

Investigación de variables en al constructo Alexitimia en 550 casos ¹

On alexithymia construct's variables in 550 cases

LUNAZZI DE JUBANY, HELENA*

RESUMEN

El objetivo del trabajo es investigar la intervención de variables sobre el puntaje total y 4 factores que integran el constructo alexitimia evaluado con la TAS (Escala Toronto de Alexitimia). Las variables estudiadas son Edad, Nivel Socioeconómico, Orientación Ocupacional y Condición Psicossomática. La muestra total de 550 casos está integrada por 8 grupos de sujetos voluntarios: 100 Normativos; 50 Nivel Socio-económico medio-bajo; 100 estudiantes de Educación Física; 50 profesores de Educación Física; 100 estudiantes de Psicología; 50 Profesores de Educación Física; 100 casos con Condición Psicossomática (50 Obesos y 50 Hipertensos). Los resultados informan que la Edad y la Elección Ocupacional modifican tanto el puntaje total como los factores I y II; El nivel Socio-Económico afecta muy significativamente al Factor III. La TAS discrimina tanto en puntaje Total como en los 4 factores a la Condición Psicossomática. Se propone la pertinencia de considerar en la evaluación del constructo la intervención de variables. Se destaca la fecundidad del constructo y la riqueza de la TAS para poner de manifiesto las múltiples dimensiones de la Alexitimia. El artículo incluye una revisión de las principales líneas de discusión en torno al Constructo Alexitimia.

Palabras clave

Alexitimia, variables, factores, TAS, condición psicossomática.

¹ Investigadoras participantes: Elías, Diana; García de La Fuente, Marta y Kosak, Valentina. Con la participación de Lilia Rossi Casé y María Inés Urrutía en la elaboración estadística. Universidad nacional de La Plata. Argentina.

* Helena Lunazzi de Jubany 56 n° 675 y 1/2 La Plata (1900) Argentina. E-mail: hlunazzi@cadema.com.

SUMMARY

The aim is to study the action of Variables on the Total Score and the 4 Factors participants in the Alexithymia Construct evaluated by means of the TAS 26 (Toronto Alexithymia Scale, of 26 items) The Variables considered are *age*, *socio-economical level*, *professional occupation* and *psychosomatic condition*. The total Sample of 550 cases is composed by 8 groups of voluntary individuals: 100 Normatives; 50 Socio. Economical Level medium-low, 100 students of Psychology, 50 Psychologists 100 Students of Physical Education, 50 Professors of Physical Education, 100 Psychosomatic cases, composed by 50 Obeses and 50 Cardiopatys (Hipertensives) The results demonstrate that Age and Professional occupation modify as well the Total Score as Factors I and II, The Socio-economical level modifys Factor III. The TAS discriminates Psychosomatic Condition 'Total Score and Factors by regards to the others samples. The pertinence of considering the intervention of variables when Alexithymia is evaluated is then proposed. The fecundity on the Construct as well as the TAS' richness to reveal its multiple dimensions is pointed out. The paper encloses a revision on the main lines of discussion on the Alexithymia Construct.

Key words

Alexithymia, factors, variables, psychosomatic, condition.

INTRODUCCIÓN

El Constructo teórico Alexitimia (Sifneos, 1973) literalmente expresando “sin palabras para los afectos” ha merecido desde su formulación aceptación y consenso en campos científicos diferentes tales como el campo psicoanalítico y el de la neurología.

La noción de Alexitimia fue elaborada originalmente a partir del estudio de pacientes psicósomáticos. Existen sin embargo varios modelos explicativos, tanto psicodinámicos como neuropsicológicos y también socioculturales. Dichos modelos ameritan suficiente discriminación ya que la presencia de Alexitimia se emplea como Hipótesis Diagnóstica. Las hipótesis diagnósticas requieren continua evaluación, y deben usarse con cautela precisando sus alcances, límites y bordes. Es necesario diferenciar cuando la Alexitimia alude a 1) un funcionamiento o una estructura de la personalidad, 2) si se trata de un rasgo transitorio o permanente y 3) si constituye una respuesta adaptativa saludable o 4) si remite a pobreza generalizada de la vida emocional y de la fantasía, del riesgo psicósomático o de la conducta actuadora.

También es de importancia especial en la evaluación de los casos reconocer de que modo los resultados pueden estar afectados por posibles variables intervinientes. Sin embargo esta es una dimensión aún escasamente estudiada.

Nos hemos ocupado previamente de estudiar la validación de la adaptación al castellano de la Escala Toronto de Alexitimia (TAS 26). También hemos investigado los cuatro factores que integran el constructo.

Nuestro presente objetivo es comunicar los resultados de nuestra investigación sobre la incidencia de las variables a) Edad, b)

Nivel Socioeconómico, c) Orientación ocupacional y d) condición psicósomática.

Incluimos también un panorama de las principales problemáticas, aportes y líneas de discusión en torno a la Alexitimia y algunas sugerencias producto de nuestra experiencia en el empleo de la Escala.

ALEXITIMIA: ¿FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO ESPECIAL?

Frente a los importantes problemas y límites que plantean los tratamientos a las enfermedades y padecimientos tanto físicos, psíquicos o sociales, la alternativa de la prevención aparece como prometedora, no por ello sencilla. Clásicamente la prevención alude a pre-veer dispositivos y cuidados anticipadamente a que un cuadro patológico se constituya o instale. Poder preveer a su vez implica un conocimiento acabado de las enfermedades, sus factores etiológicos, sus formas de transmisión, las condiciones que las favorecen y los recursos posibles para neutralizar, combatir o eliminar su aparición.

La década del noventa nos ha enfrentado con la sorprendente predominancia de las patologías psicósomáticas. Entendemos como tales a cuadros donde es reconocida la importancia de factores psíquicos, junto con componentes genéticos, hereditarios, inmunológicos. Entre las condiciones psicósomáticas se encuentra una gran variedad de enfermedades, como las cardiovasculares, la obesidad, el asma, las collagenopatías, la artritis reumatoidea, la esclerosis múltiple, las úlceras, el lupus eritematoso, algunas formas de cáncer, etc.

