

**ALEXITIMIA, AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO, Y  
REACTIVIDAD AL ESTRÉS:  
RELACIONES CON SINTOMATOLOGÍA  
SOMÁTICA Y ENFERMEDAD**

**Bonifacio Sandín  
Miguel A. Santed  
Paloma Chorot  
Rosa Valiente**

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**RESUMEN**

*El presente estudio analiza las relaciones entre alexitimia (Taylor Alexithymia Scale, TAS), afectividad (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS), reactividad al estrés (Índice de Reactividad al Estrés, IRE), y medidas de autoinforme de síntomas y condiciones somáticas (Escala de Síntomas Somáticos, ESS) y del número de enfermedades. Los cuestionarios fueron cumplimentados por ciento veintiocho estudiantes universitarios. La alexitimia, el afecto negativo y la reactividad al estrés correlacionaron positivamente entre sí y con sintomatología somática. El afecto positivo se relacionó de forma negativa con alexitimia. El afecto negativo predijo los síntomas somáticos con mayor precisión que la reactividad al estrés o la alexitimia. Son comentadas las posibles implicaciones de considerar las dimensiones de alexitimia, así como también la distinción entre indicadores subjetivos y objetivos de la salud.*

**Palabras clave:** ALEXITIMIA, SÍNTOMAS SOMÁTICOS, AFECTO POSITIVO, AFECTO NEGATIVO, REACTIVIDAD AL ESTRÉS, SALUD.

## SUMMARY

*The present study examines the relationships between alexithymia (Toronto Alexithymia Scale, TAS), affectivity (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS), stress reactivity (Índice de Reactividad al Estrés, IRE), and self-*

*report measures of somatic symptoms and conditions (Escala de Síntomas Somáticos, ESS) and number of diseases. One hundred and twenty eight undergraduates completed the questionnaires. Alexithymia, negative affect and stress reactivity correlated positively with each other and with somatic conditions. Positive affect correlated negatively with alexithymia. Negative affect predicted somatic complaints more accurately than did stress reactivity or alexithymia. Implications for dimensions of alexithymia and for a distinction between subjective and objective indicators of health were discussed.*

**Key words:** ALEXITHYMIA, SOMATIC SYMPTOMS, POSITIVE AFFECT, NEGATIVE AFFECT, STRESS REACTIVITY, HEALTH.

El estudio de las relaciones entre el estrés y la salud, tanto física como emocional, ha experimentado un importante desarrollo durante los últimos quince años. Una de las orientaciones que más interés ha suscitado parte de la idea general de que ciertas características psicológicas (rasgos, estilos de conducta, etc.) predisponen a trastornos o enfermedades físicas específicas. Esta perspectiva, que ha consolidado en la literatura científica el concepto de "personalidad predispuesta a la enfermedad" (*disease-prone personality*) (Friedman y Booth-Kewley (1987), ha sido duramente cuestionada en épocas recientes (Stone y Costa, 1990). Como han sugerido Stone y Costa, la información presentada en la publicación de Friedman y Booth-Kewley (1987), más que apoyar el concepto de personalidad predispuesta a la enfermedad, como dichos autores pretenden, lo que hace es fortalecer una hipótesis alternativa defendida entre otros por Watson y Pennebaker (1989) conocida como "personalidad predispuesta al distrés" (*distress-prone personality*).

Aunque la angustia (concepto que viene a significar un estado agudo o crónico de malestar psicológico caracterizado por presentar componentes de emocionalidad negativa como ansiedad, depresión y/o ira) ha sido asociado a los síntomas somáticos autoinformados por el individuo, su asociación con la enfermedad física ha sido más discutida (Costa y McCrae, 1987; Watson y Pennebaker, 1989). Estos autores han sugerido que tanto los factores que predisponen la angustia (p.ej., neuroticismo), como los componentes de la propia angustia crónica (p.ej., ansiedad, depresión e ira), se asocian a fenómenos subjetivos (angina de pecho, síntomas somáticos, etc.) más que a signos objetivos de salud (isquemia coronaria, tumor, etc.). Sin embargo, cabe afirmar que, al hablar de salud, los factores subjetivos son tan importantes como los objetivos. Además del malestar y sufrimiento que pueden producir los síntomas (es decir, fenómenos subjetivos) asociados a la salud, existe evidencia de que las personas acuden al médico, adoptan el role de enfermo, consumen medicamentos y hacen uso de los servicios sanitarios movidos en gran medida por la mera presencia de síntomas somáticos y de ansiedad (Mechanic, 1972; Taylor, 1995). Es decir, aparte de que los síntomas somáticos autoinformados, y en cierto modo la ansiedad, puedan predecir la presencia de enfermedades (Friedman y Booth-Kewley (1987; Watson y Pennebaker, 1989), ambos poseen interés por sí mismos en el ámbito de la salud. El estrés suele precipitar o agravar la experiencia de ansiedad y de sintomatología somática, potenciando en la persona que lo padece la búsqueda de ayuda y la utilización de servicios médicos (Taylor, 1995).

Tanto el neuroticismo (Costa y McCrae, 1980, 1987) como la afectividad negativa (Watson y Pennebaker, 1989) han sido propuestos como dimensiones personales estables que predisponen a la ansiedad y a la sintomatología somática en individuos sometidos a estrés, además de sus posibles efectos directos o indirectos (p.ej., actuando sobre los estilos de vida) sobre la salud objetiva (Sandín, 1995). El "índice de reactividad al estrés" ha sido sugerido recientemente (González de Rivera, 1989; González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989) para referirse a las manifestaciones, autoinformadas por el individuo, de índole vegetativo, emocional, cognitivo y conductual, como formas típicas de reaccionar ante el

estrés. González de Rivera y colaboradores han informado sobre su relevancia como factor de predisposición a la patología médica. Recientemente se ha aportado información en apoyo de este concepto, al demostrarse que la reactividad al estrés es un buen predictor del infarto de miocardio y de la úlcera péptica (Ojeda, 1994).

