 13.

Tabla 24.

Estadísticos descriptivos para pensamiento orientado hacia detalles externos según el grado de instrucción.

Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos			
	(X ± S)	Mínimo	Máximo
Hasta primaria	(28,50 ± 5,54)	18	37
Secundaria incompleta	(25,09 ± 4,50)	17	31
Bachiller o T.S.U	(24,33 ± 4,06)	16	31
Total	(26,00 ± 5,00)	16	37

Como se puede observar las mujeres obtuvieron medias más altas tanto en el puntaje total de alexitimia como en los puntajes de las tres dimensiones de alexitimia.

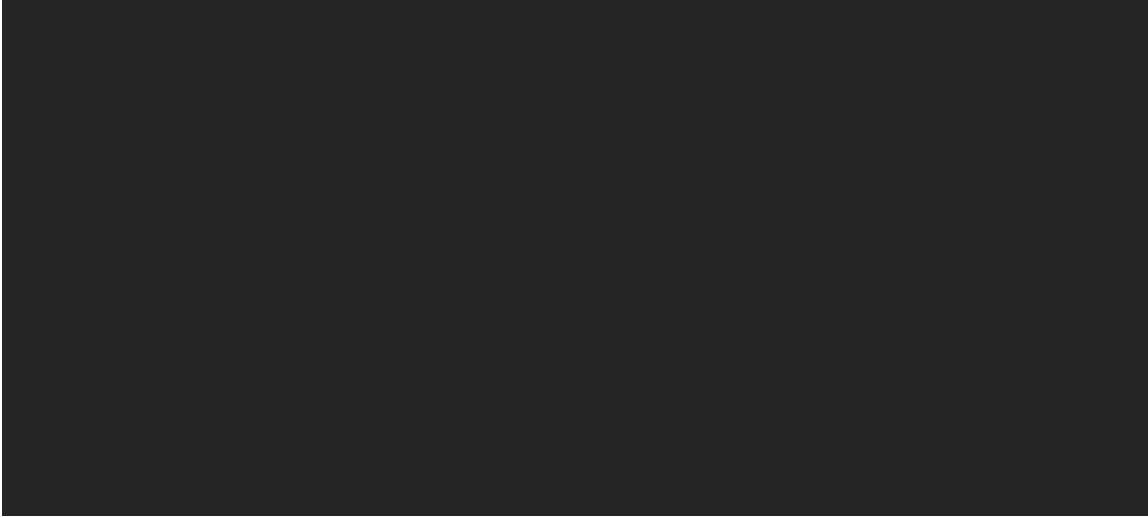


Figura 13. Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el grado de instrucción.

En la tabla 25 se exponen los resultados de la prueba de ANOVA para el contraste de las medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el grado de instrucción, indicando diferencias estadísticamente significativas para los casos de puntaje total de alexitimia ($F_{2/42}=4,122$; $p=0,023$), dificultad en la expresión verbal de las emociones ($F_{2/42}=3,543$; $p=0,038$) y pensamiento orientado hacia los detalles externos ($F_{2/42}=3,543$; $p=0,038$), mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad para la discriminación de señales emocionales ($F_{2/42}=2,048$; $p=0,142$).

Tabla 25.

Prueba de ANOVA para el contraste de medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el grado de instrucción.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Inter-grupos	258,537	2	129,269	2,048	,142
	Intra-grupos	2650,574	42	63,109		
	Total	2909,111	44			
Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Inter-grupos	159,091	2	79,545	3,543	,038
	Intra-grupos	942,909	42	22,450		
	Total	1102,000	44			
Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Inter-grupos	159,091	2	79,545	3,543	,038
	Intra-grupos	942,909	42	22,450		
	Total	1102,000	44			
Puntaje Total de Alexitimia	Inter-grupos	1572,174	2	786,087	4,122	,023
	Intra-grupos	8008,938	42	190,689		
	Total	9581,111	44			

A partir de los resultados arrojados por el ANOVA de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el puntaje total de alexitimia, la dificultad en la expresión verbal de las emociones y en el pensamiento orientado hacia detalles externos, se llevó a cabo una prueba de comparaciones pareadas, con el fin de identificar específicamente entre cuales grupos se encuentran dichas diferencias.

En la tabla 26 se muestran los resultados de las comparaciones pareadas entre los grupos en el puntaje total de alexitimia, indicando que los puntajes más altos se encuentran en las personas con instrucción hasta primaria (media= 64,94), mientras que los más bajos se encuentran en los bachilleres o T.S.U (media= 51,33), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio (media= 57,00) que no se diferencia significativamente de los otros dos grupos.

Estos resultados indican que el grupo de instrucción hasta primaria presenta un nivel significativamente mayor de alexitimia en general, en comparación con el grupo de

bachiller o T.S.U, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características.

Tabla 26.

Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para el puntaje total de alexitimia.

Grado de Instrucción	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Bachiller o T.S.U	18	51,3333	
Secundaria Incompleta	11	57,0000	57,0000
Hasta Primaria	16		64,9375
Sig.		,278	,131

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 14,356.
- b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

En la tabla 27 se muestran los resultados de las comparaciones pareadas entre los grupos en la dimensión dificultad en la expresión verbal de las emociones, indicando que los puntajes más altos se encuentran en las personas con instrucción hasta primaria (media= 20,50), mientras que los más bajos se encuentran en los bachilleres o T.S.U (media= 16,33), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio (media= 17,09) que no se diferencia significativamente de los otros dos grupos.

Estos resultados indican que el grupo de instrucción hasta primaria presenta un nivel significativamente mayor de dificultad para describir los sentimientos a los demás, en comparación con el grupo de bachiller o T.S.U, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características, aunque más cercano al grupo de bachiller o T.S.U.

Tabla 27.

Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para la dificultad en la expresión verbal de las emociones.

Grado de Instrucción	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Bachiller o T.S.U	18	16,3333	
Secundaria Incompleta	11	17,0909	17,0909
Hasta Primaria	16		20,5000
Sig.		,671	,061

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 14,356.
- b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

En la tabla 28 se muestran los resultados de las comparaciones pareadas entre los grupos en la dimensión pensamiento orientado hacia los detalles externos, indicando que los puntajes más altos se encuentran en las personas con instrucción hasta primaria (media= 28,50), mientras que los más bajos se encuentran en los bachilleres o T.S.U (media= 24,33), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio (media= 25,09) que no se diferencia significativamente de los otros dos grupos.

