

## ALEXITIMIA, AFRONTAMIENTO, COMPARTIR SOCIAL Y SALUD

*C. Velasco, I. Fernández y D. Páez*

Carmen Velasco Y Itziar Fernández son colaboradoras e investigadoras en el Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, en la Universidad del País Vasco (Apto. Correos 726, 20080-San Sebastián). Darío Páez es Catedrático en el mismo Departamento y Universidad.

### **Introducción**

El concepto de Alexitimia surge dentro del campo de los trastornos psicossomáticos y es acuñado a principios de los años setenta. Literalmente, significa falta de palabras para

definir los sentimientos y en sus orígenes, era definido por tres características: a) Dificultad para describir los sentimientos, b) Pobreza de la vida fantasmática y c) Pensamiento operatorio (Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973; Sifneos, 1975). (Ver artículo de Martínez y Ortiz en este monográfico para un conocimiento más detallado de la etiología de la alexitimia).

Por otra parte, hemos de subrayar que la alexitimia fue, en sus inicios, un concepto sujeto a debates y, durante bastante tiempo, incluso ignorado dentro de la investigación en Psicología, debido en parte a la falta de instrumentos fiables para analizar a su validación.

Pero el panorama ha cambiado radicalmente y, durante las dos últimas décadas, podemos constatar un desarrollo constante para este concepto tanto en el campo de la Psicología (clínica y experimental) como desde la medicina psicossomática. Este interés responde, por una parte, a la aparición de instrumentos de medida para la alexitimia con las propiedades psicométricas adecuadas, como por ejemplo la Escala de Alexitimia de Toronto en sus dos versiones (TAS-26 y TAS-20). Y, por otra, a la observación frecuente de individuos que no consultan acerca de las dificultades asociadas con la identificación de sus estados emocionales, sino que por el contrario, muestran una tendencia clara hacia la

evitación de cualquier situación de confrontación con sus emociones. Así, no son sujetos que acuden a consultar con un psicoterapeuta, pero su problema les lleva muy frecuentemente a situaciones de riesgo tales como el abuso de sustancias estupefacientes (Taylor y col., 1997), los trastornos en la conducta alimenticia (Schork y col., 1994), la aparición de una enfermedad neoplásica (Velasco, 1996), mientras que otro porcentaje de individuos acude regularmente al médico aquejados de problemas de tipo somático tales como el asma, la colitis ulcerosa, etc. (Taylor y cols., 1997) sin causa orgánica específica aparente. Todo este abanico de patologías diferentes nos indica que la alexitimia es, por tanto, un concepto ligado o asociado con el bienestar psico-fisiológico de los individuos. Así, por ejemplo, Gabaldón (2000), encontró que la alexitimia predecía un peor ajuste a la enfermedad en pacientes aquejadas de cáncer de mama, transcurrido un período de tiempo de catorce meses.

Actualmente, hay autores (Parker y col., 1998) que afirman que la alexitimia puede constituir un estilo de afrontamiento defensivo ante estímulos o situaciones que conllevan o generan un malestar afectivo, como por ejemplo un suceso traumático severo, padecer una enfermedad crónica, etc. Así, Bonano y Singer (1990), hipotetizaron que la alexitimia podría ser también similar a un aspecto del estilo de afrontamiento defensivo represor, caracterizado por manifestar bajos sentimientos o percepciones subjetivas acerca de la emoción ante situaciones afectivas o de estimulación emotiva. Sin embargo, su conducta expresiva y su reactividad fisiológica son claramente perceptibles, es decir, los sujetos reprimen la emocionalidad —que no emerge como sentimiento subjetivo— asociada a una situación afectiva.

Sería conveniente subrayar que el estilo de afrontamiento represor se operacionaliza cruzando dos variables de la personalidad, denominadas deseabilidad social y ansiedad respectivamente. Concretamente, los individuos clasificados como represores presentarían altos niveles de deseabilidad social, en conjunción con una tasa baja de ansiedad (Weinberger, 1990, Páez y Velasco, 1993).

Por otra parte, para otros investigadores, la alexitimia implicaría un modo o estilo particular en la regulación y procesamiento de la emoción atribuido a un déficit central en la capacidad para simbolizar la emoción, concretamente en el campo verbal (Taylor, 1997, 2000), aunque estudios recientes (Lane y col., 1996, 2000), han constatado que los sujetos alexitímicos también tienen dificultades para identificar y reconocer la emoción cuando, tanto el estímulo como la respuesta, son de tipo no verbal, como por ejemplo en una tarea de tipo Stroop.

De acuerdo con estos resultados, la alexitimia consistiría en un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, que puede ser conceptualizado como un déficit en la capacidad para hacer conscientes aquellos

sentimientos derivados de una experiencia emocional, en el contexto de una activación autonómica indicativa del *arousal* o excitación emocional (Lane y col., 2000).