Otra variable que ha gozado de reciente atención en el ámbito de la medicina psicosomática es el concepto de alexitimia. El término alexitimia fue acuñado por Sifneos (1972) para significar ausencia de palabras y de emoción (del griego a = ausencia, lexis = palabra, thymos = emoción). El concepto de alexitimia indica la presencia de cierta perturbación en la capacidad de la persona para identificar y describir verbalmente sus sentimientos (dificultad para experimentar y expresar las emociones) (Taylor, Bagby y Parker, 1991). Si bien se han descrito diversos procedimientos para evaluar la alexitimia, la estrategia más aceptada es la Toronto Alexythymia Scale (TAS, Escala de Alexitimia de Toronto) desarrollada por el grupo de Taylor (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Taylor y Bagby, 1988; Taylor, Ryan y Bagby, 1985). De acuerdo con estos autores, el concepto de alexitimia incluye los cuatro componentes o dimensiones siguientes: a) dificultad para identificar y comunicar sentimientos, b) dificultad para diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales, c) pobreza imaginativa (por posible deterioro de la simbolización), y d) preferencia por los fenómenos externos más que por experiencias internas.

La alexitimia es un concepto que básicamente se ha desarrollado en el campo de la medicina psicosomática y, como tal, se ha asociado a diferentes tipos de condiciones médicas, tales como la hipertensión (Gage y Egan, 1984), la diabetes (Abranson, McClelan, Bfown y Kelner, 1991), o la enfermedad coronaria (Kauhanen, Kaplan, Cohen, Salonen y Salonen, 1994), por citar algunos ejemplos. Sin embargo, una característica asociada al cúmulo de trabajos clásicos sobre la alexitimia ha sido la carencia de procedimientos psicométricos de evaluación rigurosos, así como también la ausencia de análisis teóricos relevantes sobre dicho constructo (Parker et al., 1989; Taylor y Bagby, 1988; Taylor, Bagby, Ryan, Parker, Doosy y Keefe, 1988). Esto, en gran medida, ha dificultado la obtención de informa-

ción empírica que permita la validación científica de dicho constructo. Es, no obstante, a partir de la construcción de la TAS cuando, en cierto modo, comienzan a solventarse algunos de estos problemas.

La alexitimia también se ha relacionado positivamente con la sintomatología somática (Kauhanen et al., 1994; Parker, Bagby y Taylor, 1989; Taylor, Parker, Bagby y Acklin, 1992), sugiriéndose un posible papel de la alexitimia en el desarrollo, mantenimiento o agravación de los síntomas somáticos funcionales. Sin embargo, los trabajos que hasta el momento han relacionado la alexitimia con la sintomatología somática, generalmente no han tenido en cuenta, ni las dimensiones de alexitimia, ni las dimensiones de sintomatología somática.

Existe evidencia, por otra parte, de que el neuroticismo y otros rasgos relacionados, como la afectividad negativa y la reactividad al estrés, correlacionan positivamente con las quejas somáticas, y en cierto grado con presencia de enfermedad. Sin embargo, apenas ha sido investigada la posible relación entre estos constructos de emocionalidad y la alexitimia (Parker et al, 1989). Estos autores constataron que la alexitimia correlacionaba significativamente con el neuroticismo (correlación positiva) y con la extraversión (correlación negativa).

Uno de los objetivos del presente estudio consiste en analizar las posibles relaciones existentes entre la alexitimia, evaluada mediante la TAS, y las variables de afectividad (afecto positivo y afecto negativo), tal y como éstas han sido definidas por Watson, Clark y Tellegen (1988), así como también la relación entre alexitimia y la reactividad al estrés conceptuada por González de Rivera (1989). También pretendemos estudiar la forma en que estas variables se relacionan con la sintomatología somática, de acuerdo con distintas dimensiones de manifestación somatofisiológica de síntomas autoinformados. Un tercer objetivo ha consistido en analizar hasta qué punto la alexitimia, en contraste con las restantes variables disposicionales (afecto negativo y reactividad al estrés) puede predecir la sintomatología, siendo ésta evaluada posteriormente en el tiempo. Finalmente, pretendemos utilizar la salud "objetiva" como criterio contrastable con el de salud subjetiva, usando como predictores las referidas variables emocionales y de alexitimia.

## MÉTODO

### Sujetos

Empleamos una muestra de ciento veintiocho estudiantes universitarios (35 varones y 93 mujeres) pertenecientes a la Universidad Nacional de Educación a Distancia. La edad media del grupo de varones fue de 28,2 años (DT = 8,2), y la del grupo de mujeres fue de 25,3 años (DT = 5,8). Todos los sujetos participaron voluntariamente en la investigación.

