

INTRODUCCIÓN

1.- Descripción General

En las últimas décadas se han acumulado sólidos apoyos, a las diversas hipótesis que atribuyen a los factores emocionales, un papel variable en la etiología de múltiples alteraciones somáticas (Schmidt,1985).

Así mismo, se constituyen las respuestas emocionales, en factores de riesgo para la salud, en su calidad de agentes capaces de influenciar las funciones somáticas de muy diversas maneras que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar (Martínez, 1998).

Por esta razón, se han postulado diversos constructos teóricos, orientados a explicar la capacidad predictiva de la expresión y/o la represión de las emociones y sobre la morbilidad y mortalidad que tienen ciertos trastornos, entre ellos se destaca la supresión de la ira, la inhibición, el estilo represivo de afrontamiento, la ambivalencia de la expresión emocional, por último, y el más importante para éste proyecto de tesis la alexitimia y uno de los instrumentos más utilizados para medirla es la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) que fue desarrollada por Taylor y Cols.1,2, (Martínez, 1998)

Cabe mencionar, que las enfermedades físicas desde agudas hasta las crónicas tienen repercusiones psicológicas en quien las padece. En su origen intervienen factores físicos y psíquicos, considerando de este modo una relación entre la mente y el cuerpo. La manifestación de diferentes relaciones psicológicas frente a la enfermedad es determinante en el análisis psicosomático (Álvarez, 2006).

Ruesch en 1950 describió, un tipo de personalidad psicosomática, considerando a estos sujetos como personas con una detención en el desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos, para la integración de experiencias y la falta de manejo

de situaciones frustrantes, influye en la canalización de estas tensiones en síntomas psicosomáticos.

El concepto de alexitimia incluye una serie de rasgos que se presentan en enfermos psicosomáticos: 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. La característica más importante de la alexitimia es la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías. (González, Padilla, Álvarez, Ibargüengoytia, Ortiz, Gómez, Espejel, De Tavira, Gambetea, y Lazarini, 1988).

Nace el interés de trabajar con este constructo para validarlo, debido a que actualmente en nuestro país no se le ha dado un enfoque de investigación y sobre todo de validación a la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) siendo la escala más utilizada en los artículos de investigación que se apoyan de dicho constructo en este país.

Considerando lo anterior, el presente trabajo validó estadísticamente el instrumento de medición de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Dado que no existe tal validación en la población mexicana. Se cubrió con los criterios necesarios con el fin de saber si dicho instrumento tal y como se encuentra podía continuar siendo utilizado en la población mexicana o bien si debía ser modificado.

2. Alexitimia

2.1 Definición de alexitimia

Las dificultades del ser humano lo obligan a crear una infinidad de estructuras psíquicas destinadas a hacer frente al dolor físico o psíquico que frecuentemente padece. La mayor parte de estos dolores anímicos, sobrevienen en el camino que lleva a la adquisición de una individualidad y una identidad personal, luego de haber adquirido una identidad sexual (Freud, 1943).

Alexitimia (gr.a...lexis, dicción; thymos, disposición, sentimientos): incapacidad para percibir y describir adecuadamente los sentimientos. Está considerada por una escuela francesa como factor importante para el desarrollo de trastornos psicósomáticos. (Freyberg, 1977 cit. por Dorscht, 1985).

Siguiendo esta definición, Alexitimia según (Kaplan. y Sadock, 1994) es la inhabilidad o dificultad en describir o darse cuenta de una emoción o estado de ánimo.

El concepto de alexitimia nace en el marco de la enfermedad psicósomática. Bajo este término se encierra un conjunto de rasgos de personalidad descritos en pacientes psicósomáticos; conciencia emocional deficitaria, pobreza de la fantasía, dificultad de expresar verbalmente los sentimientos y un pensamiento centrado en detalles externos en contacto con el mundo vivencial interno. Se considera que la disfunción central está en la toma de la conciencia y en la representación de las vivencias emocionales. Las tensiones afectivas, al no hallar una expresión consciente y ser resueltas por la conducta intencional, toman una expresión somática. Se canalizan a través del sistema vegetativo y provocan la disfunción de los órganos somáticos más vulnerables. Como la tensión emocional en el sujeto alexitímico se mantiene en el tiempo, ésta llega a provocar una lesión tisular, determinando enfermedades psicósomáticas. (Moral de la Rubia, 2006).

Páez, Velasco y González en 1999 plantean que aparte de esta concepción de la relación entre alexitimia y enfermedad psicósomática como causal y directa, aparece una segunda corriente que plantea que los trastornos psicósomáticos son una variante de un trastorno primario del estado de ánimo. La tristeza e indefensión no se expresa en el plano psíquico, sino en el corporal y en la preocupación y la queja somática.

La alexitimia puede considerarse un trastorno psico-afectivo y de la comunicación, y también de un tipo de personalidad callada, introvertida, tendencia al aislamiento y sensación de soledad, que generalmente ha sufrido carencias afectivas en la infancia. Dicho de otra manera, quien sufre de alexitimia generalmente se muestra indiferente a lo que le rodea y tiene

aislamiento, esto limita su capacidad para demostrar sentimientos, llevándolo a afectar las relaciones socio-afectivas de quien la padece (Páez, Velasco y González, 1999).

Rivola en el 2001 considera la presencia de ciertos rasgos psicológicos comunes que se presentan en personas con tendencia a padecimientos orgánicos graves, tempranos y frecuentes.

Por otro lado, Mc Dougall en 1990 indica que son los enfermos de “personalidad psicósomática”, categoría nosológica que corresponde en gran medida a los llamados “normopatas” y es a lo que Sifneos denomina alexitimia.

Detrás de una aparente normalidad psíquica, existiría una “discapacidad” para la expresión. Frente a situaciones críticas, estas personas no alcanzan a enunciar la “palabra” o a construir una “imagen psíquica” que les permite comunicarse consigo mismas y con los demás (una cosa es hablar, hacer uso del código de la lengua, y otra muy distinta es decir algo de sí mismo a través de las palabras) (Rivola, 2001).