Este déficit en la asimilación y procesamiento intra e interpersonal centrado en la evitación e inhibición de la vivencia y experiencia afectiva, actuaría como un factor de riesgo, ya que reforzaría la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica unida al trabajo de inhibición. Y, además, impediría la asimilación cognitiva del suceso emocional, el cual podría aparecer a través de pensamientos intrusivos, rumiaciones mentales y trastornos en el sueño (Pennebaker, 1995; Velasco y Páez, 1996). Por el contrario, nuestro equipo de investigación ha constatado los efectos beneficiosos que para la salud supone confrontar o compartir socialmente acerca de los sucesos con una carga afectiva negativa, así como la interacción entre la alexitimia y la confrontación de un hecho traumático. Concretamente, hemos encontrado que los sujetos alexitímicos que confrontan a través de la escritura sobre un suceso traumático, durante el seguimiento, mejoran su balanza afectiva y utilizan paulatinamente menos estrategias de evitación (Páez y col., 1995; Páez y col., 1999).

A tenor del marco teórico anteriormente descrito, diseñamos una investigación de tipo correlacional, con el objetivo de validar el constructo o concepto de la alexitimia, poniendo en relación esta variable con la represión y las formas de afrontamiento, y cuya metodología y resultados más sobresalientes describimos a continuación.

## **Metodología**

### **Muestras**

Para realizar esta investigación, hemos utilizado tres muestras diferentes. La primera de ellas estaba compuesta por 71 sujetos diagnosticados de enfermedad neoplásica, pertenecientes a dos hospitales distintos (Hospital Nuestra Señora de Aránzazu de San Sebastián y Hospital de Basurto en Bilbao), de los que 63 fueron mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 51,4 años.

La segunda muestra estaba configurada por 48 individuos también de la Comunidad Autónoma Vasca, aquejados de esclerosis múltiple, de los cuales 38 fueron mujeres y el resto varones, que presentaron una media de edad de 40,5 años. Mientras que la última muestra englobaba a 104 sujetos "sanos", estudiantes de la Facultad de Psicología de San Sebastián y de la Facultad de Medicina de Vizcaya, así como familiares de éstos, de los que 76 fueron mujeres y el resto hombres, con una media de edad de 35,5 años.

### **Materiales**

La presente investigación se llevó a cabo a través de un modelo de cuestionario compuesto por las escalas o instrumentos siguientes:

*Escala de Afectividad Positiva y Negativa de Bradburn*, revisada por Warr y cols. (1983). Esta escala pretende medir el bienestar o malestar subjetivo durante los períodos de tiempo que establezca el investigador. Consta de 18 ítems, con una respuesta temporal de tipo Likert (Nunca=1, Algunas veces=2, Bastantes veces=3, Casi todo el tiempo=4). De los ítems que componen el instrumento, la mitad miden la afectividad positiva, mientras que los restantes, se refieren a la afectividad negativa. Con una muestra de 104 sujetos, Warr y col. (1983) encontraron coeficientes de fiabilidad satisfactorios de .71 para la afectividad negativa y de .76 para la afectividad positiva respectivamente. En muestras de nuestro contexto, hemos encontrado resultados similares (Barrio y col., 1989).

*Inventario de la Depresión* (Beck, 1987). Este instrumento se compone de 21 ítems, y tras analizar su contenido, se constata que en la teoría que subyace a este instrumento se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a aquellos que son de tipo más conductual y somático. Los primeros 15 ítems medirían las dimensiones subjetivo-emocionales y cognitivas de la depresión, mientras que el resto se centran en el aspecto más somático. Los coeficientes de fiabilidad obtenidos en nuestro contexto son de alrededor de .90 (coeficiente alpha) (Barrio y col., 1989).

*Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne* (Adaptación al castellano de Avila y Tomé, 1987). Se trata de un instrumento que tiene por objeto medir la tendencia defensiva ante la desaprobación social. Consta de 33 ítems y el tipo de respuesta para cada uno de ellos es dicotómico (verdadero o falso). Según sus autores, presenta índices de fiabilidad satisfactorios.

*Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor* (Adaptación al castellano de Conde y Franch, 1984). Este instrumento está compuesto por 50 ítems con una alternativa de respuesta idéntica a la escala antes descrita. Discrimina entre ansiedad somática, psicológica y de expresividad. Sus autores han encontrado índices de fiabilidad también satisfactorios. Las personas que puntúan alto en deseabilidad social y bajo en ansiedad manifiesta, se categorizarían en este estudio como represores. Estos sujetos muestran una disociación entre la alta activación fisiológica y la baja reacción emocional subjetiva.

*Escala de alexitimia de Toronto (TAS)* de Taylor y col. (1985, 1997) (Versión en castellano realizada por Páez y Velasco, 1993; Velasco y Páez, 1996). Este instrumento está compuesto por 26 ó 20 ítems y se

puntúa a través de una escala tipo Likert que mide el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (1=Fuertemente en desacuerdo y 5= Fuertemente de acuerdo). Según los investigadores, la Escala de alexitimia de Toronto en sus dos versiones es un instrumento válido, fiable y que ha sido objeto de validación en diferentes culturas con resultados satisfactorios (Taylor y col., 1994a, 1994b; Páez y col., 1999).