Tiempo atrás, destacados equipos de médicos y psicoanalistas franceses y americanos, pusieron de manifiesto la identifica-

ción de funcionamientos psíquicos especiales, característicos de las organizaciones psicosomáticas. Tales funcionamientos se designaron como Alexitimia: “sin palabras para los afectos” (Sifneos, 1973) y Pensamiento Operatorio: en referencia al enfoque cognitivo pragmático orientado al mundo externo como opuesto al involucramiento con la propia realidad psíquica (Marty, de M' Uzan, 1963). El interés que despertaron tales funcionamientos fue enorme, ya que de ellos dependerían las condiciones de vulnerabilidad de la salud física y mental. Los sujetos organizados predominantemente según una desconexión con los propios afectos y un enfoque práctico, utilitario para la resolución de su implicación con el mundo, ejemplificaban las características psicológicas comunes a las enfermedades psicosomáticas. El término *psicosomático* ha sido utilizado tanto en el campo médico como psicoanalítico para referirse a una serie de trastornos orgánicos en los que era reconocida como esencial la incidencia de los factores psíquicos. A pesar de que el término *psicosomático*, en apariencia, subraya la básica unidad psique-soma del ser humano, en realidad alude a pacientes que mostrando serio daño corporal se manifiestan como si negaran o no tuvieran registro psíquico del mismo. Al decir *psicosomático* aludimos a un modo de funcionamiento que se caracteriza por la ausencia de lo psíquico, dimensión que no se encuentra ligada a lo somático. Para Winnicott (1979) esta es la verdadera enfermedad. En realidad la condición de la salud es la integración de ambas realidades en el sujeto: lo psíquico y lo somático. En los DSM-III y IV no se utiliza la categoría *psicosomático*; se proponen en cambio dos categorías: la de «tras-

tornos somatoformes» y la de «factores psicológicos que afectan el estado físico». El que las enfermedades psicosomáticas estén fuera de esa nosografía psicopatológica no implica la exclusión de los psicoterapeutas de esta área. Por el contrario, su intervención es muchas veces decisiva para la evolución y/o remisión de la enfermedad.

El concepto *alexitimia* es entonces, un constructo hipotético derivado del trabajo clínico con pacientes psicosomáticos. Los pacientes se caracterizaban por: a) Pensamientos con bajos niveles de abstracción (pensamiento operatorio) descrito por P. Marty, J. de M. Uzan y P. David, (1963). b) Pobre capacidad para fantasear c) relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas d) gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales.

El hecho de que los enfermos psicosomáticos presenten una seria limitación para resolver saludablemente un acontecimiento vital intensamente penoso (una pérdida objetal, narcisista u afectiva, montos excesivos de stress o aún la misma enfermedad somática) implica la falla de los mecanismos de elaboración psíquica de las emociones y del trabajo de construcción de respuesta simbólica. P. Marty (1990) se refiere a las *psicosomatosis* como patologías de la simbolización. Señala que cuanto más rico sea el preconciente de un sujeto, en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tiene la patología eventual de situarse en el plano mental. Cuanto menos rico en las relaciones y permanencia de las representaciones existentes sea el preconciente de un sujeto, más correrá el riesgo de situarse la patología en el plano somático.

Desde su definición la Alexitimia viene siendo objeto de numerosas investigaciones que buscaron tanto la elucidación teórica del constructo como la obtención de medios de evaluación.

Nos resulta ilustrativa al respecto la conclusión que recientemente investigadores argentinos han expresado con relación a la Alexitimia: "Consideramos que aún cuando el constructo se refiere a problemáticas de varias décadas, su valor nos sugiere el de los vinos añejos que requieren tiempo y conocimiento para saborearlos" (Sivak R., Wiater A., Lolas F. 1997, pág. 174).

Antes de continuar, parece oportuno retomar algunos aspectos descriptivos o en discusión en torno al constructo Alexitimia.

Según P. Sifneos y P. Marty, la falta de expresión emocional y de inhibición de la fantasía, que son típicas tanto de la Alexitimia como del "pensamiento operatorio", no podrían explicarse por ninguno de los mecanismos de defensa descriptos en el psicoanálisis por S. Freud, A. Freud y M. Klein. Es decir que serían totalmente independientes de la represión o de otros mecanismos de defensa neuróticos los cuales son puestos en funcionamiento para eludir las representaciones mentales de conflicto y angustia. La alexitimia y el pensamiento operatorio en cambio, estarían manifestando un funcionamiento psíquico caracterizado por la falta de representación mental de conflicto y si en cambio por la descarga de las cargas instintivas o pulsionales en el cuerpo o mediante acting-out.

Si se compromete al cuerpo, como receptor de cargas pulsionales que no han sido "procesadas mentalmente" tendríamos como resultado las muchas enfermedades psicoso-

máticas, en especial cuando exhiben modos cronificados o caracterológicos de la existencia humana. Si la vía de descarga del monto pulsional es en cambio la acción, la conducta impulsiva, de modo amplio, su forma resultante serían los cuadros psicopáticos y las adicciones.

El fenómeno subyacente a la Alexitimia entonces consistiría en el impedimento para expresar y tal vez reconocer las propias emociones, fenómeno que se basaría consecuentemente en una escasa "mentalización" (Bergeret, 1992) de la vida afectiva.

Dichas características describirían entonces funcionamientos psíquicos caracterizados por la "pobreza" ideacional, o al menos por marcada restricción del mundo de la fantasía, lo que a su vez indicaría limitaciones para actividades creativas de distinto tipo.

Según Sifneos (1995) y otros autores (Montreuil, 1995) la alexitimia también podría estar asociada a alguna clase de impedimento de tipo neurológico. Este impedimento posiblemente sería de las vías conectivas entre el sistema límbico y el neocórtex constituyendo la específicamente llamada Alexitimia Primaria.

Otra importante línea de discusión (Kirmayer, 1994;1997; Casullo, 1994) destaca el desarrollo de Alexitimia, como consecuencia de modos de adaptación relacionados con la clase social y con baja sofisticación psicológica. También en esta dirección, es decir como modos adaptativos, se encontrarían los desarrollos de Alexitimia acompañando experiencias traumáticas, catastróficas y también la enfermedad somática. En estos casos hablaríamos de Alexitimia Secundaria. (Sifneos,1995).

En su reciente y documentada obra Graeme Tylor, M. Bagby y J. Parker (1997) postulan una nueva perspectiva acerca de cómo las emociones influyen la salud mental y física caracterizando a la Alexitimia como “Desorden de la regulación de las emociones”. Plantean que, muchas enfermedades psiquiátricas usuales aunque de difícil tratamiento, incluyendo las adicciones a drogas, los desordenes alimentarios, los desordenes por pánico y post traumáticos, son consecuencia de la incapacidad para regular las emociones penosas o intensas a través del trabajo de elaboración mental. Conceptualizan así a la Alexitimia como una configuración (cluster) de déficits en la capacidad para procesar las emociones. Entonces, desde la perspectiva cognitiva, vuelven a enfatizar la significación preponderante de la vida emocional en todos los seres humanos.