Estos resultados indican que el grupo de instrucción hasta primaria presenta un nivel significativamente mayor de actitudes orientadas hacia la tarea, en comparación con el grupo de bachiller o T.S.U, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características, aunque más cercano al grupo de bachiller o T.S.U.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad para discriminación de señales emocionales, indicando niveles de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar

cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, similares en los tres grupos de grado de instrucción, con una tendencia superior en el grupo de instrucción hasta primaria.

Tabla 28.

Prueba de subconjuntos homogéneos de Duncan para el contraste de las diferencias entre las medias para el pensamiento orientado hacia detalles externos.

Grado de Instrucción	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Bachiller o T.S.U	18	24,3333	
Secundaria Incompleta	11	25,0909	25,0909
Hasta Primaria	16		28,5000
Sig.		,671	,061

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 14,356.
- b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

5.11 Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados al Estado Civil

La tabla 29 muestra los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el estado civil. En el grupo de los solteros 45,8% presentaron alexitimia severa, seguido de un 33,3% que presento ausencia de alexitimia y finalmente un 20,8% con alexitimia moderada. Mientras que en convivencia con la pareja se distribuyó de la siguiente forma: 52,4% presentaron alexitimia severa, seguido de un 33,3% con ausencia de alexitimia y un 14,3% alexitimia moderada.

Tabla 29.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según el estado civil.

		Puntaje Total de Alexitimia			Total
		Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa	
Estado Civil	Soltero	8	5	11	24
		33,3%	20,8%	45,8%	100,0%
	En Convivencia con la Pareja	7	3	11	21
		33,3%	14,3%	52,4%	100,0%
Total		15	8	22	45
		33,3%	17,8%	48,9%	100,0%

En la tabla 30 se presentan los datos cruzados del estado civil con los niveles de alexitimia. Los resultados muestran que las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{[0,05;2]} = 0.368$; $p = .832$), tampoco se observan tendencias que pudieran ser tomadas en consideración. Estos resultados se ilustran en la figura 14.

Tabla 30.

Pruebas de Chi cuadrado para la comparación de niveles de alexitimia según el estado civil.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,368(a)	2	,832
Razón de verosimilitudes	,372	2	,830
Asociación lineal por lineal	,059	1	,808
N de casos válidos	45		

A 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 3,73.

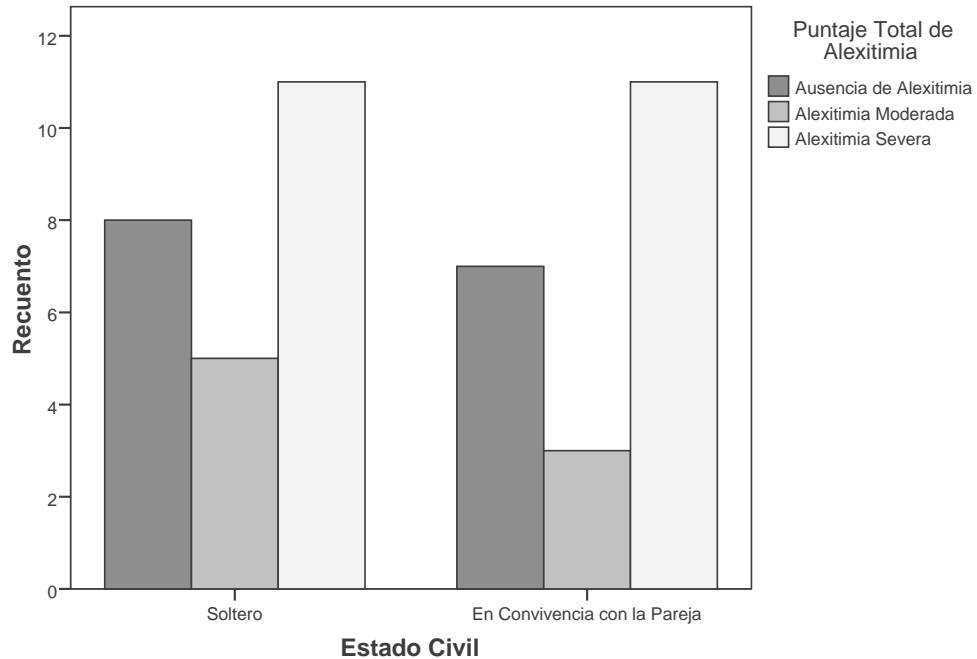


Figura 14. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según el estado civil.

En la tabla 31 se presentan los resultados del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil. Con relación al puntaje total de alexitimia, se observa que la media más alta corresponde al grupo en convivencia con la pareja (57,67), mientras que el grupo de solteros obtuvo una media de 57,46. En la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta corresponde a los solteros (14,13), los que están en convivencia con la pareja obtuvieron 12,90. En cuanto a la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo el grupo en convivencia con la pareja (18,38), mientras que el grupo de solteros obtuvo 17,67. Y finalmente, en el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta corresponde a las personas que están en convivencia con la pareja (26,38), mientras que los solteros obtuvieron una media de 25,67. Como se puede observar los solteros y las personas que están en convivencia con la pareja obtuvieron medias muy cercanas. Esto se ilustra en la figura 15.

Tabla 31.

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil

	Estado Civil	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Soltero	24	14,13	8,84	1,80
	En Convivencia con la Pareja	21	12,90	7,40	1,62
Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Soltero	24	17,67	5,52	1,13
	En Convivencia con la Pareja	21	18,38	4,44	,97
Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Soltero	24	25,67	5,52	1,13
	En Convivencia con la Pareja	21	26,38	4,44	,97
Puntaje Total de Alexitimia	Soltero	24	57,46	16,15	3,30
	En Convivencia con la Pareja	21	57,67	13,38	2,92

