

UBICACIÓN DE LA ALEXITIMIA EN RELACIÓN A LOS RASGOS PSICOPATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD DEL MMPI

José Moral de la Rubia*

SUMMARY

The objectives of the present study are: 1) to determine the relationship between alexithymia and depression to contrast if they both are related, although distinguishable; 2) to observe the relationship between alexithymia, measured by the TAS-20 and with the validation and clinical scales of the MMPI, especially in connection with depression and somatization, centering the analysis in the underlying dimensions; and 3) to establish if the relationship between alexithymia and somatization is direct or mediated by depression (indirect). It should be pointed out that all the psychopathological variables of this study are considered as features and these are defined by the MMPI but not by diagnostic criteria.

The study sample was integrated by 362 students and obtained during the students' selection process of the UANL Psychology School. Alexithymia was measured by the TAS-20 and the psychopathological variables by the MMPI. The TAS-20 is a Likert scale of 20 elements, constituted by three orthogonal factors: difficulty in expressing feelings (DEF), difficulty in identifying feelings (DIF) and externally oriented thinking (EOT). Data was analyzed through the Pearson's lineal correlation technique, partial correlation and factor analysis. The factorial analysis was done by the method of principal components with an orthogonal rotation Varimax. The criterion of Kaiser-Meyer-Olkin (eigenvalues over one) was used to determine the number of factors.

It was hypothesized that: 1) The total score of the TAS-20 and their first two factors (DEF and DIF) would correlate positive and significantly with depression, and that both concepts would be perfectly distinguishable based on the factorial saturations of the scales inside the components that arise when factoring the TAS-20 and the MMPI clinical and validation scales. 2) A positive and significant correlation was expected between alexithymia and the somatoform dimension (in regard to the scales of Hysteria and Hypochondriasis). 3) If the relationship between alexithymia and the somatoform dimension was direct, then the correlation would be increased, in some degree, when eliminating the effect of depression; consequently, the correlation between alexithymia and depression would be increased when eliminating the influence of the somatoform dimension. On the contrary, if the relationship

were indirect or if this reflected a masked or somatoform depression, then the correlation of alexithymia with the somatoform dimension would be weaker than with the depression. Besides, the correlation between alexithymia and somatoform dimension would be diminished or would not become significant if the effect of the depression was eliminated. Consequently, the correlation between alexithymia and depression would diminish if the influence of somatoform dimension was partialized.

The MMPI Scale 2 (depression) correlated in a direct, significant ($p < .01$) but in a low way (from .265 to .199), with the TAS-20 total score, and the first two factors (DEF and DIS), remained independent from externally oriented thinking (EOT).

In the study of the factorial structures, the TAS-20 total score and the difficulty identifying feelings (DIF) appeared associated to a defensive style of low defensiveness and social desirability, remaining both variables independent of the depression and social introversion factor. Externally oriented thinking (EOT) was associated to the manifestation of an instrumental and not very expressive (masculine) gender role, not showing any association with depression. Only difficulty expressing feelings (DEF) formed part of the depression and social introversion factor. When contemplating the three factors of the TAS-20 simultaneously with the MMPI Scales, difficulty identifying feelings and difficulty expressing feelings were associated to a style of low defensiveness; externally oriented thinking was associated to a masculine gender role and low suspiciousness, remaining the three scales of the TAS-20 independent of the depression and social introversion factorial component. This data justify to consider depression and alexithymia as related but perfectly distinguishable concepts.

Once the factorial structure of the MMPI clinical scales was estimated in our control sample of 362 students, three dimensions were observed: 1) Psychoticism characterized mainly by a very inadequate social behavior; 2) Depression and social introversion; and 3) Somatoform related with conversion symptoms, hypochondriac complaints or concerns and adoption of an expressive and not very instrumental (feminine) gender role. As it was expected, the strongest relationship was with the Depression dimension. This first MMPI clinical scale dimension was related both with the TAS-20 total score and its three factors (DEF, DIF and EOT), showing the higher magnitude correlation coefficients

*Profesor-investigador de la Facultad de Psicología. UANL. c/Mutualismo 110. Mitrás Centro, 64460, Monterrey, N.L., México.
Miembro del Comité Doctoral de la Facultad y del Cuerpo Académico de Psicología Social. Inscrito en la Línea de Investigación: Variables Psicosociales en Salud. Tel. y Fax. (01 818) 8348 37 81. e-mail: jose_moral@hotmail.com
Recibido primera versión: 24 de mayo de 2005. Segunda versión: 4 de noviembre de 2005. Aceptado: 4 de abril de 2006.

(from .351 to .129). In second place appears the psychoticism dimension. This second MMPI clinical scale dimension presented significant correlations both with the TAS-20 total score (.214) and with the difficulty identifying and expressing feelings (.239 with DIF and .173 with DEF). The somatoform dimension (conversion symptoms, hypochondriac complaints and feminine gender role) was the one that presented the weakest relationship with alexithymia. This third MMPI clinical scale dimension had more explanatory capacity in the third factor of the TAS-20 (-.200 with EOT) and a little less in the TAS-20 total scale (-.145) and its first factor (-.135 with DEF).

In our sample of 362 students, alexithymia remained independent of the MMPI scale 3 (Hysteria) (with regard to somatization and conversion symptoms) and was very weakly associated with MMPI Hypochondriasis scale. Only difficulty identifying feelings (DIF) presented a direct relationship with the Hypochondriasis Scale (.111). The Somatoform dimension of the MMPI clinical scales correlated in a significant, inverse, but weak way with EOT (-.200), the TAS-20 total score (.154) and DEF (-.135). None of these correlations showed masking of depression. When the influence of depression was eliminated in the relationship between alexithymia and somatoform dimension, this did not diminish or stopped being significant, but rather it became clearer. In turn, when the effect of the somatoform dimension was eliminated in the relationship between alexithymia and depression, this did not decrease, but emerged even more definite. This shows a direct relationship of alexithymia both with the depression dimension and the somatoform dimension, being these two latter dimensions related to each other. The association of alexithymia is stronger with the depression dimension than with the somatoform dimension. Based on the given data, alexithymia cannot be considered as a depressive feature neither as a form of masked somatoform depression, at least in general population.