La Alexitimia se revela como un concepto clave en el reconocimiento de las falencias en la relación con nuestros propios afectos. Citamos las certeras palabras de J.Grotstein en el prefacio al texto que venimos de mencionar quien expresa: “Los avances en psicología evolutiva, neurobiología, las investigaciones en desarrollo infantil y sobre trauma, los nuevos conceptos sobre desarrollo de la personalidad y en psicoanálisis, todos han contribuído a la evolución de una nueva y distinta entidad: la de la autoregulación, en general y la de la regulación de afectos, en particular. *Con relación a la última debe entenderse que la propia habilidad para regular los afectos se aparea a su vez con la necesidad de permitir a esos afectos regular*

*el propio pensamiento y conducta”*² (Tylor G., Bagby Parker T.B. 1997, pag.xi Foreword).

De modo sintético, según lo expresado en párrafos previos, retomaremos a continuación las principales afirmaciones en torno al Constructo, ya que algunas han sido y son objeto de investigación, y otras permanecen en estado controversial abriendo un promisorio campo de investigación tanto teórico como clínico.

- La alexitimia alude a una organización estable, dentro de la personalidad, y por lo tanto poco modificable.
- La alexitimia aparece como rasgo transitorio constituyendo una respuesta adaptativa frente al trauma o la enfermedad física.
- La alexitimia en lugar de remitir a pobreza generalizada de la vida psíquica podría ser una rica y saludable respuesta de la organización psíquica.
- La alexitimia remite a pobreza generalizada de la vida emocional e implica riesgo psicosomático o de la conducta actuadora.

Una forma de posicionarnos frente a la multiplicidad de los enfoques que pueden verse como contradictorios acerca de la Alexitimia constituye la pregunta: *¿Se trata de una estructura o un funcionamiento?*

Los autores más representativos de la conceptualización, en tanto estructura son P. Sifneos, P. Marty y P. De M’Uzan, quienes sostienen que la Alexitimia y el pensamiento operatorio son dimensiones psicológicas que pueden existir en los sujetos sin la presencia simultánea de ningún desorden somático. Por

2 Subrayado nuestro.

otra parte, de desencadenarse una enfermedad somática, dichos funcionamientos la precederían, la acompañarían durante su des-
 envolvimiento y permanecerían luego de la recuperación. Aún más la alexitimia y el pensamiento operatorio podrían ser verdaderos factores de riesgo, y aún genuinos determinantes del desorden psicossomático. Según los autores mencionados, los pacientes desarrollarían una enfermedad somática en lugar de una neurosis de "tipo mental" porque ellos serían incapaces de nombrar, reconocer sus afectos (Sifneos, 1970, 1973, 1995) y elaborar mentalmente las excitaciones instintivas (Marty, 1963, 1990).

Esta conceptualización ha recibido el consenso de abundante investigación, especialmente proveniente de posturas psicodinámicas en el trabajo con cuadros psicossomáticos.

La cuestión acerca de si se trata de una estructura o de un funcionamiento, pensamos, permitiría ordenar planteos en torno al Constructo: Si se trata de una Estructura, sería primaria, un rasgo global y consistente, y probablemente un déficit cerebral y/o vincular. Sino originada en un déficit cerebral la resultante de patrones cognitivos culturalmente aprendidos y cristalizados estructuralmente.

Si se lo entiende como un funcionamiento: podría ser un rasgo que apareciera y remitiera o sea, parcial y temporario, o podría desarrollarse establemente como forma adaptativa según los patrones culturales, sociales o las experiencias traumáticas que se atrave-

saran. También aquí y con diversos grados de severidad incluiríamos los desarrollos de Alexitimia como resultado del déficit vincular en el temprano holding materno (Winnicott, 1979)

Tal vez lo más difícil e interesante en el estudio de la Alexitimia se refiere a la elucidación de los compromisos entre estos dos polos, estructura o funcionamiento, sus imbricamientos y especialmente el establecer si es parte necesaria y suficiente para el desarrollo de un síntoma y enfermedad psicossomática de modo que su presencia constituyera a su vez, efectivamente, presencia de vulnerabilidad frente al estrés y para el desarrollo de enfermedades psicossomáticas, cuando se hallen ausentes otras posibles vías de descarga pulsional (adicciones, actos antisociales, etc.).

También es importante elucidar de que modo distintas variables intervinientes como la edad, o la presencia de defensas por racionalización y aislamiento³ pueden modificar los puntajes totales o los puntajes parciales de los factores implicados en la Alexitimia cuando se la evalúa.

EVALUACIÓN

La evaluación de la Alexitimia se ha encarado tanto por medio de procedimientos clínicos como mediante técnicas de evaluación objetivas y proyectivas. Estas últimas curiosamente en forma bastante escasa, ya que sólo en la técnica Rorschach se ha comunicado un conjunto de indicadores apropiado para evaluarla (Acklin, 1989).

³ Creemos que en una investigación informada (Petot, 1996) en estudiantes de letras supuestamente "Alexitimicos" (puntaje alto en TAS) y riqueza psíquica (Rorschach) podría ilustrar cómo la organización defensiva afecta la expresión de los afectos.

En la década del '80 G. Taylor y M. Bagby comienzan a trabajar en el diseño de la llamada Escala de Alexitimia Toronto revisando intentos anteriores a los que someterán a mayor rigor psicométrico. Hallan que la escala en numerosos estudios de correlación correlaciona con esos instrumentos de manera altamente positiva ⁴.

Sobre cinco dimensiones elaboran la escala compuesta de 26 ítems en un cuestionario autoadministrable. Los 26 ítems seleccionados fueron a su vez sometidos a análisis factorial según cumplieran criterios pre-establecidos (Tylor,1997) configurando cuatro factores. Los factores son, 1: Dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales; 2: Dificultad para describir y expresar sentimientos; 3: capacidad de fantasía reducida y 4: Pensamiento orientado hacia ocupaciones exteriores (la orientación a focalizarse en problemas prácticos, técnicos, profesionales, mecánicos y "externos" mucho más que en las propias experiencias emocionales y a la realidad psíquica). Estos cuatro factores son teóricamente consistentes con el constructo; los dos primeros corresponden a los trastornos afectivos descritos por Nemiah y Sifneos (1970) ; los dos últimos concuerdan con el "pensamiento operatorio" descrito inicialmente por Marty y de M'Uzan (1963).