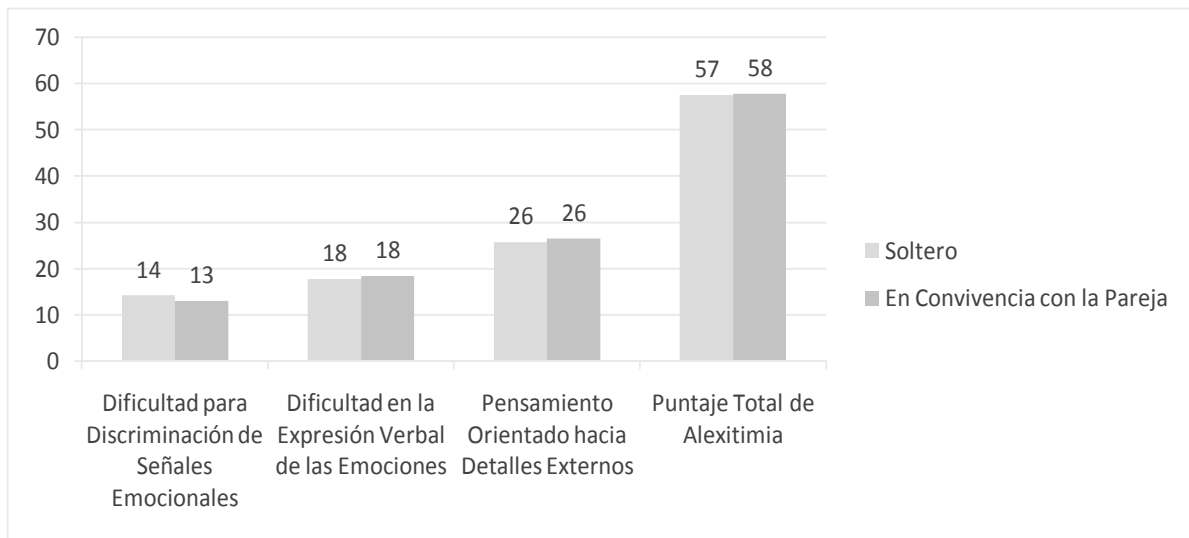


Figura 15. Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil.

La tabla 32 muestra los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes con varianzas iguales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia ($t_{43}=-0.47$; $p=0.963$), así como para ninguna de las dimensiones: dificultad para la discriminación de señales emocionales ($t_{43}= 0,498$; $p=0.621$), dificultad en la expresión verbal de las emociones ($t_{43}=-0,473$; $p=0.638$) y pensamiento orientado hacia los detalles externos ($t_{43}=-0,473$; $p=0.638$).

Estos resultados indican que tanto solteros como personas en convivencia con la pareja presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea.

Tabla 32.

Prueba t de Student para el contraste de las medias del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según el estado civil.

	Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Puntaje Total de Alexitimia	
	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales	Se han asumido varianzas iguales	
t	,498	-,473	-,473	-,047	
gl	43	43	43	43	
Sig. (bilateral)	,621	,638	,638	,963	
Diferencia de medias	1,22024	-,71429	-,71429	-,20833	
Error típ. de la diferencia	2,45069	1,50875	1,50875	4,46019	
95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior	-3,72205	-3,75698	-3,75698	-9,20317
	Superior	6,16253	2,32841	2,32841	8,78650

5.12 Niveles de Alexitimia, Puntaje Total de Alexitimia y Puntaje por Dimensiones, relacionados a la Edad

La tabla 33 muestra los resultados de los estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según la edad. En el grupo de edades menores a 50 años 40,0% presentaron alexitimia severa, seguido de un 35,0% presento ausencia de alexitimia y finalmente un 25,0% con alexitimia moderada. Mientras que en el grupo de edades mayores a 50 años se distribuyó de la siguiente forma: 56,0% presentaron alexitimia severa, seguido de un 32,0% con ausencia de alexitimia y un 12,0% con alexitimia moderada.

Tabla 33.

Estadísticos de contingencia para los niveles de alexitimia según la edad.

		Puntaje Total de Alexitimia				
		Ausencia de Alexitimia	Alexitimia Moderada	Alexitimia Severa	Total	
Edad	Sujetos con edades menores a 50 años	Recuento	7	5	8	20
		% de Edad	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%
	Sujetos con edades mayores a 50 años	Recuento	8	3	14	25
		% de Edad	32,0%	12,0%	56,0%	100,0%
Total		Recuento	15	8	22	45
		% de Edad	33,3%	17,8%	48,9%	100,0%

La tabla 34 muestra los datos cruzados de la edad con los niveles de alexitimia. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2_{[0.05;4]} = 1,668$; $p=0,434$), tampoco se observan tendencias que pudieran ser tomadas en consideración. Estos resultados se ilustran en la figura 16.

Tabla 34.

Pruebas de Chi cuadrado para los niveles de alexitimia según la edad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,668 ^a	2	,434
Razón de verosimilitudes	1,673	2	,433
Asociación lineal por lineal	,491	1	,483
N de casos válidos	45		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,56.

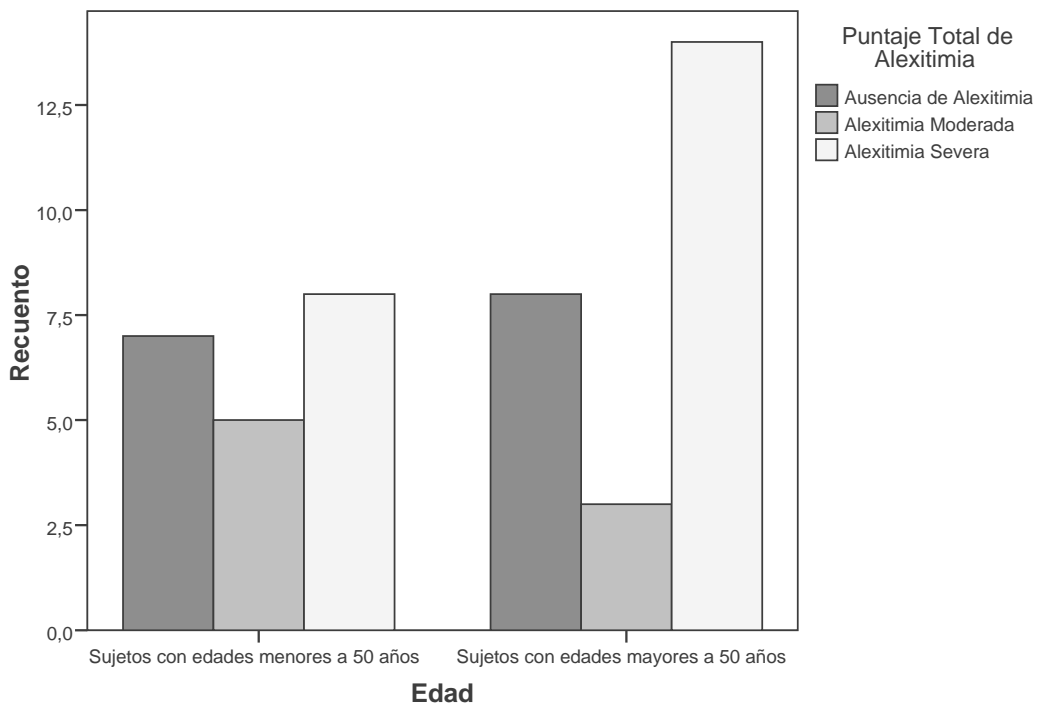


Figura 16. Distribución de frecuencias para los niveles de alexitimia según la edad.