The association between alexithymia and the somatoform dimension disagrees with the expectations of the early alexithymia literature. A direct association was expected. Nevertheless, an inverse correlation was obtained. The more definite the features of externally oriented thinking are, the higher the score in the TAS-20 is, or the more difficult it is to express feelings; the less conversion symptoms, hypochondriac complaints and feminine manifestation of the gender role will shown by the subjects. These results are in agreement with those of other recent studies that were done in clinical population.

The fact that both, the TAS20 total punctuation and the difficulty identifying feelings, in the factorial analyses, conform a dimension of defensive style with affective isolation and negation of conflicts and problems, gives more support to this result.

From the results of this study that was carried out in a 362 university students' non-clinic sample, one can affirm that alexithymia (measured by the TAS-20) and depression (measured by the MMPI) are two variables that are correlated in a significant, direct and moderately low way; being two clearly distinguishable concepts because of their form of grouping in the factorial analyses. Alexithymia is related especially with a defensive style of scarce defensiveness and low social desirability. Their relationship with the Somatoform dimension (in regard to conversion, hypochondriac complaints and adoption of an expressive and not very instrumental gender role) is significant, inverse, weak and very lightly attenuated by depression. The more alexithymic the subjects seem to be, the less conversion symptoms, somatization complaints, and hypochondria they will have, and

they will show a more definitive masculinity in performing their gender role. In general, the results are consistent with the idea that alexithymia cannot be reduced to a depressive feature and even less to a feature of masked or somatoform depression, at least in non clinic university student population.

Key words: Alexithymia, depression, psychopathology, TAS-20, MMPI.

RESUMEN

Los objetivos del estudio son: 1) determinar la relación entre alexitimia y depresión; 2) observar la relación entre alexitimia, medida por la TAS-20, con las escalas de validación y clínicas del MMPI, especialmente en relación con la depresión y la somatización, centrando el análisis en las dimensiones subyacentes; y 3) establecer si la relación entre alexitimia y somatización es directa o si está mediada por la depresión. Se ha de señalar que todas las variables psicopatológicas de este estudio se toman como rasgos definidos según el MMPI y no se establecen con base en criterios diagnósticos.

La muestra constaba de 362 estudiantes y se obtuvo durante el proceso de selección de alumnos. La alexitimia se midió con la TAS-20 y las variables psicopatológicas con el MMPI. Los datos se analizaron por correlación lineal, correlación parcial y análisis factorial.

La escala de depresión del MMPI se correlacionó de forma directa (de .265 a .199) con la puntuación total de la TAS-20 y con sus dos primeros factores: dificultad para expresar sentimientos (DES) y dificultad para identificar sentimientos (DIS); permaneció independiente del tercer factor de la TAS-20, pensamiento externamente orientado (PEO). En el estudio de las estructuras factoriales, la puntuación total de la TAS-20 y del DIS aparecieron asociadas con un estilo de escasa defensividad y baja discapacidad social, aunque permanecieron independientes del factor de depresión e introversión social. El PEO se asoció con la manifestación de un rol de género instrumental y poco expresivo (masculino) y no mostró ninguna relación con la depresión. Sólo DES formó parte del factor de depresión e introversión social. Al contemplar simultáneamente los tres factores de la TAS-20 con las escalas del MMPI, DIS y DES se asociaron con un estilo no defensivo. El PEO se asoció con un rol de género masculino y baja suspicacia, permaneciendo las tres escalas de la TAS-20 independientes del componente factorial de depresión e introversión social.

La alexitimia se mantuvo independiente de la escala de Histeria; y se asocia muy débilmente con la de Hipocondriasis; presentando dificultad sólo para identificar los sentimientos, en relación directa con la hipocondría. La dimensión Somatomorfa de las escalas clínicas del MMPI se correlacionó de forma significativa, inversa, pero débil con PEO (-.200), TAS-20 (.154) y DES (-.135). Ninguna de estas correlaciones mostró enmascaramiento de la depresión. Cuando se eliminó el efecto de la depresión en la relación entre la alexitimia y la dimensión somatomorfa, ésta no disminuyó ni dejó de ser significativa, sino que surgió más clara. A su vez, cuando se eliminó el efecto de la dimensión somatomorfa sobre la relación entre alexitimia y depresión, tampoco ésta merió, sino que también emergió más definida. Esto refleja una relación directa de la alexitimia tanto con la dimensión depresiva como con la dimensión somatomorfa; estas dos últimas dimensiones se relacionan entre sí. La asociación de la alexitimia es más

fuerte con la dimensión de depresión que con la dimensión somatomorfa. Con base en estos datos, la alexitimia no puede considerarse como un rasgo depresivo, y menos aún de depresión enmascarada o somatomorfa, al menos en la población general de estudiantes universitarios. La dirección de la asociación entre la alexitimia y la dimensión somatomorfa va contra las expectativas de la bibliografía temprana sobre alexitimia, bajo la cual se esperarían una asociación directa. Sin embargo, se obtuvo una correlación inversa. A más alexitimia, menos rasgos histriónicos, quejas de dolores imaginarios, preocupaciones hipocondríacas y somatizaciones, resultado concordante con otros estudios recientes realizados en población clínica.

