



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**NIVELES DE ALEXITIMIA SEGÚN SEVERIDAD DE SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica que presenta la

Bachiller:

YAMILE PATRICIA JASAI CARRANZA

Dr. CARLOS IBERICO

LIMA – PERÚ

2014

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por su amor y apoyo incondicional, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por creer en mí; porque sin ella todo hubiese sido más difícil.

A mis papapas, por su paciencia, cariño y bondad. Por estar ahí cuando más los necesitaba y enseñarme a perdonar.

A mis hermanos Talía y Mauricio, porque aún con un camino difícil seguimos siendo unidos, compartiendo sonrisas y lágrimas.

A Elsa, por su constante presencia, por ayudarme en mi momento más difícil, por enseñarme la luz cuando solo encontraba oscuridad. Gracias, porque sin tu conocimiento y perseverancia, no estaría donde estoy ahora.

A Charlie, por su esfuerzo y confianza en mi investigación, porque a pesar de todos los e-mails y llamadas, siempre estuvo ahí para mis dudas y preocupaciones.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo comparar los niveles de alexitimia según la severidad de la sintomatología depresiva en un grupo de pacientes con depresión. Además, se buscó comparar los diferentes grados de sintomatología depresiva entre sí, comparar los tres factores de la alexitimia según la intensidad de la sintomatología depresiva y comparar los niveles de alexitimia según los datos sociodemográficos. Para dicho fin, se aplicó a 51 pacientes el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se encontró una alta correlación entre depresión y alexitimia, donde los pacientes con mayor severidad de sintomatología depresiva presentaron niveles más altos de alexitimia. Los factores 1 y 2 del TAS-20 presentaron puntuaciones mayores, mas no se observó una relación con el factor 3. Los resultados sugieren que los pacientes con mayor severidad de sintomatología depresiva, tienden a puntuar más alto en la escala de alexitimia debido a las dificultades en la identificación y verbalización de las emociones que se encuentran en ambas, además de una tendencia a somatizar todo aquello que no entienden ni pueden expresar.

Palabras Clave

Depresión, Alexitimia, Sintomatología depresiva, BDI-II, TAS-20

Abstract

The aim of present study was to compare the levels of alexithymia according to the severity of depressive symptoms in a group of depressed patients. Furthermore, the other aims were to compare the different degrees of depressive symptomatology among themselves, compare the three factors of alexithymia according to the intensity of depressive symptoms and compare the levels of alexithymia with sociodemographic data. 51 patients with depression were assessed using Beck Depression Inventory (BDI-II) and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Significant correlations were found between depression and alexithymia, where patients with more severe depressive symptoms had higher levels of alexithymia. Factors 1 and 2 had higher scores, but a relationship with factor 3 was not found. The present findings suggest that patients with more severe depressive symptoms tended to score higher on the TAS-20 due to the difficulties in identifying and verbalizing emotions, along with a tendency to somatize anything that they cannot understand or express.

Key Words

Alexithymia, Depression, Depressive Symptoms, BDI-II, TAS-20

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Depresión.....	1
Alexitimia.....	7
Relación entre alexitimia y depresión.....	8
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	13
Depresión.....	14
Alexitimia.....	15
Procedimiento.....	17
Resultados.....	19
Discusión.....	25
Referencias.....	33
Anexos.....	43
Anexo A: Instrumentos.....	44
Anexo A1: Consentimiento Informado.....	44
Anexo A2: Cuestionario de datos sociodemográficos.....	45
Anexo A3: Cuestionario de datos socioeconómicos.....	46
Anexo B: Análisis Estadísticos.....	47
Anexo B1: Relación entre TAS-20 y datos sociodemográficos.....	47
Anexo B2: Prueba de normalidad para el BDI-II y el TAS-20.....	50
Anexo B3: Correlación entre alexitimia y depresión.....	51
Anexo B4: Pacientes con puntajes TAS-20 mayores al punto de corte (61) según la categorías del BDI-II.....	52
Anexo B5: Descriptivos de los factores del TAS-20 con las categorías del BDI II.....	53
Anexo B6: Relación entre TAS-20 y datos sociodemográficos.....	54

Depresión

La depresión es una enfermedad mental que en la actualidad cuenta con la mayor prevalencia a nivel mundial en población adulta (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Además presenta el mayor número de casos psiquiátricos en comparación con otros trastornos mentales y neurológicos, siendo una de las enfermedades mentales más incapacitantes. Asimismo, Murray & López (1996a) predicen que para el 2020, la depresión mayor será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, mientras que en países en desarrollo será la primera causa.

Parker (2009) señala que el ánimo depresivo va acompañado de un decremento en su sentido de valía personal y autoestima. Además, se encuentra asociado a sentimientos de minusvalía y pesimismo. Los síntomas depresivos han sido experimentados por la mayoría de las personas como respuesta a un estresor negativo, su duración es variable y dependiendo de la intensidad de los síntomas, puede o no afectar el funcionamiento diario de cada persona. Las tres características principales de la depresión son el estado de ánimo decaído, un incremento en la autocrítica y una disminución en la autoestima.

Según la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), los criterios diagnósticos de la depresión mayor no han cambiado, sin embargo, conceptualiza formas crónicas de depresión de diferente manera. En este sentido, la distimia y el trastorno de depresión mayor crónico se consideran dentro de “trastorno depresivo persistente”. En cuanto a los criterios de diagnósticos, se mantienen los síntomas afectivos (ánimo depresivo, disminución de interés y placer, culpa, sentimientos de minusvalía), síntomas psicósomáticos (disturbios en el sueño y apetito, falta de energía) y síntomas cognitivos (disminución de la habilidad para concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte) (APA, 2013).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo (Murray & López, 1996b). Según Andrade et al. (2003), la prevalencia de vida de la depresión tal como lo señalan el DSM-III-R y DSM-IV, varía desde un 3% en Japón hasta un 16.9% en los Estados Unidos, con la mayoría de pacientes en el rango de 8% a 12%. En cuanto a las correlaciones con datos sociodemográficos, los mismos autores encuentran una mayor prevalencia en mujeres solteras entre los 20 y 25 años.

Por otro lado, en América Latina, el estudio de Kohn et al. (2005) mostró una prevalencia de vida para la depresión mayor de 8,7% mientras que en Brasil, Chile y México

la prevalencia en un período de 12 meses varía entre 4.5% y 7.1% (Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón & Díaz-Granados, 2004).

Estudios epidemiológicos realizados en nuestro país demuestran que únicamente en Lima Metropolitana y el Callao, la prevalencia de vida de los trastornos depresivos en adultos es de 19%, con mayor frecuencia entre mujeres (23,3%) que en hombres (14,5%). Asimismo, se encontró que el desorden más frecuente es la depresión mayor con una prevalencia de vida de 18,2%, donde se puede apreciar una diferencia marcada entre la prevalencia entre mujeres (22,6%) y hombres (13,5%) (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2002).

De la misma manera, estudios epidemiológicos en la sierra de nuestro país indican una prevalencia de 17% con una mayor frecuencia entre mujeres (20.5%) que entre hombres (13.3%) (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2003). Finalmente, en la selva del Perú la prevalencia de trastornos depresivos es de 21.9% con mayor frecuencia entre mujeres (29.2%) que entre hombres (13.5%) (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2004).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1994), un episodio depresivo típico, con sintomatología leve, moderada o severa, está compuesto por dos dimensiones; la somática-afectiva y la cognitiva (Beck, Steer & Brown, 1996).

La dimensión somática-afectiva incluye los síntomas de: tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades en la concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Por otro lado, la dimensión cognitiva consiste en los síntomas de: tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas y desvalorización. El síntoma de tristeza, como se puede observar, se encuentra en ambas dimensiones (Beck et. al, 1996).

Dado que la depresión es una enfermedad que puede llegar a incapacitar notablemente a una persona, se ha tratado de establecer sus causas y así encontrar los tratamientos más adecuados. La depresión es un trastorno complejo con causas biopsicosociales. En la actualidad, las teorías acerca de la depresión se encuentran en dos categorías: neurobiológicas y psicosociales (Chinchilla, 2008).

Factores genéticos

Se ha podido observar que en la depresión se encuentran inmersas las influencias genéticas de la familia del individuo. Estudios con familiares de primer grado han reportado rangos de depresión entre 7% y 30% (Gershon; Winokur, Coryell, Keller, Endicott, & León, citados en Hammen, 2003). Por otro lado, estudios con gemelos han reportado resultados que varían desde un 76% de probabilidad de padecer la enfermedad a entre 40% y 50% para la susceptibilidad de depresión, pero con influencias de hasta un 70% dependiendo de cuán grave haya sido la depresión en el otro gemelo (Soutullo, 2005).

Investigaciones específicas sobre la composición genética muestran que el número de eventos estresantes puede predecir episodios subsecuentes de depresión, relación que se encuentra predicha por el número de alelos cortos en el gen 5-HTTLPR (Caspi et al., 2003). De esta manera, personas con una o dos copias del alelo corto del gen del transportador de serotonina (5-HTT) tienden a mostrar mayor sintomatología depresiva, un cuadro depresivo diagnosticable y tendencias suicidas cuando son expuestos a situaciones estresantes (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006). Del mismo modo, se observa que la influencia genética en el riesgo de sufrir depresión se debe a las interacciones específicas entre genes (60%) y medio ambiente (40%) (Chinchilla, 2008; Levinson, 2010).

Teorías neurobiológicas

La depresión se encuentra asociada a ciertas anomalías neuroanatómicas y neurofisiológicas como el aumento en la actividad en la amígdala, decremento en la actividad del córtex dorsolateral y dorsomedial prefrontal, reducción en el volumen del hipocampo, pérdida de plasticidad neuronal, muerte neuronal y reducción en la actividad del córtex del cíngulo anterior (Chinchilla, 2008; Davidson, Pizzagalli & Nitschke, 2010; Thase, 2010).

Investigaciones han mostrado, además, la influencia de niveles anormales de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina. El primero de vital importancia para el estado de ánimo, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas y el ciclo de sueño-vigilia; el segundo, relacionado tanto al aumento o disminución de la vigilia, con un notorio incremento durante episodios de estrés y el último; involucrado en la función motriz (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

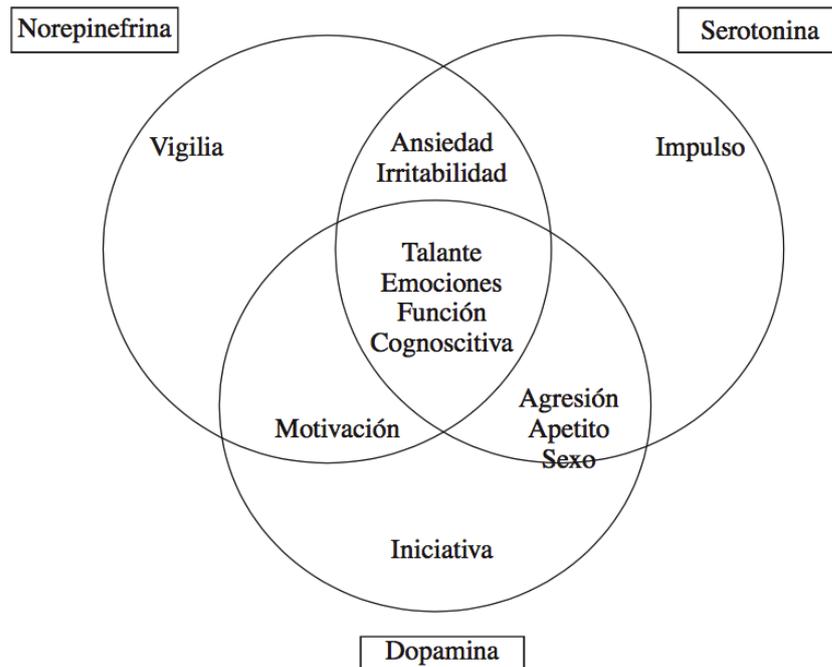


Figura 1. Los neurotransmisores y su posible influencia en la psicopatología de la depresión. Adaptado de “Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión”, en L. Guadarrama, A. Escobar & L. Zhang, 2006, *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), p. 68.