*Escala de Soporte Social Objetivo* (Conde y Franch, 1984). Se trata de un instrumento compuesto por seis ítems y pretende medir el nivel de apoyo social de un individuo a partir de su inclusión en redes sociales. Su coeficiente alpha para una muestra de la Comunidad Foral de Navarra (Basabe, 1990) fue de .38. Este bajo coeficiente puede únicamente indicar que las dimensiones de las relaciones sociales no son congruentes entre sí, no cuestionando la validez de constructo del instrumento en sí misma.

*Escala de Soporte Social Subjetivo* (Vaux y col., 1986). Esta escala mide el soporte social y familiar que percibe el sujeto. Consta de 23 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert que certifica el grado de acuerdo para cada uno de ellos (1=Totalmente de acuerdo y 4=Totalmente en desacuerdo). El coeficiente de fiabilidad alpha encontrado en una muestra de nuestro contexto fue de .76 (Basabe, 1990), mientras que en otra muestra compuesta por enfermas aquejadas de cáncer de mama, Gabaldón (2000) encontró un índice de fiabilidad de .80 para esta escala.

*Escala de afrontamiento* (Gabaldón y col., 1993). Este instrumento, compuesto por 27 ítems –los cuales se exponen en el anexo–, abarca preguntas de la escala de Folkman y Lazarus (1988) y de la escala de Carver y col. (1989), y describe diversas formas de afrontar o de manejarse ante situaciones de tensión, las cuales, de forma muy general, podríamos definir como "estrategias activas y de aproximación" y como "estrategias pasivas y de evitación". Cada ítem se puntúa a través de una escala tipo Likert, con un rango de variación de 0 (Nada) a 3 (Mucho).

### **Procedimiento**

A cada sujeto, en una única sesión, le fue administrado por personal debidamente entrenado el cuestionario compuesto por las escalas anteriormente descritas.

### **Resultados**

Con el fin de exponer los resultados de la forma más breve y clara posible, los hemos dividido en dos grandes apartados: en el primer bloque, estudiaremos la validez de los constructos alexitimia y represión versus las dimensiones de afrontamiento y, en un segundo apartado,

nos centraremos en el estudio de la validez del constructo alexitimia versus afrontamiento, utilizando todas las muestras.

### ***Fiabilidad y Validez Estructural***

Como antes hemos mencionado, para este artículo hemos trabajado con la Escala de Alexitimia de Toronto en su versión de 26 ítems.

El análisis pertinente realizado con la muestra de pacientes "sanos" demuestra que esta escala presenta una aceptable consistencia interna ( $\alpha=.75$ ).

A nivel descriptivo, podemos afirmar que existen diferencias significativas para la variable edad, y también para la variable alexitimia, cuyo nivel es mayor en las dos muestras compuestas por sujetos enfermos (concretamente, la puntuación media en alexitimia para los sujetos enfermos fue 69.34, mientras que para la muestra compuesta por sujetos "sanos", la media fue de 64.3). Además, hemos encontrado que el grupo de enfermos diagnosticado de enfermedad neoplásica, presenta una balanza afectiva negativa ( $\bar{x}=-.73$ ), los sujetos aquejados de esclerosis múltiple más bien baja ( $\bar{x}=1.8$ ), mientras que los individuos "sanos" serán quienes mejor estado de ánimo demuestran ( $\bar{x}=5.2$ ).

Así también, si controlamos las variables edad y sexo, las diferencias siguen manteniéndose para la alexitimia. Concretamente, hemos encontrado que la tasa de alexitimia aumenta si el sujeto es varón, y también en los individuos de edad avanzada.

Estos datos podrían interpretarse en función de la experiencia de enfermedad. Así, se podría plantear que dicha experiencia genera o induce una dificultad para la identificación y verbalización emocional así como un pensamiento externo, y no como un factor de riesgo para la enfermedad.

### ***Validez Convergente y Divergente***

Teniendo en cuenta el marco teórico expuesto, pasaremos brevemente a describir los principales resultados obtenidos al poner en relación la alexitimia y las formas de afrontamiento (validez convergente), así como entre éstas y la represión operacionalizada –recordemos– a través de la escala TMAS y la alta deseabilidad social (validez divergente).

Así, tras realizar el análisis factorial, hemos encontrado las siguientes dimensiones para la escala de afrontamiento: 1) Expresión emocional, 2) Instrumentalidad, afrontamiento directo, 3) Búsqueda de información y reevaluación positiva, 4) Evitación conductual (Abandono o alejamiento del problema y del contacto social), 5) Aceptación fatalista, 6) Inhibición cognitiva y conductual, 7) Negación de la enfermedad, 8) Simbolización (rezar y compartir social).