A partir de los resultados de este estudio, realizado en una muestra no clínica de 362 estudiantes universitarios, se puede afirmar que la alexitimia (medida por la TAS-20) y la depresión (medida por el MMPI) son dos variables que se correlacionan de una forma significativa, directa y moderadamente baja; resultan ser dos conceptos claramente distinguibles y no se puede reducir la alexitimia a un rasgo depresivo y menos aún de depresión enmascarada.

Palabras clave: Alexitimia, depresión, psicopatología, TAS-20, MMPI.

INTRODUCCIÓN

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, sin contacto con el mundo vivencial interno. Se considera que la disfunción central está en la toma de 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 (9, 14).

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 (18).

Actualmente, prevalece una concepción de la alexitimia como un factor de riesgo para las enfermedades relacionadas con la regulación emocional. Las

dificultades de expresión y conciencia emocional provocan fracaso e indefensión social, esto es, un estado ansioso-depresivo que, a la larga, altera el sistema vegetativo, endocrino e inmune (16).

El instrumento para medir la alexitimia, con mejores índices de fiabilidad y validez, es la TAS-20 (1). Esta escala tipo Likert se correlaciona moderadamente con depresión con coeficientes de .30 a .60 en población general (5, 6) y de .40 a .60 en población clínica (7, 17), viéndose ligeramente afectada por los cambios en el nivel de depresión (7, 8).

Los objetivos del presente estudio son: a) estimar la relación entre alexitimia y depresión para contrastar el hecho de que son dos conceptos relacionados y perfectamente distinguibles; b) observar la relación entre la alexitimia, medida por la TAS-20, con las escalas de validación y clínicas del MMPI, especialmente en relación con la depresión y la somatización, centrandolo el análisis en las dimensiones subyacentes; c) determinar si la relación entre alexitimia y la dimensión de somatización es directa o si está mediada por la depresión y d) observar si la relación entre alexitimia y depresión se reduce o no a esa dimensión de somatización. Se ha de señalar que todas las variables psicopatológicas de este estudio son tomadas como rasgos definidos desde el MMPI y no se establecen con base en criterios diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Se empleó una muestra por conveniencia de 362 sujetos, obtenida durante el proceso de selección de estudiantes para primer semestre de la Facultad de Psicología de la UANL en junio del 2003. La edad media fue de 17.65 años con una desviación estándar de 2.32 años. La edad mínima era de 16 y la máxima de 36. El 76% eran mujeres y 24% hombres, 98% eran solteros y 2% casados o en unión libre, 98% eran dependientes económicos de los padres y 2% emancipados.

Instrumentos de medida

TAS-20. Es una escala tipo Likert con sus 20 elementos (1). En la adaptación mexicana realizada por Moral*, por Factorización de Ejes Principales, presenta una estructura de tres factores ortogonales que explican 30.16% de la varianza total: I) Dificultad para Expresar Sentimientos (DES) (2, 4, 11, 12, 17); II) Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14) y III) Pensamiento Externamente Orientado (PEO) (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20). La escala resultó

*Moral J: Estudio de las propiedades psicométricas de la TAS-20 en muestra mexicana. *Salud Pública Mex* (en prensa).

consistente ($\alpha=.82$) y fiable a los seis meses ($r=.70$), así como sus dos primeros factores DES ($\alpha=.80$ y $r=.55$) y DIS ($\alpha=.78$ y $r=.61$). El tercer factor tiene una fiabilidad baja ($\alpha=.53$ y $r=.36$). La distribución de la escala se ajusta a una curva normal, y son asimétricas positivas las distribuciones de sus tres factores. Se observan resultados muy semejantes a los obtenidos en otro estudio realizado en México (12).

MMPI de Hathaway y McKinley (4), con la traducción al español de Núñez (10). Se emplearon tres escalas de validación (L, F y K) y las 10 clínicas. Todas ellas en puntuaciones brutas sin la corrección de la escala K, al carecerse de una estandarización adecuada para población mexicana no clínica. En la presente muestra, con base en la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y un nivel de significación a dos colas ($p>.025$), las distribuciones de las escalas K ($p=.161$), de Histeria ($p=.163$), Hipomanía ($p=.031$) e Introversión social ($p=.026$) se ajustan a una curva normal. La escala de Masculinidad-Feminidad es asimétrica negativa, es decir, su distribución se concentra en las puntuaciones altas (rol femenino); y las nueve restantes son asimétricas positivas, es decir, sus distribuciones se concentran en las puntuaciones bajas (perfil no patológico).

Procedimiento estadístico

En primer lugar se procedió al estudio de la relación de la alexitimia con las escalas de validación y clínicas del MMPI por medio del coeficiente de correlación lineal de Pearson y del análisis factorial. En los análisis factoriales, sólo se introdujeron las escalas del MMPI que se correlacionaban significativamente con la alexitimia.

En segundo lugar, se determinaron las puntuaciones de los factores ortogonales que explicaban la estructura que subyace a las 10 escalas clínicas del MMPI; para correlacionar estas puntuaciones factoriales con la puntuación total de la TAS-20 y cada uno de sus tres factores, se usó nuevamente el coeficiente de Pearson.

Finalmente, empleando la técnica de correlación parcial, se procedió a eliminar el efecto de la depresión en la relación entre la alexitimia y la dimensión somatomorfa (obtenida al factorizar las 10 escalas clínicas del MMPI); así como también el efecto de la dimensión somatomorfa en la relación entre la alexitimia y la depresión.

Como técnica de análisis factorial se empleó la de Componentes Principales con una rotación ortogonal por el método Varimax. Como norma para la extracción de factores se fijó el criterio de Kaiser-Meyer-Olkin de autovalores mayores a 1. El nivel de significación se fijó en .05.