En la tabla 35 se presentan los resultados del puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según la edad. Con relación al puntaje total de alexitimia, se observa que la media más alta corresponde al grupo con edad mayor a 50 años (58,80), mientras que el grupo de edad menor a 50 años obtuvo una media de 56,00. En cuanto a la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta la obtuvo el grupo de edad menor

a 50 años (13,80), los que tienen edades mayores a 50 años obtuvieron 13,36. En la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo el grupo con edad mayor a 50 años (18,72), mientras que el grupo de edad menor a 50 años obtuvo 17,10. Y finalmente, en el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta corresponde a las personas mayores de 50 años (26,72), mientras que los menores de 50 años obtuvieron una media de 25,10. Como se puede observar los sujetos con edades menores a los 50 años y los mayores a 50 años obtuvieron medias muy cercanas. Esto se ilustra en la figura 17.

Tabla 35.

Estadísticos descriptivos para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según la edad.

Edad		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sujetos con edades menores a 50 años	Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	20	1,00	33,00	13,8000	8,71538
	Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	20	10,00	23,00	17,1000	3,59678
	Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	20	18,00	31,00	25,1000	3,59678
	Puntaje Total de Alexitimia	20	33,00	77,00	56,0000	12,19146
	N válido (según lista)	20				
Sujetos con edades mayores a 50 años	Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	25	,00	32,00	13,3600	7,80961
	Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	25	8,00	29,00	18,7200	5,87026
	Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	25	16,00	37,00	26,7200	5,87026
	Puntaje Total de Alexitimia	25	30,00	85,00	58,8000	16,67083
	N válido (según lista)	25				

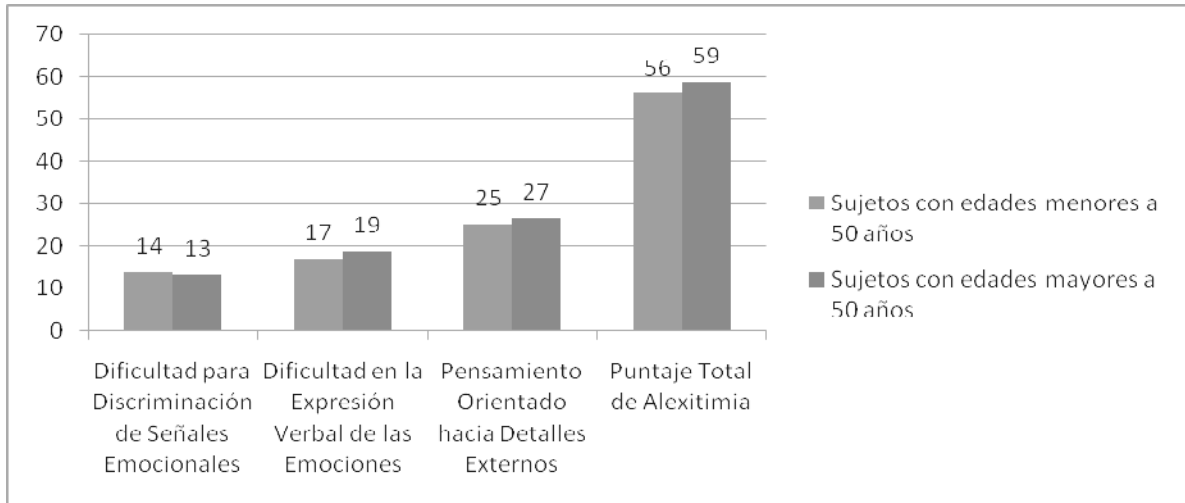


Figura 17. Distribución de frecuencias para el puntaje total de alexitimia y puntaje por dimensiones según la edad.

La tabla 36 muestra los resultados de la prueba de correlaciones de Pearson entre los puntajes de alexitimia y la edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia ($R_{45}=-0.122$; $p=0.424$), así como para ninguna de las dimensiones: dificultad para la discriminación de señales emocionales ($R_{45}=-0,003$; $p=0.985$), dificultad en la expresión verbal de las emociones ($R_{45}=-0,183$; $p=0.230$) y pensamiento orientado hacia los detalles externos ($R_{45}=-0,183$; $p=0.230$).

Estos resultados indican que tanto menores de 50 años como mayores de 50 años presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea.

Tabla 36.

Prueba de correlaciones de Pearson para la relación entre los puntajes de alexitimia y la edad.

		Edad
Dificultad para Discriminación de Señales Emocionales	Correlación de Pearson	-,003
	Sig. (bilateral)	,985
	N	45
Dificultad en la Expresión Verbal de las Emociones	Correlación de Pearson	,183
	Sig. (bilateral)	,230
	N	45
Pensamiento Orientado hacia Detalles Externos	Correlación de Pearson	,183
	Sig. (bilateral)	,230
	N	45
Puntaje Total de Alexitimia	Correlación de Pearson	,122
	Sig. (bilateral)	,424
	N	45

VI. Discusión de los Resultados

El objetivo de la presente investigación fue describir y comparar los niveles de alexitimia en tres grupos de personas con diagnóstico de: cáncer gastrointestinal, gastritis crónica y sin trastorno gastrointestinal.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre los tres grupos de trabajo ni entre cada par de grupos, sin embargo, se observa una tendencia clara, del grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal, a presentar alexitimia severa y del grupo sin trastorno gastrointestinal, a presentar ausencia de alexitimia. Esto concuerda con lo concluido por Gritti y cols. (2010), que las puntuaciones de alexitimia son más altos en los pacientes con cáncer que en los pacientes de grupo control y con la investigación de Sekoian y Grigorian, (2008) en la cual correlacionaron positiva y significativamente la alexitimia y ansiedad en el grupo de gastritis.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajo en la dificultad para la discriminación de señales emocionales, más específicamente el grupo de gastritis crónica presenta un nivel significativamente mayor de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, en comparación con el grupo sin trastorno gastrointestinal, mientras que el grupo de cáncer gastrointestinal se sitúa en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características, lo cual también coincide con los resultados de Gritti y cols. (2010) de mayores puntuaciones del grupo de cáncer con relación al grupo control.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de alexitimia, la dificultad en la expresión verbal de las emociones y el pensamiento orientado hacia los detalles externos, indicando niveles de alexitimia global similares aunque ligeramente más elevada en el grupo de gastritis crónica, también dificultad para describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la tarea similares entre los grupos

de trabajo, aunque ligeramente superior en el grupo de cáncer gastrointestinal. Esto concuerda con lo encontrado por Lauriola, Panno, Tomai, Ricciardi y Potenza (2011), que evidencian la relación entre cáncer de colon y puntuaciones elevadas en el pensamiento orientado hacia detalles externos.