La alexitimia (etimológicamente, ausencia de palabras para expresar emociones) es un constructo hipotético multidimensional, acuñado e introducido en 1967 por Peter Sifneos quien sugirió este término para referirse a la voz griega que significa “que no hay palabras para los sentimientos” (Yalom, 1984). Además de describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes aquejados de enfermedades psicósomáticas que ya habían sido estudiadas por investigadores con anterioridad. Sifneos y Nemiah observaron en pacientes psicósomáticos una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitivo-afectiva que denominaron alexitimia (del griego a: “falta”; lexis: “palabra”, timos: “afecto”), que significa literalmente “ausencia de verbalización de afectos”. El concepto fue introducido en la literatura científica refiriéndose a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas. En el año que Sifneos introdujo el término él junto con Nemiah (1970) expusieron

el caso de un hombre atacado de dos enfermedades psicosomáticas: úlcera gástrica y artritis reumatoidea. El paciente de 37 años tenía alguna de las características que serían agrupadas con el término de alexitimia que se caracteriza por:

- 1) dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones, y para distinguir entre estados emocionales y sensaciones físicas; baja simbolización manifestada por la pobreza en la vida fantasmática y la actividad imaginaria; (DSMIV, 1994)
- 2) presencia del pensamiento operatorio, tendencia a focalizar la atención en los aspectos externos de un suceso en detrimento de las experiencias internas.
- 3) minimización de los afectos
- 4) pocas palabras espontáneas, ausencia de fantasías, relación pobre y aburrida con el terapeuta. (Martínez, Ortiz y Velasco, 2000).

Hasta ese momento, esos fenómenos habían sido tomados como el afecto de una defensa psicológica, la negación que como en la neurosis excluiría la conciencia de la vida fantasmática y emocional rica que presenta un peligro para el yo. Atribuyen falsedad a esta concepción y se refieren a los trabajos de Marty: el modo de funcionamiento psicológico del paciente estable, y no el afecto transitorio de un mecanismo defensivo (Sauri, 1994).

Por otro lado, la psicosomática ha sido considerada con acepciones diferentes, entrecruzamiento de definiciones y de conceptos a veces opuestos, incluso evocando la idea de una causalidad entre fenómenos psicológicos y somáticos y un tipo de organización diferente de la neurosis y la psicosis (Rof Carballo, 1984).

Algunos autores fundadores de la corriente psicosomática de la Escuela de Chicago (Alexander, 1962) han admitido la idea de una diferencia entre enfermedades mentales, enfermedades somáticas y enfermedades psicosomáticas como la hipertensión arterial, el asma, la colitis ulcerosa, la úlcera gastroduodenal, la psoriasis. Plantean la idea de una relación entre un conflicto psíquico, un tipo de organización de la personalidad y la aparición, agravamiento o

mantenimiento de la enfermedad. Uno de los resultados de este modo de pensamiento implicaría todo individuo que padeciera una de estas enfermedades, así como algunas otras, podría ser considerado representante de un tipo de personalidad específico.

Según Pedinielli en 1952 para otros autores el término “psicosomático” es reservado a los pacientes que tienen como característica presentar una enfermedad orgánica, cuya evolución puede interactuar con manifestaciones psicológicas y ciertos rasgos de personalidad psicossomática o ciertos mecanismos de defensa. Así la búsqueda de una personalidad psicossomática parece haber sido abandonada en beneficio del estudio de mecanismos de defensa y de los modos de pensamiento. Estos pacientes son descritos como representantes de una ilimitada actividad imaginaria; de establecer con el interlocutor una “relación blanca” y parecen ignorarlos; hay ausencia de mentalización de los conflictos, y se hallan en un pensamiento dirigido hacia lo concreto y factual y una limitación de las posibilidades identificatorias. La mayoría de estos pacientes considerados psicossomáticos tienen rasgos alexitímicos.

Se considera que este constructo teórico representa un aporte valioso como indicador de la denominada “organización psicossomática” de la personalidad, que para varios investigadores estaría presente en pacientes con trastornos psicossomáticos, adicciones y psicopatías (D’Alvia, 1991).

La alexitimia fue observada inicialmente en algunos pacientes con trastornos psicossomáticos. Éstos manifestaban una pobre capacidad de fantasear y mostraban gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales. También se observaba que sus relaciones interpersonales con frecuencia eran rígidas y estereotipadas. A través de las numerosas investigaciones que se realizaron en varios países del mundo se observó que la alexitimia aparecía también en sujetos con trastornos como toxicomanía, alcoholismo, estado de estrés postraumático y bulimia, y en personalidades psicopáticas. Su presencia en personas indemnes de enfermedades somáticas muestra que los factores etiológicos no son solo de naturaleza biológica sino de

origen psicosocial, determinado por presiones inherentes a la vida en las sociedades tecnocráticas (Valdés, y de Flores, 1985).

Según Bodni en 1991 la alexitimia consiste en una especie de dislexia de los afectos. No se trataría de que el sujeto no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a su intensidad, no discrimina matices. El psicósomático presenta falta de discriminación y sobre todo de denominación. La percepción ha registrado la alteración por la descarga pulsional, pero le falta denominación que le permitirá clasificar ese desarrollo de afecto y diferenciarlo respecto de otro.

La alexitimia es un concepto psicológico al que se han venido acogiendo las explicaciones sobre el síntoma psicósomático. Se trata de una idea procedente del psicoanálisis que describe un estilo cognitivo en el que hay incapacidad para traducir la vida emocional (límbica) a significados racionales (neocorticales) (alexitimia: incapacidad para leer- verbalizar- las emociones). El pensamiento del sujeto alexitímico es concretista- preparatorio- y en él faltan la imaginación y las fantasías determinadas por los sentimientos y los impulsos. Estos sujetos serían, pues, verdaderos “analfabetos emocionales”, que corresponden al estrés somatizando, que parecen incapaces de vivir el hedonismo y que no expresan su vida afectiva más que a través de accesos de emotividad incontrolada (Nemiah, Freyberg y Sifneos, 1976).

Esta sugerente imagen de desconexión límbico-neurocortical propuesta como sustrato neuropsicológico del concepto, ha sido complementado con la idea de una posible alteración en la conexión interhemisférica, en vista de las similitudes cognitivas del alexitímico y las de los sujetos con lesiones en el cuerpo calloso. En cualquier caso, no parece que la alexitimia esté determinada por factores educativos, lo que también cabría pensar a la luz de las teorías piagetianas (Piaget, 1961).

Estas características se deberían a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones, ya que la alexitimia es valorada como un rasgo de personalidad que correlaciona positivamente con neuroticismo y depresión y negativamente con extraversión. Esto según (kristal, 1988, Lane y Schwartz, 1987 cit. por Espina, Ortego, Ochoa y Alemán, 2001).

