

ALEXITIMIA, COMUNICACIÓN EMOCIONAL Y PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS

C. Velasco-D. Páez

Carmen Velasco González es investigadora en el Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco (Aptdo. 1249, San Sebastián). Darío Páez Rovira es Catedrático del mismo Departamento.

El concepto de alexitimia

El concepto de *alexitimia* fue acuñado en la década de los años setenta y generó una gran polémica, así como también un interés creciente en el campo de

la investigación de las relaciones entre los niveles del conocimiento emocional y los trastornos psicosomáticos.

Si revisamos la literatura sobre el tema, encontramos precedentes históricos del concepto de alexitimia. Así, Polavsky (1945) subrayaba el carácter «vago» e «impersonal» del discurso de los pacientes psicosomáticos que él estudiaba. Ruesch (1948) destacaba la «pobreza de la simbolización» del paciente psicosomático, mientras que Groen y Bastiaans (1951) revelaban que estos pacientes no eran capaces de desprenderse del impacto afectivo en las situaciones de estrés emocional y que continuaban tratando dichas situaciones como si fueran acontecimientos normales, y Fredman y Sweet (1954) les caracterizaban como «iletrados emocionales». También MacLean (1949) supuso que existía un déficit cerebral funcional entre el rinencéfalo y el área neocortical del lenguaje y, debido a ello, el paciente psicosomático sólo podría expresar su estado emocional a través del lenguaje de los órganos. Posteriormente los psicoanalistas franceses Marty y de M'Uzan (1963) introducen el concepto de Pensamiento Operatorio (*Pensée Opératoire*) que se caracteriza porque los sujetos describen sus acciones, hechos o gestos tal y como se produjeron sin integrar ninguna connotación afectiva.

Aunque informan sobre recuerdos, sus narraciones presentan la apariencia de «trozos del presente». Los problemas concretos del momento ocuparían todo el campo de la conciencia, excluyendo totalmente la emergencia de representaciones afectivas ligadas a los recuerdos.

La tesis del Pensamiento Operatorio fue recogida por Sifneos y su equipo de investigación, quien años más tarde elaboró el concepto alexitimia con el objetivo de explicar las aparentes particularidades que presentaban la mayoría de los sujetos aquejados de trastornos psicósomáticos en relación con los sujetos neuróticos. Concretamente, los pacientes psicósomáticos presentan un estilo cognitivo orientado hacia los detalles externos (Pensamiento Operatorio), así como una marcada incapacidad para describir y diferenciar los sentimientos y crear fantasías (Nemiah y Sifneos, 1970; Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976).

En la actualidad, la alexitimia como tal no posee un status nosológico preciso y sigue siendo objeto de múltiples investigaciones y debates. Sin embargo, la mayoría de los autores aceptan que el concepto de alexitimia se caracteriza por : a) dificultad marcada para identificar y describir los sentimientos; b) dificultad para distinguir entre sentimientos y las sensaciones corporales del arousal emocional; c) proceso de imaginación limitado o pobreza de la vida fantasmática; y d) estilo cognitivo orientado hacia los detalles externos (Nemiah et al., 1976; Taylor et al., 1991). Todas estas características confirman un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones (Krystal, 1988; Lane y Schwartz, 1987; Taylor, 1992a). Este déficit de asimilación y procesamiento intra e interpersonal de la vivencia y experiencia afectiva actuaría como un factor de riesgo triple: a) reforzaría la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica; b) se asociaría a un estrés relacionado con el trabajo de inhibición; c) impediría la asimilación cognitiva del hecho emocional, provocando rumiación e intrusiones de pensamientos sobre este (Pennebaker, 1995).

Los resultados de una investigación realizada por nuestro equipo, confirman los efectos beneficiosos que para la salud supone hablar o compartir socialmente acerca de los sucesos traumáticos, así como la interacción entre alta alexitimia y la confrontación de un hecho traumático. Los sujetos alexitímicos que confrontan (escriben) sobre un suceso traumático mejoran su balanza de afectos y presentan menor evitación del suceso (Páez et al., 1995).

Aunque la alexitimia surgió inicialmente dentro del campo de los trastornos psicósomáticos, en la actualidad hay evidencias empíricas que demuestran que ha traspasado ampliamente dicho campo. Así, se ha encontrado que las características que configuran la alexitimia aparecen en pacientes afectados de trastorno de estrés post-traumático (Krystal,

1986), en sujetos adictos a las drogas (Krystal y Raskin, 1970), así como también en sujetos que presentan trastornos hipocondríacos y somatoformes (Flanery, 1977; Lesser, 1985), y en pacientes con trastornos en la conducta alimenticia (Garfinkel y Garner, 1982).

Instrumentos de medición de la alexitimia

Existe un amplio conjunto de Escalas para medir la alexitimia. Algunas de ellas son instrumentos que se administran a los sujetos durante una entrevista personal, siendo el terapeuta o entrevistador quien los cumplimenta. Dentro de este grupo de Escalas, la más conocida y utilizada es el BIQ (Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire) elaborado por Sifneos en 1973. Por otro lado, encontramos otro grupo de Escalas denominadas de Autoinforme, que se administran de forma directa siendo el sujeto quien las cumplimenta. Dentro de este grupo, citaremos como más relevantes el MMPI-AS (Minnesota Multifactor Personality Inventory-Alexithymia Scale) construido por Kleiger y Kinsman en 1980, el SSPS (Schalling-Sifneos Personality Scale) elaborada por Apfel y Sifneos en 1979, así como su versión revisada (SSPS-R) realizada por Sifneos en 1986.

Todas las Escalas citadas anteriormente han sido validadas por diferentes autores con resultados en ocasiones contradictorios (Bagby, Parker y Taylor, 1991; Norton, 1989; Parker, Taylor, Bagby y Thomas, 1991).

En un esfuerzo por validar el concepto de alexitimia y proporcionar una escala fiable y válida, Taylor, Ryan y Bagby (1985) desarrollaron una Escala de Auto-informe denominada *Escala de Alexitimia de Toronto* (*Toronto Alexitimia Scale TAS-26*) compuesta de 26 ítems (11 negativos y 15 positivos), cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, por lo que la puntuación global oscila dentro de un rango entre 26 y 130, como por ejemplo: «Cuando lloro, sé siempre por qué», «Me gustaría no ser tan tímido» «Utilizo mucho mi imaginación». Contrariamente a otras escalas, este instrumento ha sido objeto de una validación exhaustiva y rigurosa.

Según Taylor y su equipo (1988), los sujetos que obtienen una puntuación global en la Escala TAS-26 igual o superior a 74 son considerados como alexitímicos. Por el contrario, quienes obtienen una puntuación menor o igual a 62 puntos no denotarían alexitimia, mientras que aquellos que presentan una tasa global comprendida entre 62 y 74 puntos, son considerados como sujetos indiferenciados.

La versión norteamericana presenta consistencia interna (α de Cronbach=0.75), lo cual respalda su validez. Su fiabilidad test-retest es

también satisfactoria ($r=0.75$ después de cinco semanas) y el coeficiente split-half es de 0.67, lo cual confirma su aceptable fiabilidad. Además, presenta una aceptable validez convergente y divergente, así como una réplica estructural de los cuatro factores o características congruentes con el concepto teórico de la Alexitimia (Bagby, Taylor, Parker y Loiselle, 1990; Taylor, Bagby, Ryan y Parker, 1990; Pedinielli, 1992; Velasco y Páez, 1993). Factor 1: dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales; Factor 2: dificultad para describir los sentimientos; Factor 3: pobreza de la vida fantasmática; y Factor 4: pensamiento orientado hacia lo externo.

Además, se ha encontrado que el TAS-26 correlaciona positivamente con los trastornos somáticos (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1991; Taylor, Parker, Bagby y Acklin, 1992). Por otro lado, existe una relación positiva entre altos niveles de alexitimia y consumo de drogas (Taylor, Parker y Bagby, 1990), con trastornos en la conducta alimenticia (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992) y con trastornos de estrés post-traumático (Zeitlin, Lane, O'Leary y Schrift, 1989). En el Anexo final de este trabajo, se puede ver la Escala TAS-26 y la forma de puntuación.

La validación y fiabilidad de la Escala TAS-26 versión castellana

Metodología

Muestras

Para abordar la validación de la Escala de Alexitimia de Toronto en versión castellana (TAS-26), se han realizado diversas investigaciones empíricas con cuatro muestras diferentes. La primera de ellas (Muestra 1), estaba compuesta por 195 sujetos adultos "normales" de la Comunidad Autónoma Vasca, de los cuales 95 eran varones y 100 mujeres, con una media de edad de 26.15 años (Velasco y Páez, 1993).

La segunda muestra (Muestra 2) estaba configurada por 43 mujeres afectadas de cáncer de mama, con una rango de edad comprendido entre 29 y 71 años (Gabaldon, Mayoral y Páez, 1993), mientras que la tercera muestra (Muestra 3) englobaba a 39 sujetos aquejados de esclerosis múltiple, de los cuales 11 eran varones y el resto mujeres, con una media de edad de 39 años (Gabaldon, Ortiz, Romo, Eguiluz, y Totorica, 1993).

Por último, la cuarta muestra (Muestra 4) estaba compuesta por 115 sujetos, estudiantes voluntarios de Psicología de primer curso, de los cuales 40 eran varones y 75 mujeres, con una media de edad de 19.5 años.

Materiales

Se elaboraron dos cuestionarios diferentes. El primero de ellos estaba compuesto de las siguientes escalas:

SMU-HQ (J.Pennebaker, D.Paez y C. Velasco, 1993). Se trata de una Escala elaborada con el objetivo de medir la sintomatología física y/o el nivel de salud. Consiste en una lista que presenta 93 problemas de salud, y el sujeto debe marcar con una cruz aquellos que haya padecido durante el período de tiempo marcado en las instrucciones para su utilización.

P.A.N.A.S. (*Positive and Negative Affect Schedule*). Es una escala elaborada con el objetivo de medir la afectividad o estado de ánimo en sus dos vertientes, positiva y negativa. Presenta una buena consistencia interna y alta fiabilidad (Watson, D., Clark, L.A, y Tellegen, A., 1988). Está compuesta de 20 ítems, cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo Likert de 1 (Ligeramente o nada) a 5 (Mucho). El sumatorio de la mitad de ellos nos permite medir la afectividad positiva, y los restantes la afectividad negativa. El sujeto debe marcar en qué medida siente cada uno de los estados emocionales que configuran la escala, durante el intervalo de tiempo fijado en la instrucción.

TAS-26 (*Escala de Alexitimia de Toronto de 26 ítems*). Explicada anteriormente.

Escala de Síntomas Físicos (Inventario de síntomas de Pennebaker L.S.E. en versión reducida por nuestro equipo). Se trata de una escala compuesta por 14 ítems referidos a problemas de salud. Cada ítem se contesta a través de una escala tipo Likert (con una recorrido de 1 (nada) a 3 (mucho)), y el sujeto debe marcar en qué medida siente cada uno de los trastornos durante el período de tiempo que aparece fijado en la instrucción para su utilización.

Escala DSM3-DRIO. Se trata de un instrumento elaborado por nuestro equipo y busca medir síntomas somáticos que están asociados en cierta manera con estados de ánimo ansioso, depresivo, y con trastornos psicósomáticos. Consta de 34 ítems seleccionados del DSM-III-R (aparecen en concreto en el cuadro «Criterios para el diagnóstico del trastorno por somatización» (300.81). Cada ítem se puntúa a través de una escala tipo Likert de 1 a 3. De esta forma, si el sujeto no rodea nada significa que no ha padecido el síntoma durante el período de tiempo fijado en la instrucción, si rodea el 1 es que lo ha padecido durante dicho lapso de tiempo, si marca el 1 y el 2 significa que el encuestado padece enfermedad por dicho síntoma mientras que, si rodea el 1, 2 y 3 simultáneamente significaría que el sujeto recibe tratamiento médico a causa del síntoma en cuestión.

Además, existe otro apartado dentro de la escala que consiste en una lista de siete profesionales de la salud. Cada ítem posee dos alternativas de respuesta (sí, no), y pretende clasificar el tipo de profesional de la salud con quien el encuestado ha consultado durante el período de tiempo marcado en la instrucción.

Escala T.M.A.S. (Escala de ansiedad manifiesta de Taylor). Consta de 50 ítems cuyas alternativas de respuesta son Verdadero y Falso. Discrimina entre ansiedad somática, psicológica y expresividad (Echeberría y Páez, 1989).

Escala B.D.I. (Inventario de Beck para la depresión). Está compuesto por 21 ítems, cada uno de los cuales se contesta a través de escalas tipo Likert con diferentes alternativas, y el sujeto tiene que marcar aquella opción adecuada a su caso.

El segundo cuestionario contenía también las cuatro primeras escalas del primer cuestionario, y además, se le añadieron los siguientes instrumentos:

Escala de Claridad del Recuerdo. Se trata de una Escala elaborada por nuestro equipo con el objetivo de medir la calidad y claridad del recuerdo del suceso. Consta de cuatro ítems como por ejemplo: «Recuerda a quién o qué personas comentó por primera vez lo ocurrido», «.....lo que estaba Ud. haciendo en ese momento», «.....lo que estaba Ud. haciendo una hora antes», «.....lo que hizo Ud. después de ocurrir el suceso». Cada ítem se contesta a través de una escala tipo Likert con una acotación entre 1 (Nada) y 5 (Mucho). Esta escala está inspirada en los trabajos sobre memorias destello (Ruiz Vargas, 1991).

Escala de Reparto Social. Basándonos en los trabajos de Rimé et al. (1991a), nuestro equipo confeccionó una serie de preguntas relativas a en qué medida el sujeto habla o comparte socialmente con otras personas acerca del suceso. Concretamente, el instrumento se compone de cuatro ítems y cada uno de ellos se responde a través de escalas tipo Likert. Los ítems presentan el siguiente contenido: «En qué medida ha contado o cuanto ha contado a otras personas el suceso», «Cuan- to o en qué medida ha querido contar a otros el suceso», «Con qué frecuencia habló sobre dicho suceso», «Ha hecho un esfuerzo para no contar- lo».

Escala de Evitación. Se trata de una escala elaborada también por nuestro equipo en base a los trabajos de Horowitz (1988), y está compuesta por tres ítems con el siguiente contenido: «He intentado borrar el suceso de mi memoria», «he intentado no hablar sobre ello» y «he intentado no pensar en ello». Cada ítem se contesta a través de una escala tipo Likert con una acotación entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre).

Escala de Reminiscencia. Este instrumento, elaborado también por nuestro equipo a partir de los trabajos de Horowitz (1988), está integrado

por cinco ítems referidos a los pensamientos involuntarios que presenta el sujeto acerca del hecho emocional traumático ocurrido, como por ejemplo: «Durante el último mes, he pensado en el suceso cuando no quería hacerlo, ...han irrumpido en mi mente imágenes acerca del suceso, ...cualquier cosa que me hiciera recordar el suceso me provocaba sentimientos fuertes e intensos, ...he tenido problemas para conciliar el sueño a causa de imágenes o pensamientos sobre el suceso que daban vueltas en mi cabeza», y por último, «desde que tuvo lugar la experiencia traumática, ¿tiende a reaparecer espontáneamente en su memoria?». Cada ítem se contesta a través de una escala tipo Likert, con un rango comprendido entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre).

Procedimiento

El primer cuestionario le fue administrado a las muestras 1, 2 y 3 en una sola sesión. Para la muestra 2, la administración volvía a repetirse a los 14 meses.

El segundo cuestionario le fue administrado a la muestra 4 en dos sesiones. Durante la primera sesión, los sujetos tenían que responder a la escala de afectividad, alexitimia y a la de trastornos de salud, y después, se les pedía que recordaran y escribieran durante 20 minutos bien sobre un suceso traumático o bien sobre un acontecimiento social sin relevancia. A continuación, se les administraban el resto de instrumentos que componían el cuestionario.

Transcurrido un período de tiempo de tres meses, se les volvía a administrar el mismo cuestionario, pero en esta ocasión los sujetos no escribían.

Resultados

Fiabilidad

Trabajando con la Muestra 1, hemos encontrado un coeficiente de consistencia interna o Alpha de 0.59 con la versión compuesta de 26 ítems. Eliminando los ítems 2, 7, 12 y 18 se obtuvo un Alpha de 0.67, mientras que para la Muestra 4 la fiabilidad test-retest para el TAS-26 es de $r=0.63$ transcurrido un intervalo de tiempo de tres meses. Además, los resultados confirman que el TAS-26 presenta una moderada consistencia interna (Alpha=0.67).

Validez Estructural

En lo referente a la validez estructural, un análisis factorial de mínimos cuadrados generalizados, rotación ortogonal, libre extrae 8 factores. Imponiendo cuatro factores, se reproducen las cuatro dimensiones encontradas por Taylor y cols. Un primer factor de pensamiento concreto,

que explica el 14.5% de la varianza, con ítems invertidos como por ejemplo: «hay que buscar las explicaciones profundas», «prefiero analizar los problemas antes que describirlos», etc., aunque hay un ítem de identificación de emociones mezclado. El segundo factor explica el 11.5% de la varianza y los ítems de mayor peso se refieren a la dificultad para identificar las emociones. El tercer factor explicaría el 5.3% de la varianza y está definido por ítems referentes al déficit de lenguaje afectivo. El cuarto factor explica el 4.5% de la varianza y está compuesto por los ítems invertidos referentes a la pobreza en fantasía.

Validez Concurrente

Afectividad y Síntomas físicos

Trabajando con la Muestra 1 y respecto a la validez concurrente, hemos encontrado que la puntuación de alexitimia se asocia con depresión (escala BDI de Beck, $r=0.14$, $p\leq 0.03$, $n=195$), con ansiedad (escala TMAS de Taylor, $r=0.29$, $p\leq 0.001$, $n=195$), y con una escala autoadministrada de total de enfermedades psicosomáticas creada por nuestro equipo a partir del DSM-III-R ($r=0.15$, $p\leq 0.02$, $n=195$). Por otro lado, la alexitimia correlaciona negativamente con la asistencia a consultas médicas/sanitarias ($r=-0.13$, $p\leq 0.03$, $n=195$) (Velasco y Páez, 1993).

Así también, hemos encontrado que en la Muestra 3 existe asociación entre la puntuación de alexitimia y depresión (escala BDI de Beck, $r=0.28$, $p\leq 0.05$, $n=36$), entre alexitimia y afectividad positiva ($r=-0.28$, $p\leq 0.04$, $n=36$), así como también entre alexitimia y ansiedad (Escala CSL-90, $r=0.35$, $p\leq 0.02$, $n=36$), mientras que trabajando con la Muestra 2 hemos confirmado la validez predictiva del TAS-26: a 14 meses, una alta puntuación de alexitimia predecía un peor estado afectivo en las enfermas de cáncer de mama en tratamiento ($r=-0.33$, $p\leq 0.01$, $n=43$, Gabaldón, Mayoral y Páez, 1993).

Por último, los resultados de la Muestra 4 confirman que el sujeto alexitímico presenta mayor afectividad negativa o peor estado de ánimo ($r=0.39$, $p\leq 0.01$), menor afectividad positiva ($r=-0.39$, $p\leq 0.01$), así como también una peor balanza de afectos tanto al inicio de la investigación ($r=-0.57$, $p\leq 0.01$) como transcurrido un período de tiempo de tres meses ($r=-0.33$, $p\leq 0.01$). Así también, la puntuación de alexitimia está asociada con problemas físicos —tanto al inicio de la investigación ($r=0.25$, $p\leq 0.01$) como tras un período de tres meses ($r=0.31$, $p\leq 0.01$)— y con síntomas somáticos ($r=0.22$, $p\leq 0.05$).

Alexitimia, Evitación y Comunicación Emocional o Reparto Social

En la Muestra 4, la alexitimia se asocia con los ítems de evitación del hecho traumático y social ($r=0.25$, $p\leq 0.01$ con «intentar borrar de la memoria»; $r=0.23$, $p\leq 0.05$ con «...no hablar sobre ello» y $r=0.26$, $p\leq 0.01$ «...no pensar en ello»). La asociación de la alexitimia con un indicador global de evitación es también positiva ($r=0.27$, $p\leq 0.01$).

Por el contrario, no parece que exista relación entre la alexitimia y los ítems de rumiación o reminiscencia (todas las correlaciones son menores que 0.12 y no significativas), lo cual cuestiona parte del marco teórico descrito anteriormente.

A mayor alexitimia menor reparto o compartir social. Concretamente, el sujeto alexitímico realiza un mayor esfuerzo para no hablar sobre el suceso ($r=0.22$, $p\leq 0.05$), y habla con menos frecuencia sobre él ($r=-0.28$, $p\leq 0.01$). Además, el sujeto alexitímico afirma contar en menor medida a otras personas el suceso ($r=-0.26$, $p\leq 0.01$) y no haber querido hablar sobre él ($r=-0.28$, $p\leq 0.01$).

En cuanto a la claridad del recuerdo, hemos encontrado que el sujeto alexitímico presenta una peor calidad y claridad de las circunstancias que rodearon al suceso. Así, el sujeto alexitímico afirma que no recuerda apenas a quién o con qué personas comentó lo ocurrido ($r=-0.26$, $p\leq 0.01$), y que tampoco recuerda qué estaba haciendo en el momento que ocurrió el suceso en cuestión ($r=-0.21$, $p\leq 0.05$).

Comparando la relación entre alexitimia, evitación y reparto social, se confirma que la asociación entre alexitimia y esfuerzo para no hablar es mayor cuando el sujeto escribe sobre un hecho traumático ($r(78)=0.25$, $p\leq 0.05$), que cuando escribe sobre un acontecimiento social ($r(31)=0.02$, $p\leq 0.10$). Sin embargo, la relación entre alexitimia y el índice global de evitación es similar cuando el sujeto escribe sobre un suceso traumático ($r=0.30$, $p\leq 0.01$) o cuando escribe sobre un acontecimiento social ($r=0.32$, $p\leq 0.10$).

El desarrollo de la Escala TAS-20

Aunque los resultados confirman en gran medida que el TAS-26 se revela como un instrumento útil, fiable y válido han aparecido datos que han obligado a su revisión. Así, a nivel teórico, los autores esperaban encontrar una moderada o positiva correlación entre los ítems que componían el TAS-26 y los cuatro factores extraídos tras el pertinente análisis factorial, pero observaron que el factor referente a la pobreza de la vida fantasmática (Factor 3) correlacionaba negativamente con la incapacidad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales

de la emoción (Taylor et al., 1985; Haviland, Hendryx, Cummings, Shaw y MacMurray, 1991).

Además, recientes investigaciones han confirmado que los cuatro Factores del TAS-26 correlacionan de forma diferente con medidas de ansiedad, depresión, somatización e introversión (Haviland et al., 1991; Kirmayer y Robbins, 1991).

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, Taylor y cols. (1992) revisaron el TAS-26 (TAS-R) y elaboraron un nuevo TAS compuesto por 23 ítems, pero al final, tras diversas investigaciones optaron por una versión de 20 ítems (TAS-20) (Bagby, Taylor y Parker, 1992).

Esta nueva escala (TAS-20) conserva trece ítems del TAS-26 inicial y los siete restantes son de nueva creación. La puntuación total obtenida por un sujeto está enmarcada dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico aquel sujeto que obtenga una puntuación global igual o superior a 61 en el TAS-20. En el Anexo final aparece la Escala TAS-20 y la forma de puntuación.

Las investigaciones realizadas confirman que presenta una aceptable consistencia interna ($\text{Alpha de Cronbach} = 0.81$) y una fiabilidad test-retest elevada a las tres semanas ($r=0.77$; $p<0.01$). Dado que se trata de una Escala muy reciente, sus autores plantean la necesidad de nuevas validaciones.

El Análisis Factorial extrae tres factores que reflejan las distintas características que subyacen al concepto de la Alexitimia; Factor 1: dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción; Factor 2: dificultad para describir los sentimientos a los demás; y Factor 3: estilo de Pensamiento orientado hacia lo externo.

Desaparece el Factor referente a la pobreza de la vida fantasmática, ya que los autores durante la revisión de la Escala TAS-26, eliminaron los ítems correspondientes a dicho factor porque correlacionaban positivamente con la deseabilidad social y presentaban bajas correlaciones entre los ítems que lo componían.

El Primer Factor está configurado por los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14 y explica el 12.60% de la varianza total y el 40.6 % de la Varianza común, mientras que el Segundo Factor está compuesto por los ítems 2, 4, 11, 12, 17 y explica el 9.63% de la Varianza total y el 31.1% de la Varianza común y, por último el tercer Factor engloba a los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20 y abarca el 8.75% de la Varianza total y el 28.2% de la Varianza común (Bagby et al., 1994).

Además, se ha encontrado que el TAS-20 correlaciona positivamente con la puntuación de alexitimia estimada a través del BIQ ($r= 0.53$, $p<=0.01$), con depresión ($r=0.36$, $p<=0.01$) y con neuroticismo ($r=0.27$,

$p < 0.05$), mientras que correlaciona negativamente con la capacidad para describir o contar los sentimientos ($r = -0.49$, $p < 0.01$), con la apertura psicológica ($r = -0.68$, $p < 0.01$) y con el esfuerzo para realizar abstracciones ($r = -0.55$, $p < 0.01$) (Bagby et al., 1994).

La validación y fiabilidad de la Escala TAS-20 versión castellana

Metodología

Muestra

La muestra está configurada por 32 hombres y 74 mujeres familiares de estudiantes de Psicología, con un rango de edad comprendido entre 21 y 63 años ($X = 33.7$, $SD = 9.81$), y es bastante heterogénea en cuanto a su composición.

Materiales

Se ha utilizado un cuestionario elaborado por las siguientes escalas:

P.A.N.A.S. (*Positive and Negative Affect Schedule*). Anteriormente descrito.

TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*). Se trata de una escala elaborada para medir la alexitimia. Está compuesta por 20 ítems y cada uno de ellos se contesta a través de una escala tipo Likert de 1 (fuertemente en desacuerdo) a 5 (fuertemente de acuerdo). Hay que invertir los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 antes de hacer el sumatorio total). Anteriormente, hemos detallado su fiabilidad y validez.

SMU-HQ (*Cuestionario de salud* elaborado por J. Pennebaker, D. Paez y C. Velasco, 1993). Anteriormente descrito.

Escala de Sucesos Traumáticos (Greenberg y Stone, 1992). Se trata de una lista compuesta por 11 sucesos de diferente grado de intensidad traumática, y el sujeto debe seleccionar de entre aquellos que le hayan ocurrido, aquel que para él haya sido más traumático.

Escala de Comunicación Emocional, Inhibición e Impacto del Hecho Traumático. Se trata de una escala elaborada por nuestro equipo, basada en Greenberg y Stone (1992) y en Rimé y cols. (1991a), y consiste en un conjunto de preguntas sobre el impacto del hecho traumático como por ejemplo: «En qué medida considera que el suceso es un tema personal. En qué medida considera que el suceso tiene un contenido emocional. En qué medida considera que el suceso tiene un gran significado. En qué medida considera que el suceso es un hecho grave. En qué medida considera que el suceso está aún afectando a su vida». Además, existe otro apartado que mide el grado y satisfacción con la comunicación

sobre el suceso como por ejemplo: «En qué medida ha contado a otras personas el suceso. Con cuántas personas habló acerca del suceso. Con qué frecuencia habló sobre dicho suceso». Por último, hay otros tres ítems referidos a la inhibición de la comunicación (ítems 5,11,12) como por ejemplo: «En qué medida ha controlado activamente contar el suceso a otras personas, en qué medida Ud. ha hecho un esfuerzo para no contarle. Ha hecho Ud. un esfuerzo de autocontrol, de evitación del suceso para no contarle, no hablar de ello. Habló Ud. acerca del suceso todo lo que deseaba hacerlo».

Todos los ítems que configuran esta Escala se contestan a través de escalas tipo Likert.

Procedimiento

A cada sujeto le fue administrado individualmente un cuestionario compuesto por los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, profesión, clase social), la Escala P.A.N.A.S. (versión último mes), posteriormente el TAS-20, después el cuestionario sobre salud (SMU-HQ) y la lista sobre los sucesos de vida y la Escala sobre comunicación emocional, inhibición e impacto del suceso traumático y, para finalizar, de nuevo la Escala P.A.N.A.S. (versión en estos momentos). El cuestionario fue administrado por seis estudiantes en prácticas de investigación de psicología social previamente entrenados.

Resultados

Fiabilidad

La prueba estadística realizada en la Escala TAS-20, nos confirma que dicha escala presenta una aceptable fiabilidad y consistencia interna ($\text{Alpha}=0.84$), mientras que los factores, los cuales detallaremos posteriormente, presentan unos coeficientes de fiabilidad también aceptables para el Factor 1 ($\text{Alfa}=0.80$) y Factor 3 ($\text{Alfa}=0.76$) y moderadamente bajo para el Factor 2 ($\text{Alfa}=0.60$).

Validez estructural

Tras realizar un Análisis Factorial de máxima verosimilitud se extraen tres factores. El Factor 1 aparece definido por la dificultad para identificar los sentimientos y explica el 27.6% de la Varianza total, mientras que el Factor 2 abarca el 10.4% de la Varianza total y se refiere al pensamiento operatorio y, por último, el Factor 3, hace referencia a la dificultad para describir los sentimientos y explicaría el 7% de la Varianza total.

Tabla 1. Análisis Factorial de la Escala TAS-20

ITEM	F1	F2	F3
<i>Dificultad para identificar los sentimientos</i>			
13. No se lo que sucede dentro de mí.	.75		
3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden.	.73		
7. A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales.	.70		
9. Tengo sentimientos que no identifico completamente.	.61		
14. A menudo no se por qué estoy enojado.	.60		
1. A menudo estoy confuso sobre qué es lo que siento.	.58		
12. La gente me pide que describa más o explique más como me siento	.42		
2. Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento.	.45		
<i>Pensamiento orientado hacia lo externo</i>			
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	.72		
8. Prefiero dejar que las cosas pasen que entender por qué son de esa manera.	.65		
15. Prefiero hablar con la gente sobre sus actividades cotidianas o diarias antes que de sus sentimientos.	.57		
17. Es difícil para mí revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más cercanos.	.53		
20. Buscar significados ocultos o profundos en películas u obras teatrales no te deja disfrutarlos.	.52		
10. Sentir sus emociones (saber y estar consciente de ellas) es muy importante.	.52		
18. Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio.	.44		
<i>Dificultad para describir los sentimientos</i>			
11. Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas.	.59		
5. Prefiero analizar los problemas antes que describirlos.	.54		
4. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos.	.52		
6. Cuando estoy alterado, no se si estoy triste, asustado o enojado.	.47		
2. Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento.	.47		
<i>Eigenvalue</i>	5.5	2.08	1.4
% Varianza Total	27.6	10.4	7.0

Validez Concurrente

Afectividad y Síntomas Físicos

Nuestros resultados confirman que el sujeto alexitímico presenta mayor afectividad negativa o peor estado de ánimo, tanto antes de inducirle a recordar el suceso —traumático en mayor o menor grado— ($r=0.26$, $p\leq 0.20$) como después de haberlo recordado ($r=0.31$, $p\leq 0.006$), así como también una menor afectividad positiva ($r=-0.24$, $p\leq 0.02$). Además, hemos encontrado que la alexitimia está asociada negativamente con la sintomatología física ($r=-0.19$, $p\leq 0.06$).

Comunicación Emocional, Reparto Social e Inhibición

Confirmando la validez concurrente del TAS-20, hemos comprobado que su puntuación correlaciona negativamente con el conjunto de ítems referidos al reparto social. Así, hemos encontrado que el sujeto alexitímico quiere en menor medida contar a otros el suceso recordado ($r=-0.45$, $p\leq 0.00$), además habló con menos personas sobre el hecho ($r=-0.19$, $p\leq 0.06$), habla con menos frecuencia sobre él ($r=-0.28$, $p\leq 0.01$), y ha contado en menor medida a otras personas el suceso recordado ($r=0.38$, $p\leq 0.001$).

Además, los resultados confirman que el sujeto alexitímico resta importancia o significado al suceso recordado ($r=-0.26$, $p\leq 0.01$), aunque considera que aún está afectando a su vida ($r=0.21$, $p\leq 0.04$), y realiza un esfuerzo importante para controlar activamente contar el suceso a otras personas ($r=0.52$, $p\leq 0.000$).

Además, los análisis de varianza realizados nos han permitido comprobar que existe un efecto de interacción entre la alexitimia y el grado de gravedad del suceso tanto para la inhibición comunicativa como para el reparto social. Concretamente, hemos encontrado que la inhibición se acentúa considerablemente cuando el sujeto presenta alta alexitimia y tiene que recordar un suceso de alta gravedad ($F(1,97)=5.14$, $p\leq 0.02$) y que por el contrario, son los sujetos no alexitímicos aquellos que más comparten socialmente sobre sucesos de vida muy graves ($F(1,90)=2.75$, $p\leq 0.09$).

FIGURA 1
EFFECTO DE LA ALEXITIMIA Y DEL GRADO DE GRAVEDAD DE SUCESO
EN LA INHIBICIÓN DE LA COMUNICACIÓN

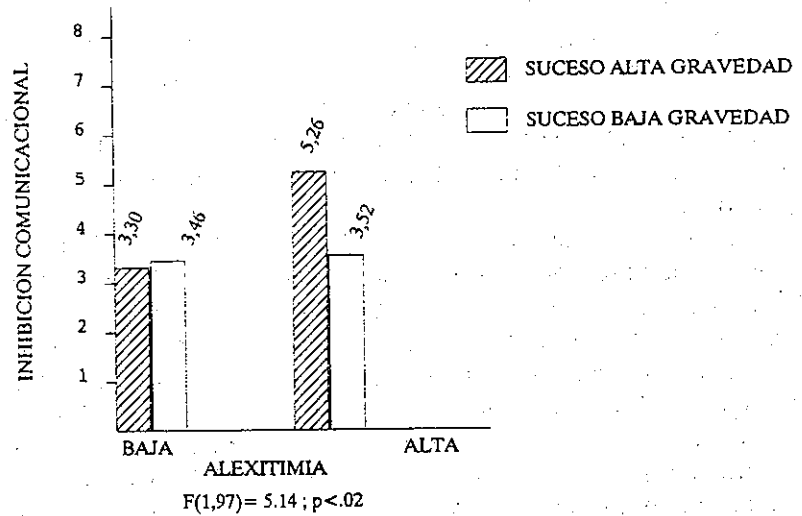
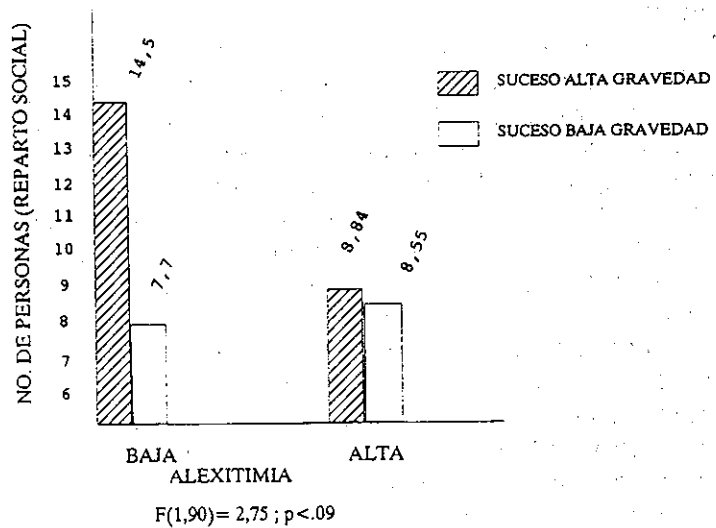


FIGURA 2
EFFECTO DE LA ALEXITIMIA Y DEL GRADO DE GRAVEDAD
DEL SUCESO EN EL REPARTO SOCIAL



Discusión

Tras la realización del presente estudio, los resultados indican que tanto el TAS-26 como el TAS-20 en versión en castellano, operacionalizan bien el concepto de la alexitimia y presentan una aceptable fiabilidad. Concretamente, hemos encontrado que el índice de fiabilidad del Tas-26 es ligeramente inferior al de la versión norteamericana (Taylor, 1988; Pedinielli, 1992), mientras que el índice de fiabilidad para el TAS-20 corrobora los resultados obtenidos por otros autores (Taylor et al., 1993). Así también, la fiabilidad test-retest, transcurrido un período de tiempo de tres meses, es también aceptable y similar a la obtenida en otras investigaciones.

Por lo que respecta a la Validez Interna, los análisis factoriales exploratorios realizados revelan cierta dispersión o heterogeneidad para los dos instrumentos. Tras imponer cuatro factores para el TAS-26 y tres factores en el TAS-20, nuestros resultados confirman, aunque de forma parcial, el conjunto de características que, a juicio de los investigadores, configuran el concepto de la alexitimia. Concretamente, trabajando con la muestra compuesta por 195 sujetos "normales", encontramos tres factores claramente definidos para la escala TAS-26. El primero de ellos estaría definido por la incapacidad para describir los sentimientos, mientras que el segundo factor se refiere al pensamiento orientado hacia lo externo y el último, correspondería a la pobreza de la vida fantasmática. Estos resultados corroboran en cierta medida los encontrados por otros investigadores (Taylor et al., 1988), ya que faltaría el cuarto factor referido a la dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.

Por el contrario, el análisis factorial realizado en la escala TAS-20 revela tres factores, aunque hay que subrayar que sólo el primer factor, referido a la dificultad para identificar los sentimientos, es idéntico en cuanto a su composición por items, a los encontrados por los autores de la escala original (Taylor et al., 1993, Bagby et al., 1994). Por lo que respecta a los otros dos factores, definidos respectivamente por el pensamiento orientado hacia lo externo y la dificultad para describir los sentimientos, hay que matizar que existen diferencias en los items que componen cada factor, si bien los items que presentan mayor peso factorial corresponden con la definición de cada factor.

En relación con la Validez Concurrente, los resultados confirman que la alexitimia está claramente asociada con la afectividad negativa y con la baja afectividad positiva, no siendo tan estable la relación entre alexitimia y sintomatología somática.

Además, los resultados muestran que el sujeto alexitímico presenta una marcada dificultad para comunicar sus sentimientos, es decir no

habla con los demás sobre el suceso ocurrido y realiza un control activo para no hablar sobre él. Así también, nuestras investigaciones confirman que no existe asociación entre alexitimia y reminiscencia, ni interacción entre la alta alexitimia y la gravedad del suceso en la aparición de problemas somáticos. Estos resultados confirman en parte el modelo teórico de la inhibición (Pennebaker, 1995) que propone que ante un suceso de vida traumático, el individuo alexitímico inhibe activamente y no comparte socialmente sobre él. Esta inhibición activa conlleva un gasto fisiológico que generará a largo plazo problemas de salud, y la asociación entre alexitimia y déficit de asimilación cognitiva del suceso ha tenido un cierto apoyo.

Tras lo anteriormente expuesto, podemos concluir que las dos escalas presentan moderada validez interna y clara validez concurrente con medidas de reparto social y con la afectividad negativa, así como con la inhibición comunicacional, pero la relación no es tan estable con la reminiscencia y con los trastornos somáticos.

Sin embargo, la alexitimia no se asocia a la rumiación por lo que parte del marco teórico antes descrito se ve cuestionado. Los resultados muestran que la alexitimia está relacionada sobre todo con el afrontamiento de inhibición intrapsíquico y con la inhibición de la comunicación entre las personas. De forma congruente con lo anterior, la inducción de confrontación con hechos traumáticos y sociales mejoraba el estado afectivo de los sujetos alexitímicos por encima de la mediana y disminuía la evitación cognitiva y conductual del suceso.

Referencias

- Apfel, R.J.-Sifneos, P.E. (1979): Alexithymia: concept and measurement, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A.-Taylor, G.J. (1991): Reassessing the reliability and validity of the MMPI Alexithymia Scale, *Journal of Personality Assessment*, 56, 238-253.
- Bagby, R.M.-Taylor, G.J.-Atkinson, L. (1988): Alexithymia: a comparative study of the three self-report measures, *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- Bagby, R.M.-Taylor, G.J.-Parker, J.D.A.-Loiselle, C. (1990): Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J. of Psychosomatic Res.*, 34, 47-51.
- Bagby, R.M.-Taylor, G.J.-Parker, J.D.A. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* (38), 1, 23-32.
- Bagby, R.M.-Taylor, G.J.-Parker, J.D.A. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Echeberria, A.-Paez, D. (1989): *Emociones. Perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.

- Flannery, J.G. (1977): Alexithymia, I: the communication of physical symptoms, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 133-140.
- Freedman, M.B.-Sweet, B.S. (1954): Some specific features of group psychotherapy and their implication for selection of patients, *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 355-368.
- Gabaldon, O.-Ortiz, A.-Romo, I.-Eguiluz, I.-Totorica, K. (1993): Enfermedad crónica grave, afrontamiento, soporte social y afectividad. En *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp.399-409) . Promolibro. Valencia.
- Gabaldon, O.-Mayoral, J.L.-Paez, D. (1993): Afectividad, apoyosocial, represión, alexitimia y grupos de apoyo. *Boletín de Psicología*, 41, 31-55.
- Garfinkel, P.E.-Garner, D.M. (1982): *Anorexia Nervosa: A multidimensional Perspective*. Brunner/Mazel, New York.
- Greenberg, M.A.-Stone, A.A. (1992): Emotional disclosure about traumas and its relation to health effects of previous disclosure and trauma severity, *Journal of Personality and Social Psychology* (63), 1, 75-84.
- Groen, J.-Bastiaans, J. (1951): *Grondslagen der klinische psychosomatiek*, Haarlem: Bohn.
- Haviland, M.G.-Hendryx, M.S.-Cummings, M.A.-Shaw, D.G.-MacMurray, J.P. (1991): Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 284-290.
- Horowitz, M.J. (1988): *Psychodynamics and cognition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kauhanen, J.-Julkunen, J.-Salonen, J.T. (1991): Alexithymia and perceived symptoms: criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 247-252.
- Kirmayer, L.J.-Robbins, J.M. (1991): What does the Toronto Alexithymia Scale really measure?, *Psychosomatic medicine*, 53, 222.
- Kleiger, J.H.-Kinsman, R.A. (1980): The development of an MMPI alexithymia scale, *Psychotherapy and psychosomatics*, 34, 17-24.
- Krystal, H. (Ed) (1968): *Massive Psychic Trauma*. International Universities Press, New York.
- Krystal, H. (1988): *Integration and Self-healing: affect, trauma, alexithymia*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lane, R.D.-Schwartz, G.E. (1987): Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lesser, I.M. (1985): Current concepts in psychiatry: alexithymia, *New England Journal of Medicine*, 312, 690-692.
- MacLean, P.D. (1949): Psychosomatic disease and "the visceral brain". Recent developments bearing on the Papez theory of emotion, *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Marty, P.-DE M'Uzan, M. (1963): La pensée opératoire, *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Nemiah, J.C.-Freyberger, H.-Sifneos, P.E. (1976): Alexithymia: a view of the psychosomatic process. En: Hill, O.W. (Ed), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol. 3, pp. 430-439, Butterworths, London.

- Nemiah, J.C.-Sifneos, P.E. (1970): Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En: Hill, O.W. (Ed), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol. 2, pp. 26-34, Butterworths, London.
- Norton, N.C. (1989): Three scales of alexithymia: do they measure the same thing?, *Journal of Personality Assessment*, 53, 621-637.
- Paez, D.-Basabe, N.-Valdosedra, M.-Velasco, C.-Iraurgi, I. (1995): Confrontation: Inhibition, Alexithymia and Health. En J.W. Pennebaker (Ed). *Emotion, Disclosure y Health*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Parker, J.D.A.-Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Thomas, S. (1991): Problems with measuring alexithymia, *Psychosomatics*, 32, 196-202.
- Pedinielli, J.L. (1992): *Psychosomatique et alexithymie*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Pennebaker, J.W. (1995): *Emotion, Disclosure y Health*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Poiavsky, A. (1945): Over psychomatische toestanden, *Geneesk*, 42-215.
- Rime, B.-Mesquita, B.-Philippot, P.-Boca, S. (1991a): Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion, *Cognition and Emotion*, 5, 435-466.
- Rime, B. (1993): Reminiscencias sociales y mentales de la experiencia emocional: Reparto Social, rumiación y memoria afectiva. En D. Páez, *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia. Promolibro.
- Ruesch, J.E. (1948): The infantile personality, *Psychosomatic Medicine*, 10-13.
- Ruiz Vargas, J.M. (1991): *Psicología de la memoria*. Madrid. Alianza.
- Sifneos, P.E. (1973): The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P.E. (1986): The Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 161-165.
- Taylor, G.J.-Ryan, D.P.-Bagby, R.M. (1985): Toward the development of a new self-report alexithymia scale, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M. (1988): The measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research, *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 351-366.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Ryan, D.P.-Parker, J.D.A.-Doody, K.F.-Keefe, P. (1988): Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Ryan, D.P.-Parker, J.D.A. (1990): Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 290-297.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Parker, J.D.A. (1990): A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence, *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Parker, J.D.A. (1991): The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine, *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Parker, J.D.A. (1992): The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.
- Taylor, G.J.-Bagby, R.M.-Parker, J.D.A.-Acklin, M.W. (1992): Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients, *J. of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.

- Taylor, G.J. (1992a): Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis, *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 20, 251-275.
- Taylor, G.J.-Parker, J.D.A. (1993): Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European journal of Personality*, 7, 221-232.
- Velasco, C.-Paez, D. (1993): Alexitimia: Una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp.195-237) . Valencia. Promolibro.
- Watson, D.-Clark, L.A.-Tellegen, A. (1988): Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology* (54), 6, 1063-1070.
- Zeitlin, S.B.-Lane, R.D.-O'Leary, D.S.-Schrift, M.J. (1989): Interhemispheric transfer deficit and alexithymia, *American Journal of Psychiatry*, 146, 1434-1439.

Anexo

Toronto Alexithymia Scale-26

(Taylor, G.J. y al. En Psychosomatic Medicine 50:500-509, 1988)

Escala de Alexitimia de Toronto TAS-26 Versión castellana de C.Velasco y D.Páez (1993)

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y, marque en qué medida Ud. está o no de acuerdo con cada una de ellas.

- 1 = Fuertemente en desacuerdo 4 = Moderadamente de acuerdo
2 = Moderadamente en desacuerdo 5 = Fuertemente de acuerdo
3 = Ni acuerdo ni desacuerdo

	1	2	3	4	5
1. Cuando lloro se siempre porqué	—	—	—	—	—
2. Fantasear o soñar despierto es una pérdida de tiempo	—	—	—	—	—
3. Deseo no ser tan tímido	—	—	—	—	—
4. A menudo estoy confuso sobre qué es lo que siento	—	—	—	—	—
5. A menudo sueño o fantaseo sobre el futuro	—	—	—	—	—
6. Hago amigos tan fácil como otros	—	—	—	—	—
7. Conocer las respuestas a los problemas es más importante que conocer las razones de estas o porqué se hicieron las preguntas	—	—	—	—	—
8. Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento	—	—	—	—	—
9. Me gusta que la gente sepa que tengo las ideas claras	—	—	—	—	—
10. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden	—	—	—	—	—
11. No es suficiente para mí saber que un trabajo se ha hecho; necesito saber cómo y porqué se hace así	—	—	—	—	—
12. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	—	—	—	—	—
13. Prefiero analizar los problemas antes que describirlos	—	—	—	—	—
14. Cuando estoy alterado no sé si estoy triste, asustado o enojado	—	—	—	—	—
15. Uso mucho mi imaginación	—	—	—	—	—
16. Paso mucho tiempo fantaseando o soñando despierto cuando no tengo nada más que hacer	—	—	—	—	—
17. A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales	—	—	—	—	—
18. Fantaseo pocas veces	—	—	—	—	—
19. Prefiero dejar que las cosas pasen que entender porqué son de esa manera	—	—	—	—	—
20. Tengo sentimientos que no identifico completamente	—	—	—	—	—
21. Sentir sus emociones (saber y estar consciente) y sus sentimientos es muy importante	—	—	—	—	—
22. Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas	—	—	—	—	—
23. La gente me pide que describa más o explique más como me siento	—	—	—	—	—
24. Uno debe buscar las explicaciones profundas de las cosas	—	—	—	—	—
25. No sé lo que sucede dentro de mí	—	—	—	—	—
26. A menudo no sé porqué estoy enojado	—	—	—	—	—

HAY QUE INVERTIR LOS ITEMS 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

TORONTO ALEXITHYMIA SCALE-20

(G.J. TAYLOR y al.(1994). En Journal of Psychosomatic Research (38), 1, 23-32.)

Escala de alexitimia de Toronto TAS-20 versión castellana de Velasco y Páez (1995)

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y, marque en qué medida Ud. está o no de acuerdo con cada una de ellas.

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1 = Fuertemente en desacuerdo | 4 = Moderadamente de acuerdo |
| 2 = Moderadamente en desacuerdo | 5 = Fuertemente de acuerdo |
| 3 = Ni acuerdo ni desacuerdo | |

	1	2	3	4	5
1. A menudo estoy confuso sobre qué es lo que siento	—	—	—	—	—
2. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden	—	—	—	—	—
3. Cuando estoy alterado no se si estoy triste, asustado o enojado	—	—	—	—	—
4. A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales	—	—	—	—	—
5. Tengo sentimientos que no identifico completamente	—	—	—	—	—
6. No se lo que sucede dentro de mi	—	—	—	—	—
7. A menudo no se porqué estoy enojado	—	—	—	—	—
8. Es difícil para mi encontrar las palabras exactas para describir lo que siento	—	—	—	—	—
9. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	—	—	—	—	—
10. Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas	—	—	—	—	—
11. La gente me pide que describa más o explique más cómo me siento	—	—	—	—	—
12. Es difícil para mi revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más cercanos	—	—	—	—	—
13. Prefiero analizar los problemas antes que describirlos	—	—	—	—	—
14. Prefiero dejar que las cosas pasen que entender porqué son de esa manera	—	—	—	—	—
15. Sentir sus emociones (saber y estar consciente) y sus sentimientos es muy importante	—	—	—	—	—
16. Prefiero hablar con la gente sobre sus actividades cotidianas o diarias antes que de sus sentimientos	—	—	—	—	—
17. Prefiero ver espectáculos suaves o ligeros que dramas psicológicos	—	—	—	—	—
18. Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio	—	—	—	—	—
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	—	—	—	—	—
20. Buscar significados ocultos o profundos en películas u obras teatrales no te deja disfrutarlos	—	—	—	—	—

HAY QUE INVERTIR LOS ITEMS 9, 13, 15, 18 Y 19.