### Evaluación

*Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS).* La TAS es una medida de autoinforme desarrollada por Taylor et al. (1985) para evaluar la alexitimia. Consiste en 26 ítems que son contestados por el individuo de acuerdo con una valoración que oscila entre 1 ("muy en desacuerdo") y 5 ("muy de acuerdo"). Se han referido buenos niveles de consistencia interna, fiabilidad y validez para la versión inglesa del cuestionario (Taylor y Bagby, 1988; Taylor et al., 1985). Para la presente investigación hemos utilizado la versión española del TAS (Sandín y Chorot, 1991a). Estos autores han aislado mediante análisis factorial cuatro dimensiones de alexitimia (dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, dificultad para comunicar y describir emociones, pobreza imaginativa o ausencia de ensueños, y pensamiento orientado externamente). Los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) para cada una de estas cuatro dimensiones han sido calculados en el presente estudio, resultando ser como sigue: *identificar* sentimientos = 0,82 (varones), 0,83 (mujeres) y 0,83 (muestra total); *describir* y comunicar emociones = 0,77 (varones), 0,79 (mujeres) y 0,79 (muestra total); *pobreza imaginativa* o de *ensueños* = 0,81 (varones), 0,77 (mujeres) y 0,79 (muestra total); y orientación *externa* del pensamiento = 0,53 (varones), 0,45 (mujeres) y 0,48 (muestra total); los coeficientes alfa de la TAS (escala completa) fueron: 0,73 (varones), 0,76 (mujeres) y 0,75 (muestra total). Como puede apreciarse, la consistencia interna del

cuestionario, evaluada a través del coeficiente alfa de Cronbach, es excelente, excepto con respecto a la dimensión relacionada con el estilo de pensamiento orientado externamente. Por tanto, además de obtenerse una puntuación global sobre alexitimia (TAS), se evaluaron las siguientes dimensiones o subescalas de la TAS: Identificar (p.ej., "tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no entienden"), Describir (p.ej., "me resulta muy difícil encontrar las palabras exactas a mis sentimientos"), Ensueños ("soñar despierto es una pérdida de tiempo"), y Externa (p.ej., "me gusta que la gente sepa lo que pienso").

*Escalas de Afecto Positivo y Negativo PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS).* El cuestionario PANAS, desarrollado por Watson et al. (1988), permite evaluar dos dimensiones básicas del afecto, el afecto positivo (AP; p.ej., "entusiasmado/a") y el afecto negativo (AN; p.ej., "nervioso/a"). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala de 1 (nada o casi nada) a 5 (muchísimo). Se basa en estudios recientes sobre la estructura del afecto (cf., Watson y Tellegen, 1985) que sugieren consistentemente la existencia de dos dimensiones básicas e independientes, es decir, AP y AN. Para el presente estudio aplicamos la versión española del cuestionario llevada a cabo por el primer autor (véase Sandín y Chorot, 1995). Tanto la estructura interna (estructura factorial y coeficientes alfa) como la validez de esta versión del PANAS han sido demostradas apropiadamente (Joiner, Sandín, Chorot, Lostao y Marquina, 1995).

*Índice de Reactividad al Estrés (IRE).* El IRE es un inventario construido por González de Rivera (1989; González de Rivera et al., 1989) diseñado para evaluar las reacciones características de las personas ante el estrés. Incluye reacciones de tipo vegetativo (p.ej., "agotamiento o excesiva fatiga"), emocional (p.ej., "sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad"), cognitivo (p.ej., "esfuerzos por razonar y mantener la calma") y comportamental ("beber, fumar o tomar algo"). La versión aplicada en esta investigación consta de 32 ítems. El individuo únicamente debe señalar los ítems (reacciones) que considere característicos en él/ella cuando se encuentre bajo situaciones estresantes. La puntuación final

es, pues, una puntuación únicamente de frecuencia de reacciones. Datos sobre la fiabilidad y validez del IRE ha sido presentada por los autores.

*Escala de Síntomas Somáticos (ESS)*. La ESS fue desarrollada según criterios empíricos por Sandín y Chorot (1991b) para evaluar diferentes tipos de quejas y manifestaciones somáticas relacionadas con la salud. Aquí se aplicó la forma abreviada del cuestionario, la cual está constituida por 50 ítems, con un rango de valoración de intensidad de 1 a 5, que posibilitan evaluar los siguientes sistemas somatofisiológicos del individuo: inmunológico general (IG; p.ej., "catarros o resfriados comunes"), cardiovascular (CV; p.ej., "taquicardia"), respiratorio (RS; p.ej., "sensación de falta de aire o asma"), gastrointestinal (GI; p.ej., "molestias o dolor de estómago"), neurosensorial (NS; p.ej., "mareos"), piel y alergia (PA; p.ej., "escorozos o erupciones en la piel"), músculo-esquelético (ME; p.ej., "dolores musculares"), genitourinario (GU; p.ej., "dificultades para orinar"), y reproductor femenino (RF; "dolores o molestias antes de la menstruación"). Para la presente investigación no han sido considerados los dos últimos sistemas o subescalas de la ESS. Datos que sugieren la existencia de niveles adecuados de fiabilidad (coeficientes alfa) y validez de la esta forma de la ESS han sido presentados por los autores (Sandín y Chorot, 1991b). La ESS, si bien puede aplicarse según el formato de rasgo o de estado, para el presente estudio se utilizó únicamente la forma de estado, ya que se pretendía evaluar la intensidad de la sintomatología somática de forma diaria.

Adicionalmente a la evaluación obtenida a través de los instrumentos psicométricos señalados, aplicamos un cuestionario de auto-aplicación, diseñado para el proyecto al que pertenece este estudio, en el que se pedía a los sujetos que contestaran a varias cuestiones relativas a indicadores de salud objetiva, tales como diagnósticos médicos, hospitalizaciones, consumo de medicamentos, visitas al médico, absentismo por enfermedad, etc. Para el presente estudio se ha considerado el número de diagnósticos médicos ocurridos durante el año previo al comienzo de la investigación. Debemos dejar claro que asumimos se trata de una medida sólo relativamente "objetiva" de la salud; no lo es en un sentido estricto puesto que,

si bien necesariamente las enfermedades debían haber sido diagnosticadas por algún médico, en última instancia nos fueron autoinformadas por el sujeto. Los sujetos indicaban qué enfermedades habían padecido durante el año transcurrido antes de la investigación, de acuerdo con el diagnóstico médico. La mayoría de las enfermedades eran de tipo infeccioso (gripe, faringitis, neumonía, apendicitis, conjuntivitis, por mononucleosis, úlcera péptica, hepatitis, etc.). La puntuación de cada sujeto se obtuvo sumando el número de enfermedades informadas.