**TABLA 1**  
**CORRELACIONES ENTRE ALEXITIMIA-REPRESIÓN**  
**VERSUS DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO**

	Alexitimia	Represión
Expresión emocional	-.25***	-.13*
Instrumentalidad	-.26***	n.s.
Búsqueda de Información	-.18**	-.23***
Evitación conductual	.19**	-.13*
Aceptación fatalista	n.s.	n.s.
Inhibición cognitiva-conductual	.14**	-.14*
Negación de la enfermedad	n.s.	-.17**
Simbolización (Rezar y compartir social)	n.s.	n.s.

r de Pearson, \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$   
n.s.= correlación no significativa

Trabajando con la muestra completa ( $N=223$ ) constatamos, tal y como se muestra en la Tabla 1, que los sujetos alexitímicos presentan una menor expresión emocional ( $r=-.25$ ,  $p<.000$ ), una menor tendencia a la utilización de un afrontamiento de tipo instrumental o directo ( $r=-.26$ ,  $p<.000$ ) así como una menor búsqueda de información ( $r=-.18$ ,  $p<.003$ ). Mientras que utilizarían en mayor medida estrategias de afrontamiento basadas en la evitación conductual ( $r=.19$ ,  $p<.002$ ) y en la represión cognitivo-conductual ( $r=.14$ ,  $p<.014$ ).

Por otra parte, al comparar la represión con las formas de afrontamiento, se encuentra que los sujetos represores comparten con los sujetos alexitímicos la baja tendencia hacia la expresión emocional ( $r=-.13$ ,  $p<.026$ ) y hacia la búsqueda de información ( $r=-.23$ ,  $p<.000$ ). Pero, por el contrario, los sujetos represores, a diferencia de los alexitímicos, utilizarían en menor medida aquellas formas de afrontamiento basadas en la evitación conductual ( $r=-.13$ ,  $p<.021$ ) y en la inhibición cognitivo-conductual ( $r=-.14$ ,  $p<.015$ ). Por otra parte, la alexitimia no estaría relacionada con aquellas estrategias de afrontamiento definidas por la negación y la simbolización, mientras que la represión se asociaría negativamente con la negación ( $r=-.17$ ,  $p<.005$ ). En definitiva, podríamos afirmar que los represores realizan un afrontamiento caracterizado por una menor evitación, una menor inhibición cognitivo-conductual y de menor negación porque no sienten la necesidad, ya que de forma automática e inconsciente han disminuido la afectividad negativa, aunque al igual que los alexitímicos, comunican o expresan en menor medida y buscan menos información.

Estos resultados nos permiten confirmar la validez convergente y divergente del constructo alexitimia.

**TABLA 2**  
CORRELACIONES ENTRE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO  
Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

	Balanza de afectos	Depresión	Ansiedad
Expresión emocional	.25***	-.26***	-.10&
Instrumentalidad	.10*	-.10&	n.s.
Búsqueda de Información	.13**	n.s.	n.s.
Evitación conductual	-.38***	.44***	.26***
Aceptación fatalista	n.s.	n.s.	n.s.
Inhibición cognitivo-conductual	-.24***	.30***	.10&
Negación de la enfermedad	-.12*	.09&	.19*
Simbolización (Rezar y com- partir social)	-.12*	.16*	.18*

r de Pearson, \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , &  $p < .10$  y  $> .05$ .  
n.s.= correlación no significativa

Además, utilizando tres indicadores de sintomatología psicológica, como son la balanza afectiva, la depresión y la ansiedad, encontramos que las dimensiones de afrontamiento denominadas expresión emocional y búsqueda de apoyo instrumental, están asociadas con una mejor balanza afectiva ( $r = .25$ ,  $p < .000$  y  $r = .10$ ,  $p < .053$  respectivamente) y con menor depresión ( $r = -.26$ ,  $p < .000$  y  $r = -.10$ ,  $p < .08$ ). Así también, encontramos que la dimensión denominada búsqueda de información está relacionada con un mejor estado de ánimo ( $r = .13$ ,  $p < .019$ ), mientras que la evitación conductual y la inhibición cognitivo-conductual se asocian con una peor balanza afectiva ( $r = -.38$ ,  $p < .000$  y  $r = -.24$ ,  $p < .000$ ) y con mayores tasas de depresión ( $r = .44$ ,  $p < .000$  y  $r = .30$ ,  $p < .000$ ). Por otro lado, las formas de afrontamiento definidas por la negación y la simbolización ofrecen un perfil muy similar. Concretamente, la negación se asociaría negativamente con la balanza afectiva ( $r = -.12$ ,  $p < .030$ ) al igual que la simbolización ( $r = -.12$ ,  $p < .033$ ), y ésta se asociaría de forma positiva con la depresión ( $r = .16$ ,  $p < .014$ ).

Así también, y observando la Tabla 2, comprobamos que entre las formas de afrontamiento y la variable ansiedad, el patrón de resultados es exactamente igual al de la depresión.

En definitiva, podríamos afirmar que la alexitimia se asociaría, además, a formas de afrontamiento que son inadaptativas.