Por otro lado Freyberg en 1977 cit. por Espina y colaboradores planteaba que también puede ser secundaria, un estado debido a situaciones traumáticas. Sugirió que la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones corporales, constituyen un déficit central en los trastornos alimentarios.

Así mismo, Sivak y Wiater, en 1997 coinciden en que el término alexitimia proviene del griego a= que significa sin, lexis= palabras, timos= sentimiento o emoción. Ésta alteración puede entonces describirse como una dificultad para la expresión de las emociones o para hablar de los problemas que aquejan a una persona, es decir, existe una grave dificultad para traducir las emociones y los sentimientos en palabras.

Entonces, puede decirse que la alexitimia designa la incapacidad de hacer corresponder las palabras con las emociones, así como también otras características sintomáticas que se asocian a ella, definidas por la clínica médica. Es ésta una entidad nosográfica que describe rasgos de personalidad a partir del tratamiento de enfermedades psicósomáticas, así como de adicciones y depresión, sin dejar fuera los trastornos de las conductas alimentarias e incluso, a una población más amplia lo que le da una dimensión trascendente para el ámbito psicológico en su perspectiva preventiva (Valdéz, 2004).

La alexitimia puede ser entendida también como un estilo cognitivo peculiar del lenguaje y los pensamientos, caracterizado por un déficit en el procesamiento de la información emocional o en la regulación del afecto. Los sujetos alexitímicos no se caracterizan tanto por una capacidad para experimentar o sentir los estados emocionales y expresarlo, sino más bien por una dificultad para diferenciarlos y verbalizarlos. De la misma manera que aparece como un fenómeno con varias caras; las consecuencias de la incapacidad para verbalizar sentimientos y emociones repercute en las relaciones interpersonales, la creatividad, el reconocimiento de un espacio interior, así como en la riqueza comunicacional y la naturaleza del sufrimiento (Páez y Casullo, 2000).

El origen de la alexitimia ha sido atribuido a causas biológicas, psicológicas y sociales (Espina, 1998) cit. por Espina y colaboradores (2001).

La alexitimia es definida como un déficit en el tratamiento cognoscitivo y la regulación de emoción. El déficit en el autodescubrimiento, la dificultad en la descripción de sentimientos a otros es la verbalización pobre emocional, no es sólo una secuela de la dificultad del tratamiento que afecta, pero de hecho es una de las dimensiones conceptuales y factores empíricos en la Escala de Alexitimia más conocida: Escala de Alexitimia de Toronto (Páez y Casullo 2000).

2.2 Etiología de la alexitimia

Se atribuye su etología principalmente a dos tipos de factores: por una parte se considera un “estado” reactivo al efecto de diferentes estados emocionales negativos (depresión, ansiedad), así como consecuente con diversos trastornos crónicos psicopatológicos y somáticos, habiéndose planteado la conveniencia de establecer la diferenciación entre alexitimia primaria (rasgo relativamente estable de personalidad) y secundaria (estado emocional transitorio de carácter reactivo); Es atribuida también su etiología a la existencia de un substrato neurobiológico, bien por una alteración en la conexión ínter hemisférica dando lugar a una comisurotomía funcional, bien por alteraciones en los mecanismos de inhibición y facilitación del procesamiento emocional asociados a la lateralización cerebral (Casullo, 1989).

La utilización de la alexitimia como uno de los mecanismos explicativos de las alteraciones psicosomáticas, partiendo básicamente de una secuencia causal que supone que la limitada conciencia e indiferenciación de los estados emocionales, así como las alteraciones en el procesamiento cognitivo de los afectos llevan a focalizar, amplificar y prolongar los componentes somáticos de la activación emocional; Consecuentemente, las dificultades en la modulación cognitiva de las emociones contribuyen frecuentemente a la realización de

conductas compulsivas tendentes a la reducción de la activación fisiológica displacentera (Chiozza, 1980).

Paralelamente, en un intento por regular el nivel de activación en situaciones de conflicto y adaptación (estrés, etc.) se producen las condiciones autonómicas, endocrinas e inmunes que facilitan la aparición del trastorno en conjunción con los factores de riesgo, presumiblemente de transmisión genética y en interacción con los factores ambientales (Ember y Ember, 1997).

Así mismo Quintana en 1996 plantea que mediante los estudios que han examinado las respuestas al estrés, se ha mostrado que los sujetos con alto nivel del trastorno manifiestan una disociación entre las respuestas fisiológicas y subjetivas, así como altos niveles de actividad simpática en fases tónicas que no son moduladas contingentemente con los cambios en las condiciones ambientales. El individuo se ve privado de la posibilidad de poner en funcionamiento mecanismos adaptativos encaminados a la resolución del estado emocional, ya que tanto el patrón de afrontamiento orientado a la acción como la indiferencia situacional propiciarían la retroactivación fisiológica y no la resolución del problema.

2.3 Tipos de alexitimia

Pese a que la alexitimia apenas se abre paso entre la psicología a nivel mundial como motivo de investigación científica, en nuestros días puede hacerse una clasificación de la enfermedad en alexitimia primaria y secundaria (Coronado, 2005).

Sifneos postuló, en 1988, dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria. La alexitimia primaria, de origen predominantemente biológico, es "...un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la forma de anomalías, debidas a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex", y agrega que la especialización de los

hemisferios cerebrales también juega un papel importante en la alexitimia primaria, cuando hay una inadecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo que se encarga de la elaboración y expresión del lenguaje articulado y el hemisferio derecho que modula las emociones y le proporciona al lenguaje los aspectos prosódicos de entonación, coloratura, cadencia y melodía. De hecho (TenHouten y colaboradores (1988), cit. por Valdéz, 2004) demostraron que pacientes con sección del cuerpo calloso tienen dificultades de simbolización al contemplar una película con tema sugestivo de muerte, esto se correlaciona con el registro electroencefalográfico en el que aparece una intensidad mayor de ritmo alfa en el lóbulo temporal derecho, sugiriendo una pobre comprensión de la película; una posible deficiencia de lenguaje interno, por la abundancia de ritmo alfa en lóbulos frontal y temporal izquierdos, asociado a desincronización en el lóbulo parietal izquierdo, y mayor coherencia entre los lóbulos frontal derecho y parietal izquierdo y frontal izquierdo y parietal izquierdo con respecto a los controles, sugieren inhibición interhemisférica de la expresión verbal. Cabe señalar que los sujetos con sección del cuerpo calloso cumplieron con los criterios para el diagnóstico de alexitimia.