La Escala TAS facilita un puntaje de corte de 74 para considerar a un sujeto Alexitímico.

Aquellos sujetos que obtienen puntaje igual o menor a 62 se evalúan como no alexitímicos.

Se han llamado "hiperlexitímicos" (Petot 1997) a aquellos casos definidamente no alexitímicos, es decir por debajo del puntaje 52.

La Escala Toronto de Alexitimia (TAS26) consiste en un sencillo cuestionario autoadministrado, que consta de 26 sencillas preguntas, cuya confiabilidad y validez han sido ampliamente estudiadas llegando a merecer en la afirmación de numerosos autores entre los cuales citamos a P.D. Jaffe* (1990) quien expresa que la Escala TAS cumple con las condiciones de ser un instrumento diagnóstico confiable y válido para el estudio del constructo Alexitimia ⁵.

La confiabilidad y validez de la TAS, como se manifestó, goza del reconocimiento difundido entre los investigadores en razón de su cuidadosa construcción y las muchas versiones corregidas y testeadas.

No obstante:

1. Comparte con el resto de los Cuestionarios Autoadministrados el riesgo de ser contestada según la discapacidad social de la respuesta o reflejando respuestas de sujetos que tienen un limitado conocimiento de sí mismos y sus propios funcionamientos.
2. Como todo instrumento clínico es sensible a las condiciones de administra-

4 El Inventario de Depresión de Beck, la escala de ansiedad IDARE, la escala de necesidad de cognición de Cacciopo, el Inventario de Personalidad California, el inventario de personalidad Básica de Jackson, la escala Shippey-Hartford para estimar Inteligencia Verbal y No Verbal.

5 P. D. Jaffe: "L'Alexithymie ou le discours dénué d'affect". *Psychoth. Méd.*, 22, 8, 7188-722. 1990, citado por R. Sivak y A. Wiater (1997).

6 100 casos con administración simultánea del Rorschach: 40 casos de patologías autoinmunes y 40 de control, junto con los 550 informados en esta comunicación.

ción, requiriendo en muchos casos los sujetos de un acompañamiento o explicación extra por parte del administrador, recomendación que es necesario tener en cuenta.

Disponemos en nuestro país desde el año 1989 de una adaptación de la Escala TAS realizada por M.M. Casullo y A. Wiater. Esta adaptación esencialmente fiel a la original, es decir manteniendo sus 26 preguntas, pero reduce las alternativas de respuesta de cinco a tres (1. Generalmente sí; 2. A veces; 3. No, nunca).

Hemos por nuestra parte (Lunazzi de Jubany, 1997, 1997) investigado con resultado positivo, la validez de esta adaptación tanto en su puntaje total como en la discriminación que facilitan los cuatro factores.

Ya que la adaptación al castellano de la TAS 26 mencionada ha logrado difusión en Iberoamérica, aportamos a continuación algunas observaciones, provenientes de nuestra experiencia en 730 casos⁶ que estimamos de utilidad a considerar cuando se la administra.

- a) Una de las limitaciones de los cuestionarios autoadministrados reside en la capacidad desigual de los sujetos para responder y comprender a ciertas preguntas. En ese último sentido, hemos observado dificultades especiales en nuestros sujetos para contestar ciertos ítems: específicamente los ítems 6,7 y 11. El ítem 6: "Me resulta tan fácil como a las demás personas el tener amigos" ya que a menudo provocaba cuestionamientos acerca de quienes

han de llamarse "amigos". En muchos casos también los ítems 7 y 11 "Poder resolver un problema es más importante que preguntarse porqué se lo resolvió de esa manera" y "No me alcanza con saber que una tarea está hecha, necesito saber cómo y por qué se hizo", requirieron explicación y aclaración y en muchos casos la explicación de las diferencias planteadas en los ítems, resultaron incomprensibles o irrelevantes. En cuanto al ítem 26 "cuando me enoja no sé porque estoy enojado" a menudo se contesta con dudas: la respuesta positiva "Generalmente Sí", no quiere decir que sí sabe, sino que no que no sabe.

- b) Ya que con frecuencia los sujetos comentan "esto ya me lo preguntaron" o "¡de vuelta mismo!" y aún algunos preguntan si se trata de "trampas": creemos conveniente introducir algunas modificaciones técnicas por ejemplo: Anunciar que al final, es decir luego de contestar el cuestionario, se comentarán algunas características de la escala por ejemplo las reiteraciones como factor de consistencia interno. Otra intervención que pensamos necesaria ya que constatamos que se omitieron respuestas, cuando se administró en forma colectiva especialmente, es indicar que luego de haber contestado verifiquen para comprobar que no falta constestar ninguna pregunta. Esta indicación sugerimos incluirla escrita al final del cuestionario.

⁷ La muestra refiere al estrato Medio, en este caso MEDIO-BAJO. Se excluye la franja poblacional en estado de indigencia y la pequeña franja de nivel Alto. La muestra "Normativa" refiere al nivel MEDIO-MEDIO.

INTERVENCIÓN DE VARIABLES AFECTANDO LA ALEXITIMIA

Planteamiento del problema

Si bien la evaluación del constructo Alexitimia mediante la escala TAS26 es reconocida como válida y confiable, trabajo, gozando de importante aceptación, como señalamos en párrafos previos en esta comunicación, persisten aún dimensiones escasamente estudiadas. Algunas de esas dimensiones serían por ejemplo la indagación sistemática del comportamiento de sus factores y especialmente el hecho de que el puntaje de Alexitimia como cualquier *resultado podría verse afectado por posibles variables intervinientes*. La investigación de estos aspectos podría a su vez, ofrecer información útil tanto en el diagnóstico diferencial así como sobre la comprensión del Constructo teórico en sí mismo.

Recordamos que el puntaje total que facilita la escala, a su vez se conforma por los resultados de los 4 factores que integran el constructo, susceptibles de analizarse cada uno por separado.

Los factores que componen la escala TAS y que constituyen en conjunto la Alexitimia, son:

1. Habilidad para describir los propios sentimientos y para diferenciarlos de sensaciones corporales. Esta capacidad se explora en la escala con preguntas tales como: “Me sorprende por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo”, “me confundo y no se bien qué estoy sintiendo”, etc.
2. Habilidad para describir y comunicar los propios sentimientos. Se explora

con ítems tales como: “Quisiera ser menos tímido/a” “Puedo contar lo que siento sin problemas”.