Llegados a este punto, nos planteamos en qué medida la alexitimia, controlando ciertas variables psicosociales, demográficas y el estatus de enfermedad (si los sujetos son enfermos neoplásicos, escleróticos múltiples o, si por el contrario son personas "sanas"), podría seguir prediciendo la balanza afectiva. El análisis de regresión múltiple realizado,

introduciendo la balanza afectiva como variable dependiente, confirma que, controlando las variables edad, el estatus de enfermedad, el apoyo subjetivo, objetivo y las formas de afrontamiento, la alta alexitimia seguía prediciendo una peor balanza afectiva. Es decir, no se explicaría la influencia de la alexitimia sólo porque la enfermedad pudiera inducirla ni porque la alexitimia se asocie con un bajo apoyo social subjetivo, sino que la balanza de afectos positiva sería predicha por la baja alexitimia (Beta=-.25,  $p < .002$ ), por el alto soporte objetivo (Beta=.20,  $p < .01$ ), por la represión (Beta=-.19,  $p < .01$ ), y sobre todo, el estatus de sano (Beta=.44,  $p < .000$ ), y de forma tendencial, la baja negación (Beta=-.13,  $p < .07$ ) y el alto apoyo social subjetivo (Beta=-.13,  $p < .09$ ).

Estos resultados nos permiten afirmar que, aún controlando las formas de afrontamiento asociadas con la alexitimia, es decir, la expresión emocional, la evitación, la búsqueda de información y la instrumentalidad, la alexitimia tendría una influencia específica.

### ***Validez Convergente y Divergente***

De forma muy general, podemos afirmar que trabajando con la muestra completa (N=223), los sujetos alexitímicos presentan un perfil de afrontamiento caracterizado por una baja expresión emocional, un menor afrontamiento directo o instrumentalidad, así como por una menor búsqueda de información y de reevaluación positiva, mientras que manifestarían también una clara tendencia hacia un afrontamiento de tipo evitante y, en menor medida, también relacionado con la inhibición conductual (Ver Tabla 3 para comprobar el sentido de la correlación de cada ítem en su factor de afrontamiento correspondiente).

Así también, hemos encontrado que en el caso de los enfermos diagnosticados de enfermedad neoplásica (N=71), los resultados confirman que la alta alexitimia está asociada con un perfil de afrontamiento basado sobre todo en la baja expresión emocional, así como también en la inhibición y en la represión. Es decir, se trataría de sujetos que guardan para sí sus sentimientos y que evitan resolver o afrontar su enfermedad.

Por otra parte, trabajando con la muestra compuesta por enfermos aquejados de esclerosis múltiple (N=48), los resultados apuntan que la alexitimia de nuevo se asocia con un perfil de afrontamiento basado fundamentalmente en la baja expresión emocional, así como en la evitación conductual. Además, los sujetos alexitímicos manifestarían una menor aceptación realista de su enfermedad, y también, una cierta tendencia hacia la inhibición y la no confrontación emocional.

TABLA 3

SENTIDO DE LAS CORRELACIONES ENTRE LA ALEXITIMIA Y LAS DIMENSIONES DE AFRONTAMIENTO EN LAS DIFERENTES MUESTRAS

	I T E M	Alexitimia N=223 muestra total	Alexitimia N=71 sujetos con cán- cer	Alexitimia N=48 sujetos escleróti- cos	Alexitimia N=104 sujetos sanos
Expresión emocional	13	-	-	-	-
	17	-	-	-	-
	18	-	-	-	-
	19	-	-	-	-
Instrumentalidad	2	-	n.s.	n.s.	-
	20	-	-	-	-
	16	-	n.s.	-	-
	24	-	n.s.	n.s.	-
Búsqueda de Información	1	-	n.s.	n.s.	-
	6	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	7	-	n.s.	-	-
	12	-	n.s.	+	-
	15	-	n.s.	-	n.s.
Evitación conductual	8	+	n.s.	+	+
	9	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	27	+	+	+	n.s.
Aceptación fatalista	22	-	n.s.	n.s.	-
	3	n.s.	n.s.	-	n.s.
	4	n.s.	n.s.	-	n.s.
Inhibición conductual	21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	26	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	5	+	+	+	+
Negación de la enfermedad	10	n.s.	n.s.	+	n.s.
	11	-	n.s.	-	-
Simbolización (Rezar y com- partir social)	14	+	n.s.	n.s.	+
	23	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	25	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Nota: ver Anexo para la descripción de los ítems

n.s. = correlación no significativa

Por último, en el caso de los sujetos "sanos" (N=104), los resultados siguen confirmando la clara relación entre la alexitimia y un estilo de afrontamiento centrado en la baja expresividad emocional y pobre en instrumentalidad. Además, la alexitimia estaría asociada también con una menor búsqueda de información así como con la ausencia de reevaluación positiva, y también con una tendencia hacia la evitación conductual y a la inhibición emocional, es decir, los sujetos alexitímicos guardarían para sí mismos sus sentimientos y, además, no aceptarían la realidad del suceso emocional ocurrido.