### **Procedimiento**

La presente investigación forma parte de un proyecto longitudinal sobre el estrés diario que llevamos a cabo en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Una primera fase del proyecto, en la que se enmarca este estudio, incluye la aplicación de medidas diarias, así como otras medidas aplicadas en una sola ocasión para medir constructos más estables. Los cuestionarios señalados se aplicaron junto a otras medidas no relevantes para el estudio que aquí presentamos. La ESS fue cumplimentada diariamente por los sujetos durante un período continuado de ocho días. Los cuestionarios PANAS, TAS e IRE, así como también el cuestionario sobre indicadores de salud objetiva, fueron aplicados en una sola ocasión, una semana antes de iniciarse la cumplimentación de la ESS.

El reclutamiento de los sujetos se efectuó mediante carta dirigida a alumnos de psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Se envió por correo un protocolo con todas las medidas a las personas que voluntariamente decidieron participar en la investigación, con instrucciones precisas para su cumplimentación. Los protocolos nos fueron remitidos de vuelta por los participantes tras haberlos contestado. La ESS era cumplimentada al final del día, con objeto de registrar la sintomatología experimentada durante el mismo.

### **Tratamiento de los datos**

En primer lugar llevamos a cabo análisis correlacionales (correlación de Pearson) para obtener a) las interrelaciones entre las

variables disposicionales, incluyendo también la variable sobre el número de enfermedades (denominado "enfermedad" en nuestros análisis), y b) las correlaciones entre las variables disposicionales y la sintomatología somática. Respecto a las variables de síntomas somáticos empleadas en los análisis correlacionales, se calcularon de acuerdo con dos fases. Una primera fase de análisis incluyó el sumatorio de síntomas (intensidad) ocurridos durante los primeros cuatro días. La segunda fase incluía el sumatorio de sintomatología ocurrida durante los últimos cuatro días de estudio (días 5-8). En los análisis correlacionales se incorporó una variable de sintomatología total (ESS) aparte de las variables dimensionales (subescalas de la ESS).

Se calcularon análisis factoriales con las variables de alexitimia (dimensiones de la TAS) y las variables de los cuestionarios PANAS, IRE y ESS. En primer lugar se llevó a cabo un primer análisis factorial partiendo de que las variables de la ESS correspondiesen a la primera fase de análisis (días 1-4). Posteriormente se calculó un segundo análisis factorial, con las variables de la ESS relativas al segundo período (días 5-8), con objeto de comprobar si se repetía la estructura factorial inicial. Se empleó el método de análisis de componentes principales y rotación varimax. Para la extracción del número de factores tuvimos en cuenta los siguientes criterios: a) el criterio de Kaiser (1961), b) el test scree (Cattell, 1966), y c) criterios de interpretabilidad de Gorsuch (1983).

Finalmente calculamos varios análisis de regresión múltiple (*stepwise*). Las variables independientes (predictores) consistieron en variables disposicionales (TAS, PANAS e IRE); las variables dependientes (variables criterio) fueron variables de salud física (síntomas somáticos y enfermedad). Dos tipos de variables dependientes fueron utilizadas: la sintomatología somática total (ESS), calculada a partir del sumatorio de intensidad somática ocurrida durante los ocho días, y la enfermedad (número de enfermedades sufridas). Por otra parte, aplicamos los análisis de regresión según dos modalidades de variables independientes: bien incluyendo la variable de alexitimia global (TAS), o bien incluyendo las dimensiones de alexitimia (Identificar, Describir, Ensueños y Externa).

## RESULTADOS

En las Tablas 1, 2 y 3 presentamos los resultados de los análisis correlacionales. Los sujetos que puntúan alto en alexitimia (TAS) puntúan bajo en AP ( $r = -0,45^{***}$ ), y tienden a puntuar alto en AN. La TAS no correlaciona con el IRE, aunque sí lo hacen las subescalas Identificar y Ensueños (ésta de forma negativa). Las subescalas de la TAS Identificar y Describir correlacionan con la TAS-total de forma bastante más alta que las dimensiones Ensueños y Externa. El AP tiende a correlacionar negativamente con todas las variables de alexitimia, si bien las correlaciones son despreciables con respecto a las variables Ensueños y Externa. AN e IRE correlacionan de forma semejante con las subescalas de alexitimia.

El número de enfermedades parece correlacionar de forma positiva y significativa con TAS, Identificar, AN e IRE (véase Tabla 1). Para controlar un posible efecto contaminante, inducido por estas dos últimas variables sobre las correlaciones entre las variables de alexitimia y Enfermedad, calculamos las correlaciones parciales entre Enfermedad y alexitimia (TAS e Identificar), controlándose el efecto de AN e IRE, resultando las siguientes correlaciones: entre Enfermedad y TAS =  $0,20^*$ ; entre Enfermedad e Identificar =  $0,15$ . Se observa, pues, un importante descenso en la correlación entre Enfermedad e Identificar, pero apenas varía la correlación entre Enfermedad y TAS.

Las correlaciones obtenidas entre las variables disposicionales y las variables de sintomatología somática aparecen en las Tablas 2 y 3. Puede observarse que, con escasas excepciones, los patrones de correlación son muy semejantes en ambas tablas. Las correlaciones más relevantes se obtienen con las subescalas Identificar y Ensueños (aquí de signo negativo), así como también con las variables IRE y AN. La subescala somática PA apenas correlaciona con las variables disposicionales. Finalmente, merece la pena resaltar la ausencia de correlaciones relevantes entre AP y las variables somáticas.