3. Capacidad para fantasear: explorable en preguntas como: “Sueño despierto/a cuando no tengo nada que hacer”, “Fantaseo sobre el futuro”, etc. Y por último;
4. Experiencia y actividad orientadas hacia el mundo externo más que hacia el propio mundo vivencial (pensamiento operatorio), exploradas mediante preguntas como: “Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender por qué pasan de esa forma” o “Uno debería buscar explicaciones más profundas de las cosas”, etc.

Los puntajes totales en la escala TAS se interpretan en relación directa, es decir, a mayor puntaje mayor Alexitimia. El puntaje 74 representa el punto de corte que identifica a los sujetos marcadamente alexitímicos. En cuanto a los puntajes de los factores (cuyos resultados se obtienen mediante elaboración cuantitativa especial): realizamos una interpretación en relación inversa en los tres primeros. Es decir que los puntajes bajos identifican las capacidades implicadas en los factores. Así en el *Factor I*: capacidad para identificar y describir sentimientos, en el *Factor II*: capacidad para comunicar sentimientos a otros.y en el *Factor III*: capacidad para imaginar y fantasear. Los puntajes menores indican mayor capacidad. Con respecto al *Factor IV*: focalización en problemas externos más que en las experiencias personales, la interpretación de la capacidad es directa: a menor puntaje menor focalización en intereses exteriores.

Como expresamos anteriormente nos ha interesado especialmente el hecho de que el puntaje total de Alexitimia o el de sus factores, como cualquier *resultado podría verse afectado por posibles variables intervinientes*. Nos preguntamos si los sujetos con condiciones socioeconómicas limitadas exhibirán capacidad de expresión y reconocimiento de sentimientos semejante a la de grupos socio económicos más ricos. Es decir: ¿el nivel socio-económico implicaría una matriz cognitiva resultante en funcionamientos alexitímicos? Nos preguntamos también si el puntaje total de Alexitimia o el alguno de sus factores se verán sensibles y afectados según al paso del tiempo y las experiencias vitales que conlleva o por lo contrario se mantendrán estables? Es decir ¿Cómo interviene la variable edad sobre la Alexitimia? Sería la Alexitimia un rasgo permanente o podría verse modificado según cuando el funcionamiento psíquico se viera comprometido por la orientación profesional? O sea, ¿la orientación profesional “modelaría” o afectaría la organización psíquica relativa a la regulación de los afectos? Muchos interrogantes similares estuvieron en el origen del presente trabajo, con la pretensión de explorar más los alcances y bordes del constructo Alexitimia.

Objetivo

El objetivo de esta comunicación es investigar el comportamiento de las variables.

a) Edad, b) Nivel Socioeconómico, c) Orientación Ocupacional y d) Condición Psicósomática, en el constructo Alexitimia.

Considerando a la Alexitimia como la variable dependiente y la edad, nivel socio-económico, orientación ocupacional, y la presencia de patología psicósomática como

las variables independientes proponemos que: 1. Los puntajes Totales de Alexitimia habrán de variar según lo afecte la presencia de las variables. Y 2. En los Factores efectivamente deberían también hallarse diferencias significativas motivadas por la intervención de las variables.

HIPÓTESIS

Los puntajes totales y /o los puntajes de los factores de la Alexitimia se modificarán según las variables que los afecten.

METODOLOGÍA

Administración de la Escala TAS26 a muestras de sujetos como representativas de la presencia de las variables seleccionadas.

MUESTRAS

Las muestras consisten en la recolección de 8 grupos de sujetos voluntarios con las siguientes características:

1) Normativa

Esta integrada por 100 sujetos voluntarios, 44 varones y 56 mujeres, con una edad promedio de 30 años. Se trata de no-pacientes convocados para la investigación en sus lugares de trabajo, empleos, comercios, oficinas, escuelas, etc. representantes de la población media.

2) Nivel socioeconómico medio-bajo

Careciendo de un baremo adecuado que pudiera dar cuenta precisa de la distribución de los niveles socioeconómicos en la región así como de los criterios de inclusión, adoptamos un criterio vigente multidimensional socio-económico-educativo susceptible de

diferenciar los niveles más representativos de la población según niveles, medio alto, medio-medio y medio-bajo. Este último integrado por sujetos con escolaridad primaria semi-completa o completa, provenientes de medios sociales de recursos económico limitados.⁷ Esta muestra se compone de 50 casos voluntarios, 24 mujeres y 26 varones, reclutados entre aspirantes a empleos no calificados e ingresantes a un instituto terciario de capacitación de policías. Edad promedio 23 años.

3) *Estudiantes de psicología*

Convocados en los cursos regulares de la carrera de psicología, Universidad Nacional de la Plata, en número de 100, varones 14 y mujeres 86, con una edad promedio de 25 años.

4) *Psicólogos*

Para conformar esta muestra que permitiría explorar comparando las muestras 3 y 4, la intervención de la variable edad se recolectaron profesionales de la psicología en ejercicio, egresados en su mayoría o la la Universidad Nacional de La Plata o de la Universidad Católica de La Plata, que como requisito fueran mayores de 37 años. Se obtuvo una muestra de 50 casos, 43 mujeres y 7 varones con una edad promedio de 45 años.

5) *Estudiantes de Educación Física*

Con características similares a las descriptas para la muestra de estudiantes de psicología, se obtuvo esta muestra compuesta por

100 casos, 65 varones y 35 mujeres con una edad promedio de 23 años

6) *Profesores de Educación Física*

La muestra de profesores voluntarios de educación física fue reclutada mediante gestión ante el Ministerio de Educación procedimiento que facilitó el acceso a un gran grupo de profesionales en actividad en el momento de su inscripción para la actividad docente. Los requisitos fueron similares a los de la muestra 4: en ejercicio profesional y mayores de 37 años. Se compone esta muestra de 50 casos, en igual proporción de géneros y edad promedio de 42 años.

Psicosomáticos: La muestra en su totalidad se compone de 100 casos, incluyendo dos submuestras la de Obesos y la de Hipertensos. La muestra psicosomática permitiría investigar cómo la variable patología psicosomática interviene en la Alexitimia, pudiendo las diferentes características de las submuestras reconocer variaciones particulares.