Teorías psicológicas

Existen varias teorías psicológicas que explican la depresión. Esta tesis se concentrará en la teoría cognitiva de Aaron Beck.

Beck (Clark, Beck & Brad, 1999) postuló que los esquemas de las personas con depresión incluyen temas de pérdida, separación, fracaso, inutilidad y rechazo; en consecuencia, tienden a mostrarse sistemáticamente parcializados en el procesamiento de la información proveniente del ambiente, de modo que se ajusten a sus esquemas. Debido a su observación parcializada de los hechos, suelen atender de forma selectiva y recordar los estímulos negativos de su entorno e interpretar los estímulos neutros o ambiguos de una manera congruente con su esquema de pensamiento (Joormann, 2010).

La teoría cognitiva de la depresión se puede definir de la siguiente manera:

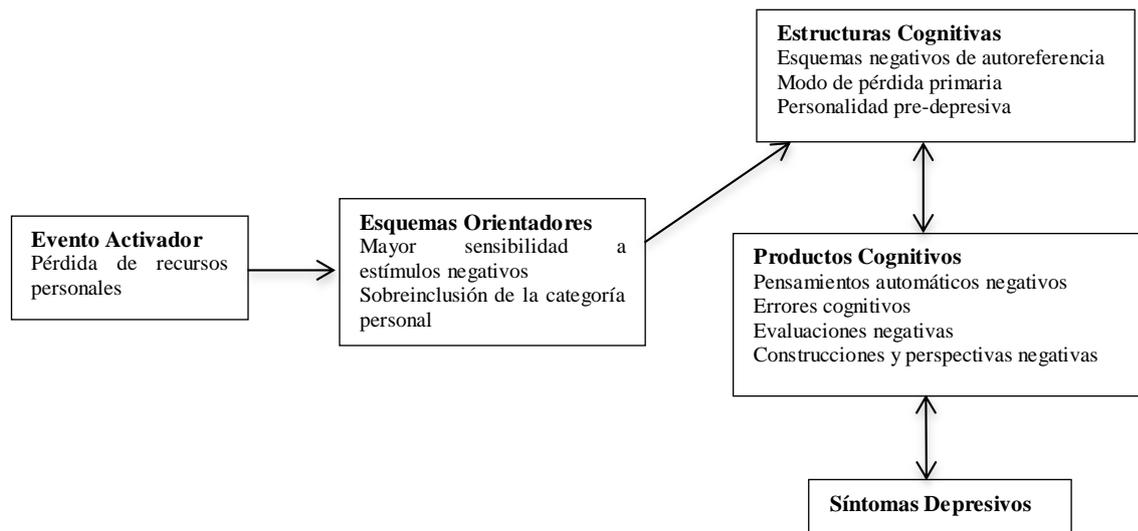


Figura 2. Esquema de la Teoría Cognitiva de la Depresión. Adaptado de “*Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*,” por D. Clark, A. Beck & A. Brad, 1999, p.78

Este esquema incluye la siguiente progresión en el desarrollo de la depresión: experiencias tempranas adversas contribuyen a la formación de actitudes disfuncionales incorporadas a las estructuras cognitivas y esquemas cognitivos (vulnerabilidad cognitiva). Cuando activados por eventos del día a día, los esquemas producen un sesgo atencional, interpretaciones negativamente sesgadas y síntomas depresivos leves (reactividad cognitiva). Tras ser activados repetidamente, los esquemas se organizan hacia un “modo depresivo” que incluye esquemas afectivos, conductuales y motivacionales. Una acumulación de eventos negativos o uno severamente adverso, impacta este “modo depresivo” volviéndolo altamente saliente. Este “modo depresivo” toma control sobre el procesamiento de la información, reflejado mediante el aumento de evaluaciones negativas y rumiaciones. El control cognitivo de las evaluaciones emocionalmente significativas se atenúa y, por lo tanto, la reevaluación de las interpretaciones negativas se limita. La culminación de estos procesos es la depresión clínica (Beck, 2008).

Asimismo, este modelo propone que, una vez que la depresión ha remitido, los esquemas disfuncionales se encuentran latentes hasta que son activados por un evento disparador. De este modo, una vez que se experimenta el afecto negativo, los esquemas disfuncionales se tornan más accesibles y generan sesgos de memoria negativos (Gilboa & Gotlib, 1997; Timbremont & Braet, 2004). Asimismo, la hipótesis de activación diferencial (Teasdale, 1988), asume que durante el episodio depresivo se establece una asociación entre el ánimo depresivo y los patrones de pensamiento negativos. De acuerdo a este modelo,

cuando la depresión remite, un ánimo depresivo posterior podría reactivar esos patrones de pensamiento negativos, que a su vez generaría sesgos de memoria hacia la información negativa (Romero, Sánchez & Vázquez, 2014).

Por otro lado, también se ha podido observar que algunas personas tienen una vulnerabilidad cognitiva que interactúa con el estrés para generar depresión. Específicamente, las personas son vulnerables a la depresión porque presentan una tendencia a generar interpretaciones de eventos estresantes que tienen implicaciones negativas para su futuro y su auto valía (Haefel & Hames, 2013).

Varios estudios han encontrado, de forma consistente, que la vulnerabilidad cognitiva interactúa con eventos estresantes para predecir el desarrollo de síntomas y desórdenes depresivos (Abramson et al., 1999; Haefel et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Estos estudios han mostrado que es posible juntar a un grupo de personas sin historia de depresión y predecir quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar un primer episodio depresivo basado únicamente en las diferencias individuales de su estilo cognitivo para la interpretación de eventos personales (vulnerabilidad cognitiva).

Se ha observado, de esta manera, que la vulnerabilidad cognitiva es un factor de riesgo potente para la depresión. Por ende, es importante entender cómo uno “adquiere” la vulnerabilidad cognitiva. Si bien hay varios factores (genéticos, biológicos y ambientales) que contribuyen a su desarrollo, hay un consenso en que exposición temprana a contextos interpersonales negativos son antecedentes particularmente influenciados. Por ejemplo, tanto prácticas parentales negativas (abuso emocional) y retroalimentación inferencial directa de otras personas significativas (profesores, amigos y padres) predicen el desarrollo de la vulnerabilidad cognitiva (Haefel & Hames, 2013).

En la misma línea y relacionado al rol de la familia, Blatt (2004) señala que las experiencias negativas de cuidado y cariño crean disturbios en el proceso de representación del self y de otros en las relaciones de afectivas, y son estos disturbios los que generan la vulnerabilidad para la depresión. Del mismo modo, Cohen (s.f, en Coyne 1985) menciona que cuando los padres sienten una fuerte necesidad de ser aceptados y reconocidos por los demás, el hijo que aceptó el peso de ganar aceptación y prestigio para la familia, tendrá mayor riesgo de padecer depresión. Lo anterior generará en el niño una gran preocupación ante las expectativas de la autoridad, pero una convicción que estas expectativas van más allá de lo que realmente puede ser alcanzado.

Alexitimia

El término alexitimia nació de las raíces griegas *a* (“falta”), *lexis* (“palabra”) y *thymós* (“afecto”), es decir, “sin palabras para los afectos” e implica, literalmente, una incapacidad para poner las emociones en palabras. Fue acuñado por P. Sifneos y J. Nemiah en la década de 1970, tras observar que los pacientes psicósomáticos presentaban dificultades tanto para expresar verbalmente sus estados afectivos como para diferenciar sus sensaciones corporales de sus afectos. Es decir, la alexitimia es un trastorno donde la persona presenta dificultades para procesar cognitivamente los afectos, considerándose una perturbación cognitivo-afectiva (Levant, 2005; Otero, 1999; Sivak & Wiater, 1997; Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Se estima que dentro de la población general occidental entre un 15% y 22% podrían ser catalogados como alexitímicos, con una prevalencia aproximada de 8% en los varones y 1,8% en las mujeres (Espina, Alemán, Ochoa & Ortego, 2001; Shipko, 1982). Asimismo, la prevalencia en pacientes con trastornos psicopatológicos es de 30% (Smith, 1983).

Investigaciones internacionales han arrojado diferentes resultados. Es así que, en una muestra finlandesa se reportaron valores de 9.9% y 13% (Mattila, Salminen, Nummi & Joukamaa, 2006; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka, & Kauhanen, 1999), mientras que en las investigaciones españolas los valores fueron de 19.4% (Espina, 2002). En el Perú, en una muestra de escolares entre 14 y 18 años, se encontró que el 10.8% tenía alta alexitimia (Vásquez, 2009). Por otro lado, Honkalampi Saarinen, Hintikka, Virtanen, & Viinamaki (1999) señalan que la alexitimia se encuentra relacionada con el género masculino, la ausencia de pareja y el bajo nivel de instrucción.

Similar a la depresión, la alexitimia comprende síntomas somático-afectivos y cognitivos y reflejan un déficit en la regulación y procesamiento cognitivo de las emociones (Lumley, Neely, & Burger, 2007; Taylor, Bagby, & Parker, 1997). De esta manera, las personas alexitímicas se caracterizan por tener dificultad para identificar sus emociones, distinguirlas de sensaciones corporales, dificultad para describir y expresar sus emociones y un estilo de pensamiento concreto, orientado hacia lo externo (Parker, Keefer, Taylor & Bagby, 2008).

Estas características, observadas desde un punto de vista global, han dado cuenta de un perfil de la persona alexitímica, la persona con “consciencia emocional precaria”. Son personas con altos niveles de conformidad social, el cual es un rasgo caracterizado por un sentimiento de “pseudonormalidad”; sus relaciones interpersonales tienden a ser estereotipadas y marcadas por dependencia. Además, suelen ser impulsivos, tienden a la

acción para hacer frente a sus problemas y conflictos; acostumbran aislarse sin mostrar sentimientos de soledad y dan la impresión de ser serios y aburridos (Alonso-Fernández, 2011).

En cuanto a la etiología de la alexitimia, investigaciones muestran que las bases neurobiológicas de la alexitimia se encuentran en el córtex cingulado e ínsula, los cuales son importantes para el procesamiento cognitivo de las percepciones emocionales (Berthoz et al., 2002). Asimismo, en la alexitimia, el conocimiento y procesamiento de las propias emociones se encuentran disminuidos, indicando una alteración en la activación y morfología de la corteza insular, el córtex anterior cingular, el córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral y los córtex somatosensoriales. Estas estructuras son importantes para el monitoreo, procesamiento y reacción emocional (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011).

Por otro lado, Haslam (1997), propuso tres posibles causas de la alexitimia como factor dimensional: a) por un factor ambiental único y continuo, b) múltiples factores genéticos y ambientales o c) una combinación de múltiples factores genéticos y ambientales. Esta última causa ha sido la más apoyada por diversos estudios (Haslam, 1997; Jørgensen, Zachariae, Skytthe & Kyvik, 2007; Picardi, Fagnani, Gigantesco, Toccaceli, Lega & Stazi, 2011), donde se ha observado que los factores genéticos contribuyen entre un 30% a 35% al igual que factores ambientales tales como experiencias adversas en la niñez, baja calidad en las relaciones de apego en la infancia, familia disfuncional, bajos niveles de comunicación familiar y una crianza con disciplina estricta (Honkalampi, Koivumaa-Honkanen, Antikainen, Haatainen, Hintikka & Viinamäki, 2004; Parker et al, 2008).