El no haberse observado diferencias estadísticamente significativas con relación al grupo de cáncer, solo tendencias en algunos puntos, puede estar influido por el tiempo de diagnóstico del cáncer, ya que como sugieren Gritti y cols. (2010), se presentan mayores niveles de alexitimia, en personas cuyo diagnóstico se realizó hace menos de 3 meses.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre hombres y mujeres, sin embargo, se observa una tendencia clara de las mujeres a presentar alexitimia severa y de los hombres a presentar ausencia de alexitimia. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en la dificultad para la discriminación de señales emocionales y el puntaje total, las mujeres presentan niveles significativamente mayores en comparación con los hombres, en cuanto a la alexitimia en general y con relación a la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad en la expresión verbal de las emociones y el pensamiento orientado hacia los detalles externos, hombres y mujeres presentaron niveles similares en la dificultad para describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la tarea, aunque ligeramente más elevado en el caso del sexo femenino. Como lo sugiere la investigación de Van Dijk y cols. (2002), hombres con antecedentes de cáncer y hombres sanos presentan puntuaciones de alexitimia global más bajas que las mujeres sobrevivientes al cáncer y la población femenina normal.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, la mayoría de las personas con un nivel de alexitimia severa presentan un grado de instrucción hasta

primaria o menos y las personas con ausencia de alexitimia suelen presentar un grado de instrucción de bachiller o T.S.U. Estos resultados relacionados al grado de instrucción coinciden con lo encontrado por Kleiger y Jones (1980), evidencia de características alexitímicas en grupos de menor nivel cultural y menor cociente intelectual.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de alexitimia, la dificultad en la expresión verbal de las emociones y el pensamiento orientado hacia los detalles externos, específicamente el grupo de instrucción hasta primaria presenta un nivel significativamente mayor de alexitimia global, dificultad para describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la tarea en comparación con los bachilleres o T.S.U, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad para discriminación de señales emocionales, indicando niveles de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, similares en los tres grupos de grado de instrucción, con una tendencia superior en el grupo de instrucción hasta primaria. De igual forma esto se confirma con lo sugerido por Kleiger y Jones (1980) anteriormente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni tendencias importantes, entre los grupos de estado civil, en los niveles de alexitimia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia y para ninguna de las dimensiones, tanto solteros como personas en convivencia con la pareja presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni tendencias importantes, entre los tres grupos de grado de instrucción en los niveles de alexitimia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia,

así como para ninguna de las dimensiones, tanto menores de 50 años como mayores de 50 años presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea. Estos resultados relacionados a la edad no resultan concordantes con lo encontrado por Kleiger y Jones (1980), de mayores niveles de alexitimia en grupos de mayor edad.

VII. Conclusiones

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre los tres grupos de trabajo, sin embargo, se observa una tendencia clara del grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal a presentar alexitimia severa y del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo sin trastorno gastrointestinal, sin embargo, se observa una tendencia clara del grupo de gastritis crónica a presentar alexitimia severa y del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre el grupo de cáncer gastrointestinal y el grupo sin trastorno gastrointestinal, sin embargo, se observa una tendencia clara del grupo de cáncer gastrointestinal a presentar alexitimia severa y del grupo sin trastorno gastrointestinal a presentar ausencia de alexitimia.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alexitimia entre el grupo de gastritis crónica y el grupo de cáncer gastrointestinal, se observaron puntuaciones muy cercanas entre los dos grupos.
- En el grupo de gastritis crónica la mayoría de las personas (60%) presentaron alexitimia severa, seguido de 26,7% con ausencia de alexitimia y 13,3% con alexitimia moderada.
- En el grupo de cáncer gastrointestinal la mayoría de las personas presentaron alexitimia severa (60%), seguido de 20% con alexitimia moderada y 20% con ausencia de alexitimia.

- El grupo sin trastorno gastrointestinal más de la mitad de la muestra (53,3%) presento ausencia de alexitimia, seguido de 26,7% con alexitimia severa y 20% con alexitimia moderada.
- En el puntaje total de alexitimia, la media más alta la obtuvo el grupo de gastritis crónica (61,47), seguido del grupo de cáncer gastrointestinal (59,33) y sin trastorno gastrointestinal (51,87). En la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta correspondió al grupo de gastritis crónica (18,53), seguido del grupo de cáncer gastrointestinal (12,27) y sin trastorno gastrointestinal (9,87). En la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta correspondió al grupo de cáncer gastrointestinal (19,53), seguido del grupo de gastritis crónica (17,47) y sin trastorno gastrointestinal (17,00). En el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta la obtuvo el grupo de cáncer gastrointestinal (27,53), seguido del grupo de gastritis crónica (25,47) y el grupo sin trastorno gastrointestinal (25,00).
- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajo en la dificultad para la discriminación de señales emocionales, más específicamente el grupo de gastritis crónica presenta un nivel significativamente mayor de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, en comparación con el grupo sin trastorno gastrointestinal, mientras que el grupo de cáncer gastrointestinal se sitúa en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de alexitimia, la dificultad en la expresión verbal de las emociones y el pensamiento orientado hacia los detalles externos, indicando niveles de alexitimia global similares aunque ligeramente más elevada en el grupo de gastritis crónica, también dificultad para describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la

task similar between the work groups, although slightly higher in the group of gastrointestinal cancer.

- In the group of men 43,5% presented absence of alexithymia, followed by a 39,1% presented severe alexithymia and finally a 17,4% with moderate alexithymia and in the group of women 59,1% presented severe alexithymia, followed by a 33,3% with absence of alexithymia and a 17,8% alexithymia moderate. No statistically significant differences were found in the levels of alexithymia between men and women, however, a clear trend is observed from women to present severe alexithymia and from men to present absence of alexithymia.
- In the total score of alexithymia, the highest score corresponded to women (63,00), men obtained 52,35. In the difficulty for discrimination of emotional signals, the highest score was obtained by women (16,45), men obtained 10,78. In the difficulty in the verbal expression of emotions, the highest score was also obtained by the female sex (19,27), the male sex obtained 16,78 and in the thought oriented towards external details, the highest score corresponded to women (27,27), men obtained 24,78. Women obtained higher scores than men both in the total score of alexithymia and in the scores of the three dimensions of alexithymia. Statistically significant differences were found between men and women, in the difficulty for the discrimination of emotional signals and the total score, women present significantly higher levels in comparison with men, in terms of alexithymia in general and in relation to the difficulty to identify feelings and differentiate them from bodily sensations and use them to determine how they feel, and to differentiate one emotion from another. No statistically significant differences were found in the difficulty in the verbal expression of emotions and the thought oriented towards external details, men and women presented similar levels in the difficulty to

describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la tarea, aunque ligeramente más elevado en el caso del sexo femenino.