**Validez Concurrente**

Los resultados confirman, tal y como se muestra en la Tabla 4, que para el caso de la muestra completa (N=223), la alexitimia se asocia negativamente con la balanza afectiva ( $r=-.40$ ,  $p<.000$ ) y con el soporte objetivo ( $r=-.11$ ,  $p<.090$ ), mientras que estaría positivamente asociada con las variables depresión ( $r=.40$ ,  $p<.000$ ), ansiedad ( $r=.38$ ,  $p<.000$ ) y con el soporte o apoyo social subjetivo ( $r=.19$ ,  $p<.002$ ).

**TABLA 4**  
CORRELACIONES ENTRE LA ALEXITIMIA Y OTRAS VARIABLES PSICOLÓGICAS  
EN FUNCIÓN DEL ESTATUS DE LA ENFERMEDAD

	Balanza de afectos	Depresión	Ansiedad	Deseabilidad social	Soporte Social Objetivo	Soporte Social subjetivo
Alexitimia (N=223 muestra total)	-.40***	.40***	.38***	n.s.	-.11&	.19**
Alexitimia (N=71 sujetos con cáncer)	-.36***	.56***	.27**	n.s.	.16&	n.s.
Alexitimia (N=48 sujetos escleróticos)	-.27*	.30*	.45***	-.22&	n.s.	.36**
Alexitimia (N=104 sujetos sanos)	-.38***	.35***	.41***	n.s.	-.30**	.30***

Nota: a mayor puntuación menor soporte social subjetivo  
r de Pearson, \*\*\*  $p<.001$ , \*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$ , &  $p<.10$  y  $>.05$ .

Por otra parte, si analizamos los resultados obtenidos para la muestra de enfermos neoplásicos (N=71), veremos que la alexitimia correlaciona negativamente con la balanza afectiva ( $r=-.36$ ,  $p<.001$ ), y de forma positiva con las variables depresión ( $r=.56$ ,  $p<.001$ ), la ansiedad ( $r=.27$ ,  $p<.010$ ) así como de forma tendencial con el soporte objetivo ( $r=.16$ ,  $p<.087$ ).

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos con los sujetos diagnosticados de esclerosis múltiple (N=48), los resultados siguen confirmando la clara asociación negativa entre la alta alexitimia y la balanza afectiva ( $r=-.27$ ,  $p<.032$ ) así como con la deseabilidad social ( $r=-.22$ ,  $p<.06$ ), mientras que observamos la relación positiva entre la alexitimia y las variables depresión ( $r=.30$ ,  $p<.017$ ), la ansiedad ( $r=.45$ ,  $p<.001$ ) así como para el apoyo social subjetivo ( $r=.36$ ,  $p<.006$ ).

Por último, trabajando con la muestra compuesta exclusivamente por sujetos "sanos" (N=104), hemos encontrado un patrón de resultados muy similar. Así, comprobamos que se sigue manteniendo la relación negativa entre la alexitimia y la balanza afectiva ( $r=-.38$ ,  $p<.000$ ), así como para el apoyo social objetivo ( $r=-.30$ ,  $p<.015$ ), mientras que, por el contrario, la alta alexitimia correlacionaría de forma positiva con las variables depresión ( $r=.35$ ,  $p<.000$ ), la ansiedad ( $r=.41$ ,  $p<.000$ ) así como con el apoyo social subjetivo ( $r=.30$ ,  $p<.001$ ).

## Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, podríamos afirmar que los sujetos represores y alexitímicos utilizan, en general, estrategias de afrontamiento caracterizadas por una pobre expresión emocional, la baja tendencia a la búsqueda de información y al autoredescubrimiento o reevaluación positiva. Sin embargo, los alexitímicos y represores diferirían en la utilización de estrategias de confrontación basadas en la evitación conductual y en la inhibición cognitivo-conductual. Concretamente, los sujetos categorizados como alexitímicos serían más proclives a utilizar la evitación y la represión emocional que los sujetos represores, quienes se caracterizan por presentar una baja vivencia subjetiva de la emoción, por lo que los individuos represores necesitarían en menor medida reprimir o evitar dicha emoción. Además, los sujetos represores comunican en menor medida acerca de sus emociones y utilizan poco las estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de información, además, la represión no se asociaría con estrategias de *coping* basadas en la evitación.

En definitiva, podemos concluir que lo anteriormente expuesto coincide con el perfil descrito para la tipología "Represor" (Weinberger, 1990; Páez y Velasco, 1993), y que tanto los sujetos represores como los alexitímicos comparten un patrón de afrontamiento basado en estrategias relacionadas con la baja expresividad emocional y la no búsqueda de información, mientras que diferirían en que los sujetos alexitímicos son capaces de vivenciar el malestar asociado a la emoción y utilizarían formas de afrontamiento basadas en la evitación conductual y en la inhibición cognitivo-conductual, mientras que no sería así en los represores.