Puesto que algunas variables de alexitimia (TAS, Identificar y Externa) y de emocionalidad (AN e IRE), además de correlacionar entre sí lo hacen también con sintomatología somática, deseába-

**TABLA 1.- Correlaciones entre las variables de alexitimia (TAS), afecto positivo (AP), afecto negativo (AN), reactividad al estrés (IRE), y número de enfermedades**

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1 TAS</b>	—							
<b>2 TAS Identificar</b>	0,63***	—						
<b>3 TAS Describir</b>	0,76***	0,26**	—					
<b>4 TAS Ensueños</b>	0,29**	-0,26**	0,04	—				
<b>5 TAS Externa</b>	0,30**	0,12	0,03	-0,06	—			
<b>6 PANAS AP</b>	-0,45***	-0,24*	-0,48***	-0,03	-0,10	—		
<b>7 PANAS AN</b>	0,22*	0,39***	0,14	-0,26**	0,12	-0,07	—	
<b>8 IRE</b>	0,10	0,21*	0,08	-0,26**	0,02	-0,06	0,45***	—
<b>9 Enfermedad</b>	0,23**	0,23**	0,15	0,09	-0,12	-0,01	0,23**	0,19*

\*P < 0,05; \*\*P < 0,01; \*\*\*P < 0,001.

Nota: Debido a la existencia de algunos valores "missing", no todos los pares de correlación poseen el mismo número de sujetos.

**TABLA 2.- Correlaciones entre las variables de sintomatología somática, las variables disposicionales (escalas TAS, PANAS e IRE), el número de enfermedades. Se calcularon utilizando los valores de síntomas somáticos correspondientes al sumatorio de los cuatro primeros días (días 1-4)**

	IG	CV	RS	GI	NS	PA	ME	ESS
<b>TAS</b>	0,22*	0,12	0,17	0,20*	0,15	0,04	0,22*	0,23**
Identificar	0,31***	0,36***	0,25**	0,31***	0,31***	-0,01	0,46***	0,42***
Describir	0,17	-0,02	0,18	0,13	0,13	0,11	0,09	0,18
Ensueños	-0,18*	-0,22*	-0,25**	-0,23*	-0,27**	-0,07	-0,23*	-0,30**
Externa	0,06	0,09	0,06	0,10	0,01	-0,05	-0,06	0,02
<b>PANAS</b>								
AP	-0,02	0,01	-0,01	0,07	0,13	-0,03	-0,10	-0,01
AN	0,31***	0,36***	0,26**	0,39***	0,11	0,21*	0,30***	0,42***
IRE	0,23**	0,18*	0,30***	0,31***	0,30***	0,11	0,37***	0,40***

\*P < 0,05; \*\*P < 0,01; \*\*\*P < 0,001.

Nota: Debido a la existencia de algunos valores "missing", no todos los pares de correlación poseen el mismo número de sujetos. IG = inmunológico general, CV = cardiovascular, RS = respiratorio, GI = gastrointestinal, NS = neurológico-sensorial, PA = piel y alergia, ME = músculo-esquelético, y ESS = puntuación total en la escala.

**TABLA 3.- Correlaciones entre las variables de sintomatología somática y las variables disposicionales (escalas TAS, PANAS e IRE). Se calcularon utilizando los valores de síntomas somáticos correspondientes al sumatorio de los cuatro últimos días (días 5-8)**

	IG	CV	RS	GI	NS	PA	ME	ESS
<b>TAS</b>	0,15	0,02	0,11	0,12	0,04	0,05	0,07	0,10
Identificar	0,25**	0,27**	0,25**	0,31***	0,16	0,05	0,28**	0,32***
Describir	0,14	-0,04	0,14	0,06	0,01	0,10	0,02	0,09
Ensueños	-0,22*	-0,26**	-0,29**	-0,27**	-0,27**	-0,07	-0,24*	-0,32***
Externa	0,04	0,02	0,01	0,02	-0,09	-0,07	-0,04	-0,03
<b>PANAS</b>								
AP	-0,08	0,04	-0,03	0,01	0,05	0,06	-0,08	-0,02
AN	0,30***	0,28**	0,23**	0,24**	0,08	0,15	0,27**	0,33***
IRE	0,17*	0,19*	0,24**	0,19*	0,23**	0,19*	0,35***	0,34***
*P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001.								
Nota: Debido a la existencia de algunos valores "missing", no todos los pares de correlación poseen el mismo número de sujetos. IG = inmunológico general, CV = cardiovascular, RS = respiratorio, GI = gastrointestinal, NS = neurológico-sensorial, PA = piel y alergia, ME = músculo-esquelético, y ESS = puntuación total en la escala.								

mos saber si las variables de alexitimia seguían correlacionando con los síntomas somáticos una vez que se controlase un posible efecto del AN e IRE. Aplicando análisis de correlación parcial observamos una ligera disminución de las correlaciones para las dimensiones de alexitimia (en general las correlaciones significativas continuaron siendo significativas tras calcular la correlación parcial), pero no se produjo ninguna reducción para las correlaciones entre las referidas variables de alexitimia y la puntuación total en sintomatología (ESS).