El mismo autor describe que la alexitimia secundaria se origina por situaciones traumáticas en periodos críticos del desarrollo en la infancia, por traumas masivos en la edad adulta, por ejemplo estar en campos de concentración o pasar por experiencias de guerra, ser víctima de secuestros, etcétera. También se ha estudiado la correlación de alexitimia con algunos trastornos tanto somáticos como mentales. Algunos ejemplos de los principales trabajos sobre esta forma de alexitimia son los realizados en Japón por Fukunishi y colaboradores (1994), quienes estudiaron la presencia de alexitimia en pacientes con infarto al miocardio, encontrando que los casos agudos mostraron índices mayores de alexitimia que los pacientes con infarto antiguo, lo que se puede interpretar como la utilización de mecanismos de afrontamiento como la negación para minimizar la percepción amenazante. En Noruega, Norby y colaboradores (1987) encontraron que mujeres hipertensas de 40 años de edad presentan un nivel mayor de alexitimia que un grupo control de mujeres normotensas. En la

India, Fernández, Sriiram y colaboradores (1989) encontraron que en un grupo de pacientes con artritis reumatoide la incidencia de alexitimia es de 27.5% mayor que en el grupo control. Los estudios de Smith y colaboradores, en Suiza (1995); Porcelli y colaboradores, en Italia (1995) y Hartmann, en Alemania (1995), indican que pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn) tienen mayores índices de alexitimia que los grupos controles. También hallaron alexitimia y somatización en mujeres con síndrome premenstrual y en pacientes quemados con estrés crónico.

Sánchez en el 2004, indica que hay que distinguir entre la alexitimia primaria, con predisposición genética y causas neuroorgánicas, y la secundaria, que aparece como secuela de un traumatismo emocional previo muy grande o de una prolongada situación de intenso estrés como ya anteriormente ha sido descrita.

2.4 Características principales de alexitimia

1. Dificultad para identificar y comunicar sentimientos.
2. Dificultad para distinguir afectos de sensaciones corporales.
3. Escasa capacidad de simbolización: poca o nula fantasía y actividad imaginativa.
4. Preferencia para ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas.

De acuerdo con Caplan (1990) y Diener, y Larsen, (1993) a estas características básicas pueden agregarse las siguientes:

5. Alto grado de conformismo social, que se puede confundir con "normalidad", pero que es un comportamiento rígido sujeto a reglas convencionales.
6. Impulsividad: los conflictos se manifiestan en acciones irreflexivas, sin que el propio sujeto las relacione con las emociones subyacentes.
7. Tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas, ya sea de dependencia o de aislamiento (cit. por Velasco y Páez, 1997).

2.5 Rasgos esenciales de la alexitimia

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente: es utilitario y minucioso, y está centrado en los detalles del entorno, referido a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones como un paso previo a la actuación.
2. Limitada capacidad para fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la representación de sus impulsos o la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación.
3. Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término alexitimia se refiere a este aspecto. Por ser personas que tienen muy poco contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos, manifestándose incapacitadas para verbalizar (Koldosvky, 1996).

2.6 Rasgos accesorios de la alexitimia

1. Alto grado de conformismo social: son personas aparentemente bien adaptadas, pero como señala (McDougall, 1987), se trata de una "seudonormalidad", pues su comportamiento es muy rígido y dependiente de las convenciones sociales. Su existencia transcurre de manera mecánica. Se halla similitud con el concepto de sobreadaptación.
2. Relaciones interpersonales estereotipadas: la capacidad de relacionarse con otros se encuentra deteriorada por un trastorno de capacidad de empatía. Como tienen relaciones inmaduras pueden establecer con facilidad relaciones de dependencia o caer en el aislamiento, evitando contacto con la gente.

3. Impulsividad como expresión de conflictos: pueden llegar a la expresión afectiva descontrolada por su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.
4. Personalidad inmadura: esto se relaciona con su expresión simbólica, como menciona (Ruesch, 1982). Los tipos de personalidad más frecuentes son los introvertidos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.
5. Resistencia a la psicoterapia tradicional: por la incapacidad de relacionar sus trastornos fisiológicos con sus conflictos y como consecuencia de su incapacidad para simbolizar, es difícil que puedan realizar una introspección necesaria para concretar cualquier tipo de psicoterapia que pretenda descubrir los mecanismos profundos de su trastorno.

Según Pedinielli en 1992, con respecto a las emociones y los sentimientos, la referencia a la expresión de las emociones plantea un primer problema, pues a menudo se confunden expresión y verbalización. Los sujetos alexitímicos tienen una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconocen y responden de manera apropiada a las convenciones lingüísticas que tienen que ver con las emociones, y poseen códigos motores necesarios para la ejecución ordenada de expresiones de emociones, pero no existe en ellos conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de ésta. Para este autor, los términos “emociones” y “sentimientos”, “timos” y “afectos”, no son sinónimos aunque designan realidades vecinas. Sifneos realiza una diferenciación entre afecto, emoción y sentimiento. Las emociones tienen que ver con las emociones viscerales; éstas constituyen la dimensión biológica del afecto. La emoción es expresada por comportamientos y mediatizada por el sistema límbico, está presente en los animales, pero éstos no tienen sentimientos. Los sentimientos, feelings, emotions, constituyen el aspecto psicológico del afecto. La actividad neocortical es necesaria para que existan sentimientos, y no lo es para las emociones viscerales. En cambio, el afecto es un estado interno que posee componentes biológicos y psicológicos; es producto de la emoción y del sentimiento. Así los pacientes alexitímicos tendrían, pues, emociones, pero no

podrían expresar sus sentimientos. En la alexitimia predominan las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de otras respuestas.

2.7 Diferencia de alexitimia e inhibición emocional

Algunos investigadores han sugerido que el constructo de alexitimia podría tener similitudes con el concepto de inhibición emocional. En ambos se observa una marcada reducción de la expresión emocional asociada con altos niveles de actividad del sistema autónomo. Pero la inhibición se caracteriza por un esfuerzo voluntario y consciente para suprimir los afectos, mientras que, en el caso de la alexitimia, el individuo se da cuenta de que vive un suceso particular en ruptura con su funcionamiento habitual; se verifica dificultad para identificar el tipo de estado emocional vivenciado y problemas para expresar verbalmente afectos (Gil, y Portellano, 2005).