- En el grupo de instrucción hasta primaria 68,8% presentaron alexitimia severa, 25,0% que presento alexitimia moderada y 6,3% con ausencia de alexitimia. En el grupo de secundaria incompleta 45,5% presentaron alexitimia severa, 27,3% alexitimia moderada y 27,3% ausencia de alexitimia. En el grupo de bachiller o T.S.U la mayoría obtuvieron ausencia de alexitimia (61,1%), 33,3% alexitimia severa y 5,6% con alexitimia moderada. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, la mayoría de las personas con un nivel de alexitimia severa presentan un grado de instrucción hasta primaria o menos y las personas con ausencia de alexitimia suelen presentar un grado de instrucción de bachiller o T.S.U.
- En el puntaje total de alexitimia, la media más alta correspondió al grupo hasta primaria (64,94), seguido de secundaria incompleta (57,00) y bachiller o T.S.U (51,33). En la dificultad para discriminación de señales emocionales la media más alta fue hasta primaria (15,94), luego secundaria incompleta (14,82) y bachiller o T.S.U (10,67). En la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo el grupo hasta primaria (20,50), seguido de secundaria incompleta (17,00) y bachiller o T.S.U (16,33). En el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta fue hasta primaria (28,50), seguido de secundaria incompleta (25,09) y bachiller o T.S.U (24,33). Hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de alexitimia, la dificultad en la expresión verbal de las emociones y el pensamiento orientado hacia los detalles externos, específicamente el grupo de instrucción hasta primaria presenta un nivel significativamente mayor de alexitimia global, dificultad para describir los sentimientos a los demás y actitudes orientadas hacia la tarea en comparación con los bachilleres o T.S.U, mientras que el grupo de secundaria incompleta se situó en un punto medio entre ambos grupos en cuanto a estas características. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dificultad para

discriminación de señales emocionales, indicando niveles de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, similares en los tres grupos de grado de instrucción, con una tendencia superior en el grupo de instrucción hasta primaria.

- En el grupo de los solteros 45,8% presentaron alexitimia severa, 33,3% ausencia de alexitimia y 20,8% alexitimia moderada. El grupo en convivencia con la pareja 52,4% presentaron alexitimia severa, 33,3% ausencia de alexitimia y 14,3% alexitimia moderada. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni tendencias importantes.
- En el puntaje total de alexitimia, la media más alta correspondió al grupo en convivencia con la pareja (57,67), los solteros obtuvieron 57,46. En la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta correspondió a los solteros (14,13), los que están en convivencia con la pareja obtuvieron 12,90. En la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo el grupo en convivencia con la pareja (18,38), los solteros obtuvieron 17,67 y en el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta la obtuvieron los que están en convivencia con la pareja (26,38), los solteros obtuvieron 25,67. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia y para ninguna de las dimensiones, tanto solteros como personas en convivencia con la pareja presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea.
- En el grupo menor a 50 años 40,0% presentaron alexitimia severa, 35,0% ausencia de alexitimia y 25,0% alexitimia moderada. En el grupo mayor a 50 años 56,0% presentaron alexitimia severa, 32,0% ausencia de alexitimia y 12,0% alexitimia

moderada. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ni tendencias importantes.

- En el puntaje total de alexitimia, la media más alta corresponde a los mayores a 50 años (58,80), los menores a 50 años obtuvieron 56,00. En la dificultad para discriminación de señales emocionales, la media más alta la obtuvieron los menores a 50 años (13,80), los que tienen edades mayores a 50 años obtuvieron 13,36. En la dificultad en la expresión verbal de las emociones, la media más alta la obtuvo el grupo mayor a 50 años (18,72), el grupo menor a 50 años obtuvo 17,10 y en el pensamiento orientado hacia detalles externos, la media más alta correspondió a las personas mayores de 50 años (26,72), los menores de 50 años obtuvieron 25,10. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el puntaje total de alexitimia, así como para ninguna de las dimensiones, tanto menores de 50 años como mayores de 50 años presentan niveles similares de dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y utilizarlos para determinar cómo se sienten, y para diferenciar una emoción de otra, dificultad para describir los sentimientos a los demás, y actitudes orientadas hacia la tarea.

VIII. Limitaciones y Recomendaciones

- Se sugiere que en futuras investigaciones se aumente el número de participantes, de tal manera que la muestra pueda ser representativa de la población y que puedan generarse resultados que puedan ser generalizados con mayor validez a la población.
- Se sugiere tomar en consideración el tiempo de diagnóstico del cáncer.
- Se sugiere realizar grupos homogéneos, separando las personas con cáncer gástrico y las personas con cáncer de colon.
- Algunas personas diagnosticadas con cáncer gástrico presentaron comorbilidad con gastritis, debido a que se ha encontrado a la gastritis frecuentemente asociada al cáncer gástrico, se sugiere constituir un grupo en el que esté presente la comorbilidad con la gastritis y otro en el que no, para realizar comparaciones.
- Se sugiere controlar la presencia de otras enfermedades que pudieran influir en el aumento de la alexitimia, como asma, hipertensión arterial, diabetes, etc.