RESULTADOS

Estructuras factoriales de la TAS-20 y el MMPI

La puntuación total de la TAS-20 se correlacionó significativamente con las tres escalas de validación: K (-.474), F (.329) y L (-.276) y con 5 de las 10 escalas clínicas: Introversión social (.410), Psicastenia (.313), Depresión (.231), Esquizoidismo (.223) e Hipomanía (.168). Al aplicar el análisis factorial a las puntuaciones totales de la TAS-20 y estas 8 escalas del MMPI, se obtiene una solución trifactorial que explica 65.87% de la varianza total. El primer componente factorial explica 26.67% de la varianza total y presenta como escalas con carga factorial alta el Esquizoidismo (.871), la Psicastenia (.829), F (.665) y la Paranoia (.639). Se podría interpretar como una dimensión de psicoticismo, donde los sujetos mostrarán una distorsión importante en sus quejas y en su evaluación social. El segundo explica 23.41% de la varianza; está conformado especialmente por las escalas de validación K (-.883) y L (-.713), así como la puntuación total de la TAS-20 (.657). Esta dimensión reflejaría bajo convencionalismo, sinceridad, baja tendencia a quejarse y reconocer problemas y rasgos alexitímicos. El tercero explica 15.78% de la varianza, las escalas con mayor carga factorial son Depresión (.766), Hipomanía (-.690) e Introversión social (.642), esto se puede interpretar como una dimensión de depresión y retraimiento social (cuadro 1).

El primer factor de la TAS-20, Dificultad para Expresar los Sentimientos (DES), se correlacionó significativamente ($p<.01$) con las tres escalas de validación: K (-.386), F (.277) y L (-.275), así como 4 de las 10 escalas clínicas: Introversión social (.458), Psicastenia (.293), Depresión (.265) y Esquizoidismo (.243). Al aplicar el análisis factorial a las puntuaciones de este primer factor de la TAS-20 y las 4 escalas del MMPI con que se correlacionó, resultó una estructura de tres componentes factoriales ortogonales; explica 71.92% de la varianza total. El primero explica 26.39% de la varianza total, las escalas de Esquizoidismo (.926), Psicastenia (.786) y F (.735) son las que muestran mayor saturación y se pueden interpretar como un factor de psicoticismo caracterizado por quejas, ideas raras, obsesiones, compulsiones e inhibiciones inusuales. El segundo explica 22.96% de la varianza, asocia Depresión (.835) e Introversión social (.789) con DES (.525) y constituye un factor de depresión. El tercero explica 22.56% de la varianza, las escalas de validación K (.840) y L (.798) son las que presentan mayor saturación y se pueden interpretar como un factor de defensividad, con una tendencia clara a la distorsión de las respuestas en un sentido socialmente deseable (cuadro 2).

CUADRO 1. Matriz de componentes rotada con escalas del MMPI y puntuaciones totales de la TAS-20

	Componentes		
	1	2	3
MMPI: Esquizoidismo	.871		
MMPI: Psicastenia	.829		
MMPI: Escala F	.665		
MMPI: Paranoia	.639		
MMPI: Escala K		-.883	
MMPI: Escala L		-.713	
TAS-20. Puntuación total		.657	
MMPI: Depresión			.766
MMPI: Hipomanía			-.690
MMPI: Introversión social			.642
Suma de las saturaciones al cuadrado	2.674	2.341	1.578
% de varianza total explicada (65.867)	26.674	23.414	15.779

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de Rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió a la sexta iteración. Medida de adecuación de la muestra de .728. Prueba de la esfericidad de Bartlett: $X^2 = 1309.822, g.l.=45, p=.000$.

CUADRO 2. Matriz de componentes rotada con escalas del MMPI y la Dificultad para Expresar Sentimientos (DES)

	Componentes		
	1	2	3
MMPI: Esquizoidismo	.926		
MMPI: Psicastenia	.786		
MMPI: Escala F	.735		
MMPI: Depresión		.835	
MMPI: Introversión social		.789	
Dificultad para Expresar Sentimientos		.525	
MMPI: Escala K			.840
MMPI: Escala L			.798
Suma de las saturaciones al cuadrado	2.112	1.837	1.805
% de varianza total explicada (71.924)	26.399	22.962	22.563

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió a la quinta iteración. Medida de adecuación de la muestra de .718. Prueba de la esfericidad de Bartlett: $X^2 = 1043.711, g.l.=28, p=.000$.

El segundo factor, la TAS-20, Dificultad para Identificar los Sentimientos (DIS), se correlacionó significativamente con las tres escalas de validación del MMPI: K (-.503, $p=.000$), F (.340, $p=.000$) y L (-.273, $p=.000$), así como con 9 de las 10 escalas clínicas: Psicastenia (.320, $p=.000$), Introversión social (.290, $p=.000$), Esquizoidismo (.202, $p=.000$), Depresión (.199, $p=.000$), Hipomanía (.192, $p=.000$), Paranoia (.179, $p=.001$), Desviación psicopática (.124, $p=.018$), Hipocondriasis (.111, $p=.035$) y Masculinidad-Feminidad (.105, $p=.046$). Al aplicar el análisis factorial a las puntuaciones de este segundo factor de TAS-20 y las ocho escalas del MMPI con que se correlacionó, se obtuvo una estructura de cuatro factores ortogonales, explica 66.15% de la varianza total. El primer componente factorial explica 24.58% de la varianza total. Las seis escalas con alta saturación que lo definen son: Esquizoidismo (.845), Psicastenia (.804), Desviación psicopática (.687), Hipocondriasis (.617), F (.588) y Paranoia (.533). Se puede interpretar como un factor de psicoticismo. El segundo explica 18.99% de la varianza total, asocia las escalas K (-.908) y L (-.680) con DIS (.657). Se puede interpretar como un factor

de dificultad para identificar los sentimientos en personas con defensividad y deseabilidad social bajas. El tercero explica 12.82% de la varianza total, asocia Depresión (.760), Introversión social (.693) e Hipomanía (-.624) y se puede interpretar como un factor de depresión. El cuarto explica 9.76% de la varianza total, se relaciona con Masculinidad-Feminidad (.875) y Paranoia (.478), y se puede interpretar como un factor de feminidad y de suspicacias paranoides, indicador de desajuste especialmente en varones (cuadro 3).