Como bien ya se ha descrito el término alexitimia proviene de las palabras griegas “sin palabras con respecto a los sentimientos”. La alexitimia no es un diagnóstico, pero describe un estilo por el cual los pacientes no reconocen su estado emotivo interno y por lo tanto son incapaces de responder a preguntas sobre su estado de ánimo. Estos sujetos suelen expresar su incomodidad emotiva a través de síntomas somáticos y aunque padezcan depresión mayor, un observador objetivo sólo podría inferirlo basándose en numerosas quejas físicas. Quienes padecen alexitimia tienen probabilidades de presentarse en el medio de cuidados de salud con quejas somáticas que carecen de causas físicas discernibles. Como las personas que padecen alexitimia no son capaces de describir su estado de ánimo desde el punto de vista subjetivo, la evaluación y el tratamiento deben centrarse en otros síntomas de depresión como perturbaciones del sueño o la fatiga. La psicoterapia ayuda a estos pacientes a identificar sus emociones y hablar sobre ellas (Elkim, 2000).

3. Medición de alexitimia

La prueba que se utilizó es la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), y su desarrollo a través del tiempo ha sido un panorama dominado por las limitaciones para evaluar la alexitimia, (Taylor, Ryan y Bagby, 1985 cit. por Martínez, Ortiz y Velasco, 2000). Desarrollan un autoinforme en la Escala de Alexitimia de Toronto, con el objeto de disponer de un instrumento psicométrico válido y fiable; los autores emplean en su elaboración una aproximación combinada, racional y empírica, definiendo previamente cinco áreas de contenido, que pretenden reflejar de forma sustantiva el dominio del constructo:

- 1) dificultad para descubrir sentimientos;
- 2) dificultad para distinguir entre sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a los estados de activación emocional;
- 3) ausencia de introspección;
- 4) conformismo social;
- 5) vida fantasiosa empobrecida y fracaso en el recuerdo de los sueños.

De esta manera, Sifneos, el creador del constructo, define la alexitimia en la personalidad de nuestro tiempo indicando que este conjunto de características corresponde al perfil socialmente esperado de los individuos. Si bien la alexitimia está estrechamente ligada a la cultura, por razones históricas está muy vinculada a la psicósomática, y su descubrimiento por Sifneos ha sido efectuado en ese contexto (Pedinelli, 1992).

Sobre esa base teórica desarrollan un grupo inicial de 41 reactivos, posteriormente fueron eliminados 8 reactivos en total por el SPSS, 4 de la subescala de Reconocimiento Interoceptivo del Inventario de Trastornos de la Alimentación de Garner (Garner, Olmsted y Polivy, 1983) y 4 de la Escala de Necesidad de Cognición (Cacioppo y Petty, 1982), finalmente fueron reescritos y adaptados a un formato de respuesta tipo likert de 5 niveles; la mitad de los reactivos puntúan de forma inversa para evitar posibles sesgos por aquiescencia (Todo lo anterior citado por Martínez, Ortiz y Velasco, 2000)

Por otro lado, aunque la alexitimia ha sido considerada un constructo dimensional, se establecen inicialmente puntuaciones de corte con el objeto de facilitar los estudios comparativos entre diversas poblaciones. De este modo, los sujetos que puntúan 61 o más se consideran alexitímicos en esta escala.

3.1 El proceso de revisión de la escala

La validación de un constructo es un proceso continuo, orientado tanto a la revisión de la medida como al logro de una mejor comprensión y refinamiento teórico (Comrey, 1988 cit. por Páez y Casullo). Así, pese a que el desarrollo de la TAS acarrea un notable avance en el conocimiento de las características propias de la alexitimia, una serie de evidencias aconsejaron una revisión de la escala entre las cuales se destacaron:

- 1) Las altas correlaciones existentes entre los dos primeros factores;
- 2) La baja correlación reactivo-total entre los reactivos que componen el factor referido a ensoñaciones diarias y la correlación negativa con el primer factor que cuestiona la coherencia teórica de este con el resto y
- 3) Los cuatro factores del TAS presentaban diferentes y contrapuestos patrones correlacionales con medidas de otros constructos, en particular con ansiedad, depresión, somatización y actividad introspectiva. (Kirmayer y Robbins, 1993 cit. por Paez y Casullo,2000)

Para solucionar estas cuestiones, los autores propusieron construir una versión realizada de la escala, denominada TAS-R.

3.2 TAS-R

Para revisar la versión inicial, los autores elaboraron una nueva versión “piloto” en la que se incluyeron 17 reactivos de nueva elaboración, la mayoría de los cuales hacían referencia a los procesos imaginativos y la dimensión de pensamiento orientado a lo externo, que corresponde con el concepto de pensamiento operatorio.

Esta versión es administrada inicialmente a una muestra de 965 sujetos; tras los análisis sobre la carga reactivo-factor, sobre la consistencia interna y sobre su vinculación con medidas de deseabilidad social, son seleccionados finalmente 23 reactivos.

La TAS-R presenta como novedad la ausencia de reactivos que reflejaban ensoñación diaria o cualquier otro tipo de actividad imaginativa y, por el contrario, la inclusión de un mayor número de reactivos que miden el pensamiento orientado a lo externo. Los análisis factoriales exploratorios revelaron una estructura compuesta por dos factores: el primero contenía reactivos relativos a la capacidad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales asociados tanto con la activación emocional como con la habilidad para describir sentimientos a los demás. El segundo reflejó el concepto de pensamiento orientado a lo externo. No obstante, los análisis confirmatorios posteriores reflejaron como más adecuada una estructura de tres factores.

3.3 TAS-20

Los resultados de los análisis factoriales de la TAS-R aconsejaron desarrollar una nueva versión de la escala, siguiendo el procedimiento descrito anteriormente.

Esta escala revisada (TAS-20) conserva reactivos de la TAS inicial y, como ésta, se puntúa a través de una escala tipo likert que va de 0 a 5 puntos. Por ello, la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 0 y 100 puntos, considerándose como “alexitémico” aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 61. Las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial compuesto por tres factores coherentes con el constructo que evalúa:

- 1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional;
- 2) dificultad para describir los sentimientos a los demás, y

3) el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

Las investigaciones preliminares indican que la TAS-20 presenta una buena consistencia interna ($\alpha = 0,81$), y una buena fiabilidad test-retest en un periodo de tres semanas ($r = 0,77$; $p < 0,01$), superando las limitaciones de la escala original. Los análisis factoriales muestran que refleja una dimensión general de la alexitimia compuesta por tres factores relacionados que describen tres dimensiones de la alexitimia:

Factor 1. Explica el 12.6 % de la varianza total. Está compuesto por reactivos que miden la capacidad para identificar sentimientos y distinguir entre estos y las sensaciones corporales de reacción emocional (reactivos 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14).