7) *Sobrepeso crónico*

Los sujetos con sobrepeso crónico provienen de nuestro estudio anterior sobre el tema (Lunazzi de Jubany ,1997) fueron recolectados por su condición e invitados a participar en la investigación . Como requisitos a) edad entre 20 y 50 años b) debía tratarse de un sobrepeso de características crónicas es decir desde la infancia o de muy larga data. El Sobrepeso se define por un incremento del peso corporal por masa adiposa mayor a 10

8 Director del programa Investigador Dr. M.Tavella.

kg del esperado en las tablas de peso, según altura y edad. La obesidad implica sobrepeso mayor a 20 kg. c) el trastorno alimentario no debía estar asociado con otros trastornos. Esta muestra consta de 50 casos, 12 varones y 38 mujeres con una edad promedio de 36 años.

8) Hipertensos

Esta muestra se integró fundamentalmente por casos voluntarios, diagnosticados como tales en el Servicio de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires y en el Programa Para la Prevención y Asistencia de la Colesterolemia que se desarrolla en la

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata⁸. Se integra por 50 casos, 31 varones y 19 mujeres con una edad promedio de 57 años.

Las 8 Muestras Descriptas refieren un Total de 550 casos.

RESULTADOS

Presentamos en primer lugar los resultados de la media de Puntajes Totales y su Desvío Standard en las 8 muestras. (Cuadro 1). En el Cuadro 2 se comunica elaboración estadística de puntaje t y Anova tanto entre puntajes total como para cada uno de los factores.

Cuadro 1

Normativa		Nivel socio económico medio bajo	
N= 100	X: 60,54	N= 50	X: 60
v= 44	SD= 10,30	v= 25	SD= 10,81
m= 56	Edad Prom= 30 años	m= 25	Edad Prom= 23 años
Estudiantes de Psicología		Psicólogos	
N= 100	X: 58,5	N= 50	X: 52,36
v= 14	SD= 9,88	m= 43	SD= 8,09
m= 86	Edad Prom= 25 años	v= 7	Edad Prom= 45 años
Estudiantes de Educación Física		Profesores de Educación Física	
N= 100	X: 59,94	N= 50	X: 56,36
v= 65	SD= 8,87	v= 25	SD= 8,73
m= 35	Edad Prom= 23 años	m= 25	Edad Prom= 42 años
Obesos		Hipertensos	
N= 50	X: 65,8	N= 50	X: 67,35
v= 12	SD= 13,66	v= 31	SD= 10,89
m= 38	Edad Prom= 36 años	m= 19	Edad Prom= 57 años

Cuadro 2

FACTOR I		FACTOR II		FACTOR III		FACTOR IV		PUNTAJE TOTAL	
N vs. NMB	A/S	N vs. NMB	A/S	N vs. NMB	A/S	N vs. NMB	N/S	N vs. NMB	N/S
N vs. Est. Psi.	N/S	N vs. Est. Psi.	N/S	N vs. Est. Psi.	N/S	N vs. Est. Psi.	N/S	N vs. Est. Psi.	N/S
N vs. Psi.	A/S	N vs. Psi.	A/S	N vs. Psi.	N/S	N vs. Psi.	N/S	N vs. Psi.	A/S
N vs. Est. EF	N/S	N vs. Est. EF	N/S	N vs. Est. EF	N/S	N vs. Est. EF	N/S	N vs. Est. EF	N/S
N vs. PEF	A/S	N vs. PEF	N/S	N vs. PEF	N/S	N vs. PEF	N/S	N vs. PEF	S
N vs. O	S	N vs. O	N/S	N vs. O	N/S	N vs. O	A/S	N vs. O	S
N vs. H	S	N vs. H	N/S	N vs. H	A/S	N vs. H	A/S	N vs. H	S
NMB vs. Est.Psi.A/S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.S	NMB vs. Est.Psi.S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.N/S	NMB vs. Est.Psi.N/S
NMB vs. Psi.	S	NMB vs. Psi.	S	NMB vs. Psi.	A/S	NMB vs. Psi.	N/S	NMB vs. Psi.	A/S
NMB vs. Est.EFA/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF A/S	NMB vs. Est.EF A/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF N/S	NMB vs. Est.EF N/S
NMB vs. PEF	S	NMB vs. PEF	N/S	NMB vs. PEF	A/S	NMB vs. PEF	N/S	NMB vs. PEF	S
NMB vs. O	A/S	NMB vs. O	N/S	NMB vs. O	A/S	NMB vs. O	A/S	NMB vs. O	S
NMB vs. H	A/S	NMBvs. H	N/S	NMB vs. H	A/S	NMB vs. H	A/S	NMB vs. H	A/S
Est. Psi. vs. Psi.A/S	Est. Psi. vs. Psi. A/S	Est. Psi. vs. Psi. A/S	Est. Psi. vs. Psi. N/S	Est. Psi. vs. Psi. N/S	Est. Psi. vs. Psi.N/S	Est. Psi. vs. Psi.N/S	Est. Psi. vs. Psi.A/S	Est. Psi. vs. Psi.A/S	Est. Psi. vs. Psi.A/S
Est. Psi. vs. Est. EFN/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S	Est. Psi. vs. Est. EF N/S
Est. Psi. vs. PEFA/S	Est. Psi. vs. PEF A/S	Est. Psi. vs. PEF A/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S	Est. Psi. vs. PEF N/S
Est. Psi. vs.O	S	Est. Psi. vs.O	N/S	Est. Psi. vs. O	S	Est. Psi. vs. O A/S	Est. Psi. vs. O A/S	Est. Psi. vs. O A/S	Est. Psi. vs. O A/S
Est. Psi. vs. H	S	Est. Psi. vs.H	N/S	Est. Psi. vs. H	A/S	Est. Psi. vs. H A/S	Est. Psi. vs. H A/S	Est. Psi. vs. H A/S	Est. Psi. vs. H A/S
Psi. vs. Est. EF A/S	Psi. vs. Est. EF A/S	Psi. vs. Est. EF A/S	Psi. vs. Est. EF N/S	Psi. vs. Est. EF N/S	Psi. vs. Est. EF N/S	Psi. vs. Est. EF N/S	Psi. vs. Est. EF A/S	Psi. vs. Est. EF A/S	Psi. vs. Est. EF A/S
Psi. vs. PEF	S	Psi. vs. PEF	N/S	Psi. vs. PEF	N/S	Psi. vs. PEF	N/S	Psi. vs. PEF	S
Psi. vs. O	A/S	Est. Psi. vs.O	N/S	Psi. vs. O	N/S	Psi. vs. O	A/S	Psi. vs. O	A/S
Psi. vs. H	A/S	Est. Psi. vs.H	N/S	Psi. vs. H	A/S	Psi. vs. H	A/S	Psi. vs. H	A/S
Est. EF vs. PEFA/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S	Est. EF vs. PEF N/S
Est. EF vs. O	N/S	Est. EF vs. O	N/S	Est. EF vs. O	N/S	Est. EF vs. O A/S	Est. EF vs. O A/S	Est. EF vs. O A/S	Est. EF vs. O A/S
Est. EF vs. H	N/S	Est. EF vs. H	N/S	Est. EF vs. H	A/S	Est. EF vs. H A/S	Est. EF vs. H A/S	Est. EF vs. H A/S	Est. EF vs. H A/S
PEF vs. O	A/S	PEF vs. O	N/S	PEF vs. O	N/S	PEF vs. O	N/S	PEF vs. O	A/S
PEF vs H	A/S	PEF vs H	N/S	PEF vs H	A/S	PEF vs H	A/S	PEF vs H	A/S
O vs. H	N/S	O vs. H	N/S	O vs. H	N/S	O vs. H	A/S	O vs. H	N/S