Estudios socioculturales y de género han mostrado que en culturas orientales y “machistas” hay mayor incidencia de alexitimia, donde los hombres son más alexitímicos que las mujeres debido a los efectos negativos de la socialización del rol masculino, conllevando a una “emocionalidad restringida” (Carpenter & Addis, 2000; Fischer & Good, 1997; Páez & Casullo, 2000;).

La relación entre alexitimia y depresión en pacientes depresivos

En 1973, Sifneos aplicó el término “alexitimia” para describir el estado clínico y el rasgo de personalidad que se caracteriza por dificultades en el procesamiento de la emoción (Campanella et al., 2012). Actualmente, se cree que la alexitimia es tanto un fenómeno estado-dependiente como un rasgo de personalidad y que debe de ser conceptualizado como un constructo dimensional, es decir mediante categorías de leve, moderado y severo (Luminet, 2010; Mattila et al., 2010; Parker et al., 2008).

Una estructura dimensional de alexitimia es también consistente con modelos teóricos en donde el desarrollo del afecto es conceptualizado como un proceso secuencial. Lane & Schwartz (1987) plantean el desarrollo del afecto como un continuo, donde las diferencias individuales y el conocimiento de las propias emociones reflejan las variaciones en el grado y diferenciaciones de los esquemas usados para procesar la información emocional. De esta manera, los autores colocaron a la alexitimia hacia el lado inferior del continuo del desarrollo afectivo, donde las emociones son experimentadas mayormente como sensaciones somáticas, con tendencias hacia la acción o como estados emocionales pobremente diferenciados (Lane & Garfield, 2005)

Se conoce que la alexitimia se encuentra relacionada a la severidad de síntomas depresivos, sin embargo, antes de tener un consenso de alexitimia como rasgo de personalidad y como estado, se pensaba que sólo podía ser lo uno o lo otro. Una de las razones por las que se pensó a la alexitimia como un fenómeno dependiente al estado depresivo, ha sido por los estudios longitudinales que muestran una disminución en los puntajes totales de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) cuando la sintomatología depresiva también disminuye (Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2001a; Honkalampi, Koivumaa-Honlanen, Tanskanen, Hintikka, Lehtonen & Viinamäki, 2001b; Honkalampi et al., 2010).

Sin embargo, otras investigaciones mostraron la alexitimia como un rasgo de personalidad estable en pacientes con depresión y que además, parece ser un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos (Kim, Rim, Kim & Lee, 2009; Leweke, Leichsenring, Kruse & Hermes, 2012). Esta observación sugiere que la alexitimia representa un factor de riesgo estable y que, si bien están relacionados, la depresión y la alexitimia son constructos distintos (De Berardis et al., 2008; Schiena, Luminet & Philippot, 2011).

Para la evaluación de la alexitimia como rasgo de personalidad, se usaron dos constructos; estabilidad absoluta, la cual implica cuánto pueden cambiar las puntuaciones de alexitimia en el tiempo y la estabilidad relativa; cómo se mantienen las diferencias relativas entre personas a lo largo del tiempo (De Timary, Luts, Hers & Luminet, 2008). En estas investigaciones con estudiantes y pacientes depresivos, se ha observado que si bien se encuentran cambios significativos en los niveles absolutos entre la severidad de la sintomatología depresiva y alexitimia, aún se encuentra un alto grado de estabilidad relativa. Es decir, aún en el contexto de grandes cambios en la severidad de sintomatología depresiva (nivel base versus seguimiento), las puntuaciones del TAS-20 al inicio pudieron predecir las puntuaciones obtenidas en el seguimiento, independientemente de la severidad de la

sintomatología depresiva (Campanella et al., 2012; Luminet, Bagby & Taylor, 2001). De esta manera, la alexitimia es un rasgo de personalidad que puede ser influenciado por estados emocionales negativos y que dificulta la autorregulación de los afectos displacenteros (Moral de la Rubia, 2009).

Por otro lado, se hipotetiza que la alexitimia es un factor de riesgo para la depresión y otras enfermedades psiquiátricas pues las personas se sienten abrumadas por las expresiones somáticas de las emociones y que no pueden traducir a un lenguaje significativo. Este déficit obstaculiza la regulación emocional y dificulta una adaptación exitosa (Taylor et al., 1997).

Asimismo, se ha encontrado una mayor prevalencia de alexitimia en pacientes con depresión (26.9%), incluyendo mayor puntuación en las escalas de “dificultad para identificar sentimientos” y “dificultad para describir sentimientos”. Lo anterior nos indica que altos niveles de alexitimia en pacientes depresivos podría ser consecuencia de una expresión negativa del sí mismo o indicar un adormecimiento emocional. No obstante, se puede observar una clara relación entre ambos constructos, donde es posible que la depresión incremente los niveles de alexitimia o viceversa (Leweke et al, 2012).

De este modo, si bien la alexitimia es un constructo relativamente nuevo, ha generado gran interés y por lo tanto su investigación ha ido en aumento. Sin embargo, aún quedan muchas preguntas como por ejemplo, ¿Es un factor de riesgo para la depresión? ¿Se puede prevenir? ¿Cómo afecta en el tratamiento de la depresión? Dado que la depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en el Perú según los estudios del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, es de suma importancia estudiar su relación con otros constructos, de modo que nos ayude a comprender mejor la enfermedad y crear nuevas herramientas para el diagnóstico y el abordaje terapéutico.

Si bien se ha elegido trabajar con pacientes diagnosticados con algún tipo de trastorno del estado del ánimo, lo estudiado será la sintomatología depresiva, pues tenemos grados de la misma y además, porque la afectividad es uno de los ejes centrales de la alexitimia. Asimismo, dado que en ambos trastornos se presentan síntomas somáticos, afectivos y cognitivos, se desea investigar de qué manera se encuentran relacionados y si su grado de desarrollo se encuentra relacionado con la severidad de la sintomatología depresiva en una muestra de pacientes adultos con depresión.

En nuestro medio se ha trabajado el tema de la alexitimia relacionado con otros constructos y problemáticas. En este sentido, Romero (2009) comparó los niveles de alexitimia en un grupo de pacientes con ansiedad generalizada, mostrando que dichos pacientes presentaban niveles de alexitimia más elevados que el grupo de contraste. Por otro

lado, Vásquez (2009) estudió la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana, encontrando que a mayores niveles de alexitimia, mayor la incidencia de las autolesiones. Finalmente, Verán (2011) trabajó con los niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista, observando que si bien existen diferencias entre los padres y madres, éstas son diferencias no significativas para considerar a la alexitimia como una de las expresiones del fenotipo amplio del autismo. De esta manera, se evidencia la falta de estudios relacionados a la alexitimia, sin mencionar que, no se encuentran hasta el momento estudios en nuestro medio que relacionen la alexitimia con trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y distimia).

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo general de esta investigación es comparar los niveles de alexitimia según la severidad de la sintomatología depresiva en un grupo de pacientes adultos con depresión. Asimismo, se busca comparar los diferentes grados de sintomatología depresiva entre sí; comparar los tres factores de la alexitimia según la intensidad de la sintomatología depresiva; y comparar los niveles de alexitimia según los datos sociodemográficos (sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, nivel sociodemográfico y diagnóstico).



Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por un grupo clínico de 51 personas con depresión o distimia en un hospital psiquiátrico y un hospital general. Se consideró a 6 hombres (11.8%) y 45 mujeres (88.2%). La edad promedio de los participantes fue de 40.06 ($DE = 15.9$) con un rango de edad entre los 18 y 74 años. La mayoría de las participantes eran solteras (39.2%). Asimismo, un 70.6% presentaba estudios superiores y se encontraban en un nivel socioeconómico entre medio-alto (43.1%) (Anexo B6). No hubo protocolos invalidados ni retirados, por lo tanto la muestra final fue de 51 participantes.

Los pacientes con depresión fueron diagnosticados por un psiquiatra y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para los criterios de inclusión se consideró a pacientes con distimia o depresión, con sintomatología leve, moderada, grave o severa según el BDI-II y mayores de 18 años. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron cinco: trastornos de personalidad, trastornos de la alimentación, adicciones, psicosis y enfermedades crónicas. Además, se les aplicó el Inventario de Síntomas (SCL-90-R) como prueba de despistaje para descartar personas que presenten sintomatología de otros trastornos psiquiátricos (psicosis, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivos, hostilidad, ideación paranoide y somatizaciones) pues las investigaciones muestran que hay una alta comorbilidad entre alexitimia y otros trastornos (Leweke et al, 2012).

Para poder realizar la investigación en ambas instituciones, se pidió la autorización correspondiente de las respectivas instituciones para establecer contacto con los médicos psiquiatras encargados. Luego, se conversó con los médicos psiquiatras para reunir pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Para la evaluación, se les explicó a los pacientes el estudio y se les entregó el consentimiento informado (Anexo A1). Una vez que el paciente aceptó, se le entregó la ficha de datos y las pruebas correspondientes.

Medición

En primer lugar, se creó una ficha de datos sociodemográficos (Anexo A2), considerando información importante como sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción. Asimismo, se pidió el diagnóstico del paciente, la fecha en que fue establecido, los tratamientos previos y actuales (y tiempo), la medicación previa y actual (y tiempo de medicación) y la existencia de otras enfermedades tanto físicas como mentales. Además, se entregó una ficha de datos socioeconómicos (Anexo A3).

Depresión.

Para medir la severidad de la sintomatología depresiva se usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (2006) creado por Beck, Steer & Brown. El BDI-II es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems y que tiene como objetivo medir los niveles de depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI fue desarrollada para evaluar los trastornos depresivos siguiendo los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV.

El BDI-II puede ser aplicado tanto en poblaciones clínicas como poblaciones normales. En este sentido, las investigaciones de confiabilidad se han realizado en muestras de pacientes y estudiantes, obteniendo una confiabilidad de 0.92 y 0.93 respectivamente (Beck, Steer & Brown, 2006). Asimismo, todas las correlaciones ítem-total para los 21 ítems de la prueba han sido significativamente superiores al nivel de 0.05 en el test-unilateral.

En cuanto a la validez de la prueba, ésta tiene validez de contenido y de constructo. En el primer caso, la prueba ha sido desarrollada para evaluar los síntomas depresivos según el DSM-IV por lo que se reformularon y agregaron ítems que evaluaran de manera más completa los criterios de depresión establecidos por el DSM-IV. Para la validez de constructo, se llevaron a cabo varios estudios por los mismos autores de la prueba para determinar la validez convergente de la prueba. En primer lugar se administró el BDI-IA y el BDI-II a 192 pacientes externos durante sus evaluaciones iniciales. La correlación obtenida entre el BDI-IA y el BDI-II fue de 0.93 ($p < 0.001$). Otros estudios demuestran que el BDI-II está positivamente relacionado con la Escala de Desesperanza de Beck (Beck & Steer, 1988) $r = 0.68$ ($p < 0.001$), con la Escala para Idea de Suicidio (Beck, Kovacs & Weissman, 1979) $r = 0.37$ ($p < 0.001$) y con la Escala de Hamilton para evaluar la Depresión (Hamilton, 1961) $r = 0.71$. Asimismo, la validez factorial fue calculada mediante una muestra de 500 pacientes psiquiátricos externos. Se encontraron 2 factores con una correlación de 0.66 ($p < 0.001$) usando una rotación Promax (oblicua). El primer factor tiene una dimensión somática-afectiva mientras que el segundo factor tiene una dimensión psicológica y cognitiva (Beck, Steer & Brown, 1996).

Para fines de esta investigación se usó la adaptación argentina del BDI-II desarrollada por Brenlla & Rodríguez (s. f). En cuanto a su confiabilidad, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88 para la muestra clínica y de 0.86 para el grupo de comparación. Para la validez convergente, se utilizó la Escala de Depresión del MMPI-II (adaptada por Casullo, 1999) la cual obtuvo un $r = 0.58$ ($p < 0.001$) y la escala de Depresión de la SCL-90-R (adaptada por Casullo, 1998) la cual obtuvo un $r = 0.81$ ($p < 0.001$). Además, se obtuvo la validez

factorial, la cual mostró 2 factores con una correlación de 0.61 ($p < 0.001$) mediante la rotación oblicua Promax. En esta investigación, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido ha sido de 0.91, confirmando la confiabilidad de la prueba en la muestra.

Alexitimia.

Para la medición de alexitimia se usó la adaptación al español de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), cuya versión original fue creada en 1988 por Taylor y Bagby (Sivak & Wiater, 1997). Los autores se basaron en 5 dimensiones para la creación del instrumento:

1. Dificultad para explicar o describir sentimientos.
2. Dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.
3. Falta de capacidad introspectiva.
4. Tendencia al conformismo social.
5. Empobrecimiento de la capacidad para fantasear.

En un comienzo, la escala contenía 41 ítems con 5 opciones de respuesta de estilo Likert que iban de “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. La primera investigación con la prueba se realizó en 542 estudiantes universitarios canadienses con edades de entre 16 y 61 años. Para el análisis estadístico, se utilizó análisis factorial mediante el cual se identificó 4 factores con una consistencia interna de 0.74 y además, se eliminaron 15 ítems, por lo que la escala final quedó conformada por 26 ítems. Los 4 factores relacionados con el constructo de alexitimia fueron:

1. Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales y para identificar y describir sentimientos. Explica el 12.3% de la varianza total.
2. Dificultad para comunicar a las demás personas los propios sentimientos. Explica el 7% de la varianza.
3. Reducida capacidad para imaginar y fantasear. Explica el 6.4% de la varianza total.
4. Tendencia a preocuparse más por problemas externos que en el análisis de experiencias personales. Explica el 6.1% de la varianza.

Para la investigación de la confiabilidad de la prueba se utilizó el método de test-retest en 37 estudiantes de primer año de psicología. Después de 1 semana, se volvió a aplicar la prueba y se obtuvo una correlación de ($r=0.82$, $p < 0.001$). En cuanto a la validez de criterio, Taylor y colaboradores (1988) evaluaron a 46 pacientes con trastornos psicossomáticos

mediante entrevistas clínicas. Los puntajes obtenidos en el TAS para este caso, fueron mayores en el grupo identificado por los evaluadores como “alexitímicos” que en los “no alexitímicos” (Sivak & Wiater, 1997).

En el contexto latinoamericano se encuentra la adaptación argentina de la prueba realizada por Páez & Martínez (1999). Estos autores aplicaron la adaptación del TAS-20 en Buenos Aires y obtuvieron el coeficiente alfa de Cronbach para la prueba en general (hombres: 0.80; mujeres: 0.82), factor 1: dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan la activación emocional (hombres: 0.82; mujeres: 0.81), factor 2: dificultad para describir los sentimientos a los demás (hombres: 0.67; mujeres: 0.74) y factor 3: estilo de pensamiento orientado a lo externo (hombres: 0.56; mujeres: 0.53). Sin embargo, para fines de esta investigación se usó la adaptación argentina pero modificada para población limeña por Romero (2009). Para esta versión, la autora consultó con dos lingüistas expertos para lograr una mayor comprensión en la población objetivo. De este modo, los cambios consecuentes fueron:

- a) El ítem 10: “Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos” fue sustituido por “Estar en contacto con las emociones es esencial”.
- b) El ítem 13: “No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí” fue reemplazado por “No sé lo que pasa en mi interior, dentro de mí”.
- c) El ítem 16: “Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos” fue sustituido por “Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos”.
- d) El ítem 17: “Me es difícil mostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos más íntimos” fue reemplazado por “Me es difícil mostrar mis sentimientos meas profundos, incluso a mis amigos más íntimos”.
- e) El ítem 20: “Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse” fue sustituido por “Buscar los significados ocultos en las películas u obras disminuye el placer de disfrutarlas”.

A partir de sus análisis, se obtuvo la confiabilidad mediante el uso del alfa de Cronbach, para los tres factores y la prueba total. Para el Factor 1, obtuvo un valor de 0.88, en el Factor 2 se obtuvo un valor de 0.80, mientras que para el Factor 3, el valor obtenido fue de 0.51. Finalmente, la confiabilidad total de la prueba, obtuvo un valor de 0.85.

Para la actual investigación se obtuvo un alfa de Cronbach para la prueba total de 0.87, para el Factor 1 se obtuvo un valor de 0.86, en el Factor 2 se obtuvo un valor de 0.85, mientras que para el Factor 3 el valor obtenido fue de 0.45.

Procedimiento

Para la presente investigación, se aplicaron los instrumentos antes mencionados junto con la ficha de datos sociodemográficos (Anexo A2) y la ficha de datos socioeconómicos (Anexo A3) a un grupo de pacientes con depresión.

Luego de las aplicaciones, se procedió a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS 21, teniendo en consideración los puntajes obtenidos por los participantes en el SCL-90 para descartar y excluir de la muestra a aquellos pacientes con puntajes mayores a 63 en las escalas de “Índice global de severidad” (IGS) e “Índice positivo de Malestar” (PSDI). No obstante, no fue necesario excluir a ningún participante.

En primer lugar, se llevó a cabo la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar si es que era una muestra con distribución paramétrica o no paramétrica. Debido a que se obtuvo como resultado una distribución normal (Anexo B2), se prosiguió con los análisis descriptivos respectivos y las pruebas paramétricas.

Para poder determinar los objetivos planteados, se usó la prueba ANOVA para comparar el BDI-II con sus categorías leve, moderado, grave y severo y el TAS-20. Enseguida, se comparó el TAS con los diferentes datos sociodemográficos; edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, estado civil, diagnóstico y tratamientos previos.

Al obtener resultados con significaciones a nivel estadístico menores a 0.05 entre el BDI-II y el TAS-20, se realizó entre las categorías del BDI-II, la prueba T de Student para variables independientes, pudiendo comparar las cuatro variables entre sí. Finalmente, se realizaron los análisis de confiabilidad para ambas pruebas, y a pesar que no era parte de los objetivos específicos, se llevó a cabo una correlación entre alexitimia y depresión como control para comprobar la relación entre ambos.



Resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación según los objetivos planteados anteriormente. En primer lugar, se muestra lo obtenido al comparar los niveles de alexitimia con la severidad de la sintomatología depresiva. Luego, se comparan los diferentes grados de sintomatología depresiva entre sí mediante la T de Student para muestras independientes. Paso siguiente, se exponen los resultados de la comparación entre los tres factores de la alexitimia con la intensidad de la sintomatología depresiva y se finaliza con la comparación de los niveles de alexitimia de acuerdo a los datos sociodemográficos.

Resultados comparativos del TAS-20 con las categorías del BDI-II

Según lo planteado en el objetivo principal, se encontró que, efectivamente, los pacientes que reportaron una mayor severidad de síntomas depresivos en el BDI-II, obtuvieron también, puntajes más elevados en la escala de alexitimia.

Gráfico 1

Niveles de alexitimia según la severidad de la sintomatología depresiva

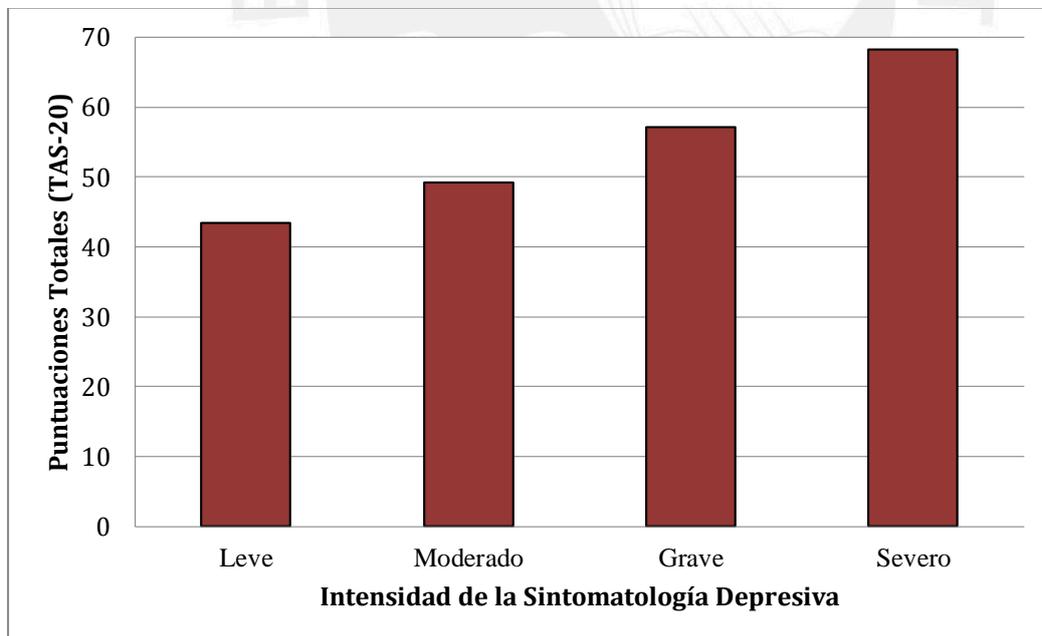


Tabla 1

Niveles de alexitimia según la severidad de la sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva				df	F	p.
	Leve	Moderado	Grave	Severo			
Alexitimia Total	43.40 (13.11)	49.18 (12.11)	57.20 (13.26)	68.20 (10.32)	3	8.81	.00

Es así que se observa lo planteado por otras investigaciones; existen diferencias entre las diferentes intensidades de sintomatología depresiva ($F(3)= 8.81$, $p= .00$). Además se observa que el valor de los puntajes se incrementa según la intensidad, lo cual se aprecia en una correlación de 0.62 ($p < 0.01$). Por lo anterior, se puede apreciar que es significativo el incremento de los niveles de alexitimia a medida que la sintomatología depresiva se torna más severa

Además, se puede observar el incremento en los puntajes desde la categoría leve ($M=43.40$; $DE= 13.11$); moderado ($M=49.18$; $DE= 12.11$); grave ($M=57.20$; $DE= 13.26$) y severo ($M=68.20$; $DE= 10.32$). No obstante, no se podría asegurar que todos los pacientes con sintomatología grave o severa son alexitímicos, pues se está comparando las puntuaciones de la prueba TAS-20 para las cuales no existen baremos disponibles en nuestro medio y por lo tanto, sólo muestra la presencia o ausencia de alexitimia. Es decir, solo podemos observar que los pacientes con síntomas depresivos más graves, tenderán a obtener puntuaciones más altas en alexitimia. Aún así, se aprecia que existe una relación entre ambas, pues se han encontrado más pacientes con puntajes por sobre el baremo establecido para el TAS-20 (>61) en pacientes con sintomatología grave (6) y severa (8) (Anexo B3).

Resultados de la comparación entre las categorías del BDI-II

De acuerdo a los objetivos específicos planteados, se compararon los diferentes grados de síntomas depresivos entre sí, buscando encontrar mayores diferencias entre las categorías más lejanas. Es decir, se compararon las categorías leve, moderado, grave y severo, esperando encontrar diferencias significativas en niveles de alexitimia.

Tabla 2

Comparación de los niveles de alexitimia entre las categorías del BDI-II

Categorías	t	df	p.
Leve – Moderado	-1.15	24	.13
Leve – Grave	-2.87	28	.01
Leve – Severo	-5.02	23	.00
Moderado – Grave	-1.58	24	.07
Moderado – Severo	-3.85	19	.00
Grave – Severo	-2.21	23	.02

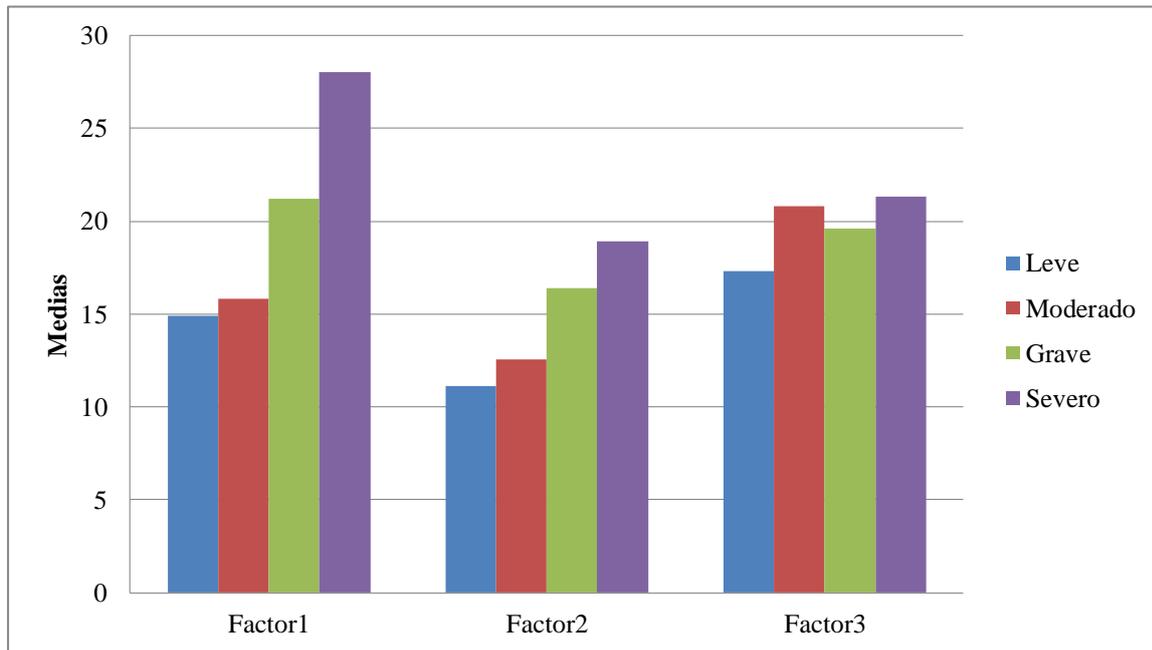
A partir de la prueba T de Student para muestras independientes, se puede comprobar que existen diferencias significativas entre las categorías leve y grave ($t(28)=-2.87$, $p < 0.05$ (unilateral)); leve y severo ($t(23)=-5.02$, $p < 0.05$ (unilateral)); moderado y severo ($t(19)=-3.85$, $p < 0.05$ (unilateral)) y grave y severo ($t(23)=-2.21$, $p < 0.05$ (unilateral)). Además, es posible observar que las mayores diferencias se encuentran en los extremos de la sintomatología, como lo es leve y moderado versus severo, sin embargo, resulta interesante la diferencia significativa entre grave y severo.

Resultados de la comparación entre los tres factores del TAS-20 con el BDI-II

En cuanto al segundo objetivo específico; comparar cada uno de los tres factores de la alexitimia según la intensidad de la sintomatología depresiva, se pudo observar una relación entre los factores 1 (dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan la activación emocional) y el factor 2 (dificultad para describir los sentimientos a los demás), con la severidad de los síntomas. No obstante, no se encontró una relación entre el factor 3 (estilo de pensamiento orientado a lo externo) y la sintomatología depresiva (Gráfico 2).

Gráfico 2

Relación de los tres factores del TAS-20 con las categorías del BDI-II



Como se puede observar en el gráfico 2, las medias de las categorías aumentan progresivamente conforme se torna más severa la sintomatología depresiva en los factores 1 y 2, mas no en el factor 3. Al realizar las correlaciones entre los factores del TAS-20 y la sintomatología depresiva, se aprecian correlaciones significativas para los dos primeros factores 0.68 y 0.53 ($p < 0.01$) respectivamente, más no para el tercer factor 0.22 (Anexo B3). De esta manera, se halló que las personas con mayor sintomatología depresiva tienden a presentar dificultades para identificar sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan la activación emocional además de dificultades para describir sus sentimientos a otros, pero no mantienen un estilo de pensamiento orientado a lo externo. Asimismo, se observa una diferencia entre los factores 1 y 2, lo cual demuestra que la dificultad para identificar sentimientos se encuentra asociada de una manera más fuerte con la sintomatología depresiva (Tabla 3).

Tabla 3

Comparación entre los factores del TAS-20 y la sintomatología depresiva

	Sintomatología Depresiva				df	F	p.
	Leve	Moderado	Grave	Severo			
Factor 1	14.93 (6.64)	15.82 (4.83)	21.20 (6.34)	28.00 (5.16)	3	11.64	.00
Factor 2	11.13 (5.00)	12.55 (4.87)	16.40 (5.64)	18.90 (4.61)	3	5.89	.00
Factor 3	17.33 (4.08)	20.82 (5.64)	19.60 (5.08)	21.30 (4.45)	3	1.75	.17

Comparación de los niveles de alexitimia con los datos sociodemográficos

Como último objetivo, se compararon los datos sociodemográficos obtenidos con las puntuaciones totales del TAS-20, a fin de mostrar las relaciones existentes entre la alexitimia y datos como la edad, lugar de nacimiento, nivel de instrucción, estado civil, diagnóstico, tratamientos previos y nivel socioeconómico. Estas relaciones son importantes pues nos permite encontrar a los grupos de riesgo y trabajar con ellos mediante la promoción y la prevención. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con ninguna variable socio demográfica (Anexo B6).



Discusión

A continuación se discuten los hallazgos de la presente investigación. En primer lugar, se analizan los hallazgos obtenidos entre la alexitimia y la severidad de la sintomatología depresiva. Luego, se discuten los objetivos específicos; la comparación de los diferentes grados de sintomatología depresiva entre sí, la comparación entre los tres factores de la alexitimia según la intensidad de la sintomatología depresiva y finalmente, la comparación de los niveles de alexitimia de acuerdo a los datos sociodemográficos.

En primer lugar, se pudo observar que a mayor sintomatología depresiva, mayores los niveles de alexitimia. Lo obtenido, concuerda con las investigaciones que se han realizado sobre el tema, las cuales señalan que la severidad de la sintomatología depresiva mantiene una relación directa con la alexitimia y ésta se puede observar tanto en pacientes depresivos como en población general (Honkalampi et al., 2001a; Taylor & Bagby, 2004). Es decir, se puede apreciar que los pacientes con síntomas depresivos más graves de este estudio, tenderán a obtener puntuaciones más altas en alexitimia tal como lo observaron Honkalampi et al (2001a). Asimismo, se plantea la posibilidad que la alexitimia sea un factor de riesgo para la depresión (Honkalampi, 2010; Leweke et al., 2012). Adicionalmente, relacionado con lo anterior, es posible también que los pacientes depresivos exhiban alexitimia debido a su autoconcepto negativo, bajos niveles de energía, déficits cognitivos auto-percibidos o por la presencia del afecto negativo en sí (Honkalampi et al., 2004).

De la misma manera, altos niveles de alexitimia especialmente en pacientes gravemente depresivos, podría ser una expresión de la visión negativa del sí mismo o podría indicar entumecimiento emocional, las cuales son características centrales en la depresión (Leweke et al., 2012). Otra característica de la depresión es la rumiación. El estudio de Di Schiena et al. (2011) exploró los modos de rumiación asociados con la alexitimia, sugiriendo que las personas con mayores niveles de alexitimia podrían ser más proclives al desarrollo de síntomas depresivos, siempre y cuando se involucren más fácilmente en los procesos de rumiación disfuncionales. Su hipótesis se encuentra basada en la presunción que las personas con alexitimia tienen menos información disponible para guiar su comportamiento en un contexto emocional debido al déficit en la identificación y elaboración de su estado interno emocional. En consecuencia, emplean más un pensamiento analítico y repetitivo hacia objetivos emocionales externos como estrategia para obtener información que carecen de sus emociones.

No obstante, la discusión actual se centra en si la alexitimia es un rasgo estable de personalidad o un fenómeno estado-dependiente; un constructo independiente de la depresión o constructos que se relacionan. Los estudios muestran que la alexitimia genera un riesgo en las personas para padecer no sólo depresión, sino también otras enfermedades mentales y somáticas (Honkalampi et al., 2001a, 2010; Leweke et al., 2012). En cuanto a la estabilidad relativa y absoluta de la alexitimia (Conrad et al., 2009; Luminet et al., 2001; Taylor & Bagby, 2004), se encuentra que las medidas de alexitimia tienden a disminuir conforme disminuye la sintomatología depresiva, sin embargo, aún se encuentran altos puntajes en la escala TAS-20, indicando que es un constructo que es tanto un rasgo de personalidad como un fenómeno estado-dependiente. En consecuencia, es posible observar que la alexitimia es parcialmente un fenómeno estado-dependiente, lo cual se asociaría con la severidad de la sintomatología depresiva, pero también es un rasgo de personalidad estable a través de los años y que constituye un factor de riesgo para la depresión mas no la precede (Celikel, Kose, Erkorkmaz, Sayar, Cumurcu & Cloninger, 2010; Parker et al, 2008; Saarijärvi et al., 2006).

Aquellos autores (Honkalampi et al., 2010; Marchesi, et al., 2008; Tolmunen et al., 2011) que sugirieron la hipótesis de la alexitimia como rasgo, argumentan que a pesar que las puntuaciones del TAS-20 disminuyen al haber una mejoría en la severidad de los síntomas depresivos, las diferencias relativas en los puntajes de alexitimia se mantuvieron iguales entre los pacientes depresivos (estabilidad relativa). En consecuencia, se hipotetiza que la estabilidad relativa es una característica de la alexitimia como un rasgo de personalidad. No obstante, se ha podido comprobar que los síntomas depresivos pueden actuar como un mediador entre la alexitimia y la morbilidad psiquiátrica, a la vez que incrementa la vulnerabilidad hacia síntomas depresivos (Honkalampi et al., 2010; Marchesi, et al., 2008; Tolmunen et al., 2011). Relacionado con lo anterior, se piensa que la alexitimia es un factor de riesgo para varios desórdenes psiquiátricos pues los individuos están abrumados por las correlaciones somáticas de la emoción y que no pueden traducir a un lenguaje apropiado. Este déficit dificulta la regulación de las emociones y hace más difícil una adaptación exitosa (Taylor et al., 1997).

De la misma manera, aún si la alexitimia es considerada como un rasgo de personalidad relativamente estable, también se puede relacionar al concepto de “alexitimia secundaria” como una reacción ante situaciones estresantes. En consecuencia, la alexitimia como fenómeno estado-dependiente sería parte de un mecanismo de defensa ante situaciones donde la emociones de angustia sobrecargan al individuo, y que se reduce una vez que el

episodio depresivo se ha resuelto o mejorado (De Berardis et al., 2008, Honkalampi et al., 2000).

Sin embargo, investigaciones recientes (Luminet, 2010; Mattila et al., 2010; Parker et al., 2008) muestran que es mejor conceptualizar a la alexitimia como un constructo dimensional, antes que un constructo categorial, especialmente al examinar su asociación con la severidad de la sintomatología depresiva (Luminet, 2010). De este modo, se puede identificar a la alexitimia como un rasgo de personalidad dentro de un continuo, donde a mayor severidad de síntomas depresivos, mayores los niveles de alexitimia. De esta manera, dentro de este continuo, al mejorar los síntomas depresivos, la alexitimia disminuiría mas no desaparecería.

En segundo lugar, se pudo observar que existen diferencias significativas entre las categorías más alejadas entre sí, de modo que se encuentran más personas con alexitimia en las categorías depresivas “leve-severa”, “leve-grave”, “moderado-severo” y “grave-severo”. Sin embargo, resulta interesante que se encuentren diferencias significativas entre las categorías “grave” y severo” dado que se esperaba de ellas, resultados similares. Lo anterior podría deberse a la poca cantidad de personas en cada una de las categorías y los puntajes individuales de las personas categorizadas en cada una.

En tercer lugar, al comparar los factores de la alexitimia con la severidad de los síntomas, fue posible observar que éstos también se encuentran relacionados a la depresión. Es decir, se obtuvieron puntajes mayores en los Factores 1 y 2 conforme aumentaba la gravedad de la sintomatología; sin embargo, no se encontró el mismo patrón en el Factor 3. Investigaciones previas indican que la alexitimia como deficiencia estructural dificulta la regulación de la emoción y por ende, en personas con depresión, dificulta la regulación de afectos displacenteros (Moral de la Rubia, 2009; Taylor et al., 1997). Asimismo, los modelos conceptuales actuales sugieren que una regulación efectiva del afecto permite a las personas a influenciar su experiencia y expresión de emociones (Gross, 1998). En el caso de la depresión, la regulación de las emociones negativas se ve afectada por factores cognitivos tales como las actitudes disfuncionales, esquemas maladaptativos tempranos, estilos atribucionales y rumiaciones (Riso et al, 2003). De la misma manera, las personas con dificultad para identificar sus emociones presentan desventajas para hacer frente a estresores al no contar con estrategias efectivas de afrontamiento pues estas estrategias requieren la capacidad de identificar y etiquetar las experiencias internas (Bamonti et al., 2010).

En cuanto al Factor 3, investigaciones señalan que presenta una relación inversa con el afecto negativo, de modo que, a mayor afecto negativo, menos tendencia a tener un estilo

de pensamiento orientado a lo externo. Asimismo, el Factor 3 parece ser una variable independiente de la depresión. De este modo, el pensamiento orientado a lo externo podría ser descrito como un rasgo de personalidad que no varía con el estado de ánimo. En contraste, el Factor 1 y 2 cambian con el grado de depresión lo cual a su vez, refleja cambios en el estado de ánimo (Saarijärvi, Salminen & Toikka, 2001). Lo anterior se puede ver reflejado en el estudio de Saarijärvi et al. (2006), donde se observó que los cambios en alexitimia en pacientes con depresión mayor tras un período de 5 años, estaban relacionados con cambios en la dificultad para identificar sentimientos y la dificultad para comunicar sentimientos. No obstante, el pensamiento orientado a lo externo mostró una estabilidad absoluta a los largo de los 5 años, aún con una disminución de síntomas depresivos.

Relacionado con lo anterior, también se encontraron semejanzas entre el alfa de Cronbach del Factor 3 entre esta muestra (0.45) y el obtenido por Romero (2009) (0.51). De esta manera, al tener una baja confiabilidad, como factor se vuelve débil y no discrimina tan bien como los Factores 1 y 2, por lo cual no se encontrarían diferencias significativas. Sin embargo, la razón más predominante para este fenómeno se debe a que el pensamiento orientado a lo externo implica una preferencia por concentrarse en eventos externos más que en experiencias internas y emociones, lo cual contradice la misma naturaleza de la depresión (Taylor et al, 1999; Zackheim, 2007).

Como objetivo final, se compararon los datos sociodemográficos más relevantes, pues la literatura científica señala que la alexitimia mantiene cierta relación con variables tales como sexo, edad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico (Fischer & Good, 1997; Páez & Casullo, 2000; Salminen et al. en Rafanelli et al., 2007). La ausencia de significación entre éstos y alexitimia podría deberse al tamaño de la muestra y a la mayor cantidad de mujeres que de hombres, de modo que se necesitaría una muestra más grande para obtener los resultados que otras investigaciones han logrado.

A partir de lo expuesto, se puede concluir que la alexitimia y la depresión se encuentran relacionadas en tanto a su sintomatología y en que ambas son un factor de riesgo para prolongar su duración. Lo anterior se observa en los hallazgos de Honkalampi et al. (2007), donde los pacientes con alexitimia a largo plazo mostraron depresión más severa, más intentos de suicidio y un mayor número y severidad de síntomas psiquiátricos que los pacientes no-alexitímicos. Asimismo, aquellas personas con mayor sintomatología depresiva, tienden a puntuar más alto en la escala de alexitimia debido a las dificultades en la identificación y verbalización de las emociones que se encuentran en ambas, además de una tendencia a somatizar todo aquello que no entienden ni pueden expresar. De esta manera, se

observa una relación en las quejas psicosomáticas de la mayoría de pacientes alexitímicos y depresivos (Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamaki, 1999).

Por otro lado, a medida que los síntomas depresivos aumentan en su intensidad, también aumentan las quejas somáticas que experimentan (Chakraborty et al., 2010). Lo anterior indica que los pacientes con alexitimia son más vulnerables a síntomas somáticos funcionales por una tendencia a amplificar, concentrarse en y malinterpretar las sensaciones somáticas que acompañan a los estados de activación emocional, como también sensaciones corporales normales (Kim et al, 2009).

De la misma forma, hay una mayor relación entre los Factores 1 y 2 con la sintomatología depresiva por el componente afectivo que, en ambos, implican dificultades para procesar la información emocional de manera adecuada. Es así, que hay una mayor relación con el Factor 1, pues mantienen poca facilidad para identificar sus sentimientos, los cuales se manifiestan por medio del cuerpo, mediante enfermedades físicas (Taylor, 2000).

El componente afectivo, tanto en la alexitimia como en la depresión, podría relacionarse a una respuesta poco eficiente al estrés, de modo que la producción de glucocorticoides en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal se encuentra aumentada, volviéndolos más vulnerables a los eventos estresantes y traumáticos, y por ende, a enfermedades relacionadas con el estrés. Esta predisposición a las enfermedades se debe a una regulación afectiva disfuncional, la cual produce una respuesta al estrés patológica y ésta a su vez, genera mecanismos neuroinmunológicos que conllevan a enfermedades (Picardi et al., 2011; Saariaho et al., 2013).

Con respecto a lo anterior, Kim et al. (2009) han encontrado que los pacientes depresivos mantienen puntuaciones de respuestas al estrés más altas, además de presentar niveles mayores de tensión y ansiedad en comparación con pacientes con trastornos de ansiedad. Los autores también señalan que el estrés crónico o severo puede causar una disminución general en el funcionamiento intelectual, resultando en distorsiones cognitivas, malinterpretación de situaciones, indecisión y patrones de pensamiento improductivos e ineficaces. Esta dificultad para lidiar con el estrés en los pacientes depresivos y alexitímicos, conlleva a conductas agresivas e ira. Esta tendencia hacia la agresividad también se encuentra relacionada a un procesamiento maladaptativo de la emoción, de modo que no son capaces de utilizar de forma efectiva la información emocional para enfrentar posibles estresores. En consecuencia, tienden a sentirse confundidos e impotentes en situaciones de alto contenido emocional, evitando el procesamiento cognitivo y la verbalización de la experiencia afectiva (Foran & O'Leary, 2012).

Adicionalmente, la alexitimia como fenómeno estado-dependiente no parece ser una respuesta específica a la depresión, pero sí una respuesta de ansiedad generalizada o de estrés percibido donde la depresión es una manifestación. De este modo, las personas podrían desarrollar alexitimia específica para los afectos como intento para “contraatacar” las emociones negativas relacionadas al estrés (Hendryx, Haviland & Shaw, 1991).

Relacionado con lo mencionado anteriormente, las teorías psicológicas han propuesto que en la alexitimia las causas podrían encontrarse en la infancia temprana, cuando el procesamiento cognitivo de las emociones es perturbado por factores ambientales adversos, al igual que en la depresión, donde las adversidades en la infancia cumple el rol de factor predisponente (Saariaho et al., 2013). Por ejemplo, Honkalampi et al. (2004), señala que el desarrollo de la alexitimia es similar al de la depresión en cuanto en ambos se encuentran disturbios en el ambiente emocional durante la niñez, un rol poco efectivo de la madre con un apego poco seguro, abuso y bajos niveles de comunicación familiar. Asimismo, se ha observado en pacientes depresivos que experiencias traumáticas más abuso físico o sexual conllevan a la inhibición del afecto en la niñez y posteriormente, a rasgos alexitímicos en la adultez.

La presente investigación se constituye como el primer estudio en nuestro medio que tuvo como objetivo el aumentar el conocimiento sobre la depresión y la alexitimia, en particular los niveles de la alexitimia según la severidad de la sintomatología depresiva. Dado que la depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestro país, este estudio ha buscado contribuir con el conocimiento de dicha enfermedad mediante la comparación con un constructo con el cual mantiene una relación y donde ambos comparten características similares.

No obstante, se encuentran limitaciones. En primer lugar, el grado de instrucción y el método de aplicación influyeron en las pruebas. Parte de los participantes no tenían educación superior o tenían secundaria incompleta, mostrando dificultades en la comprensión de algunos ítems.

En segundo lugar, se obtuvo una muestra pequeña, donde hubo una mayor cantidad de mujeres que de hombres debido a la mayor prevalencia de depresión en mujeres (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2002, 2003, 2004), por lo que no se pudo contrastar uno de los datos sociodemográficos más importantes. Lo anterior es importante pues diferentes factores de género, tales como estructura y química cerebral, balance hormonal y buscar/dar apoyo, median la alexitimia y la depresión (Campanella et al., 2012). Asimismo, investigaciones han demostrado que los hombres presentan mayores

niveles de alexitimia que las mujeres (Espina, Alemán, Ochoa & Ortego, 2001; Shipko, 1982).

Otra de las limitaciones fue la dificultad de la muestra. Dado que la alexitimia presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales y con enfermedades físicas, hubo dificultad para encontrar participantes que no presenten ninguno de los criterios de exclusión, buscando tener “depresión pura”. De la misma manera, durante la evaluación, muchos de los participantes no estaban informados acerca de su diagnóstico específico, salvo por “depresión”. Sin embargo, se trató de controlar dichas variables con la ficha de datos sociodemográficos la cual indagaba sobre otras enfermedades que presentasen al momento de la evaluación, mas no se tomó en cuenta factores hormonales de las mujeres tales como la menopausia. Lo anterior es relevante pues se ha encontrado una asociación entre síntomas depresivos y la menopausia (Bosworth et al., 2001).

Dado el interés actual por la alexitimia, se podrían realizar estudios relacionados en donde se comparen los niveles de alexitimia según las diferencias socioculturales que existen en nuestro país. Lo anterior se debe a que la forma de expresión de las emociones podría variar entre costa, sierra y selva, o aún, entre provincias o distritos dentro de Lima.



Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Rose, D...Raniere, D. (1999). Cognitive Vulnerability to Depression: Theory and Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(1), 5-20.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression*. Jackson, Mississippi: University Press of Mississippi.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6) pp. 481-490. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221291002>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: APA
- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ...Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21. doi:10.1002/mpr.138
- Bamonti, P. M., Heisel, M. J., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association Of Alexithymia And Depression Symptom Severity In Adults Aged 50 Years And Older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 51-56. doi:10.1097/JGP.0b013e3181bd1bfe
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: manual* (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution Of The Cognitive Model Of Depression And Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P.F., Poline, J.B., Rouquette, S., Consoli, S.M., Martinot, J.L., 2002. Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices. An fMRI study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry* 159, 961–967. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.961
- Blatt, S. J. (2004). Developmental Origins (Distal Antecedents). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives* (pp. 187-229). Washington, DC:

- American Psychological Association.
- Bosworth, H. B., Bastian, L. A., Kuchibhatla, M. N., Steffens, D. C., McBride, C. M., Skinner, C. S., ...Siegler, I. C. (2001). Depressive Symptoms, Menopausal Status, and Climacteric Symptoms in Women at Midlife. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 603–608. doi: 0033-3174/01/6304-0603
- Carpenter, K., & Addis, M. (2000). Alexithymia, gender, and responses to depressive symptoms. *Sex Roles*, *43*(9/10), 629 - 644. doi: 10.1023/A:1007100523844
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H.,... Poulton, R. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*, *301*, 386–389. doi:10.1126/science.1083968
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2010). Psychological and clinical correlates of functional somatic complaints in depression. *The International journal of social psychiatry*, *58*(1), 87-95. doi: 10.1177/0020764010387065
- Campanella, S., Falbo, L., Rossignol, M., Grynberg, D., Balconi, M., Verbanck, P. & Maurage, P. (2012). Sex differences on emotional processing are modulated by subclinical levels of alexithymia and depression: A preliminary assessment using event-related potentials. *Psychiatry Research*, *197*, 145 -153. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.026.
- Celikel, F. C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B. E., & Cloninger, C. R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *51*, 64-70. doi:10.1016/j.comppsy.2009.02.004
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Clark, D., Beck, A. & Brad, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression* New York: Wiley.
- Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009). Alexithymia, Temperament and Character as Predictors of Psychopathology in Patients with Major Depression. *Psychiatry Research*, *165*(1-2), 137-144. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.013
- Coyne, J. C. (1985). *Essential papers on depression*. New York: New York University Press.
- Davidson, R., Pizzagalli, D. & Nitschke, J. (2010). Representation and Regulation of Emotion in Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. En I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. (2ds ed., cap 10, pp. 218-248). Nueva

- York, NY: The Guilford Press.
- De Berardis, D. D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Gambi, F., Valchera, A., ...Ferro, F. M. (2008). Alexithymia and its relationships with C-reactive protein and serum lipid levels among drug naïve adult outpatients with major depression. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(8), 1982-1986. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.09.022
- Di Schiena, R., Luminet, O., & Philippot, P. (2011). Adaptive And Maladaptive Rumination In Alexithymia And Their Relation With Depressive Symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 10-14. doi:10.1016/j.paid.2010.07.037
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Espina, A., Alemán, A., Ochoa, I. & Ortego, M.A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.
- Fischer, A. R., & Good, G. E. (1997). Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy*, 34(2), 160-170. doi:10.1037/h0087646
- Foran, H. M. and O'Leary, K. D. (2012), The Role of Relationships in Understanding the Alexithymia–Depression Link. *European Journal of Personality*. doi: 10.1002/per.1887
- Gerrig, J. & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México D.F, México: Pearson.
- Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, 11, 517-538. doi: 10.1080/026999397379881a.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378–86.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037//1089-2680.2.3.271
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72.
- Haddad, M., & Gunn, J. (2011). *Fast facts depression* (3rd ed.). Abingdon, Oxford: Health Press.
- Haefel, G. J., Gibb, B. E., Metalsky, G. I., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hankin, B. L.,

- ...Swendsen, J. D. (2008). Measuring cognitive vulnerability to depression: Development and validation of the cognitive style questionnaire. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 824-836. doi:10.1016/j.cpr.2007.12.001
- Haefffel, G. J., & Hames, J. L. (2013). Cognitive Vulnerability to Depression can be Contagious. *Clinical Psychological Science*, 2(1), 75-85. doi: 10.1177/2167702613485075
- Haslam, N. (1997). Evidence that sexual orientation is a matter of degree. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 862-870.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions Of Alexithymia And Their Relationships To Anxiety And Depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237. doi: 10.1207/s15327752jpa5602_4
- Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the Relationship Between Interoceptive Awareness and Alexithymia: Is Interoceptive Awareness Related to Emotional Awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149 - 1175. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00717.x
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw-Hill.
- Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., & Viinamaki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 270 - 275. doi: 10.1159/000012343
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 303 - 308. doi: 10.1159/000012412
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2001a) Alexithymia and Depression: A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 42(3), pp. 229-234. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.229.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001b). Why do alexithymic features appear to be stable?: A 12-month follow-up study of a general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 247 - 253. doi: 10.1159/000056262
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2004). Relationships Among Alexithymia, Adverse Childhood Experiences, Sociodemographic Variables, And Actual Mood Disorder: A 2-Year

- Clinical Follow-Up Study Of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 45(3), 197-204. doi:10.1176/appi.psy.45.3.197
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2007). Long-Term Alexithymic Features Indicate Poor Recovery From Depression And Psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 312-314. doi: 10.1159/000104709
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., & Viinamäki, H. (2010). Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 269–273. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.010
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*. Vol. XVIII(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2003). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. *Anales de Salud Mental*. Vol. XIX(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental*. Vol. XXI(1 y 2).
- Joormann, J. (2010). Cognitive Aspects of Depression. En I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. (2ds ed., cap 13, pp. 298-315). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Jørgensen, M., Zachariae, R., Skytthe, A. & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 369–375.
- Kim, H. W., Rim, H. D., Kim, J. H., & Lee, S. J. (2009). Alexithymia And Stress Response Patterns Among Patients With Depressive Disorders In Korea. *Psychiatry Investigation*, 6(1), 13 - 18. doi:10.4306/pi.2009.6.1.13
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229–240.
- Lane, R. D., & Garfield, D. A. (2005). Becoming aware of feelings: Integration of cognitive-

- developmental, neuroscientific, and psychoanalytic perspectives. *Neuro-Psychoanalysis*, 7, 5–30.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133–143.
- Levant, R. (2005). Assessing and Treating Normative Male Alexithymia. *Psychologists' Desk Reference* (2 ed., pp. 278-281). Cary: Oxford University Press.
- Levinson, D. (2005). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92. doi:10.1016/j.biopsych.2005.08.024
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is Alexithymia Associated with Specific Mental Disorders? *Psychopathology*, 45, 22–28. doi: 10.1159/000325170
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260. doi: 10.1159/000056263
- Luminet, O. (2010). Commentary on the Paper “Is Alexithymia A Risk Factor For Major Depression, Personality Disorder, Or Alcohol Use Disorders? A Prospective Population-based Study”. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 275-277. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.07.016
- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A., & Maggini, C. (2008). Is Alexithymia A Personality Trait Increasing The Risk Of Depression? A Prospective Study Evaluating Alexithymia Before, During And After A Depressive Episode. *Psychological Medicine*, 38, 1717-1722. doi:10.1017/S0033291708003073
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T. & Joukamaa, M. (2006). Age is Strongly Associated with Alexithymia in General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629-635. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.013
- Mattila, A. K., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 216-221. doi:10.1016/j.paid.2010.03.038
- Mendels, J. (1989). Teorías psicológicas. *La depresión* (4 ed., pp. 75-97). Barcelona: Herder.
- Moral de la Rubia, J. (2009). Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. *Medicina Universitaria*, 11(43), 99-108.

- Murray, C., & Lopez, A. (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Massachusetts: Harvard School of Public Health.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996b). Evidence-based health policy lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274, 740-743. doi:10.1126/science.274.5288.740]
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role Of Rumination In Depressive Disorders And Mixed Anxiety/depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. doi:10.1037/0021-843X.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S. N., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–423. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión (CIE-10). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 587-596.
- Páez, D. & Casullo, M., comp. (2000). *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Argentina: Paidós
- Parker, G. (2009). Diagnosis Depressive Disorders. En H. Herrman, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive Disorders*. (3ds ed., cap 1, pp. 1-26). Haboken, NJ: Wiley Blackwell.
- Parker, J., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, M. (2008). Latent Structure of the Alexithymia Construct: A Taxometric Investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385-396. DOI: 10.1037/a0014262
- Picardi, A. & Pasquini, P. (2007). Toward a Biopsychosocial Approach to Skin Disease. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 109-126. doi: 10.1159/000106800
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). Genetic Influences On Alexithymia And Their Relationship With Depressive Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 256-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.02.016
- Praag, H. M., van De Kloet, E. R., & Van Os, J. V. (2004). Monoamines and depression. *Stress, the Brain and Depression* (pp. 91-144). NY: Cambridge University Press.
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Ottolini, F., & Rigatelli, M. (2007). Psychological Factors Affecting Cardiologic Conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 72-108. doi: 10.1159/000106798

- Riso, L. P., Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., ...Ulmer, C. S. (2003). Cognitive Aspects of Chronic Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80. doi:10.1037/0021-843X.112.1.72
- Romero, C. (2009). *Alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Romero, N., Sanchez, A., & Vazquez, C. (2014). Memory biases in remitted depression: The role of negative cognitions at explicit and automatic processing levels. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 128-135. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.09.008
- Saariaho, A.S., Saariaho, T.H., Mattila, A.K., Karukivi, M.R. & Joukamaa, M.I. (2013). Alexithymia and Depression in a Chronic Pain Patient Sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), pp. 239-245. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.11.011
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729–733. doi:10.1016/S0022-3999(01)00257-4
- Saarijärvi, S., Salminen, J., & Toikka, T. (2006). Temporal Stability Of Alexithymia Over A Five-Year Period In Outpatients With Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 107-112. doi: 10.1159/000090895
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of Alexithymia and its Association with Sociodemographic Variables in the General Population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75- 82. doi:10.1016/S0022-3999(98)00053-1
- Sanz, J., & García-Vera, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales De Psicología*, 29(1), 66-75. doi:10.6018/analesps.29.1.130532
- Saveanu, R., & Nemeroff, C. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 51-71. doi: 10.1016/j.psc.2011.12.001
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 193.
- Sivak, R. & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.

- Smith, G. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99-101.
- Soutullo, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. Pamplona, España: Universidad de Navarra.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor G. J. & Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77. doi: 10.1159/000075537
- Taylor G. J., Bagby, R. M. & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In Bar-On, R. & Parker, J. (eds). *The Handbook of Emotional Intelligence*. (pp.301-319) San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274. doi: 10.1080/02699938808410927.
- Thase, M. (2010). Neurobiological Aspects of Depression. En I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. (2ds ed., cap 9, pp. 187-217). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2004). Cognitive vulnerability in remitted depressed children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 423-437. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00151-7.
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honkalampi, K., & Kauhanen, J. (2011). Stability Of Alexithymia In The General Population: An 11-year Follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 536-541. doi:10.1016/j.comppsy.2010.09.007
- Vásquez, C. (2009). Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Verán, N. (2011). *Niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista*. Tesis de Licenciatura, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Weiner, I. B., Freedheim, D. K., Schinka, J. A., & Velicer, W. F. (2003). Mood Disorders. En C. Hammen. *Handbook of psychology* (pp. 93-118). New York: Wiley.
- World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder.

(2012). *Organización Panamericana de Salud*. Extraído el 10 de febrero de 2014 de, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:diamundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&catid=740:news-press-releases&Itemid=1926&lang=en

Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345-347. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.08.011





Anexo A: Instrumentos

Anexo A1: Consentimiento Informado

El propósito de la presente ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La investigación es conducida por Yamile Jasau Carranza, estudiante de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la dirección del asesor Carlos Iberico. El objetivo del estudio es la exploración de los niveles de alexitimia y sus características en pacientes con Depresión. Aquello permitirá un mayor conocimiento sobre los trastornos, lo cual además podría contribuir con la mejora en sus actuales tratamientos.

Si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá responder a un protocolo que consta de cuatro partes, donde encontrará preguntas de diversa índole.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el protocolo serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Adicionalmente, es importante resaltar que los participantes no recibirán ninguna información acerca de su desempeño en este estudio o sobre los resultados del mismo. Aquellos serán luego publicados en la Tesis una vez concluida la investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas del protocolo le resultan incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos por su tiempo y participación.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Anexo A2: Cuestionario de datos sociodemográficos

N°

Sexo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa ()

Técnico incompleto () Técnico completo () Superior incompleto () Superior completo ()

Estado civil actual:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Separada () Viuda ()

Con quienes vive:

Pareja () Hijos () Padres () Otros:

Diagnóstico:

Fecha del diagnóstico:

¿Ha tenido tratamientos previos al actual? Especifique.

.....
.....
.....

Sin contar con el tratamiento actual, ¿alguna vez tomó medicamentos para su problema de depresión?
Especifique.

.....
.....

¿Actualmente toma algún medicamento para su problema de depresión? Especifique. ¿Hace cuánto tiempo lo toma?

.....
.....

¿Tiene algún otro tratamiento adicional actualmente? Especifique.

.....
.....

¿Presenta otras enfermedades actualmente? Especifique.

.....
.....

Anexo A3: Cuestionario de datos socioeconómicos

Jefe de hogar: aquella persona, hombre o mujer de 15 a más, que aporta mas económicamente en casa o toma las decisiones financieras de la familia, y vive en el hogar. **HOGAR:** conjunto de personas que, habitando una misma vivienda, preparan y consumen sus alimentos en común.

1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de hogar?

HASTA SECUNDARIA INCOMPLETA	1	UNIVERSIDAD COMPLETA	4
SECUNDARIA COMPLETA/ SUPERIOR NO UNIVERSITARIA INCOMPLETA	2	POST – GRADO	5
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA COMPLETA/ UNIV. INCOMPLETA	3		

2. ¿A dónde acude el jefe del hogar de manera regular para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

CENTRO DE SALUD/POSTA MÉDICA/ FARMACIA /NATURISTA	1	MEDICO PARTICULAR EN CONSULTORIO (SOLO CONSULTORIO)	4
HOSPITAL DE MINISTERIO DE SALUD/HOSPITAL DE LA SOLIDARIDAD	2	MEDICO PARTICULAR EN CLINICA PRIVADA	5
SEGURO SOCIAL/ HOSPITAL FFAA/ HOSPITAL DE POLICIA	3		

3. ¿Cuál de estos bienes tiene en su hogar funcionando? (E: **SUMAR TOTAL DE BIENES**)

	PONER UN 1 POR CADA UNO	TOTAL SUMA DE BIENES
1. COMPUTADORA EN FUNCIONAMIENTO		
2. LAVADORA EN FUNCIONAMIENTO		
3. TELÉFONO FIJO EN FUNCIONAMIENTO		
4. REFRIGERADORA EN FUNCIONAMIENTO		
5. COCINA (O PRIMUS) EN FUNCIONAMIENTO (LEÑA INCLUSIVE)		

4. a. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (Sin incluir al servicio doméstico?)

_____ (Anotar)

b. ¿cuántas habitaciones tiene en su hogar (no vivienda) que actualmente use exclusivamente para dormir (incluir la de servicio doméstico)?

_____ (Anotar)

HABITACIONES EXCLISIVAMENTE PARA DORMIR	MIEMBROS DEL HOGAR	
	1 A 3 PER.	4 A MÁS
0 HABITACIONES	1	1
1 HABITACIÓN	2	1
2 HABITACIONES	3	2
3 HABITACIONES	4	3
4 HABITACIONES	5	4
5 ó MÁS HABITACIONES	5	5

5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

TIERRA/ARENA/ TABLONES SIN PULIR	1	MAYOLICA/ LOSETA /MOSAICO / VINÍLICO/ CERÁMICO	4
CEMENTO SIN PULIR	2		
CEMNETO PULIDO /TAPIZÓN/ TABLONES (costa y sierra)	3	PARQUET /MADERA PULIDA/ ALFOMBRA/ LAMINADO(TIPO MADERA)/ MARMOL/ TERRAZO	5

Anexo B: Análisis Estadísticos

Anexo B1: Datos Sociodemográficos de los participantes

	Sexo		df	F.	p.
	Hombre (n=6)	Mujer (n=45)			
Factor 1	19.33 (5.39)	19.56 (7.88)	1	.004	.997
Factor 2	14.50 (4.59)	14.51 (5.99)	1	.000	.997
Factor 3	19.17 (5.38)	19.58 (4.92)	1	.036	.850
Total	53.0 (12.62)	53.64 (15.52)	1	.009	.947

	Edad			df	F.	p.
	18 – 40 (n=27)	41 – 60 (n=19)	61 – 80 (n=5)			
Factor 1	20.41 (7.831)	19.16 (7.478)	16.20 (7.085)	2	.676	.514
Factor 2	16.11 (6.110)	13.21 (4.951)	10.80 (5.020)	2	2.699	.077
Factor 3	19.78 (5.774)	19.00 (2.981)	20.20 (6.648)	2	.184	.832
Total	56.30 (16.916)	51.37 (11.300)	47.20 (17.035)	2	1.091	.344

	Lugar de Nacimiento		df	F.	p.
	Lima (n=33)	Provincias (n=18)			
Factor 1	18.94 (7.254)	20.61 (8.276)	1	.560	.458
Factor 2	13.76 (5.574)	15.89 (6.115)	1	1.591	.213
Factor 3	19.45 (5.262)	19.67 (4.379)	1	.021	.885
Total	52.15 (14.517)	56.17 (16.202)	1	.821	.369

	Nivel de Instrucción			df	F.	p.
	Hasta Primaria (n=1)	Secundaria (n=14)	Superior (n=26)			
Factor 1	33.00 (0.000)	19.93 (6.673)	19.00 (7.761)	2	1.731	.188
Factor 2	21.00 (0.000)	14.86 (5.362)	14.19 (6.004)	2	.696	.504
Factor 3	14.00 (0.000)	20.29 (4.410)	19.39 (5.129)	2	.804	.454
Total	68.00 (0.000)	55.07 (12.652)	52.58 (16.070)	2	.593	.557

	Estado Civil						df	F.	p.
	Soltera (n=20)	Conviviente (n=5)	Casada (n=12)	Divorciada (n=3)	Separada (n=5)	Viuda (n=6)			
Factor 1	18.70 (7.794)	24.00 (6.595)	19.58 (7.609)	14.67 (6.110)	22.60 (7.403)	18.33 (8.733)	5	.819	.542
Factor 2	15.30 (6.457)	18.40 (4.336)	14.50 (5.385)	11.33 (4.726)	13.80 (3.564)	10.83 (6.306)	5	1.228	.312
Factor 3	18.80 (6.031)	21.60 (5.505)	20.00 (3.411)	17.33 (1.528)	23.80 (4.147)	16.83 (1.722)	5	1.610	.177
Total	52.80 (18.060)	64.00 (9.644)	54.08 (12.147)	43.33 (12.220)	60.20 (11.367)	46.00 (13.784)	5	1.299	.281

	Tratamientos Previos		df	F.	p.
	Sí (n=24)	No (n=27)			
Factor 1	19.63 (7.773)	19.44 (7.572)	1	.007	.933
Factor 2	13.58 (5.571)	15.33 (5.981)	1	1.160	.287
Factor 3	18.71 (5.077)	20.26 (4.760)	1	1.267	.266
Total	51.92 (15.475)	55.04 (14.888)	1	.538	.467

	Nivel Socioeconómico					df	F.	p.
	Alto (n=6)	Medio–Alto (n=22)	Medio–Bajo (n=18)	Bajo (n=5)	Muy Bajo (n=1)			
Factor 1	17.17 (7.195)	19.36 (7.041)	19.67 (8.253)	23.50 (10.408)	19.00 (0.000)	4	.404	.805
Factor 2	12.17 (5.947)	14.86 (6.159)	14.22 (5.547)	17.50 (6.137)	14.00 (0.000)	4	.523	.719
Factor 3	16.67 (5.046)	20.05 (5.385)	18.61 (3.712)	23.75 (4.856)	25.00 (0.000)	4	1.893	.128
Total	46.00 (14.953)	54.27 (16.257)	52.50 (13.938)	64.75 (13.276)	58.00 (0.000)	4	.980	.428

	Diagnóstico				df	F.	p.
	Depresión (n=35)	Depresión Ansiosa (n=6)	Depresión + Ansiedad (n=9)	Distimia (n=1)			
Factor 1	19.77 (7.297)	21.00 (9.381)	17.78 (8.555)	18.00 (0.000)	3	.248	.862
Factor 2	15.09 (5.987)	14.50 (6.686)	12.89 (4.676)	9.00 (0.000)	3	.636	.596
Factor 3	19.23 (4.796)	21.50 (6.442)	19.56 (4.927)	18.00 (0.000)	3	.381	.767
Total	54.09 (14.738)	57.00 (20.179)	50.22 (14.661)	45.00 (0.000)	3	.357	.784

Anexo B2: Prueba de normalidad para el BDI-II y el TAS-20

	Kolmogrov-Smirnov	
	Z	Sig.
BDI-II	.125	.044
Leve	.101	.200
Moderado	.156	.200
Grave	.136	.200
Severo	.142	.200
TAS-20	.073	.200



Anexo B3: Correlación entre alexitimia y depresión

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	TAS Total
BDI Total	.679**	.526**	.217	.615**

** $p < 0.01$.



Anexo B4: Pacientes con puntajes TAS-20 mayores al punto de corte (61) según las categorías del BDI-II

TAS-20 Total	Categorías			
	Leve	Moderado	Grave	Severo
62	1	1	0	0
64	0	0	0	1
65	0	1	1	2
66	1	0	0	0
68	0	0	1	1
71	0	0	1	1
72	0	0	1	0
73	0	0	1	1
77	0	0	1	0
79	0	0	0	1
88	0	0	0	1
Total	2	2	6	8

Anexo B5: Descriptivos de los factores del TAS-20 con las categorías del BDI-II

	Categoría	M	DE
Factor1	Leve	14.93	6.64
	Moderado	15.82	4.83
	Grave	21.20	6.34
	Severo	28.00	5.16
Factor2	Leve	11.13	5.00
	Moderado	12.55	4.87
	Grave	16.40	5.64
	Severo	18.90	4.61
Factor3	Leve	17.33	4.08
	Moderado	20.82	5.64
	Grave	19.60	5.08
	Severo	21.30	4.45

Anexo B6: Relación entre TAS-20 y datos sociodemográficos

	n	%	M	SD	df	F	Sig.
Sexo					1	0.01	.92
Masculino	6	11.8					
Femenino	45	88.2					
Edad					2	1.09	.34
18 – 40	27	52.9	27.30	6.61			
41 – 60	19	37.3	50.74	6.82			
61 - 80	5	9.8	68.40	4.28			
Lugar de nacimiento					1	0.82	.37
Lima	33	64.7					
Provincias	18	35.3					
Nivel de instrucción					2	0.59	.56
Hasta Primaria	1	2.0					
Secundaria	14	27.5					
Superior	36	70.6					
Estado civil					5	1.30	.28
Soltera	20	39.2					
Conviviente	5	9.8					
Casada	12	23.5					
Divorciada	3	5.9					
Separada	5	9.8					
Viuda	6	11.8					
Tratamientos previos					1	0.54	.47
Si	24	47.1					
No	27	52.9					
Nivel socioeconómico					4	0.98	.43
A (Alto)	6	11.8					
B (Medio – Alto)	22	43.1					
C (Medio – Bajo)	18	35.3					
D (Bajo)	4	7.8					
E (Muy Bajo)	1	2.0					