Así también, hemos de subrayar que los sujetos categorizados como represores, presentan alta deseabilidad social y baja ansiedad, mientras que los alexitímicos tienden a mostrar asociaciones opuestas, es decir, a mayor alexitimia, mayor ansiedad y menor deseabilidad social, como ocurre en el caso de los sujetos aquejados de esclerosis múltiple.

Por otra parte, y en lo que respecta a la relación entre alexitimia y las formas de afrontamiento utilizadas por los sujetos de las distintas mues-

tras, encontramos que la alexitimia, independientemente del estatus de enfermedad (es decir, con independencia de que la muestra esté compuesta por sujetos enfermos y/ o "sanos"), aparece claramente asociada con una forma de afrontamiento basada fundamentalmente en la pobre expresión emocional, lo cual es coherente con el concepto de alexitimia, es decir, los sujetos alto alexitímicos se caracterizarían por una menor descarga emocional y un menor compartir social sobre sus emociones y sentimientos.

De la misma manera, encontramos que en el caso de la muestra completa y para la sub-muestra compuesta por sujetos "sanos", la alexitimia correlaciona claramente y de forma negativa con la dimensión de afrontamiento denominada instrumentalidad, mientras que en los sujetos enfermos de cáncer y esclerosis múltiple la relación no es tan nítida. Es decir, los sujetos alexitímicos "sanos" y los de la muestra global, utilizarían en menor medida estrategias de afrontamiento basadas en la focalización, así como en la elaboración de planes de acción para afrontar el suceso emocional. En el mismo sentido, aunque el patrón de resultados no se replique de forma exacta, los sujetos aquejados de cáncer y de esclerosis múltiple compartirían con los otros sujetos la no realización de planes de acción, pero la correlación no sería significativa para la focalización, entendida como dejar de lado otras actividades para concentrarse sólo en el problema.

Además, hemos encontrado que la alexitimia correlaciona de forma negativa con la dimensión de afrontamiento caracterizada por la búsqueda de información, tanto en el caso de los sujetos "sanos" como en los sujetos escleróticos múltiples y en los sujetos de la muestra global. Por el contrario, en los enfermos neoplásicos, la correlación no es significativa entre la alexitimia y esta dimensión de afrontamiento centrada en la búsqueda de información y en la reevaluación positiva.

Encontramos que la alexitimia, con independencia del estatus de enfermedad, correlaciona de forma positiva, en general, con las formas de afrontamiento basadas en la evitación, sobre todo con aquellas relacionadas con el abandono del contacto social y el dejar de intentar resolver o enfrentar el suceso emocional.

Por lo que respecta a las formas de afrontamiento basadas en la aceptación fatalista, encontramos que los sujetos alexitímicos aquejados de esclerosis múltiple, se resignarían en menor medida que los otros sujetos y no aceptarían lo que les ocurriera. Por el contrario, los enfermos cancerosos alto alexitímicos se apartarían del patrón descrito. Concretamente, las correlaciones encontradas para este grupo no fueron significativas.

Así también, por lo que se refiere a la relación entre alexitimia y la dimensión de afrontamiento denominada inhibición cognitivo-conductual, encontramos que los sujetos alexitímicos, con independencia del

estatus de enfermedad, se caracterizarían por intentar guardar para sí mismos sus sentimientos.

Además, encontramos que tanto los sujetos alexitímicos de la muestra global como los escleróticos múltiples y las personas "sanas", se caracterizarían por un estilo de afrontamiento basado en la negación, entendido como la no aceptación de la realidad aunque sin sentido fatalista. Por el contrario, en los enfermos cancerosos alto alexitímicos, las correlaciones encontradas para este factor no han sido significativas.

Por último, por lo que respecta a la relación entre alexitimia y la dimensión de afrontamiento denominada simbolización, encontramos que los sujetos alexitímicos pertenecientes a la muestra global y los sujetos "sanos", utilizan en mayor medida el recurso del rezo y de la oración.

En definitiva, y a modo de resumen, podemos concluir que, con independencia de estatus de enfermedad, los sujetos alto alexitímicos utilizan, en general, estrategias de afrontamiento inadaptativas basadas, fundamentalmente, en la pobre expresión emocional, en la evitación, así como en una menor focalización sobre el suceso emocional. Parecería más bien que aceptan la realidad de su problema y que evitan afrontarlo de una forma más directa, guardando para sí sus sentimientos, lo que reforzaría el malestar emocional.

Para terminar, hemos de subrayar que los resultados confirman también que, con independencia del estatus de enfermedad, los sujetos alexitímicos presentan siempre una peor balanza afectiva y mayores tasas de ansiedad y depresión en conjunción con bajos niveles de soporte o apoyo social tanto subjetivo como objetivo.

El perfil de resultados obtenidos, nos permite concluir diciendo que, en general, el constructo alexitimia presenta una aceptable validez.

**Anexo**

**Escala de Afrontamiento**

Responda cuáles de las siguientes maneras de enfrentar los problemas utilizó ante su problema o enfermedad.