El tercer factor de la TAS-20, Pensamiento Externamente Orientado (PEO), se correlacionó significativamente con las escalas de validación K (-.167, $p=.001$) y F (.117, $p=.026$) del MMPI y las escalas clínicas de Introversión social (-.172, $p=.001$) y Masculinidad-Feminidad (-.141, $p=.007$). Al aplicar el análisis factorial a las puntuaciones de este tercer factor de TAS-20 y las 2 escalas del MMPI con que se correlacionó, aparece una estructura de dos factores; explica 61.19% de la varianza total. El primer componente factorial explica 38.07% de la varianza total, se relaciona con las escalas K (-.841), Introversión social (.762) y F (.717) y se puede interpretar como un factor

CUADRO 3. Matriz de componentes rotada con escalas del MMPI y la Dificultad para Identificar Sentimientos (DES)

	Componentes			
	1	2	3	4
MMPI: Esquizoidismo	.845			
MMPI: Psicastenia	.804			
MMPI: Desviación psicopática	.687			
MMPI: Hipocondriasis	.617			
MMPI: Escala F	.588			
MMPI: Paranoia	.553			.478
MMPI: Escala K		-.908		
MMPI: Escala L		-.680		
Dificultad para Identificar Emociones		.657		
MMPI: Depresión			.760	
MMPI: Introversión social			.693	
MMPI: Hipomanía			-.624	
MMPI: Masculinidad-Feminidad				.875
Suma de las saturaciones al cuadrado	3.195	2.468	1.667	1.268
% de varianza total explicada (66.15)	24.579	18.988	12.823	9.758

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió a la octava iteración. Medida de adecuación de la muestra de .748. Prueba de la esfericidad de Bartlett: $X^2 = 1666.114$, g.l.=78, $p=.000$.

de introversión e inhibición con una profunda vivencia de malestar silenciada. El segundo explica 23.12% de la varianza; se relaciona con las escalas de Masculinidad-Feminidad (-.848) y PEO (.632) y se puede interpretar como un sesgo de pensamiento tendiente a ignorar los referentes vivenciales internos asociados con un rol de género instrumental y poco expresivo (cuadro 4).

Finalmente, se aplicó un Análisis de Componentes Principales sobre las puntuaciones de los tres factores de la TAS-20, las tres escalas de validación y 10 escalas clínicas del MMPI, incluyendo la escala de Histeria a pesar de que no se correlacionó significativamente con ninguno de los tres factores del MMPI. Se obtuvo una estructura tetrafactorial que explica 60.84% de la varianza total. El primer componente factorial explica 22.12% de la varianza total. Las escalas con alta saturación que lo definen son: Esquizoidismo (.805), Psicastenia (.778), Desviación psicopática (.684), Hipocondriasis (.677), Histeria (.641), F (.558) y Paranoia (.522) y se puede interpretar como una dimensión de psicoticismo. El segundo componente factorial explica 19.03% de la varianza total, asocia los dos pri-

meros factores de la TAS-20, DES (.608) y DIS (.677) con las escalas de validación del MMPI: K (-.879) y L (-.651). Se podría interpretar como un factor de dificultad para expresar e identificar sentimientos en personas que se muestran bastante sinceras al expresar sus defectos, problemas y limitaciones. El tercer componente factorial explica 10.67% de la varianza total, se relaciona de forma directa con las escalas clínicas de Depresión (.702) e Introversión Social (.549) y de forma inversa con Hipomanía (-.680). Refleja una dimensión de depresión. El cuarto y último componente factorial explica 9.02% de la varianza total, se relaciona con rasgos de Pensamiento Externamente Orientado (.573) y Masculinidad-Feminidad (-.744). Se puede interpretar como un sesgo cognitivo tendiente a ignorar los referentes vivenciales internos asociado a un rol de género instrumental y poco expresivo (cuadro 5).

Correlaciones entre alexitimia y dimensiones del MMPI

Para estudiar la relación de la alexitimia con las dimensiones psicopatológicas, primero se procedió a factorizar las 10 escalas clínicas del MMPI; a continuación se calcularon las puntuaciones factoriales, y final-

CUADRO 4. Matriz de componentes rotada con escalas del MMPI y Pensamiento Externamente Orientado (PEO)

	Componentes	
	1	2
MMPI: Escala K	-.841	
MMPI: Introversión social	.762	
MMPI: Escala F	.717	
MMPI: Masculinidad-Feminidad		-.848
Pensamiento Externamente Orientado		.632
Suma de las saturaciones al cuadrado	1.903	1.156
% de varianza total explicada (61.191)	38.069	23.122

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió a la tercera iteración. Medida de adecuación de la muestra de .628. Prueba de la esfericidad de Bartlett: $X^2 = 221.976$, g.l.=10, $p=.000$.

CUADRO 5. Matriz de componentes rotada con las escalas de MMPI y los tres factores de la TAS-20

	Componentes			
	1	2	3	4
MMPI: Esquizoidismo	.805			
MMPI: Psicastenia	.778			
MMPI: Desviación psicopática	.684			
MMPI: Hipocondriasis	.677			
MMPI: Histeria	.641			
MMPI: Escala F	.558			
MMPI: Paranoia	.552			
MMPI: Escala K		-.879		
Dificultad para Identificar Sentimientos		.677		
MMPI: Escala L		-.651		
Dificultad para Expresar Emociones		.608		
MMPI: Depresión			.702	
MMPI: Hipomanía			-.680	
MMPI: Introversión social			.549	
MMPI: Masculinidad-Feminidad				-.744
Pensamiento Externamente Orientado				.573
Suma de las saturaciones al cuadrado	3.539	3.046	1.708	1.443
% de varianza total explicada (60.844)	22.116	19.034	10.674	9.020

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación convergió a la décima iteración. Medida de adecuación de la muestra de .757. Prueba de la esfericidad de Bartlett: $\chi^2 = 2153.777$, g.l.=120, p=.000.

mente se correlacionaron éstas con la TAS-20 y sus tres factores. Se obtuvo una solución de tres componentes que explican 63.21% de la varianza total. El primer componente factorial explica 27.04% de la varianza total. Está definido por las escalas de Esquizoidismo (.816), Psicastenia (.740), Desviación psicopática (.670), Hipomanía (.657) y Paranoia (.494), y refleja una dimensión de psicoticismo caracterizada por una conducta social muy inadecuada. El segundo componente factorial explica 18.31% de la varianza total. Está definido por las escalas de Introversión Social (.881) y Depresión (.770) y refleja una dimensión depresiva y de evitación social. El tercer componente factorial explica 17.85% de la varianza. Está definida por las escalas de Histeria (.738), Masculinidad-Feminidad (.682) e Hipocondriasis (.507). Refleja una dimensión somatomorfa de conversión, somatización, preocupaciones hipocondríacas, relacionada con un rol de género expresivo y poco instrumental.

La puntuación total de la TAS-20 y su primer factor, Dificultad para Expresar Sentimientos (DES), se correlacionaron significativamente con las tres dimensiones del MMPI, más fuerte con Depresión (.351 y .414, respectivamente), en segundo lugar con Psicoticismo (.214 y .173), y por último con un valor negativo con la dimensión de Somatomorfa de conversión, quejas hipocondríacas y adopción de un rol de género femenino (-.145 y -.135). El segundo factor de la TAS-20, Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS), se correlacionó con las dimensiones de dimensión de Depresión (.241) y Psicoticismo (.239). El tercer factor de la TAS-20, Pensamiento Externamente Orientado (PEO), presentó correlación negativa con

la dimensión Somatomorfa (-.200) y positiva con la dimensión de Depresión (.129) (cuadro 6).

Parcialización de la depresión y dimensión somatomorfa

Con el objetivo de determinar si la relación entre la alexitimia y la somatización (como rasgo dimensional no como cuadro clínico) es directa o está mediada por la depresión; o a la inversa, si la correlación entre la alexitimia y la depresión (como rasgo dimensional) se reduce a un componente somatomorfo, se empleó la correlación parcial.

Al parcializar la dimensión de Depresión, en la correlación entre la TAS-20 y sus tres factores con la dimensión somatomorfa, ninguna de las tres correlaciones significativas deja de serlo, sino que incluso éstas aumentaron ligeramente de magnitud. Al parcializar la escala de Depresión del MMPI, en estas correlaciones, la magnitud de los coeficientes de correlación aumentó algo más, mostrando una clara tendencia significativa, la relación lineal entre Dificultad para Identificar Sentimientos y la dimensión somatomorfa ($r=-.102$, $p=.053$) cuando no era significativa ($r=-.019$, $p=.715$) (cuadro 6).

Sucede exactamente igual al parcializar el efecto de la dimensión Somatomorfa sobre la relación entre la TAS-20 y sus tres factores con la dimensión Depresiva. Las correlaciones no disminuyen, sino que se incrementen ligeramente (cuadro 6).

Incluso, en la relación entre la TAS-20 y sus tres factores con la escala de Depresión, al parcializar la dimensión somatomorfa, no sólo la magnitud de los tres coeficientes de correlación significativos aumenta, sino que la correlación entre Pensamiento Externamente

CUADRO 6. Correlaciones de la TAS-20 y sus tres factores con las dimensiones ortogonales de las 10 escalas clínicas del MMPI, y la escala de depresión, así como las correlaciones parciales, eliminando el efecto de la Escala de Depresión o la dimensión somatomorfa

	<i>Psic.</i>	<i>Dep.</i>	<i>Som.</i>	<i>Som (Dep)</i>	<i>Som (D)</i>	<i>Dep (Som)</i>	<i>D</i>	<i>D (Som)</i>
TAS-20	.214, p=.000	.351, p=.000	-.145, p=.006	-.154, p=.003	-.255, p=.000	.354, p=.000	.231 p=.000	.309, p=.000
DES	.173, p=.001	.414, p=.000	-.135, p=.010	-.149, p=.005	-.262, p=.000	.418, p=.000	.265, p=.000	.343, p=.000
DIS	.239, p=.000	.241, p=.000	-.019, p=.723	-.019, p=.715	-.102, p=.053	.241, p=.000	.199, p=.000	.222 p=.000
PEO	.061, p=.245	.129, p=.014	-.200, p=.000	-.202, p=.000	-.233, p=.000	.132, p=.012	.043, p=.420	.123, p=.014

Psic. - Dimensión de Psicoticismo de las escalas clínicas del MMPI, **Dep.** - Dimensión depresiva y **Som.** - Dimensión somatomorfa. (Dep) Parcialización del efecto de la dimensión de depresión en las correlaciones con la dimensión somatomorfa. (D) Parcialización del efecto de la escala 2 (de Depresión) del MMPI en las correlaciones con la dimensión somatomorfa. (Som) Parcialización del efecto de la dimensión somatomorfa en las correlaciones con la dimensión depresiva (Dep) o la escala 2 del MMPI (de Depresión).

