

Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto

Héctor Pérez-Rincón*,**
José Cortés*,**
Silvia Ortíz*
Jorge Peña*, ***
Jaime Ruíz****
Alejandro Díaz-Martínez*

Summary

This study reports the application for validation and standardization purposes, of the Spanish version of the Modified Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) in a population of 153 subjects under the maximum variance sampling criteria. The validity of the items was determined by Johnson's method; its reliability was calculated by Cronbach's alpha coefficient. The factorial structure and communality were determined, as well as the psychometric structure. We conclude that its application meets the validity and reliability criteria. The fact that our factorial analysis separates only two factors instead of the three described by the authors of the instrument is discussed.

Key word: Alexithymia, Toronto Scale, validation.

Resumen

Se reporta la aplicación, con fines de validación y estandarización, de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (TAS 20), en una población de 153 sujetos bajo el criterio de muestreo de máxima varianza. Se determinó la validez de los reactivos por el método de Johnson; la confiabilidad se calculó con el coeficiente alfa de Cronbach; se determinó la estructura factorial y la comunalidad, así como la estructura psicométrica. Se concluye en que la aplicación satisface los criterios de validez y confiabilidad. Se discute el hecho de que nuestro análisis factorial separa solamente dos factores en lugar de los tres descritos por los autores del instrumento.

Palabras clave: Alexitimia, Escala de Toronto, validación.

* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM, México D. F.

** Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México D. F.

*** Servicio de Psiquiatría, Hospital General "Manuel Gea González".

**** Departamento de Psiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE

Introducción

La introducción del término de *alexitimia*, acuñado por Sifneos a principios de los años setenta, ha generado una línea muy amplia de investigación y una abundante bibliografía, que permiten comprender, con un enfoque original, diversas áreas de la psicopatología. Aunque la alexitimia no posee un estatus nosológico preciso, en los últimos años se ha elaborado su constructo de la siguiente manera: dificultad marcada para identificar, describir y comunicar las emociones; dificultad para distinguir entre los sentimientos y emociones por un lado, y las sensaciones corporales, por el otro; deterioro de la capacidad de simbolización que se manifiesta por una pobreza de fantasías y de otras actividades imaginativas; preferencia para enfocar cognoscitivamente acontecimientos externos más que experiencias internas (9).

Tal déficit de asimilación y procesamiento intrapsíquico e interpersonal de las vivencias y experiencias afectivas tendría la capacidad de reforzar la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica, al tiempo que impediría la asimilación cognoscitiva del hecho emocional.

Existen algunos antecedentes históricos del concepto de alexitimia. Polavsky había descrito en 1945 el carácter vago e impersonal del discurso de los pacientes psicósomáticos; Groen y Bastiaans describieron en 1951 que tales pacientes tenían una incapacidad para superar el impacto afectivo de las situaciones de estrés emocional, en tanto que Fredman y Sweet los calificaban en 1954 de "iletrados emocionales". Desde 1949 MacLean había propuesto que en los pacientes psicósomáticos debía existir un trastorno funcional que perturbaba las relaciones entre el rinencéfalo y las áreas del lenguaje en el neocórtex, por lo que su estado emocional sólo podía expresarse a través de los órganos (Citados por Velasco C y