NADA= 0

ALGO= 1

BASTANTE= 2 MUCHO=3

1. Intenté informarme sobre mi problema o enfermedad para superarla mejor.
2. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema o enfermedad.
3. Me volqué en el trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada.
4. Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.
5. Intenté guardar para mí mis sentimientos.
6. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.
7. Re-descubrí lo que es importante en la vida.
8. Evité estar con la gente en general.
9. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.
10. Me negué a creer lo que había ocurrido.
11. Acepté la realidad de lo ocurrido.
12. Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.
13. Me sentí muy conmovido afectivamente y expresé descargué mucho mis sentimientos ante otros.
14. Recé (más de lo habitual).
15. Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.
16. Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme.
17. Le hablé a alguien sobre cómo me sentía conversé sobre mis sentimientos con alguien.
18. Traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.
19. Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.
20. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.
21. Tomé alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema o pensar menos en él.
22. Seguí adelante con mi destino a veces se tiene mala suerte.
23. Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo ella.
24. Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.
25. Hablé o contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre el problema busqué ayuda médica profesional.
26. Analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mí misma por lo ocurrido.
27. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

## Referencias

- Avila, A.-Tomé, M.C. (1987): Nueva revisión de la Escala de Deseabilidad Social de Crowne y Marlowe (Versión castellana). *Segundo Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid.
- Barrio, F.-Basabe, N.-Páez, D. (1989): Alienación y afectividad. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas Psicosociales*. Madrid. Fundamentos.
- Basabe, N. (1990): *Hacia un modelo explicativo del malestar psicológico y somático: alienación y factores psicosociales*. Tesis Doctoral sin publicar. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Beck, A. (1987): Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Bonanno, G.A.-Singer, J.L. (1990): Repressive personality style: Theoretical and methodological implications for health and pathology. En J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 435-470): Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Carver, S.C.-Scheier, M.F.-Weintraub, J.K. (1989): Assessing coping: Theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Conde, V.-Franch, J.L. (1984): *Escala de evaluación conductual para la cuantificación de la psicopatología de los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de Psicología Médica.
- Folkman, S.-Lazarus, R.S. (1988): Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Gabaldón, O.-Ortiz, A.-Romo, I.-Eguiluz, I.-Totorika, K. (1993): Enfermedad crónica grave, afrontamiento, soporte social y afectividad. En D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 399-409). Valencia. Promolibro.
- Gabaldón, O. (2000): *Factores psicosociales y cáncer de mama: Afectividad, apoyo social, represión, alexitimia y grupos de apoyo*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad del País Vasco.
- Lane, R.D.-Sechrest, L.-Riedel, R.-Weldon, V.-Kaszniak, A.W.-Schwartz, G.E. (1996): Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58, 203-210.
- Lane, R.D.-Sechrest, L.-Riedel, R.-Shapiro, D.E.-Kaszniak, A.W. (2000): Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*, 62, 492-501.
- Nemiah, J.C.-Sifneos, P.E. (1970): Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in Psychosomatic Medicine* (pp. 26-34). London, UK: Butterworth.
- Páez, D.-Velasco, C. (1993): Alexitimia: Una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (Ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 195-235). Valencia. Promolibro.
- Páez, D.-Basabe, N.-Valdosedra, M.-Velasco, C.-Iraurgi, I. (1995): Confrontation: Inhibition, alexithymia and health. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 195-223). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Páez, D.-Velasco, C.-González, J.L. (1999): Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 630-642.
- Páez, D.-Martínez, F.-Velasco, C.-Fernández, I.-Mayordomo, S.-Blanco, A. (1999): Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.

- Parker, J.D.A.-Taylor, G.J.-Bagby, R.M. (1998): Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 91-98.
- Pennebaker, J.W. (1995): Emotion, disclosure and health: An overview. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp.3-11). Washington, D.C.. American Psychological Association.
- Schork, E.J.-Eckert, E.D.-Halmi, K.A. (1994): The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis, and clinical out-come at 10-year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 113-123.
- Sifneos, P. (1973): The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. (1975): Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.
- Taylor, G.J.-Ryan, D.P.-Bagby, R.M. (1985): Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, G.J.-Ryan, D.P.-Bagby, R.M. (1994a): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 23-32.
- Taylor, G.J.-Ryan, D.P.-Bagby, R.M. (1994b): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Parker, J.D.A. (1997): *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J. (2000): Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Vaux, A.-Phillips, J.-Holly, C.-Thompson, B.-Williams, D.-Stewart, D. (1986): The social support appraisals scale: studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Velasco, C. (1996): Factores psicológicos predictores del cáncer de mama: Factores afectivos y de la personalidad. En R. Usieto (Ed.), *Prevención y Tratamiento oncológico del cáncer de mama* (pp. 171-181). Madrid. Ediciones CESA.
- Velasco, C.-Páez, D. (1996): Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Warr, P.-Barter, J.-Brown-Bridge, G. (1983): On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Weinberger, D.A. (1990): The construct validity of the repressive coping style. En J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 337-387). Chicago, IL: University of Chicago Press.