Orientado (PEO) y la escala de Depresión ($r=.123$, $p=.014$) emerge como significativa cuando antes no lo era ($r=.043$, $p=.420$) (cuadro 6).

DISCUSIÓN

La escala 2 (de depresión) del MMPI se correlaciona de forma directa, significativa, pero baja (de .265 a .199) con la puntuación total de la TAS-20 y sus dos primeros factores, permaneciendo independiente del Pensamiento Externamente Orientado. A más dificultad para expresar los sentimientos, mayor puntuación en la TAS-20 o a mayor dificultad para identificar los sentimientos, mayor puntuación en depresión. Estos resultados se documentan comúnmente con otras escalas de depresión y concuerdan con la magnitud más baja de las correlaciones calculadas en muestras de población general (16). Con una medida de depresión más fiable y válida probablemente la magnitud hubiese sido algo mayor en torno a .30. Precisamente, el valor de correlación entre la puntuación total de la TAS-20 y la dimensión de Depresión (obtenida al factorizar las escalas clínicas del MMPI) fue de .351, coincidiendo con el valor documentado en muestras de población general. La relación más fuerte de la TAS-20 y sus factores aparece con la dimensión de Depresión (obtenida al factorizar las escalas clínicas del MMPI) como se documenta en otros estudios (5-8, 11, 17, 18).

En el estudio de las estructuras factoriales, la puntuación total de la TAS-20 y la Dificultad para Identificar los Sentimientos (DIS) aparecen asociadas con un estilo de escasa defensividad y baja deseabilidad social o tendencia a reconocer limitaciones, defectos y problemas; permanecen independientes del factor de depresión e introversión social. El Pensamiento Externamente Orientado (PEO) se asocia a la manifestación de un rol de género instrumental y poco expresivo (masculino), no mostrando ninguna asociación con

la depresión. Sólo la Dificultad para Expresar los Sentimientos (DES) forma parte del factor de depresión e introversión social. Al contemplar simultáneamente los tres factores de la TAS-20 con las escalas del MMPI, la Dificultad para Identificar Sentimientos y la Dificultad para Expresar Sentimientos se asocian con un estilo de baja defensividad, el Pensamiento Externamente Orientado se asocia con un rol de género masculino y baja suspicacia, permaneciendo las tres escalas de la TAS-20 independientes del componente factorial de depresión e introversión social, datos que justifican el considerar la depresión y la alexitimia como conceptos relacionados, pero perfectamente distinguibles.

La alexitimia permanece independiente de la escala de Histeria (de somatizaciones y conversiones) del MMPI; se asocia muy débilmente con la de Hipocondriasis, presentando tan sólo la dificultad para identificar los sentimientos en relación directa con la hipocondría; y con la dimensión somatomorfa de las escalas clínicas del MMPI se correlaciona de forma significativa, inversa, pero débil (de -.200 a -.135) y sin enmascaramiento de la depresión. Si se elimina el efecto de la depresión en la relación, ésta no disminuye ni deja de ser significativa, sino que surge más clara. A su vez, al eliminarse el efecto de la dimensión somatomorfa sobre la relación entre alexitimia y depresión, tampoco ésta merma, sino que también emerge más definida. Esto refleja una relación directa de la alexitimia tanto con la depresión como con la dimensión somatomorfa, aunque estas dos últimas se relacionan entre sí. Precisamente, la correlación de la escala de Depresión con la de Hipocondriasis es de .343 y con la de Histeria de .322. La relación de la alexitimia es más fuerte con la depresión que con la dimensión somatomorfa. Con base en estos datos, la alexitimia no puede considerarse como un rasgo depresivo, y menos aún de depresión enmascarada o somatomorfa, al menos en población general. Es decir, la relación entre alexitimia y depresión es más bien baja y no se

reduce a quejas somáticas, conversivas e hipocondríacas.

La dirección de la asociación entre la alexitimia y la dimensión somatomorfa va contra las expectativas expresadas en la bibliografía inicial (9). De acuerdo con estos primeros autores, se esperaba una asociación directa. Sin embargo, se obtuvo una inversa. Observamos que a más rasgos de pensamiento externamente orientado, mayor puntuación en la TAS-20 o más dificultad para expresar los sentimientos; hay menos síntomas conversivos, menos quejas hipocondríacas y una manifestación menos femenina del rol de género. Otros estudios recientes, con el MMPI y en población clínica, han encontrado que la correlación entre alexitimia y la escala de Histeria resulta de negativa a no significativa, pero nunca significativa y positiva (2, 15).

El hecho de que tanto la puntuación total de la TAS-20 como de su segundo factor, Dificultad para Identificar Sentimientos (DES), en los análisis factoriales, entren en una dimensión de escasa defensividad y baja deseabilidad social, da más solidez a los datos sobre niveles más reducidos de feminidad, histrionismo, quejas hipocondríacas, dolores imaginarios y conversiones, en sujetos alexitímicos dentro de una población no clínica de estudiantes universitarios. Lo anterior refleja que la persona alexitímica se muestra más bien masculina en su desempeño de rol de género y estoica en la expresión de sus preocupaciones y quejas somáticas.