Muestras:

N:	Normativa;	NMB:	Nivel Socioeconómico medio-bajo
Est. Psi:	Estudiantes de Psicología;	Psi:	Psicólogos
Est. EF:	Estudiantes de Educación Física,	PEF:	Profesores de Educación Física
O:	Obesos,	H:	Hipertensos

Puntaje Total: expresados en columna de la derecha.**Factores:**

- Factor I:** capacidad para identificar y describir sentimientos.
Factor II: capacidad para comunicar sentimientos a otros.
Factor III: capacidad para imaginar y fantasear.
Factor IV: focalización en problemas externos más que en las experiencias personales.

A/S: Las diferencias encontradas son altamente significativas para $p < 0,01$

S: Las diferencias encontradas son significativas para $p < 0,05$

N/S: Las diferencias encontradas no son significativas

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Desarrollaremos observaciones primeramente respecto del Puntaje Total, luego respecto de los factores.

Con relación al PUNTAJE TOTAL

Nos centraremos en las observaciones más importantes, según las tendencias observadas en los cuadros 1 y 2.

Los psicósomáticos (N. 100), integrados por casos de obesidad o sobrepeso crónico, y por hipertensos, obtuvieron el puntaje más alto ($X = 66,7$ $p < 0,01$) con respecto a todas las otras muestras. La media de los hipertensos ($N = 50$) fue la más alta entre los subgrupos psicósomáticos estudiados. ($X = 67,35$) y obviamente la mayor con respecto a todas las demás muestras. Los Obesos mostraron un desvío muy significativo con respecto a los

Estudiantes de Psicología, los Psicólogos, los Estudiantes de Educación Física y los Profesores y significativo en referencia a las muestras Normativa y Nivel Socioeconómico Medio Bajo. Los Hipertensos se desviaron en forma semejante a los Obesos, pero con diferencias muy significativas incluso con la muestra Nivel medio Bajo y significativa con referencia a la normativa.

Los psicólogos por lo contrario, obtuvieron el menor valor en referencia a todas las muestras, son hiperlexitímicos ($X = 52$). Su puntaje se mostró muy significativamente ($p < .001$) disminuído con respecto a la muestra Normativa, ambas muestras de Estudiantes, y de psicósomáticos y significativamente ($p < .005$) en referencia a los Profesores de Educación Física. Es decir que los psicólogos exhiben una incrementada capacidad tanto para reconocer y comunicar sentimientos

como para fantasear, dirigiendo su atención hacia la propia vida psíquica.

CON RELACIÓN A LOS FACTORES

VARIABLE EDAD

Realizamos esta observación comparando Estudiantes (Medias de edad 23 y 25 años) y Profesionales (Medias de Edad 45 y 42 años) tanto de educación Física como de Psicología. Se registra que la edad establece diferencias muy significativas claramente en el Factor 1, ya que se las constata con respecto a los psicólogos tanto como a los profesores de educación Física. También el factor 2 diferencia muy significativamente a los psicólogos de los estudiantes. En los otros factores no se aprecian diferencias significativas.

La observación más destacada entonces es, que con la edad AUMENTAN las capacidades para identificar, describir y comunicar sentimientos (factores I y II). Si comparamos los valores de los jóvenes y muestra normativa con los Psicósomáticos (Media Edad 46) hallamos que en este último grupo estos factores (I y II) están sensiblemente disminuidos. Luego la edad no modificaría los factores I y II si se ha instalado una patología Psicósomática. O expresado de otra manera: la presencia de una patología psicósomática consistentemente refiere a un déficit en el reconocimiento y expresión de los sentimientos que no cambia con la edad.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Para examinar esta variable con la que se conjugarían disposiciones cognitivas - educativas - culturales que desalentarían la mani-

festación de afectos y al uso de la fantasía., contamos con dos observaciones: 1) El Nivel SocioEconómico Medio Bajo con respecto a la Muestra Normativa, de Nivel Medio Medio y 2) En referencia a las muestras de Estudiantes universitarios, con los cuales la variable es también el nivel económico disminuído, pero con los que comparten la constancia de la variable edad (similar media de edad :aproximadamente 23 años en las tres muestras).

Encontramos en esta muestra de ingresantes a selección laboral y al instituto educativo terciario, de niveles económicos y educativos asimilables al nivel socioeconómico medio bajo, desvíos estadísticamente muy significativos con relación a la muestra Normativa, los Psicólogos, los estudiantes y Profesores de Educación Física y las muestras de los psicósomáticos especialmente en el factor 3 (la capacidad para fantasear) y significativa con respecto de los estudiantes de Psicología. Con relación al Factor 1 los desvíos son altamente significativos respecto de todas las muestras , salvo los Psicólogos y profesores de Educación Física.con diferencias sólo significativas . Interpretamos que la capacidad de reconocer sentimientos es muy significativamente menor en la muestra nivel medio bajo respecto de los estudiantes, significativamente menor que en los profesores y psicólogos y Mayor respecto de los psicósomáticos.

Otro resultado interesante aparece en el Factor 4 (cognición operatoria) diferenciando muy significativamente los sujetos de nivel medio bajo de los psicósomáticos ya que estos últimos puntuaron muy elevado en el factor 4.

Se muestra entonces relevante que el Nivel Socioeconómico afecta especialmente a la capacidad para imaginar y fantasear (**factor III**) la que se muestra significativamente disminuida cuando el nivel socioeconómico es de nivel medio bajo.