Páez D) (10). Por su lado, los psicoanalistas franceses Marty y M'Uzan introdujeron en 1963 el concepto de "pensamiento operatorio", que se caracteriza porque los sujetos describen sus acciones sin lograr integrarlas dentro de alguna connotación afectiva. Este último concepto fue aprovechado por Sifneos y Nemiah en la elaboración del constructo de la alexitimia (8). En tanto que en los años ochenta, siguiendo en cierto modo el enfoque de MacLean (y sin citarlo), Klaus D. Hoppe propuso que la alexitimia podría considerarse como una especie de "comisurotomía funcional", es decir una interrupción del proceso de transformación que ocurre, vía el cuerpo calloso, entre las representaciones simbólicas e imaginarias que se originan en el hemisferio derecho y el tratamiento verbalizado de tales símbolos, que ocurre en el hemisferio izquierdo. A tal proceso lo llamó *simbolexia* y lo consideró como la base del fenómeno de la creatividad, cuya contraparte sería, por supuesto, la condición alexitímica (3). Dentro de esta línea, Yujiro y Akira Ikemi acuñaron, a su vez, el término de *alexisomia* (dificultad para tomar conciencia y expresar los sentimientos corporales), y Alan Stoudemire, el de *somatotimia* (la utilización del lenguaje somático para comunicar sufrimiento psicológico) (5). Precisamente el término de *somatización* fue usado inicialmente por el psicoanalista Wilhelm Stekel, desde los años treinta, para referirse a los conflictos que no se perciben psicológicamente o no pueden expresarse de manera verbal, por lo que se explica muy bien que haya sido dentro de la población de pacientes "psicosomáticos" que se describiera originalmente la alexitimia, aunque existe evidencia empírica de que tal condición se observa igualmente en pacientes con trastorno de estrés post-traumático, adictos a las drogas, pacientes con trastornos hipocondriacos, somatoformes, de la conducta alimenticia, y aún sujetos normales. Algunos autores han propuesto por ello reconceptualizarla como un trastorno de la regulación emocional. Apoyándonos en las teorías de Bruno Snell y Romolo Rossi, la hemos considerado como una supervivencia de una estructura arcaica del lenguaje (6).

A pesar de que durante algunos años se asumió que la alexitimia era un constructo válido, se criticó que careciera de un soporte empírico, por lo que se ha intentado construir instrumentos de medición de tal condición. La primera escala fue elaborada por el propio Sifneos en 1973 (la *BIQ: Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire*). Siguió después las escalas *SSPS (Schalling-Sifneos Personality Scale)* elaborada por Apfel y Sifneos en 1979, que tiene una versión revisada (la *SSPS-R*) por este último en 1986, y el *MMPI-AS (Minnesota Multifactor Personality Inventory-Alexithymia Scale)* construida en 1980 por Kleiger y Kinsman.

El instrumento que ha sido objeto de la validación más exhaustiva y rigurosa, fue el creado en 1985 por Taylor, Ryan y Bagby, de la Universidad de Toronto, para validar el constructo de alexitimia. Su primera versión contaba con 26 reactivos. La versión revisada, de 1992, incluye solamente 20 (1,2).

Método

Descripción del instrumento

La Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (*Toronto Alexithymia Scale: TAS20*) contiene 20 reactivos o ítems. Trece provienen de la escala original (*TAS 26*) y los siete restantes fueron de nueva creación. Cada uno de los reactivos se contesta a través de una escala tipo *likert* de 5 puntos. Al aplicar a su instrumento el análisis factorial, Taylor y cols. extrajeron tres factores: 1) dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción; 2) dificultad para describir los sentimientos a los demás; y 3) un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

El doctor Graeme Taylor, jefe del grupo del Hospital Monte Sinaí, de Toronto, que elaboró la escala, nos la envió acompañada de la autorización para emplearla y de las instrucciones de calificación y los datos normativos para muestras de adultos normales y pacientes psiquiátricos ambulatorios. Nos sugirió la traducción castellana realizada por los doctores Darío Páez y Carmen Velasco, del Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, de la Universidad del País Vasco. Estos últimos nos enviaron, a su vez, su versión con los datos de fiabilidad, validez estructural y concurrente que han obtenido. Esta traducción española nos pareció suficientemente clara para su aplicación en nuestro medio (más aún, por cierto, que la traducción uruguaya de la primera versión de tal escala) (7).

Población

Se aplicó el instrumento a 153 sujetos bajo un criterio de muestreo de máxima varianza. La muestra estuvo constituida por 85 mujeres con una media de edad de 31.6 años (± 12.5 años en un rango de 19 a 51 años) y 65 hombres con una media de edad de 30.9 años (± 11.5 años en un rango de 18 a 52). La escolaridad de éstos comprendió desde primaria hasta posgrado. La muestra abarcó sujetos sanos y pacientes de la consulta externa (pacientes de servicios médicos y pacientes psiquiátricos no psicóticos).

Aplicación

Aunque originalmente los autores la plantearon como una escala de autoaplicación, en esta investigación fue aplicada por un entrevistador que se cercioró de la cabal comprensión de cada reactivo por parte de los entrevistados. Todos los sujetos la respondieron de manera voluntaria.