Factor 2. Explica el 9.63 % de la varianza total. Está integrado por reactivos que reflejan la incapacidad para comunicar sentimientos a los demás (reactivos 2, 4, 11, 12, 17).

Factor 3. Explica el 8.75 % de la varianza. Se compone por reactivos que miden el pensamiento orientado a lo externo (reactivos 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Finalmente, se examinan las relaciones entre la TAS-20 y las cinco dimensiones básicas de la personalidad. Los resultados obtenidos hasta la actualidad muestran que la consistencia interna es manifiestamente superior a la de las versiones anteriores y que su estructura factorial es más estable, correlacionando sus tres factores en la forma esperada con medidas de otros constructos. Todo ello hace que el desarrollo y la validación de esta escala proporcione un apoyo considerable a la validez del constructo de alexitimia, así como la posibilidad del desarrollo de estudios empíricos con garantías de rigor psicométrico, si bien se hace recomendable una aproximación multidimensional a la evaluación del constructo.

3.4 Adaptación a la TAS-20

Desde su desarrollo, la TAS-20 ha sido adaptada a diversas lenguas y ámbitos culturales, obteniéndose resultados satisfactorios. La adaptación de la escala en la población de la India permite afirmar que la alexitimia es un constructo válido en

esta cultura. Los resultados confirman el modelo de tres factores derivados de la versión inglesa de la escala, así como de análisis factoriales confirmatorios anteriores en versiones inglesas y alemanas. Una estructura factorial idéntica es confirmada posteriormente en la población finlandesa; los resultados son similares a los recogidos en tres muestras de adultos en Canadá, los Estados Unidos y Alemania. En ésta misma línea se sitúa la adaptación Española de la escala.

4. Medición Psicológica

4.1 Definiciones, propósitos y usos de las pruebas psicológicas

Es indudable la dificultad que acarrea evaluar constructos psicológicos complejos, más aún cuando, como en el caso de la alexitimia, se encuentran en continua expansión y redefinición conceptual.

El desarrollo de instrumentos válidos fiables ha posibilitado que la investigación sobre la alexitimia avance considerablemente, acaparando los estudios centrados en su evaluación (Cerdá, 1981).

En cualquier campo de investigación científica se hace necesario demostrar la validez de un nuevo constructo hipotético y mostrar que no se trata de una nueva denominación para describir un constructo ya establecido (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Para conseguir la evaluación sistemática y el refinamiento teórico del constructo, las medidas de alexitimia deben cumplir los requerimientos generales exigibles a las medidas estandarizadas de personalidad. En este caso, el desarrollo de la Escala de Alexitimia de Toronto TAS-20 (Bagby, Taylor y Parker, 1997).

Anastasi en 1957 plantea que las pruebas psicológicas se crearon para evaluar las diferencias entre los individuos con respecto de las características cognoscitivas y afectivas, ya que las personas difieren en su capacidad y personalidad, por ésta misma razón, los psicólogos buscan medir estas diferencias con las pruebas. Mientras más claro esté, el comportamiento podrá predecirse de manera más exacta a partir de las calificaciones de las pruebas.

Así mismo explica que la función básica de las pruebas Psicológicas consiste en medir diferencias entre los individuos o entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones.

Nunnally en 1987 describe, de una manera más técnica, que las pruebas son un proceso de medición que consiste en reglas para asignar símbolos a objetos para:

- 1) representar cantidad de atributos de manera numérica (escala de medición) o
- 2) definir si los objetos caen en la misma categoría o en una diferente con respecto a un atributo determinado (clasificación).

En la actualidad, el propósito principal de las pruebas y evaluaciones psicológicas es el mismo que ha prevalecido durante todos estos siglos: evaluar el comportamiento, las capacidades mentales y otras características personales con el objeto de ayudar en los juicios, predicciones y decisiones de las personas.

En forma más específica, las pruebas se utilizan para:

- 1) Observar a las personas que solicitan empleos y desean participar en programas educativos y de capacitación;
- 2) Clasificar y ubicar a las personas dentro de contextos educativos y de empleo;
- 3) Asesorar y guiar a los individuos con propósitos educativos vocacionales y personales;
- 4) Retener o suspender, promover o cambiar a estudiantes o empleados en los programas educativos y de capacitación, así como en situaciones laborales;
- 5) Diagnosticar y prescribir tratamientos psicológicos y físicos en clínicas y hospitales;
- 6) Evaluar los cambios cognoscitivos intra e interpersonales debido a programas de intervención educativos, psicoterapéuticos, conductuales y;
- 7) Realizar investigaciones sobre los cambios en el comportamiento a través del tiempo y sobre la efectividad de los programas y técnicas nuevas. Además de sus aplicaciones en la descripción y análisis de las características individuales. Las pruebas se utilizan para evaluar el entorno psicológico, los movimientos sociales y otros eventos psicosociales (Thorndike, 1970).

Es importante señalar que una valoración e interpretación adecuada de los resultados de las pruebas debe, en último término, descansar en el conocimiento de su elaboración, lo que se espera de ellos y sus limitaciones (Thorndike, 1986).

4.2 Análisis de la capacidad discriminatoria de los reactivos

Elección del criterio. La capacidad discriminativa del reactivo se refiere al grado en que este diferencia correctamente entre los examinados en relación con la conducta que la prueba pretende medir cuando debe evaluarse toda la prueba mediante la validación relacionada con el criterio, es posible evaluar y seleccionar los reactivos sobre la base de su relación con el mismo criterio externo. También es el método que suele seguirse al elegir los reactivos que han de incluirse en los inventarios biográficos, que por lo general cubren una colección heterogénea de antecedentes del individuo. En estos instrumentos no existe una base previa para calificar una respuesta como correcta o incorrecta o para signar un peso de calificación, salvo por comparación con la posición del criterio de quienes dan esa respuesta. De un banco inicial de reactivos, se conservan los que mejor distinguen entre las personas clasificadas en diferentes categorías del criterio, como ocupaciones o síndromes psiquiátricos. Con frecuencia, los grupos de criterio constan de éxitos y fracasos en un curso académico, un programa de entrenamiento o una clase de trabajo.

El propósito del análisis de reactivos en una prueba construida por un maestro, consiste en identificar las deficiencias en la prueba o en la enseñanza. Para diagnosticar el problema a menudo es suficiente revisar con el grupo los reactivos cuestionables. Si la redacción del reactivo fue errónea, se puede revisar o eliminar en exámenes posteriores.

Índices estadísticos de la capacidad discriminatoria del reactivo. Dado que las respuestas a los reactivos generalmente se registran como correctas o incorrectas, la medición de la discriminación del reactivo suelen incluir una variable dicotómica (el reactivo) y una variable continua (el criterio). En ciertas situaciones, el criterio también puede ser dicotómico (como graduarse o no de la universidad, o

éxito contra fracaso laboral) o bien puede ser dicotomizado se pretende hacer un análisis. A pesar de las diferencias en el procedimiento y las suposiciones, la mayor parte de los índices de la capacidad discriminativa del reactivo arrojan resultados muy similares (Oosterhof, 1976 cit. por Anastasi y Urbina, 1998).

El índice de discriminación. Si se expresan como porcentaje los números de personas que aprueban cada reactivo en los grupos superior e inferior, la diferencia entre ambos ofrece un índice de la capacidad discriminativa del reactivo que puede interpretarse independientemente del tamaño de la muestra particular de la que se obtuvo (Anastasi y Urbina, 1998).

4.3 Confiabilidad

El término confiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas, estas cuando se les examina en distintas ocasiones con la misma prueba, con conjuntos equivalentes de reactivos o en otras condiciones de examinación. Así mismo la confiabilidad de una prueba indica la medida en que las diferencias individuales en los resultados pueden atribuirse a “verdaderas diferencias” en las características consideradas y el grado en que pueden deberse a errores fortuitos. Al igual que permite estimar que proporción de la varianza total de las puntuaciones se debe a la varianza de error (Anastasi y Urbina, 1998).

Otero, 1999 cit. por Jiménez en 2002 describe que existen sistemas importantes para que una prueba pueda ser descrita adecuadamente como objetiva. La determinación del grado de dificultad de un elemento (reactivo) o de una prueba completa y la medida de la fiabilidad y validez de una prueba se basan en procedimientos empíricos y objetivos. El término fiabilidad, según se usa en psicometría, significa siempre consistencia. La fiabilidad de la prueba es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica otra vez la misma prueba o una forma equivalente de ella.

Se entiende por consistencia interna la correlación entre cada uno de los elementos y la totalidad de la prueba. Cuanto mayor sea esta correlación entre tanto se puede más admitir que ese elemento mide lo que la misma prueba en conjunto (Cerdá, 1981).

Por otro lado, todas las pruebas psicológicas útiles son a la vez dignas de confianza lo cual se refiere a la coherencia según la cual la prueba mide la capacidad o característica buscada. La confianza o confiabilidad que merece una prueba se establece preparando factores como preparación y motivación, empleando después uno de los siguientes métodos. En algunos casos se emplea la misma prueba con un gran número de individuos y después se hace nuevamente a estas mismas personas en alguna fecha ulterior. La confianza que merece una prueba es determinada por medio del empleo del coeficiente de relación que es una expresión estadística de la extensión de la relación entre dos grupos de puntuaciones. Estos dos grupos de puntuaciones son correlacionados y el coeficiente resultante recibe el nombre de coeficiente de confiabilidad. De la misma manera (Hernández, 1999), describe que la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

Morales en 1987, utiliza el término de fiabilidad en el sentido de consistencia interna. El cálculo de fiabilidad (ausencia de error) es implícito en el test-retest: una medida es fiable si en condiciones sucesivas aporta resultados similares. Los coeficientes de consistencia interna tratan las variables (reactivos) como pruebas paralelas. En sentido propio la fiabilidad no lo es puramente del instrumento, sino de los resultados obtenidos con él, en una muestra concreta. Aunque en el lenguaje que se utiliza normalmente se habla de la fiabilidad del instrumento, como si se tratara de la propiedad de una serie de reactivos tal como aparecen antes de obtener las respuestas de una muestra, por otra parte es claro que la fiabilidad del instrumento influye en el grado de homogeneidad de la muestra: se clasifica bien a los muy distintos y con el mismo instrumento se clasifica mal a los muy semejantes. La fiabilidad va a depender en última instancia

de las correlaciones inter-reactivo, que a su vez dependerá de las diferencias individuales.

Así mismo expresa que la estimación de la fiabilidad de los instrumentos está apoyada en escalas sumativas (Likert). La verificación de la fiabilidad de los instrumentos de medición es a través de los coeficientes de consistencia interna o de homogeneidad. El coeficiente de Cronbach es el más utilizado y viene a ser en la práctica común un control de calidad importante que deja al instrumento preparado para pasar a las pruebas de validez. (Cronbrach, 1951 citado en Morales, 1987) es un modelo basado en la concepción de una muestra aleatoria de reactivos pertenecientes al mismo dominio.

Kerlinger en 1988, Señala que confiabilidad es sinónimo de estabilidad, es algo que puede predecirse, que se le tiene confianza. Además agrega, que la confiabilidad es la exactitud de un instrumento de medición. Un instrumento confiable mide en mayor o menor grado los “puntajes verdaderos” de los individuos dependiendo de esas mayor o menor grado de la confiabilidad del instrumento. Si no se conoce la confiabilidad y validez de los datos que se tienen, se tendrá poca fe en los resultados obtenidos y en las conclusiones que se deriven. La preocupación de la confiabilidad es la necesidad de confiar en la medición. Así confiabilidad es estabilidad, seguridad y predictibilidad. Es una condición necesaria pero no suficiente del valor de los resultados de las investigaciones y de su interpretación.

4.4 Validez

Anastasi y Urbina en 2004 plantean que la validez de los instrumentos de medición tiene que ver con lo que mide y qué tan bien lo hacen; indica que se puede inferir a partir de sus resultados. A este respecto, debe tenerse cuidado de no aceptar el nombre de la prueba o el test como indicador de lo que mide, pues aunque son títulos cortos, convenientes para propósitos de investigación, casi todos son demasiado generales y vagos para indicar el área de conducta que cubren; no obstante, cada vez son mayores los esfuerzos por utilizar nombres más

específicos y que puedan definirse de manera empírica. El rasgo medido por determinada prueba solo puede definirse mediante del examen, de las fuentes objetivas de información y las operaciones empíricas utilizadas para establecer su validez. Más aún la validez no puede expresarse en términos generales, no es posible decir en abstracto que es “alta” o “baja”, sino que hay que referirse al uso particular para el que se planea utilizar el instrumento.