El análisis factorial relativo a la primera muestra de datos psicósomáticos (sumatorio de síntomas de los días 1-4) reflejó la presencia de cuatro factores con valores propios superiores a la unidad. Aplicando los restantes criterios indicados sobre la retención de factores, la estructura factorial más convincente se ajustaba a estos cuatro factores. Los pesos factoriales correspondientes a la estructura factorial rotada están indicados en la Tabla 4. El primer factor viene determinado básicamente por las variables de emocionalidad negativa, esto es, IRE y AN. En él saturan de forma relevante las variables Identificar y Ensueños (negativo), y también la mayoría de las subescalas somatofisiológicas (aunque no se especifica en la citada tabla, IG y RS poseen saturaciones de 0,23 y 0,22, respectivamente). El segundo es un factor de alexitimia (no obstante, Ensueños y Externa saturan en este factor solamente 0,18 y 0,09 respectivamente). Merece la pena destacar la elevada saturación (negativa) de AP en este segundo factor. El tercer factor está constituido por las subescalas somáticas. El último (cuarto) es otro factor de alexitimia dominado por la dimensión Externa, con saturaciones positivas de la tríada somática CV-RS-GI, y con saturación negativa de PA (véase Tabla 4).

El segundo análisis factorial (relativo a los datos psicósomáticos de los días 5 al 8) también nos condujo a la obtención de cuatro factores interpretables (véase Tabla 5). Es interesante señalar que, aunque el orden de extracción es distinto, este segundo análisis viene a confirmar la existencia de los mismos factores que obtuvimos en el primero. Ahora, sin embargo, el primer factor es el psicósomático, y el tercer factor es el de emocionalidad negativa.

La mayor diferencia con respecto al primer análisis, en cuanto a la configuración factorial, se observa en el cuarto factor; aunque la tríada CV-RS-GI posee pesos positivos en este factor, están por debajo del valor de 0,25.

**TABLA 4.- Análisis factorial (rotación varimax) de las dimensiones del TAS, ESS, PANAS e IRE. Se calcularon utilizando los valores de síntomas somáticos correspondientes al sumatorio de los cuatro primeros días (días 1-4)**

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Comunalidad
Identificar	0,60	0,34	—	0,31	0,58
Describir	—	0,83	—	—	0,73
Ensueños	-0,61	—	—	—	0,41
Externa	—	—	—	0,74	0,57
AP	—	-0,85	—	—	0,74
AN	0,64	—	—	—	0,52
IRE	0,72	—	—	—	0,57
IG	—	—	0,79	—	0,70
CV	0,38	—	0,32	0,56	0,56
RS	—	—	0,76	0,30	0,71
GI	0,43	—	0,48	0,37	0,57
NS	0,49	—	0,47	—	0,46
PA	—	—	0,70	-0,25	0,55
ME	0,64	—	0,37	—	0,57
Valor propio	4,30	1,56	1,24	1,14	
% de varianza explicada	30,75	11,08	8,85	8,14	

IG = Inmunológico general, CV = Cardiovascular, RS = Respiratorio, GI = Gastrointestinal, NS =Neurológico-sensorial, PA = piel y alergia, y ME = Músculo-esquelético.

Nota: Los pesos factoriales < 0,25 son omitidos.

**TABLA 5.- Análisis factorial (rotación varimax) de las dimensiones del TAS, ESS, PANAS e IRE. Se calcularon utilizando los valores de síntomas somáticos correspondientes al sumatorio de los cuatro últimos días (días 5-8)**

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Comunalidad
Identificar	---	0,36	0,45	0,35	0,52
Describir	---	0,86	---	---	0,74
Ensueños	---	---	-0,55	---	0,42
Externa	---	---	---	0,79	0,63
AP	---	-0,79	---	---	0,65
AN	---	---	0,72	---	0,59
IRE	---	---	0,78	-0,29	0,57
IG	0,83	---	---	---	0,73
CV	0,69	---	0,27	---	0,60
RS	0,78	---	---	---	0,64
GI	0,70	---	0,29	---	0,59
NS	0,63	---	0,30	---	0,55
PA	0,50	---	---	-0,43	0,45
ME	0,57	---	0,39	---	0,49
Valor propio	4,32	1,70	1,22	1,10	
% de varianza explicada	30,92	12,13	8,73	7,70	

IG = Inmunológico general, CV = Cardiovascular, RS = Respiratorio, GI = Gastrointestinal, NS =Neurológico-sensorial, PA = piel y alergia, y ME= Músculo-esquelético.

Nota: Los pesos factoriales < 0,25 son omitidos.

**TABLA 6.- Análisis de regresión múltiple (stepwise) para predecir la sintomatología somática (ESS) ocurrida durante los ocho días (sumatorio de las puntuaciones de los ocho días)**

Paso	Predictor	b	R <sup>2</sup>	F	P
1	AN	0,34	0,21	28,81	< 0,001
2	IRE	0,25	0,26	18,98	< 0,001
1	AN	0,21	0,21	27,74	< 0,001
2	Identificar	0,23	0,27	19,44	< 0,001
3	IRE	0,24	0,33	16,98	< 0,001
4	Ensueños	-0,17	0,36	14,04	< 0,01

Nota: Mientras que en el primer análisis (pasos 1-2) se consideró la puntuación total en alexitimia, en el segundo análisis (pasos 1-4) se consideraron como variables independientes las cuatro dimensiones de alexitimia.

TABLA 7.- Análisis de regresión múltiple (stepwise) para predecir la enfermedad (número de enfermedades)

Paso	Predictor	b	R <sup>2</sup>	F	P
1	TAS	0,19	0,06	6,48	< 0,05
2	PANAS AN	0,20	0,09	5,23	< 0,01
1	AN	0,18	0,05	5,62	< 0,05
2	Identificar	0,15	0,08	4,41	< 0,05

**Nota:** Mientras que en el primer análisis (pasos 1-2) se consideró la puntuación total en alexitimia, en el segundo análisis (pasos 1-2) se consideraron como variables independientes las cuatro dimensiones de alexitimia.