Resultados

Validez de reactivo (ítem)

Esta validez se determinó por el método de Johnson modificado para escalas con reactivos ordinales. Este procedimiento consiste en comparar para cada reac-

CUADRO 1

Item	Muestra Total (n = 153)		Grupo superior (n = 42)		Grupo inferior (n = 42)		Criterio t de Student
	Media	Varianza	Media	Varianza	Media	Varianza	
1	2.54	1.97	3.76	1.60	1.34	0.47	10.89
2	2.59	1.90	3.80	1.28	1.41	0.29	12.36
3	1.92	1.78	2.93	2.07	1.20	0.50	7.01
4	2.12	1.21	2.63	1.45	1.39	0.38	5.95
5	2.01	1.47	2.46	1.81	1.66	1.15	3.03
6	2.38	1.97	3.61	1.41	1.34	0.42	10.87
7	2.10	1.79	3.12	1.57	1.10	0.14	10.04
8	2.18	1.64	3.12	1.72	1.46	0.88	6.67
9	2.50	2.01	3.73	1.42	1.15	0.17	13.29
10	1.67	1.16	2.22	1.93	1.15	0.17	4.80
11	3.06	2.02	3.93	0.99	1.78	1.39	9.01
12	2.75	1.93	3.78	1.44	1.78	1.00	8.30
13	2.15	2.05	3.83	1.41	1.05	0.05	14.94
14	2.30	2.12	3.90	1.21	1.20	0.21	14.75
15	3.00	1.83	3.61	1.90	2.29	1.38	4.72
16	3.09	1.53	3.78	1.34	2.66	1.30	4.48
17	3.01	2.43	4.24	1.26	1.78	1.29	10.00
18	2.40	2.14	3.12	2.35	1.68	1.34	4.86
19	1.96	1.76	2.51	2.05	1.44	0.88	4.06
20	2.53	2.12	3.39	1.95	1.78	1.10	5.98

tivo, después de ordenar las calificaciones totales de la escala en orden decreciente, las medidas por reactivo del 27% de los sujetos con mayor puntaje con el 27% de los sujetos con menor puntaje. En este análisis se encontró que todos los reactivos discriminan adecuadamente entre sujetos con puntaje alto (alexitimia alta) y sujetos con puntaje bajo (alexitimia baja). En el cuadro 1 se presentan los resultados de este análisis (cuadro 1).

Los reactivos con mejor discriminación son:

- 14 A menudo no sé por qué estoy enojado
- 13 No sé lo que sucede dentro de mí
- 9 Tengo sentimientos que no identifiqué completamente.

Estos reactivos se consideran como aquellos que al ser contestados con alta intensidad por los sujetos, predicen un alto puntaje de alexitimia.

Los reactivos con menor discriminación son:

- 5 Prefiero analizar los problemas antes que describirlos
- 19 Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales
- 16 Prefiero ver espectáculos suaves o ligeros que dramas psicológicos.

Estos reactivos se refieren a cuestionamientos que posiblemente tengan poco que ver con el constructo, o la forma en que están redactados hace que los sujetos los conceptualicen de una manera diferente. Existe también la posibilidad que debido a su condición sociocultural, algunos sujetos nunca antes habían reflexionado sobre este cuestionamiento, a pesar de que el reactivo estadísticamente discrimine.

Confiabilidad

La confiabilidad se calculó con el coeficiente α de Cronbach para la consistencia interna de una escala. El valor obtenido en esta aplicación alcanzó un $\alpha = 0.875$. Este valor resulta más alto que el descrito por los autores de la versión española. Esto puede deberse a la composición de nuestra muestra que fue muy heterogénea, ya que se incluyeron sujetos de población abierta y pacientes de consulta externa (medicina y psiquiatría).

Estructura factorial

Para determinar la estructura factorial se realizó un análisis por medio del método de componentes principales con rotación varimax. Se determinaron dos factores que explican el 40.8% de la varianza total (cuadro 2).