En principio, todos los procedimientos utilizados para determinar la validez se interesan en las relaciones entre la ejecución en las pruebas y otros factores observados, independientemente de las características de la conducta considerada. Para investigar estas relaciones se han empleado distintos métodos, cuyos nombres tradicionalmente se han concentrado en aspectos de la validez que son importantes para distintos usos de la prueba. En la medida en que se han desarrollado y expandido las aplicaciones de los instrumentos, también se han modificado los conceptos de validez.

Por lo antes descrito, se puede decir que la validez se refiere al hecho de que si la prueba mide o no lo que se intenta medir. El problema de mayor importancia que existe para la validez de las pruebas estriba en encontrar criterio contra el cual se pueda valorar la prueba. La validez de la prueba solo tiene importancia según el criterio con el que fue validado (Nunnally, 1991). De la misma manera (Hernández, 1999) menciona que la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, (Anastasi, 1973) agrega que la validez proporciona un control directo de la forma en que cumple su función la prueba. La determinación de la validez generalmente requiere criterios externos independientes de lo que la prueba esté destinada a medir. Antes de que la prueba esté lista para su uso, su validez debe establecerse sobre una muestra representativa de sujetos. Las puntuaciones de estas personas no se usan en sí mismas con fines predictivos, sino que sirven solamente para el proceso de comprobación de la prueba, si por este método la prueba demuestra que es válida, entonces es posible utilizarla con otras muestras, sin nuevas medidas de criterio. La validez de la prueba se refiere a lo que mide y cómo lo mide, es decir, determina el uso particular para lo que fue considerada.

Kerlinger en 1988, menciona que la definición más común de la validez está resumida por la pregunta: ¿se está midiendo lo que se piensa que se está midiendo? Al igual que (Anastasi, 1973 y Kerlinger, 1988), sostienen que debe destacarse que no existe una única validez. Una prueba o una escala son validas para el propósito práctico o científico de su usuario y agregan que hay tres tipos de validez; validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. Se le da más importancia a la validez de constructo ya que vincula las nociones y prácticas psicométricas de las nociones teóricas. El concepto de validez de constructo nace, como explica (Nunnally, 1991) de la limitación de la validez del contenido cuando se aplica a la medición de rasgos, actitudes, etc. Es decir, a conceptos abstractos que resumen, al menos como hipótesis inicial, consistencias conductuales y actitudinales. El proceso de validar un constructo es, el proceso de adscribir significados a las puntuaciones obtenidas con un determinado instrumento y es más necesario cuando aumenta el grado de abstracción de la variable medida (Morales, 1987).

4.5 Normas

En los instrumentos psicológicos, las puntuaciones suelen interpretarse haciendo referencia a normas que representan el desempeño de la muestra de estandarización en la prueba; es decir, las normas se establecen empíricamente al determinar lo que hacen en la prueba los miembros de un grupo representativo. La puntuación transformada de cualquier individuo se refiere entonces a la distribución de las puntuaciones obtenidas por la muestra de estandarización para descubrir que lugar ocupa en esa distribución. ¿Coincide el resultado con el desempeño promedio del grupo de estandarización? ¿Está ligeramente por debajo del promedio o se encuentra cerca del extremo superior de la distribución?

Para averiguar la posición exacta del individuo en relación con la muestra de estandarización, la puntuación cruda se convierte en una media relativa. Estas puntuaciones transformadas cumplen un doble propósito; primero, indican la posición del individuo en relación con la muestra normativa, lo que permite la

evaluación de su desempeño en comparación con otras personas. Segundo, proporcionan medidas equivalentes que permiten la comparación directa del desempeño del individuo en pruebas diferentes. Por otro lado, las puntuaciones derivadas pueden expresarse en las mismas unidades y referirlas a muestras normativas iguales o muy similares en distintas pruebas, lo que permite comparar la ejecución relativa en funciones muy diferentes.

Aunque hay formas de convertir las puntuaciones crudas para satisfacer los dos objetivos planteados, las puntuaciones derivadas se expresan esencialmente en dos formas principales: (1) el nivel de desarrollo alcanzado, o (2) la posición relativa dentro de un grupo específico.

Percentiles. El percentil indica la posición relativa del individuo en la muestra de estandarización. Los percentiles también pueden verse como rangos en un grupo de 100, excepto porque en éstos se acostumbra empezar a contar por la parte superior, y el mejor individuo del grupo recibe un rango de 1. Por su parte, con los percentiles se comienza por el extremo inferior, de modo que entre más bajo sea el percentil más pobre es la posición del individuo.

El percentil 50 (P_{50}) corresponde a la mediana, ya estudiada como medida de tendencia central. Los percentiles por encima de 50 representan una ejecución por encima de la mediana; los que están por debajo de 50 significan una ejecución inferior. Los percentiles 25 y 75 se conocen como el primer y tercer puntos de los cuarteles (Q_1 y Q_3), porque separan los cuartos inferior y superior de la distribución. Como la mediana, proporciona referencias convenientes para descubrir una distribución de puntuaciones y compararla con otras distribuciones.

Los percentiles no deben confundirse con los porcentajes, que son puntuaciones crudas que se expresan en términos del porcentaje de los reactivos correctos y el total; los percentiles son puntuaciones transformadas que se expresan en término del porcentaje de individuos. (Anastasi y Urbina, 1998).

En la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y sus autores plantean un puntaje de corte de 61 para diagnosticar un sujeto como

alexitímico. (se debe tener en cuenta que hay que invertir los reactivos 4, 5, 10, 18 y 19 antes de realizar la sumatoria para obtener la puntuación total).

Como ya se ha señalado, las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial de tres factores.

- 1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, definida por los reactivos TAS01, TAS03, TAS06, TAS07, TAS09, TAS13 Y TAS14;
- 2) dificultad para describir los sentimientos a los demás, operacionalizada a través de los reactivos TAS02, TAS04, TAS11, TAS12 Y TAS17;
- 3) estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, medido a través de los reactivos TAS05, TAS08, TAS10, TAS15, TAS16, TAS18, TAS19 Y TAS20. (Páez y Casullo, 2000).

5. Planteamiento del Problema

Esta investigación estuvo enfocada a la validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) que está compuesta por veinte reactivos, y consta de tres factores 1) dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones físicas debidas a la activación emocional, 2) dificultad para expresar sentimientos y 3) pensamiento orientado externamente; dicha escala se aplicó a una población estudiantil universitaria mexicana.