Los datos obtenidos con los análisis de regresión están indicados en las Tablas 6 (ESS como variable dependiente) y 7 (Enfermedad como variable dependiente). Para la predicción de la sintomatología somática, tras incluir en el análisis las variables TAS, AP, AN e IRE, únicamente dos variables, AN e IRE, eran significativas al ser incluidas en la ecuación de regresión. Ambas variables (AN e IRE) explicaban el 26% de la varianza en sintomatología somática. Cuando la variable TAS es sustituida por las subescalas de alexitimia, cuatro variables resultan ser significativas. La primera en entrar en la ecuación es AN, siendo la última la subescala de alexitimia Ensueños (Tabla 7). Las cuatro variables predictoras explican el 36% de la varianza en síntomas somáticos. Puede observarse, pues, que mientras la TAS, como puntuación global, no resulta eficaz para predecir la sintomatología, sí lo son algunas de las dimensiones de alexitimia. En la Tabla 6 pueden observarse otros estadísticos del análisis de regresión. Los coeficientes de regresión estandarizados estimados ( $b$ ) que indicamos en la tabla son los que resultan tras efectuarse el último paso (paso 2 en el primer análisis y paso 4 en el segundo).

Por último, los resultados de los análisis de regresión relativos a la predicción del número de enfermedades (véase la Tabla 7) indican que la TAS y el AN, por este orden, entran significativamente en la ecuación, explicando ambas el 9% de la varianza de Enfermedad. Cuando se sustituye el predictor TAS por las cuatro subescalas de alexitimia, la primera variable independiente que entra en la ecuación es AN, seguida de Identificar. Son estas dos las únicas variables significativas estadísticamente. Al igual que en la Tabla 6, los coeficientes  $b$  que indicamos en la Tabla 7 son los obtenidos tras llevarse a cabo el último paso (paso 2 en ambos análisis).

## DISCUSIÓN

La correlaciones entre alexitimia (TAS) y dimensiones del afecto (afecto positivo y negativo) son consistentes con los datos presentados por Parker et al. (1989). Estos autores constataron que la TAS correlacionaba de forma positiva con neuroticismo, y de forma negativa con extraversión. Así mismo, también refirieron que la

correlación de la TAS era notoriamente más elevada con extraversión ( $r = -0,37^{***}$ ) que con neuroticismo ( $r = 0,29^{***}$ ). Si asumimos que existe cierta correspondencia entre los conceptos de afecto negativo y neuroticismo, y entre afecto positivo y extraversión (Watson y Pennebaker, 1989), nuestros resultados apoyan la hipótesis sugerida por Parker et al. (1989, p. 602) de que los constructos de alexitimia y afecto negativo comparten cierto grado de varianza, aunque más bien modesto. Como han señalado estos autores, aunque tanto los individuos neuróticos como los alexitímicos pueden manifestar similar inestabilidad en su adaptación al estrés diario, los neuróticos pueden manifestar sus respuestas emocionales de forma verbal y conductual, dando lugar a estados de excitación y fatiga, mientras que los individuos alexitímicos, al carecer de vocabulario emocional, tienden a responder a través de los componentes fisiológicos de respuesta emocional. Por otra parte, la correlación negativa entre alexitimia y afecto positivo apoya y amplía los datos obtenidos por dichos autores con respecto a la relación entre alexitimia y extraversión. La reactividad al estrés, aunque posee ciertos componentes de afectividad negativa, no correlaciona con alexitimia (TAS) (entendida ésta globalmente).

Al correlacionar las dimensiones de alexitimia se obtienen algunos resultados de interés. Por ejemplo, tanto el afecto negativo como la reactividad al estrés se relacionan positiva y moderadamente con la dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, y moderada y negativamente con pobreza de ensueños. Aunque, en principio, no existe una clara explicación para la primera correlación, la segunda es coherente con algunos trabajos que han puesto de relieve una conexión positiva entre manifestaciones de afectividad negativa y ensoñaciones (orientación hacia deseos y pensamientos fantásticos) (p.ej., Vitaliano et al., 1987). De otro lado, se observa que la correlación negativa entre AP y TAS se debe, básicamente, a que el AP correlaciona negativamente con la pobreza para describir y comunicar emociones; esto podría explicar también la correlación negativa entre extraversión y alexitimia presentada por Parker et al. (1989).

Las moderadas y bajas correlaciones obtenidas entre la TAS y la sintomatología somática, en general más bajas que las evidencia-

das entre las variables de emocionalidad negativa (AN e IRE) y manifestaciones somáticas, sugieren asumir con reticencia la creencia clásica de que la alexitimia se relaciona casi invariablemente con la aparición de reacciones psicósomáticas (Lesser, 1981). Un aspecto a destacar, no obstante, es que algunas dimensiones de alexitimia, como la dificultad para identificar y la pobreza de fantasía/ensueños correlacionan de forma algo más consistente. Sería de particular interés replicar en futuros trabajos las correlaciones negativas entre pobreza de ensueños y las variables de síntomas somáticos. De ser así, tal vez podría concluirse que mientras ciertos aspectos de alexitimia correlacionan positivamente con la sintomatología, otros lo hacen negativamente, y otros no correlacionan en absoluto.

La importancia de tener en cuenta las diferentes dimensiones de alexitimia es apoyada también por los datos basados en los análisis factoriales. Los resultados de nuestros análisis factoriales merecen algunos comentarios. En primer lugar, queda claro que el constructo de alexitimia no es unitario ni se confunde con neuroticismo y/o sintomatología somática. Tampoco es factible defender un constructo de distrés somatopsicológico postulado por algunos autores (p.ej., Watson y Pennebaker, 1989). Los resultados, sin embargo, son coherentes con datos presentados recientemente por Santed (1995), el cual aisló factores separados para emocionalidad negativa y sintomatología somática.

Un aspecto importante de la presente investigación consistió en analizar hasta qué punto la alexitimia, la afectividad y la reactividad predecían diferencialmente la manifestación de sintomatología somática. Los análisis de regresión múltiple (ver Tabla 6) sugieren que el afecto negativo y la reactividad al estrés son mejores predictores que la alexitimia; si bien es preciso tener en cuenta que, considerando la alexitimia de acuerdo con sus componentes, tanto la dificultad para identificar/diferenciar sentimientos como la pobreza de ensueños/fantasías añaden una proporción de varianza significativa para la predicción de las quejas y condiciones somáticas.

Aunque los autoinformes de sintomatología somática suelen predecir la enfermedad objetiva, ambos tipos de variables son diferentes y la primera en ningún caso puede ser considerada como substituta de la segunda (Costa y McCrae, 1987). Por tanto, resulta

particularmente importante contrastar diferencialmente las relaciones entre alexitimia, afecto (AP y AN) y reactividad al estrés con respecto a las manifestaciones somáticas subjetivas y objetivas. En un primer intento por abordar esta cuestión, hemos incluido en el presente estudio una variable "objetiva" (autoinforme sobre el número de enfermedades diagnosticadas). Aunque la varianza explicada es más bien baja, resulta particularmente importante que la alexitimia parece jugar aquí un papel más relevante que con respecto a los síntomas somáticos. La alexitimia, pues, podría influir de forma diferente sobre la enfermedad objetiva que sobre las manifestaciones subjetivas de somatización. Nuestros resultados centrados en esta variable de enfermedad, no obstante, deben tomarse como provisionales al menos por dos limitaciones; en primer lugar porque es una variable objetiva sólo relativamente (los sujetos autoinformaron sobre el número de enfermedades) y, en segundo lugar, porque dicha variable no se midió de forma longitudinal sino de modo retrospectivo.

En términos generales, nuestro estudio apoya la hipótesis de que la emocionalidad negativa se relaciona de forma importante con el autoinforme de síntomas orgánicos (Costa y McCrae, 1980, 1987; Parker et al., 1989; Watson y Pennebaker, 1989). La alexitimia, aunque también se asocia a tal tipo de sintomatología, su relación parece ser más modesta, si bien la asociación se mantiene después de eliminar el efecto de la afectividad negativa y de la reactividad al estrés. Las quejas somáticas constituyen un aspecto de particular relevancia en psicopatología ya que, aparte de estar implicadas en muchos trastornos psicológicos (de ansiedad, somatoformes, estrés, etc.), constituyen una de las principales causas de malestar/sufrimiento y de la utilización de los servicios médicos ambulatorios (Mechanic, 1972; Miranda, Pérez-Estable, Muñoz, Hargreaves y Henke, 1991). Por otra parte, en esta investigación hemos visto provisionalmente que el autoinforme sobre enfermedades diagnosticadas médicamente es predicho por la alexitimia de forma diferencial al autoinforme de síntomas somáticos. Futuras investigaciones que incluyan medidas subjetivas y objetivas de enfermedad de forma longitudinal serían de gran ayuda para esclarecer la implicación diferencial de la afectividad y la alexitimia con respecto a la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L., McClelland, D.C., Bfown, D., & Kelner, S. (1991). Alexithyic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 490-494.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & 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.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1980). Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: A longitudinal analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 245-257.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-315.
- Friedman, H.S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Gage, B.C., & Egan, K.J. (1984). The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 136-144.
- González de Rivera, J.L. (1989). Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*, 10, 1-7.
- González de Rivera, J.L., Morera, A., & Monterrey, A.L. (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la predisposición a patología médica. *Psiquis*, 10, 20-27.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Joiner, T.E., Jr., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., y Marquina, G. (1995). Development and factor-analytic validation of the Spanish PANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. Manuscrito.
- Kaiser, H. (1961). A note on Guttman's lower bound for the number of common factors. *Multivariate Behavioural Research*, 1, 249-276.
- Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Salonen, R., y Salonen, J.T. (1994). Alexithymia may influence diagnosis of coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 56, 237-244.
- Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia construct. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286, 1132-1139.
- Miranda, J., Pérez-Estable, E.J., Muñoz, R.F., Hargreaves, W., y Henke, C.J. (1991). Somatization, psychiatric disorder, and stress in utilization of

- ambulatory medical services. *Health Psychology*, 10, 46-51.
- Ojeda, B. (1994). *Estrés, coping y variables emocionales implicadas en el desarrollo de trastornos cardiovasculares y úlceras pépticas*. Tesis Doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Parker, J.D.A., R.M. Bagby, & Taylor, G.J. (1989). Toronto Alexithymia Scale, EPQ and self-report measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10, 599-604.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 113-169). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1991a). *Escala de Alexitimia de Toronto TAS*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, no publicado.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1991b). *Escala de Síntomas Somáticos*. Presentado al III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Santed, M.A. (1995). *Estrés y salud: Evaluación psicométrica del estrés diario*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stone, S.V. & Costa, P.T. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. En H.S. Freeman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 178-200). Nueva York: Wiley.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (1988). Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 351-366.
- 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., Ryan, D.P., Parker, J.D.A., Doosy, K.F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G.J., Parker, Bagby, J.D.A., & Acklin, M.W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.
- 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, S.E. (1995). *Health psychology* (3<sup>a</sup> ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Vitaliano, P. P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R. D., Anderson, K., & Jones, M. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84.
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- 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, 1063-1070.