Como limitaciones del estudio podemos señalar:

a) Las escalas del MMPI se trataron en puntuaciones brutas. Con estándares en población mexicana, el recorrido se ampliaría e incluso se lograría una mayor aproximación a una distribución normal, lo que redundaría en una mayor potencia para las pruebas estadísticas. A tal fin recomendamos la versión de Gómez y Maqueo (3) publicada cuando ya estaba iniciado el estudio.

b) Aunque el supuesto de normalidad se viola en 12 de las 17 escalas empleadas, ante tamaños de muestra grandes y escalas ordinales con más de 9 puntos de recorrido, la prueba de correlación es sólida (13) y el análisis factorial basado en la matriz de correlación es una opción común y adecuada de aproximación a la relación subyacente entre las variables.

c) Los sujetos llenaron los cuestionarios durante un proceso de selección, situación que puede restar sinceridad a sus respuestas. Como argumentos a favor de la fiabilidad de las respuestas tenemos que los niveles medios de la escalas de validez del MMPI son adecuados, considerando los estándares estadounidenses [L=(PB=5, PT=53), F=(PB=8, PT=61), K=(PB=13, PT=53)] (4); a su vez hay un porcentaje muy bajo de sujetos (12 de 362, 3.31%)

que podría ser descartado por puntuación extrema ($20 \leq PT \leq 80$) en alguna de las tres escalas de validación. Asimismo, la fiabilidad temporal de la TAS-20 resultó muy satisfactoria ($r=.70$).

d) El alcance de las conclusiones se limita a la población control universitaria y a la consideración de las variables psicopatológicas como rasgos y no como trastornos clínicos establecidos bajo criterios diagnósticos.

En conclusión, se puede afirmar que en una población general de estudiantes universitarios, la alexitimia (medida por la TAS-20) y la depresión (medida por el MMPI) son dos variables correlacionadas de una forma directa y moderadamente baja que resultan claramente distinguibles por la forma de agruparse en los análisis factoriales. La alexitimia se relaciona especialmente con un estilo de personalidad introvertido con defensividad y deseabilidad social bajas. Su relación con la dimensión somatomorfa (de conversión, quejas hipocondríacas y adopción de un rol de género expresivo y poco instrumental) es significativa, inversa, débil y muy ligeramente atenuada por la depresión. A más rasgos alexitímicos encontramos menos quejas conversivas, menos hipocondría y mayor masculinidad en el desempeño del rol de género. Por otra parte, al eliminar el efecto de la dimensión somatomorfa (de quejas hipocondríacas, conversivas y feminidad) de la relación entre alexitimia y depresión, ésta no decrece, sino se fortalece ligeramente.

En general, los resultados concuerdan con la idea de que la alexitimia no puede reducirse a un rasgo depresivo y menos aún de depresión enmascarada en jóvenes universitarios, sino que se trata de un rasgo de personalidad y un factor de riesgo para la patología más de orden afectivo que somático.

Así, las matizaciones teóricas que este estudio presenta, en la medida que sean reproducidas en muestras tanto de población general como clínicas, asentarán la ubicación de la alexitimia dentro de los rasgos psicopatológicos.

Agradecimientos:

A la licenciada Delfina María Treviño Lecea por su valiosa ayuda en la captura de datos desde el Departamento de Orientación Vocacional de la Facultad de Psicología de la UANL.

REFERENCIAS

1. BAGBY RM, PARKER JDA, TAYLOR GJ: The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38(1):23-32, 1994.
2. FUKUNISHI I, HOSAKA T, AOKI T, AZEKAWA T y cols.: Criterion-related validity of diagnostic criteria for

- alexithymia in a general hospital psychiatric setting. *Psychother Psychosom*, 65(2):82-85, 1996.
3. GOMEZ L, MAQUEO E: *Uso e Interpretación del MMPI-2 en Español*. Manual Moderno, México, 2003.
 4. HATHAWAY SR, MCKINLEY J: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for Administration and Scoring*. Psychological Corporation, Nueva York, 1967.
 5. HENDRYX MS, HAVILAND MG, SHAW DG: Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J Pers Assess*, 56:227-237, 1991.
 6. HONKALAMPI K, HINTIKKA J, TANSKANEN A, LETHONEN J y cols.: Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, 48:99-104, 2000.
 7. HONKALAMPI K, SAARINEN P, HINTIKKA J, VIRTANEN V y cols.: Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom*, 68:270-275, 1999.
 8. LUMINET O, BAGBY RM, TAYLOR GJ: An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom*, 70:254-260, 2001.
 9. NEMIAH JC, SIFNEOS PE: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En: Hill OW (ed.): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Butterworths, 2:26-34, Londres, 1970.
 10. NUÑEZ R: *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)*. Editorial Manual Moderno, México, 1979.
 11. PARKER JD, BAGBY RM, TAYLOR GJ: Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry*, 32:387-94, 1991.
 12. PEREZ-RINCON H, CORTES J, ORTIZ LEON S, PEÑA J y cols.: Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20(3):30-34, 1997.
 13. SANCHEZ A, BORGES A: Transformación Z de Fisher para la determinación de intervalos de confianza del coeficiente de correlación de Pearson. *Psicothema*, 17(1):148-153, 2005.
 14. TAYLOR GJ: Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry*, 141:725-732, 1984.
 15. TAYLOR GJ, PARKER JDA, BAGBY RM, ACKLIN MW: Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *J Psychosom Res*, 36(5):417-424, 1992.
 16. TAYLOR GJ, BAGBY RM, PARKER JDA: *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.
 17. WISE TN, JANI NN, KASS E, SONNENSCHNEIN K, MANN LS: Alexithymia: Relationship to severity of medical illness and depression. *Psychother Psychosom*, 50:68-71, 1988.
 18. WISE TN, MANN LS, MITCHELL JD: Secondary alexithymia: An empirical validation. *Compr Psychiatry*, 31:284-288, 1990.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

- 1. D**
- 2. C**
- 3. E**
- 4. C**
- 5. A**
- 6. D**
- 7. E**
- 8. B**
- 9. B**
- 10. D**
- 11. B**
- 12. E**