Tomando en cuenta que la media de edad es similar respecto de las muestras de estudiantes (N°200) se destaca la incidencia de la variable aislada, nivel socioeconómico medio bajo como afectando muy significativamente y disminuyendo la capacidad de imaginar y fantasear y también en menor medida, la de reconocer y diferenciar los propios sentimientos (F.1).

En cuanto a la variable *elección ocupacional*, la examinamos a través de dos elecciones ocupacionales: Psicología y Educación Física. En un caso la psicología suponía tomar como objeto de interés la vida psíquica, siendo diferente, en cambio en la otra profesión, la Educación Física. Se verificó según los resultados, que la elección ocupacional en especial afecta el puntaje total habiendo una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los puntajes de los Profesores de E.F. y la muestra normativa y muy significativa ($p < 0.001$) en el caso de los psicólogos. También la capacidad para identificar y describir sentimientos (**factor I**) apareció muy significativamente aumentada ($p < 0.001$) en los psicólogos, y profesores.

Esto nos permitiría afirmar que la Elección Ocupacional modifica tanto disposiciones cognitivas y afectivas generales (puntaje total) como especiales (FACTOR 1).

Con respecto a la *condición psicósomática*, las muestras respectivas se diferenciaron claramente, presentando muy significativa limitación ($p < 0.01$) en todos los factores con

relación al resto de las muestras y una marcada orientación para centrar sus ocupaciones en el mundo externo (factor 4).

Retomando lo informado con respecto al puntaje total, también en este indicador, el grupo de psicósomáticos obtuvo puntajes muy significativamente altos con respecto a todas las demás muestras. Analizando diferencias entre los obesos y los hipertensos, puede decirse que no se manifestaron diferencias significativas salvo con respecto al factor 4 (cognición operatoria) que apareció muy enfatizada en la muestra de Hipertensos.

De este modo hemos hallado corroborada nuestra hipótesis, ya que efectivamente el puntaje total y/o el de los factores se comprobó modificado por las variables consideradas.

Podríamos llegados a este punto tratar de interrogar si estos resultados ofrecerían algún aporte a las discusiones mencionadas en la primera parte de esta comunicación, en relación al constructo alexitimia en particular a su cualidad de funcionamiento o estructura.

La especial consolidación puesta de manifiesto por la muestra psicósomática (100 casos) donde además de sus diferencias muy significativas con el resto y en especial por el hecho que la variable edad no modificó ni el reconocimiento y ni la expresión de los afectos abonaría las proposiciones de que la Alexitimia en los cuadros psicósomáticos aludiría a una estructura.

El nivel socioeconómico bajo, que también implica disposiciones cognitivas y culturales poco propicias para la actividad de mentalización emocional, sin embargo se mostró menos patológicamente "práctico"

(cognición operativo) que los psicósomáticos.

Aunque acordamos, retomando lo expresado en la página 5 de esta comunicación por los investigadores argentinos, que el valor del constructo Alexitimia “se asemeja al de un vino añejo que requiere tiempo y conocimiento para saborearlo”, es ciertamente notablemente fecundo, con perfumados y mezclados matices y merece seguir saboreándolo y degustándolo, también si, señalamos la riqueza de la TAS26 para poner de manifiesto dimensiones de esta compleja y atrayente problemática.

Para concluir, de modo muy sintético y rescatando los hallazgos más consistentes de la investigación obtenemos las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

Es importante en cuanto a la validez en la evaluación del constructo, considerar la intervención de variables.

La edad y elección ocupacional: Modifican el puntaje total y la capacidad para describir y comunicar sentimientos.

El nivel socioeconómico: La capacidad de fantasear disminuye cuando baja el nivel socioeconómico.

La condición psicósomática: La TAS discrimina efectivamente tanto en puntaje total como en los 4 factores a los psicósomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acklin, M. (1990). “Alexithymia, somatization and de Rorschach Response Process”. *Rorschachiana XVII* . 180-187.
- Bagby, R.M & Taylor et al. (1990). “Cross validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale”. *Psychotherapy and Psychosomatics* 50 . 29-34.
- Bergeret, J. (1992). *Psychologie pathologique*. Paris. Masson
- Casullo, M.M. (1990).: “Alexitimia: consideraciones teóricas y empíricas”. *Informe CONICET*. Bs. As.
- Casullo, M.M. (1994). “Alexitimia: ¿síntoma o patrón cultural?” *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas, año 16* (1).65-70.
- Kirmayer, L.J. (1987). “Languages of suffering and healing”. *Transcultural Psychiatric Research Review* 24, 119-36
- Kirmayer, L.J.; Robbins, J.M.; Paris, J. (1994). “Somatoform Disorders:personality and the social matrix of somatic distress”. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 125-36
- Lunazzi de Jubany, H.; García de la Fuente, M.; Elías, D.; Kosak, V. (1997). “Alexitimia y Sobrepeso Crónico”. *Psicodiagnostica, Vol. 8* .23-35.

- Lunazzi de Jubany, H.; García de la Fuente, M.; Elías, D.; Kosak, V.; Rossi Casé, L. (1997). "Investigación sobre los Factores del Constructo Alexitimia" (poster) *IV Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Marty, P. & de M'Uzan M. (1963): "La 'pensée opératoire'". *Revue Française de Psychanalyse*. 27, 1345-56.
- Marty, P. (1990). *La Psicósomática del Adulto*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Montreuil Michèle (1995). "Le fonctionnement Alexithymique: de l'observation clinique à l'évaluation quantitative". *Pratiques Psychologiques*. 54. 123-138.
- 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*, vol. 2. 26-34.
- Petot Dejaouida (1996). "Alexithymie: Psychological Poverty or Psychological Richness? A Rorschach study", *Rorschachiana*. Vol. 21 .153-168.
- Sifneos, P. E. (1973). "The prevalence of 'Alexithymic' characteristics in psychosomatic patients". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 255-62
- Sifneos, P.E. (1995). "Psychosomatique, Alexithymie et Neurosciences" *Revue Française de Psychosomatique* N°7 27-36
- Sivak, R., Wiater, A. (1997). *Alexitimia: la dificultad para verbalizar los afectos*. Buenos Aires. Paidós.
- Taylor, G., Bagby, M., Parker, J. (1997). "Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness". Cambridge. University Press.
- Taylor, G., Bagby, M. & allied (1998). "Criterion Validity of Toronto Alexithymia Scale". *Psychosomatic Medicine*. Vol. 50 54-72
- Winnicott, D.W. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa.