

Influencia de la condición clínica en la relación entre la alexitimia y el reconocimiento emocional: un estudio dimensional

Manuel Sánchez-García¹, Francisco Martínez-Sánchez² y Carlos J. van der Hofstadt Román³

¹ Agencia Valenciana de Salud, ² Universidad de Murcia y ³ Universidad Miguel Hernández

Los resultados del presente estudio forman parte de una investigación dirigida a comprobar si el proceso cognitivo-emocional de reconocimiento de la propia emoción es deficitario en función de la condición clínica y la alexitimia en los sujetos que presentan somatizaciones. En dicha investigación se ha solicitado la autoevaluación de la propia emoción y se ha empleado un procedimiento donde se minimiza el empleo de habilidades y comprensión verbal. El objetivo específico del presente trabajo ha sido conocer el grado de covariación entre alexitimia y reconocimiento emocional en participantes clínicos y no clínicos. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre los participantes clínicos y los controles. Las correlaciones significativas se producen totalmente de forma inversa con la valencia afectiva en los participantes clínicos; mientras que es en las puntuaciones a la TAS-20 en los controles donde se producen correlaciones con la activación, de forma directa. En las conclusiones se discute si la variabilidad de los resultados de la investigación precedente de la relación entre la alexitimia y el reconocimiento emocional es una característica de esta relación, o si depende de los procedimientos y muestras empleados.

Influence of clinical status in the relationship between alexithymia and emotional recognition: A dimensional study. The results of this study are part of an investigation to determine whether the cognitive-emotional process of emotional recognition is deficient as a function of the clinical condition and alexithymia in subjects with somatization. This investigation applied the self-assessment of emotion and used a procedure that minimizes the use of verbal skills and verbal comprehension. The specific goal of this study was to verify whether there were differences in the covariation between alexithymia and self-evaluation of the emotional reaction in clinical and nonclinical subjects. The results of this study highlight the significant differences between clinical and control subjects. There were inverse significant correlations with the affective valence in clinical subjects, whereas in the ratings of the TAS-20 in control subjects, there were direct correlations with activation. In the conclusions, we discuss whether the variability of the results of previous research of the relationship between alexithymia and emotional recognition is a characteristic feature of this relationship or an effect of the different sampling and procedures utilized.

Este estudio forma parte de una línea de investigación dirigida a valorar la posible existencia de alteraciones en la identificación y evaluación afectiva en sujetos con somatizaciones. Este objetivo está motivado por la necesidad, propuesta por diversos autores, de contribuir al esclarecimiento de los procesos etiopatológicos que subyacen al malestar somático funcional (Kirmayer y Robbins, 1991; Sensky, 1994; Taylor, Bagby y Parker, 1997).

En esta línea, Taylor et al. (1997) proponen el estudio de la alexitimia, un trastorno de la regulación afectiva, caracterizado por la dificultad para identificar y expresar estados afectivos, como un factor de riesgo para padecer somatizaciones y otras alteraciones emocionales y orgánicas.

La revisión de la literatura científica no aporta evidencias empíricas que indiquen si en el trastorno por somatización se produce déficit del reconocimiento de emociones. En cambio, la investigación sobre la hipótesis de la alexitimia, como un trastorno específico del procesamiento de la información emocional, ha sido ampliamente validada como constructo. Así, se ha demostrado que los sujetos con altos niveles de alexitimia muestran dificultades para procesar información afectiva de carácter no lingüístico, para discriminar entre distintos estados emocionales, presentan dificultades en la propiocepción visceral de las manifestaciones fisiológicas asociadas a la activación emocional, muestran patrones atencionales particulares ante estímulos emocionales y presentan patrones específicos de activación en respuesta a estímulos afectivos (Aftanas y Varlamov, 2007; Aftanas, Varlamov, Reva y Pavlov, 2003; Berthoz et al., 2002; Martínez-Sánchez y Ato-García, 2011; Martínez-Sánchez, Montero y de la Cerra, 2002; Roedema y Simons, 1999; Wehmer, Brejnak, Lumley y Stettner, 1995).

El objetivo de este artículo es la verificación empírica de un potencial déficit en el procesamiento del reconocimiento emocio-

nal, considerando a la alexitimia como una variable dimensional, dentro de una investigación más amplia donde también se desarrolló un análisis de la comparación de medias, siendo entonces la variable alexitimia analizada de forma categorizada (Sánchez-García, 2010).

Nos ha parecido importante desarrollar la verificación del potencial déficit desde la comparación de medias y la correlación porque generan perspectivas diferentes, pero complementarias, del efecto de la alexitimia; como sugiere el trabajo de Luminet, Bagby y Taylor (2001) al proponer los conceptos de estabilidad absoluta y relativa. Por estabilidad absoluta se refieren a los cambios en el valor de la media de la alexitimia en una muestra clínica (antes y después de la aplicación de un tratamiento estándar ante la depresión), donde se han observado variaciones; igual que ocurre con las puntuaciones de las escalas de personalidad. Cuando Luminet et al. (2001) describen la estabilidad relativa de la alexitimia, hacen referencia a medidas de covariación, como los coeficientes de correlación. Respecto a la estabilidad relativa, en esa misma muestra clínica aprecian correlación positiva y alta en las puntuaciones en la TAS-20 al inicio del tratamiento y catorce semanas después. Estos autores concluyen que aunque las puntuaciones en alexitimia pueden cambiar cuando se producen importantes cambios en la gravedad de los síntomas de depresión, el hallazgo de la estabilidad relativa de la alexitimia apoya la visión de este constructo como un rasgo de personalidad estable, antes que un fenómeno dependiente del estado.

Para minimizar el efecto de posibles variables contaminadoras, para la obtención de los datos de este estudio y su posterior análisis se ha considerado importante: solicitar a los participantes de la muestra la autoevaluación de su propia emoción, se ha empleado un procedimiento experimental donde se minimiza el empleo de habilidades o comprensión verbal y han sido tenidas en cuenta las características sociodemográficas de la muestra; obteniendo un grupo de participantes controles con semejanzas a los clínicos.

Método

Participantes

La muestra global de este estudio (muestra I) está compuesta por dos grupos de participantes que suman un total de 119 individuos. Un primer grupo lo componen 47 sujetos clínicos; mientras que el otro está compuesto por 72 no-clínicos, que han sido incluidos como controles. La media de edad de esta muestra I es de 47,49 años ($\delta=10,67$). Siendo la media de los participantes clínicos de 48,17 ($\delta=8,68$) y de 49,96 años los controles ($\delta=11,74$).

Para maximizar el efecto de la diferencia de la condición clínica y la alexitimia se realizó un segundo proceso de análisis donde fueron excluidos del grupo de control 20 participantes que mostraron altos niveles de alexitimia (puntuaciones superiores a 60 puntos en la Escala de Alexitimia de Toronto) siguiendo el criterio de Taylor et al. (1997). Con esta reducción, el total de esta segunda muestra (muestra II) fue de 97 participantes. La media de edad de esta muestra II es de 47,1 años ($\delta=10,59$). Los controles de este grupo presentaban una media de 45,98 años ($\delta=11,99$).

En las tablas 1 y 2 se exponen los datos de composición de ambas muestras.

El criterio de inclusión como participante clínico fue ser paciente remitido a la Unidad de Salud Mental (USM) de Altabix en Elche (Alicante), perteneciente al servicio de salud público de

la Comunidad Valenciana, debido a la presencia de somatizaciones en la demanda de atención clínica. También fueron incluidos participantes derivados por otros motivos y que, tras la evaluación de psiquiatras o psicólogos, se decidió que la atención terapéutica debía estar centrada en las limitaciones que producen en la vida cotidiana del paciente la presencia de somatizaciones o de malestar físico. En el presente estudio se han utilizado los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002). El 34,04% ($n=16$) de los participantes clínicos fueron diagnosticados de trastorno somatomorfo indiferenciado, los diagnósticos de trastorno afectivo y adaptativo correspondieron al 27,65% cada uno ($n=13$ por cada diagnóstico); recibiendo el diagnóstico de trastornos de ansiedad el restante 10,63% de los sujetos ($n=5$).

Para la composición de este grupo de participantes clínicos se partió de una base de datos inicial de 105 pacientes de la USM

Tabla 1
Composición de la muestra-I (n: 119): datos de sexo y nivel de estudios de participantes clínicos y controles

Participantes clínicos			Participantes controles		
Sujetos n (%)	Sexo n (%)	Estudios n (%)	Sujetos n (%)	Sexo (n) (%)	Estudios n (%)
TOTAL M-I (100)	Hombres 12 (25,53)	BN 7 (58,33)	72 (100)	Hombres	BN 6 (46,15)
		PS 3 (25,00)		13 (18,05)	PS 5 (38,46)
	U 2 (16,66)		U 2 (5,38)		
	Mujeres 35 (74,46)	BN 18 (51,42)	Mujeres	BN 22 (37,28)	
PS 15 (42,85)		59 (81,94)	PS 28 (47,45)		
U 2 (5,71)		U 9 (15,25)			

Nivel de estudios: [BN] Bajo nivel o inferior a graduado, [PS] Primaria completa y hasta Secundaria, [U] Universitarios.
 χ^2 (Sexo: $\chi^2=0,958$; $p=0,328$; Edad: $\chi^2=8,013$; $p=0,046$; Nivel académico: $\chi^2=2,716$; $p=0,257$)

Tabla 2
Composición de la muestra-II (n: 97): datos de sexo y nivel de estudios de participantes clínicos y controles

Participantes clínicos			Participantes controles		
Sujetos n (%)	Sexo n (%)	Estudios n (%)	Sujetos n (%)	Sexo (n) (%)	Estudios n (%)
TOTAL M-II (100)	Hombres 12 (25,53)	BN 7 (58,33)	50 (100)	Hombres	BN 4 (36,36)
		PS 3 (25,00)		11 (22)	PS 5 (45,45)
	U 2 (16,66)		U 2 (18,18)		
	Mujeres 35 (74,46)	BN 18 (51,42)	Mujeres	BN 12 (30,76)	
PS 15 (42,85)		39 (78)	PS 19 (48,71)		
U 2 (5,71)		U 8 (20,51)			

Nivel de estudios: [BN] Bajo nivel o inferior a graduado, [PS] Primaria completa y hasta Secundaria, [U] Universitarios.
 χ^2 (Sexo: $\chi^2=0,167$; $p=0,683$; Edad: $\chi^2=7,81$; $p=0,05$; Nivel académico: $\chi^2=5,316$; $p=0,07$)

de Altabix, a los que se les había ofrecido la opción terapéutica de participar en un taller grupal cognitivo-conductual dirigido a pacientes con somatizaciones y trastornos funcionales entre los años 1999 y 2008. Para ampliar el número de participantes clínicos se ofreció la participación voluntaria en este estudio a los pacientes que cumplieran los mismos criterios diagnósticos, y que estaban acudiendo en los días de la aplicación del procedimiento a las consultas de la USM de forma individual con distintos profesionales.

La selección de los participantes no-clínicos se realizó atendiendo a estrictos criterios de inclusión y exclusión, relacionados con aspectos clínicos, psicológicos y sociolaborales. Fueron incluidos aquellos candidatos que no precisaran atención médica o que consultaran a su médico por un trastorno físico leve (criterio clínico). También debían declarar que no se sentían limitados en su vida cotidiana (criterio sociolaboral). En todo caso, era determinante que el candidato manifestara no estar preocupado por su estado de salud (criterio psicológico).

Los criterios de exclusión englobaban a personas con enfermedades somáticas o mentales crónicas o agudas de gravedad, cuidadores de un familiar próximo que padeciera alguna enfermedad crónica o aguda grave y personas que declararan estar o acabaran de dejar de estar en situación de baja laboral prevista para más de un mes. En cualquier caso, era suficiente motivo de exclusión que el candidato manifestara estar preocupado por su estado de salud.

Instrumentos

Estímulos evocadores

Para la tarea de inducción y reconocimiento de emociones se ha empleado el material fotográfico de la base de imágenes afectivas del «International Affective Picture System» (IAPS; Lang, Bradley y Cuthbert, 1997). El IAPS fue desarrollado por el Centro para la Emoción y la Atención (CSEA) del Instituto Nacional para la Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en la Universidad de Florida.

Se seleccionaron 33 imágenes del IAPS (CSEA-NIMH, 1994); tres de ellas fueron elegidas para utilizar como ejemplos. Dichas imágenes han sido elegidas en función del nivel de puntuación en valencia afectiva (alta, media y baja) y activación (alta y media o medio-baja). Con estos estímulos también se han elaborado valores normativos españoles (Moltó et al., 1999). La combinación de dichos niveles de puntuación permite una clasificación de estos estímulos en seis grupos o categorías de estímulos emocionales; seleccionándose cinco imágenes por categoría. La tabla 3 recoge las categorías mencionadas, los valores que las definen y la selección de imágenes que componen cada categoría.

Registro de autoevaluación

El sistema de evaluación se ha basado en el Self Assessment Manikin (SAM), en versión de papel y lápiz. Este sistema de valoración de afectividad, ideada por Lang (1980), emplea un diseño gráfico que representa los valores de las dimensiones a evaluar en una escala continua, donde el sujeto indica su reacción emocional. Junto a las hojas de registro también fue incluida una hoja donde se solicitaban datos de identificación y sociodemográficos y una segunda hoja para el consentimiento informado en la par-

Tabla 3
Categorías de clasificación de los estímulos del IAPS seleccionados, en relación a los valores en valencia afectiva y activación de la muestra normativa del CSEA del NIMH (1994)

		Valencia afectiva		
		Alta (>6)	Neutra o media (4-6)	Baja (<3.5)
		G1	G2	G3
Activación	Alta (>5.5)	(5629-8030-8370-8470-8501)	(1931-5920-5950-7640-8160)	(2730-3170-6212-6550-7380)
	Media y Media-baja (3-5)	(2057-2340-2530-5831-8461)	(5900-5500-7182-7190-7170)	(2205-2490-9000-9220-9280)

G1 a G6: Grupos o categorías emocionales de imágenes, clasificadas por su puntuación media en el grupo normativo en los distintos niveles de valencia y activación. (Entre paréntesis se consigna el número de imagen IAPS incluida en cada apartado)

ticipación en el experimento y para el uso de sus datos en esta investigación.

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20)

Esta escala está compuesta por tres factores que evalúan la dificultad para identificar sentimientos (factor I), la dificultad para describir sentimientos a los demás (factor II) y el pensamiento orientado a lo externo (factor III). La escala presenta una buena consistencia interna (alfa de Cronbach= 0,81) y fiabilidad test-retest ($r= 0,77$) en un intervalo de tres semanas (Taylor et al., 1997). La estabilidad y la replicabilidad de esta estructura de tres factores ha sido ampliamente replicada en poblaciones clínicas y no-clínicas (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993). En el presente estudio se utilizó la versión española de la escala TAS-20, adaptada al castellano por Martínez-Sánchez (1996), que demostró poseer una elevada consistencia interna (Cronbach= 0,78) y una alta confiabilidad test-retest, medida en un período de 19 semanas ($r= 0,71$, $p<0,001$); valores comparables con los registrados en los estudios de Taylor et al. (1997).

Procedimiento

La presentación de estímulos se realizó en el centro de salud de Altabix en Elche (Alicante), bajo condiciones controladas que facilitarían el adecuado desarrollo de la prueba, aislando a los participantes de distractores y estimulación que pudieran interferir durante su ejecución. En la aplicación se ha seguido estrictamente el manual técnico desarrollado por Lang et al. (1997). Se presentaron las imágenes, mediante un proyector Epson EMP-TW10H, sobre una pantalla de 1,5 metros de ancho y 1,14 de alto, situada a 4 metros de distancia de los participantes. Se balanceó el orden de presentación de las imágenes de forma aleatoria, realizando 13 órdenes de sucesión de imágenes distintos para 28 presentaciones.

Se controló la variable «lateralidad», descartando las autoevaluaciones de los participantes zurdos de la muestra, siguiendo la recomendación expresa de Parker, Taylor y Bagby (1993).

Análisis de datos

Esta investigación se ha realizado siguiendo un «diseño cuasi-experimental de dos grupos de participantes, clínicos y controles, apareados por las variables de sexo, edad y estudios. La edad fue categorizada en cuatro niveles (1: mayores de 60 años. 2: de 60 a 45. 3: de 44 a 30. 4: menores de 30). La variable estudios fue categorizada en tres niveles, como queda definida en las tablas 1 y 2.

Para comprobar la relación entre la alexitimia y el reconocimiento emocional se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de autoevaluación de la reacción emocional y las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de alexitimia TAS-20 por los participantes.

Para este análisis estadístico se han calculado diversas variables de la puntuación correspondiente a la autoevaluación de los participantes de su reacción emocional ante los estímulos evocadores. Son las variables grupales que representan a la media de las puntuaciones ante determinadas imágenes:

- Global de los estímulos: «valencia total» y «activación total».
- Niveles de las dimensiones afectivas: «valencia alta», «valencia neutra» y «valencia baja» para las puntuaciones a los niveles altos, neutros y bajos de la dimensión de valencia; «activación alta» y «activación MB» para los niveles alto y medio-medio bajo de la dimensión de activación.
- Categorías específicas: denominadas con el término «valencia» o «activación», seguido del nombre de la categoría específica.

Para los criterios de los diversos niveles y categorías puede ser consultada la mencionada tabla 3.

Las variables obtenidas de las puntuaciones a la TAS-20 han sido:

- TAS-G: puntuación al total de la escala.
- TAS-I: puntuación en el factor I.
- TAS-II: puntuación en el factor II.
- TAS-III: puntuación en el factor III.

Resultados

La tabla 4 muestra las correlaciones entre las diversas variables de autoevaluación y las diferentes puntuaciones de la TAS-20. No han sido expuestas las correlaciones entre los factores de la TAS-20 entre sí, pese a ser significativas, por exceder su análisis a la finalidad de este trabajo. No obstante, puede destacarse que estas puntuaciones muestran una previsible alta significación estadística entre el factor general de la TAS-20 y los subfactores TAS-I, TAS-II y TAS-III ($p < 0,01$). Destaca la menor significación estadística entre el factor III y los otros dos restantes ($p < 0,05$).

Con respecto a las relaciones entre las autoevaluaciones de la reacción emocional y las puntuaciones de la TAS-20, los factores II y III no presentan relaciones significativas con ninguna de las puntuaciones de autoevaluación de los participantes. Todas las relaciones significativas se producen en TAS-G y TAS-I, siendo esta última variable a la que más correlaciones significativas se asocian. Puede comprobarse cómo en la muestra II se producen más relaciones significativas, indicando que la ausencia de los con-

troles alexitímicos en esta muestra potencia este efecto y, por tanto, que su presencia en la muestra I compensa estas diferencias. Es de destacar que casi todas las correlaciones significativas son inversas con valencia y directas con activación.

En la tabla 5 se presentan los resultados, diferenciando las correlaciones encontradas en los participantes clínicos y en los controles. Se puede apreciar que los patrones de relación son diferentes. Además de la clara diferencia en los participantes controles de la muestra I y II, donde se aprecia de nuevo el incremento de las correlaciones significativas al retirar los datos de los controles alexitímicos, se puede comprobar que los participantes clínicos se diferencian de los controles en la correlación inversa en las variables «valencia_G3», «valencia_G6», «valencia_baja» y «valenciatotal». De hecho, las correlaciones significativas en los participantes clínicos son únicamente con valencia y en sentido inverso; es decir, a mayor alexitimia, menor valencia estimada (se consideran las imágenes menos agradables). Las únicas correlaciones con la dimensión de activación se producen en los participantes controles y son directas en las imágenes del G5 (valencia neutra y media-baja activación) y en el nivel de activación medio-bajo (activación MB). Las imágenes agradables de los grupos 1 y 4 (activación alta y medio-baja) muestran relación inversa con alexitimia en los controles. Estos participantes muestran una única excepción en las relaciones con las variables, ofreciendo una relación directa con valencia (consideran más agradable la imagen a mayor alexitimia) en las imágenes del G3 (valencia baja y alta activación).

Tabla 4
Correlaciones por muestras (globales)

	Muestra-I		Muestra-II	
	TAS-G	TAS-I	TAS-G	TAS-I
valencia_G1	-0,044	-0,07	-0,097	-0,133
valencia_G2	-0,078	-0,079	-0,008	-0,022
valencia_G3	-0,027	-0,114	-0,008	-0,106
valencia_G4	-0,161	-0,152	-245*	-214*
valencia_G5	-0,179	-223*	-0,177	-216*
valencia_G6	-0,045	-0,102	-0,135	-0,184
activación_G1	-0,074	-0,055	-0,181	-0,113
activación_G2	-0,008	0,004	-0,09	-0,055
activación_G3	0,058	0,11	0,037	0,099
activación_G4	-0,015	0,015	-0,049	0,000
activación_G5	265**	314**	0,175	261**
activación_G6	0,115	0,148	0,176	209*
valenciatotal	-0,152	-206*	-0,173	-229*
activacióntotal	0,065	0,108	0,003	0,073
valencia alta	-0,114	-0,127	-0,191	-0,200
valencia neutra	-0,149	-0,172	-0,097	-0,127
valencia baja	-0,041	-0,121	-0,082	-0,162
activación alta	-0,013	0,018	-0,096	-0,034
activación MB	-0,155	206*	0,131	202*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 5
Correlaciones clínicos-contróles

	Contróles-I		Contróles-II		Clínicos	
	TAS-G	TAS-I	TAS-G	TAS-I	TAS-G	TAS-I
valencia_G1	-0,024	-0,068	-0,229	-,336*	-0,014	-0,027
valencia_G2	-0,136	-0,108	0,057	0,084	-0,024	-0,074
valencia_G3	0,116	0,073	,314*	0,239	-0,226	-,349*
valencia_G4	-0,125	-0,122	-,426**	-,347*	-0,151	-0,131
valencia_G5	-0,102	-0,165	-0,076	-0,144	-,311*	-,331*
valencia_G6	0,194	0,151	0,189	0,134	-0,256	-,315*
activación_G1	0,003	0,034	-0,069	0,093	0,066	0,068
activación_G2	0,114	0,129	0,045	0,108	-0,027	-0,011
activación_G3	0,029	0,072	-0,018	0,060	0,164	0,224
activación_G4	0,044	0,080	0,146	0,222	0,072	0,096
activación_G5	,405**	,483**	0,201	,424**	0,075	0,108
activación_G6	-0,016	0,038	0,030	0,130	0,220	0,224
valenciatotal	-0,054	-0,097	-0,039	-0,098	-0,236	-,298*
activacióntotal	0,128	0,186	0,068	0,216	0,124	0,152
valencia alta	-0,088	-0,118	-,399**	-,436**	-0,084	-0,083
valencia neutra	-0,159	-0,164	0,012	0,004	-0,189	-0,233
valencia baja	0,183	0,134	0,278	0,205	-0,263	-,362*
activación alta	0,060	0,094	-0,015	0,101	0,076	0,107
activación MB	0,186	,262*	0,161	,326*	0,174	0,197

* p<0,05; ** p<0,01

Discusión y conclusiones

Dentro de una investigación motivada en conocer si el proceso cognitivo-emocional de reconocimiento emocional es patológico en los sujetos que presentan somatizaciones, se planteó como objetivo verificar si hay diferencias entre sujetos clínicos y controles en la autoevaluación de la reacción emocional ante imágenes inductoras de emociones y la relación que presentaban estas autoevaluaciones con la alexitimia. En esta investigación fue realizado un análisis de la comparación de medias y un segundo análisis (que justifica el presente trabajo) desarrollado sobre la covariación entre las respuestas de autoevaluación y las medidas en alexitimia de los participantes. Como sugieren Luminet et al. (2001) con su descripción de la estabilidad absoluta y relativa de la alexitimia, la complementariedad de ambos análisis parece necesaria para una comprensión completa del proceso cognitivo-emocional de reconocimiento de emociones.

Los resultados del análisis de la relación de la alexitimia con la autoevaluación de la reacción emocional en este trabajo muestran diversas diferencias significativas. Considerando al global de los participantes, las correlaciones indican que la alexitimia se relaciona de una forma directa con la activación y de forma inversa con la valencia. Pero este resultado presenta diversas matizaciones de importancia:

En primer lugar, este resultado dimensional del total de la muestra no se corresponde con la ausencia de diferencias significativas en el análisis de categorías establecidas por niveles de alexitimia

en el análisis de medias. Es decir, esta tendencia global que indica el análisis de correlaciones no ha sido determinante, en el análisis de la comparación de medias, para producir diferencias significativas entre participantes con distinto nivel de alexitimia, sin considerar la condición clínica; tampoco entre clínicos y controles. Si ambos análisis hubieran demostrado diferencias estadísticamente significativas entre clínicos y controles o entre sujetos alexitímicos o no alexitímicos, podríamos definir estos resultados como potencialmente indicadores de una alteración o patología asociada a la alexitimia.

En segundo lugar, esta impresión global es distinta si analizamos los datos partiendo de la tabla 5. Los resultados nos indican que los patrones de relación son claramente diferentes en participantes clínicos y controles. Primero, los sujetos clínicos aprecian de forma más intensamente negativa la valencia del total de imágenes y de las fotografías de valencia negativa (grupos de imágenes 3 y 6). Segundo, la autoevaluación de las imágenes neutras de activación medio-baja (G5) es complementaria en participantes clínicos y controles; mientras que los clínicos las valoran menos atractivas, son los controles los que las consideran más activadoras. Tercero, ambos grupos de participantes aprecian menos agradables las imágenes de valencia positiva (valencia_G1 y G4 y valencia alta), pero son los participantes controles no alexitímicos los que muestran una relación inversa significativa estadísticamente. Finalmente, la correlación de las puntuaciones de autoevaluación en valencia de los controles es directa en las imágenes G3 (baja valencia, alta activación), ofreciendo los clínicos una relación inversa estadísticamente significativa ante esas fotografías. Esta última diferencia de respuesta entre clínicos y controles es la única que ha sido avalada por el análisis de medias; de forma específica en los participantes con puntuaciones en la TAS-20 entre 52 y 60 (Sánchez-García, 2010).

En tercer lugar, también se producen diferencias entre los participantes controles en función del nivel de alexitimia, como indican los resultados según la presencia o ausencia de participantes alexitímicos (contróles I frente a II).

Las puntuaciones de los participantes controles-I de este trabajo refrendan los resultados obtenidos en la investigación precedente que emplea el IAPS en muestras no clínicas, que informan de mayor activación en los sujetos alexitímicos de forma estadísticamente significativa (Roedema y Simons, 1999; Wehmer et al., 1995). Pero los resultados de los participantes clínicos no avalan estos precedentes. Esta diferencia puede estar mostrando una variabilidad de la relación entre la alexitimia y la autoevaluación de la reacción emocional en sí misma o, lo que es más probable, el diferente efecto de variables tales como la condición clínica, el nivel de formación y la edad de los participantes. Estas variables han sido controladas en nuestro estudio y consideramos que han sido determinantes en los resultados.

Como conclusión más importante de este estudio destacamos los diferentes patrones de relación entre participantes clínicos y controles. Muchos de los resultados de los estudios que han investigado la alexitimia han de valorarse con ciertas precauciones, debido a la variedad de estímulos emocionales y procedimientos experimentales empleados (Sánchez-García, 2010). Podríamos realizar inferencias erróneas al comparar resultados de estudios que emplean la implicación de diferentes procesos psicológicos en las tareas solicitadas a los sujetos, pudiendo producirse un «enmascaramiento de alteraciones cognitivas» (Maestu et al., 2005), como puede ocurrir al utilizar procedimientos con fuerte carga verbal en

sujetos con un demostrado déficit en la comprensión o las habilidades verbales (Kroner y Forth, 1995; Lamberty y Holt, 1995; Valdés, Jódar, Ojuel y Sureda, 2001). Un gran número de trabajos emplea muestras de universitarios jóvenes, con la dificultad que supone para generalizar los resultados a la población general y clínica.

Taylor et al. (1997) remarcan que la alexitimia no es un fenómeno categórico, sino dimensional (o rasgo de personalidad) que se distribuye normalmente en la población general. Al comparar los resultados de este trabajo con el análisis de medias de la investigación que engloba el presente estudio (Sánchez-García, 2010), podríamos concluir que no se determina la presencia de un déficit absoluto, sino que encontramos una relación dimensional de la alexitimia con el reconocimiento emocional. Esta relación muestra un déficit relativo de los controles no alexitímicos ante los estímulos agradables, pero no en los alexitímicos. También nos indica que los participantes controles refieren sentirse más activados ante las emociones inducidas a mayor alexitimia. En cambio, en los participantes clínicos, la alexitimia se relaciona con una valoración

más intensamente negativa de la valencia de los estímulos desagradables (valencia_G3 y G6, valencia baja) y de las imágenes de valencia neutra (G5). Es decir, no todo alexitímico presenta las mismas características en el reconocimiento emocional; pareciendo ser determinante la condición clínica en la forma como se relaciona la alexitimia con el reconocimiento emocional. Esto es un serio aviso a la generalización de los resultados de los estudios con muestras no-clínicas a poblaciones clínicas; también a las conclusiones al propio proceso de reconocimiento emocional, en el que parece evidente que participa la condición clínica de los sujetos (estado físico y emocional).

En futuras investigaciones se recomienda el empleo de la puntuación del factor I de la TAS-20 (dificultad para identificar sentimientos) porque están asociadas a mayor número de relaciones significativas. También consideramos que debe realizarse una interpretación prudente de los resultados, diferenciando la condición clínica o no clínica de la muestra, así como la edad y el nivel de formación de los sujetos participantes.

Referencias

- Aftanas, L.I., y Varlamov, A.A. (2007). Effects of alexithymia on the activity of the anterior and posterior areas of the cortex of the right hemisphere in positive and negative emotional activation. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37(1), 67-73.
- Aftanas, L.I., Varlamov, A.A., Reva, N.V., y Pavlov, S.V. (2003). Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters*, 340(1), 57-60.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., y Parker, J.D.A. (1994). The twenty-Item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Center for the Study of Emotion and Attention [CSEA-NIMH] (1994). The international affective picture system [photographic slides]. Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Kirmayer, L.J., y Robbins, J.M. (1991). Introduction: Concepts of somatization. En L.J. Kirmayer y J.M. Robbins (Eds.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (pp. 1-19). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kroner, D.G., y Forth, A.E. (1995). The Toronto Alexithymia Scale with incarcerated offenders. *Personality and Individual Differences*, 19(5), 625-634.
- Lamberty, G.J., y Holt, G.S. (1995). Evidence for a verbal deficit in alexithymia. *Journal of Neuropsychiatry*, 7(3), 320-324.
- Lang, P.J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J.B. Sidowski, J.H. Johnson y T.A. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-167). Norwood, NY: Ablex.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., y Cuthbert, B.N. (1997). International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings (Tech. Rep. No. A-4). Gainesville, FL: University of Florida, The Center for Research in Psychophysiology. Recuperado de <http://www.unifesp.br/dpsicobio/adap/instructions.pdf>.
- Luminet, O., Bagby, R.M., y Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
- Maestu, F., González-Marqués, J., Marty, G., Nadal, N., Cela-Conde, C.J., y Ortiz, T. (2005). La magnetoencefalografía: una nueva herramienta para el estudio de los procesos cognitivos básicos. *Psicothema*, 17(3), 459-464.
- Martínez Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., y Ato, M. (2011). Sympathetic reactivity to experimentally induced stress in alexithymia. *Anales de Psicología*, 27(3), 757-762.
- Martínez-Sánchez, F., Montero Martínez, J.M., y de la Cerra, J. (2002). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 14(2), 344-349.
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M.C., Tormo, M.P., Ramírez, I., Hernández, M.A., Sánchez, M., Fernández, M.C., y Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 55-87.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., y Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.
- Roedema, T.M., y Simons, R.F. (1999). Emotion-processing deficit in alexithymia. *Psychophysiology*, 36, 379-387.
- Sánchez-García, M. (2010). Alexitimia y reconocimiento de emociones, inducidas experimentalmente, en sujetos que presentan somatizaciones. Disertación doctoral no publicada, Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Sensky, T. (1994). Somatization: Syndromes or processes? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 1-3.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexitimia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Valdés, M., Jódar, I., Ojuel, J., y Sureda, B. (2001). Alexithymia and verbal intelligence: A psychometric study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(5), 338-342.
- Wehmer, F., Brejnak, C., Lumley, M., y Stettner, L. (1995). Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 351-357.