Comunalidad

La comunalidad de la escala se calculó por el método de mínimos cuadrados, y resultó de $h^2 = 0.413$, que representa el 41.3% de la varianza total. La comunalidad se interpreta como el factor g de Spearman, y por lo tanto representa el índice de validez de la escala. Esta comunalidad contiene los dos factores descritos anteriormente. La diferencia entre la varianza explicada por los factores y la varianza explicada por la comunalidad es generada por la exactitud de los cálculos.

Estructura psicométrica

La estructura psicométrica de la escala queda como sigue:

	Varianza explicada
Factor I Incapacidad para discriminar y describir emociones	28.4%
Factor II Pensamiento orientado hacia lo externo	12.4%
Varianza explicada por los factores	40.8%
Comunalidad	41.3%
Especificidad	46.2%
Confiabilidad α de Cronbach	87.5%
Error	12.5%
TOTAL	100.0%

Conclusiones

La versión en español de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad. El hecho de no haber reproducido los tres factores propuestos por Taylor y colaboradores, se debe, según consideramos, a que para los sujetos el identificar y el describir las emociones son procesos cognoscitivos íntimamente relacionados a nivel de lenguaje interno, y la separación en dos factores diferentes se antoja artificiosa.

La validación de esta escala permitirá futuros proyectos para el estudio de la alexitimia, la cual, por cierto, habrá que considerar dentro del amplio concepto actual de la "Inteligencia Emocional" (4).

CUADRO 2

ITEM	FACTOR I Discriminación y descripción de las emociones	FACTOR II Pensamiento orientado hacia lo externo
A menudo estoy confuso sobre qué es lo que siento	0.67	0.18
Es difícil para mi encontrar las palabras exactas para describir lo que siento	0.72	0.08
Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden	0.55	0.16
Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	0.20	0.40
Prefiero analizar los problemas antes que describirlos	0.03	0.56
Cuando estoy alterado no sé si estoy triste, asustado o enojado	0.63	0.14
A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales	0.65	0.22
Prefiero dejar que las cosas pasen que entender por qué son de esa manera	0.53	0.29
Tengo sentimientos que no identifico completamente	0.76	0.04
Sentir sus emociones, saber y estar consciente de sus sentimientos, es muy importante	0.11	0.70
Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas	0.67	-0.04
La gente me pide que describa más o explique más cómo me siento	0.58	0.22
No sé lo que sucede dentro de mí	0.67	0.40
A menudo no sé por qué estoy enojado	0.67	0.36
Prefiero hablar con la gente sobre sus actividades cotidianas o diarias antes que de sus sentimientos	0.52	-0.11
Prefiero ver espectáculos suaves o ligeros que dramas psicológicos	0.35	0.01
Es difícil para mi revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más cercanos	0.63	-0.01
Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio	0.12	0.61
Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	-0.05	0.73
Buscar significados ocultos o profundos en películas u obras teatrales no te deja disfrutarlos	0.40	0.19
Eigenvalor	5.68	2.49
Varianza explicada	28.4%	12.4%
Varianza explicada acumulada	28.4%	40.8%

REFERENCIAS

- BAGBY RM, PARKER JDA, TAYLOR GJ: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosomatic Research*, 38(1):23-32, 1994.
- BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JDA: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosomatic Research*, 38(1):33-40, 1994.
- HOPPE KD: Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3):303-315, 1988.
- MAYER JD, SALOVEY P: Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3):197-208, 1995.
- PEREZ-RINCON H: The avatars between words and body. Alexithymia, symbolexia, alexysomia, somatotymia.

Newsletter of Psychopathology of Expression. World Psychiatric Association, (6):5-9, 1996.

6. PÉREZ-RINCON H: Alexithymia considered as a survival of an archaic structure of language. Importance of Bruno Snell's theories. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. XIII (1), 1997.
7. RODRIGO G, LUSIARDO M: Factor Structure of a Spanish Version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother. Psychosom*, 58:197-201, 1992.
8. TAYLOR GJ: La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Rev Franc Psychanal*, 54:679-784, 1990.
9. TAYLOR GJ: The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, X (2):61-74, 1994.
10. VELASCO C, PAEZ D: Alexitimia, Comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología*, (52):25-46, 1996.