Referencias

- Alexander, F. (1954), *Medicina Psicosomática. Sus Fundamentos y Aplicaciones*. Cuba: Editorial Cultural La Habana.
- Ackerman, N (1961). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Arias, P et alt. (1998). *Psiconeuroinmunología: Modelos de Integración Mente-Cuerpo*. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Biblos,
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4^a. ed) (DSM IV TR). Washington: Masson.
- Bagby, R., Parker, J. y Taylor, G. (1994). Thetwenty-item Toronto AlexithimiaScale-I. Itemselection and cross-validation of the factor structure. *Psychosom*, 38 (1), 23-32.
- Bagby, R., Parker, J. y Taylor, G. (1994). Thetwenty-item Toronto AlexithimiaScale-II. Convergent, discriminat, and concurrentvalidity. *Psychosom*, 38 (1), 33-40.
- Barcia, D. (1998). Las Raíces Históricas del Pensamiento Psicosomático. *Psiquis*, 19 (5), 171-181.
- Berkow, R. (1999). *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. (9^a. ed). Barcelona, España: Mosby/Doyma Libros.
- Berrocal, A., Jalon, J. y González, M. (1992). *Oncología Clínica*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Bion, W. (1967). *Seconds Thoughts, Selected Papers on Psycho-Analysis*. New Cork: Jason Aronson.
- Booth-Kewley, S y Friedman, H. (1987). Psychological Predictors of Heart Disease: a Quantitative Review. *Psychological Bulletin* 101, 343-362.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Perez, G. (1994). Cáncer y Estilo Represivo de Afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 101-112.
- Cardenal, V. (2001). Estilos Psicológicos y Enfermedad Física: Variables Psicosociales-El Estilo de Evitación Emocional-y su Influencia en el Cáncer [Versión electrónica]. *Escritos de Psicología* 5, 36-52.
- Cornellá, J. (2008). Trastornos Psicosomáticos. *Pediatría Integral*; XII (9): 889-898.
- Cortés, N. (2006). Los trastornos psicosomáticos y el síndrome de colon irritable. Recuperado el 2 de junio de 2010 de

http://www.apfem.com/.../Los_Trastornos_Psicosomaticos_y_el_Sindrome_de_Colon_Irritable.pdf.

- Dunbar, F. (1950). *Diagnóstico y Tratamiento Psicossomáticos*. Barcelona, España: Publicaciones Médicas.
- Dunbar, F. (1959). *Accidents and Life Experience*. Oxford, England: New York University, Center Safety.
- Eskelinen M, Ollonen P. (2011). Sifneos alexithymia questionnaire in assessment of general alexithymia in patients with breast disease and breast cancer: a prospective case-control study in Finland [Versión electrónica]. *Anticancer Res*. 31(9):3101-6.
- Eysenck, H. (1994). Cancer, personality and Stress Prediction and Prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Fantini-Hauwel, C., Dauvier, B., Arciszewski, T., Antoine, P. y Manouvrier, S. (2011). Genetic testing for hereditary cancer: effects of alexithymia and coping strategies on variations in anxiety before and after result disclosure. *Psychol Health*, .26 (7), 855-73.
- Freud, S. (1893). *Algunas Consideraciones con Miras a un Estudio Comparativo de las Parálisis Motrices Orgánicas e Históricas*. Tomo I, A.E.
- Freyberger, H. (1977) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 180-190.
- Fukunishi, S., Kikuchi, M., Kaji, N. y Yamasaki, K. (1997). Can scores on alexithymia distinguish patients with peptic ulcer and erosive gastritis? [Versión electrónica]. *Psychol Rep*. 80 (31), 995-1004.
- García, H. (2000). Realidad, símbolos, trastornos psicossomáticos a la luz de Winnicott [Versión electrónica]. *Psicoanálisis APdeBA*, 22 (1), 137-155.
- Gitlin, D., Levenson, J., Lyketsos, C. (2004). Psychoomatic Medicine: A New psychiatric Subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28 (1) 4-11.
- Gritti, P., Lombardi, S., Nobile, B., Trappoliere, P., Gambardella, A., Di Caprio, E. y Resicato, G. (2010). Alexithymia and cancer-related fatigue: a controlled cross-sectional study [Versión electrónica]. *Tumori*, 96 (1), 131-7.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. (1990). Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. (1991). Personality, Stress and Motivational Factors in Drinking as Determinants of Risk for Cancer and Coronary Heart Disease. *Psychological Reports*, 69, 1027-1045.

- Gunderson, L., Donohue, J. y Alberts, S. (2008). *Cancer of the Stomach*. 4^{ta} Ed. Philadelphia: Abeloff's Clinical Oncology.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México DF: Mc Graw-Hill.
- Hoppe, K. (1988). Hemispheric Specialization and Creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11 (3), 303-315.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2010). Section of Cancer Information. Recuperado el 26 de noviembre de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
- Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B y Ojuel, J. (2000). Alexitimia: Hipótesis Etiológicas e Instrumentos de medida [Versión electrónica]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27 (3), 136-146.
- Kleiger J. y Jones N. (1980). Characteristics of Alexithymic Patients in a Chronic Respiratory Illness Population. *Nerv Ment Dis*, 168 (8), 465-470.
- Klinger, J., Herrera, J., Díaz, M., Jhann, A., Ávila, G., y Tobar, C. (2005). La Psiconeuroinmunología en el Proceso Salud Enfermedad. *Colombia Médica*, 36 (2), 120-129.
- Krystal, H. (1978) Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of child*, 33, 81-116.
- Kune, G., Kune, S., Watson, L. y Bahnson, C. (1991). Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Lauriola, M., Panno, A., Tomai, M., Ricciardi, V. y Potenza, A. (2011). Is alexithymia related to colon cancer? A survey of patients undergoing a screening colonoscopy examination [Versión electrónica]. *Clin Psychol Med Settings*. 18(4), 410-5.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Liberman, D., Gassano de Piccolo, E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L., y Roitman de Woscoboinik, P. (1982). *Del Cuerpo al Símbolo*. Barcelona, España: Kargieman.
- Lima, O. (2009) Ciento cincuenta años del nacimiento de Freud. *Medicina Psicosomática. Gaceta Médica de Caracas*, 117(1):27-28.
- López, A. (2000). Psicología y Salud. *Escritos de Psicología*. 4. 8-33.

- Martínez, A., Piqueras, J. y Linares, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental [Versión electrónica]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (2), 861-890.
- Marty, P. y De Bray, R. (1989). *Psychosomatic Medicine*. Madison: Int. Universities Press.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1995). Pensamiento Operatorio. *Revista de Psicoanálisis*, 40 (4).
- Mc Dougall, J (1989). *Teatros Del Cuerpo*. Barcelona, España: Yebenés.
- McEwen, B. (1988) Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J. Med.* 338: 171-9.
- Messina, A., Fogliani, A. y Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. [Versión electrónica]. *Ann Clin Psychiatry*. 23 (2), 125-30.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (2000). Estudio de Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en Muestra Española. *Psiquiatría.com*, 4 (2), 1-10.
- Nemiah, J. y Sifneos, P. (1970). *Moderns Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 2. London: Butterwoths.
- Nemiah, J., Freyberger, H. y Sifneos, P. (1976). *Moderns Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 3. London: Butterwoths.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (10^a ed.) (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural [Versión electrónica]. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, D., Basabe, N., Valdoseda, M., Velasco, C., & Iraurgi, I. (1995). Confrontation: Inhibition, Alexithymia, and health [Versión electrónica]. *Emotion, Disclosure and Health*. 195-222.
- Paniagua, M. y Piñol, F. (1998) Cáncer Gástrico: Factores de Riesgo [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Oncología*, 14(3), 171-79.
- Pérez-Rincón, H. (1996). The Avatars between Words and Body. Alexithymia, Symbolexia, Alexysomia, Somatotymia [Versión electrónica]. *Newsletter of Psychopathology of Expression. Worls Psychiatric Association*, 6, 5-9.

- Pérez-Rincón, H. (1997). Alexithymia Considered as a survival of an Archaic Structure of Language. Importance of Bruno Snell's Theories [Versión electrónica]. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 13 (1).
- Pérez-Rincón, H., Cortes, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y Estandarización de la Versión Española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 20 (3).
- Porcelli, P., Tulipani, C., Di Micco, C., Spedicato, M. y Maiello, E. (2011). Temporal stability of alexithymia in cancer patients following a psychological intervention. [Versión electrónica]. *Clin Psychol.* 67 (12), 1177-87.
- Rustgi, A. (2007). *Neoplasms of the Stomach*. 23^{va} Ed. Philadelphia: Cecil Medicine.
- Sabonge, R (1998). Medicina Psicosomática y Gastroenterología. *Revista Médica Panamá*, 23: (20-22).
- Solov'eva, A., Sheptulin, A. y Annamamedova, R. (1997). Emotional-personality condition of patients with some gastroenterological diseases]. *Klin Med.* 75 (1), 27-8.
- Sánchez, A (2006). Los Trastornos del Pensamiento y las Enfermedades Psicosomáticas [Versión electrónica]. *Revista MEDICINA*, 28 (4), 161-179.
- Sekoian, I. y Grigorian, E. (2008). Psychosomatic events in patients with digestive system disorders. [Versión electrónica]. *Klin Med.* 86 (8), 57-61.
- Selye, H (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Sifneos, P. (1973). The Prevalence Of "Alexithymic" Characteristics In Psychosomatic Patients. *Psychother. Psychosom.* 22, 255-262.
- Solov'eva, A., Sheptulin, A. y Annamamedova, R. (1997). Emotional-personality condition of patients with some gastroenterological diseases [Versión electrónica]. *Klin Med.* 75 (1), 27-8.
- Taylor, G. (1994). The Alexithymia Construct: Conceptualization, Validation and Relationship with Basic Dimensions of Personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10 (2), 61-74.
- Taylor, G., Bagby R. y Parker J. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Uribe, M. (2006) Modelos conceptuales en medicina psicosomática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4 (05) 7-20.

- Van Dijk, M., Grootenhuis, M., De Boer, M., Bermond, B. y Last, B. (2002). Alexithymia in long-term survivors of childhood cancer [Versión electrónica]. *Pediatr Rehabil*, 5 (4), 203-7.
- Velasco, C. y Páez, D. (1996). Alexitimia, Comunicación Emocional y Problemas Psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Vethencourt, J. (1977). *Lo psicológico y la enfermedad: ensayo*. Caracas: Arte.
- Winnicott, D. (1949). *Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, España: Laia.

ANEXOS

ANEXO A. Ocupaciones de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Del Hogar	15	33,3
Desempleado	2	4,4
Mensajero	2	4,4
Vendedor	5	11,1
Analista	1	2,2
Repartidor Postal	1	2,2
Costurera	1	2,2
Personal de Mantenimiento	2	4,4
Carnicero	1	2,2
Administrador	2	4,4
Enfermera	1	2,2
Secretaria	1	2,2
Herrero y Plomero	1	2,2
Incapacitado	3	6,7
Técnico en Electrónica	2	4,4
Estudiante	1	2,2
Carpintero	1	2,2
Comerciante	2	4,4
Albañil	1	2,2
Total	45	100,0

ANEXO B. Hoja de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN
ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ CI _____, declaro que he sido informado(a) del protocolo de investigación niveles de alexitimia en pacientes con trastornos gastrointestinales y tiene como objetivo general, determinar los niveles de alexitimia presentes en dos grupos de personas con trastornos gastrointestinales (cáncer gastrointestinal y gastritis crónica) y en un grupo de personas sin trastornos gastrointestinales.

Igualmente he sido informado(a) que mi participación en la citada investigación es voluntaria por lo que mi negativa a participar no acarrea ninguna consecuencia negativa para mí y mi participación no acarrea otra ganancia que no sea el conocimiento de los resultados de la escala administrada.

De la misma forma he sido informado(a) que mi participación en el protocolo consiste en contestar la hoja de datos personales y la escala psicológica de alexitimia, cuya interpretación y resultados serán manejados con absoluta confidencialidad y serán procesados conservando en todo momento la confidencialidad de los datos personales tal como lo establece el código de ética del Psicólogo.

En virtud de la información antes expuesta doy mi consentimiento a la bachiller Diana Guzmán, CI: 17.926.472, a utilizar el instrumento de medida que me será aplicado.

En Caracas a los ____ días del mes de _____ de 2011

Firma del participante

Firma de la investigadora

ANEXO C. Hoja de Datos de Identificación



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
DINÁMICA
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN
ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____ Código: _____ Lugar de Evaluación: _____

Nombre y Apellido: _____ CI: _____

Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Grado de Instrucción: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Trastorno gastrointestinal: _____

ANEXO D. Protocolo de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

ANEXO D. Solicitud de Permiso al IOLR

Caracas, Marzo de 2011.

Dra. Ruth Gómez

Directora del Instituto de Oncología Luis Razzetti

Presente.-

Reciba un cordial saludo. Soy estudiante de psicología de la UCV y me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar su colaboración en la investigación correspondiente al seminario de investigación que en estos momentos me encuentro realizando. Dicha trabajo de grado lleva por título: niveles de alexitimia en pacientes con trastornos gastrointestinales y tiene como objetivo general, determinar los niveles de alexitimia presentes en dos grupos de personas con trastornos gastrointestinales (cáncer gastrointestinal y gastritis crónica) y en un grupo de personas sin trastornos gastrointestinales. Con el fin de lograr el objetivo propuesto, se aplicará la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) a los grupos de pacientes antes mencionados. Es por esta razón, que solicito su colaboración en el sentido de autorizar la evaluación de 15 pacientes con padecimiento de cáncer gastrointestinal y 5 personas sin trastornos gastrointestinales (familiares de pacientes), que deseen participar en dicha investigación.

Agradeciendo su atención,

Se despide,

Atentamente,

Diana Guzmán

C.I.: 17.926.472