

Predicción de la Alexitimia por Escalas Clínicas y de Validación del Mmpi

Prediction of Alexithymia by the Mmpi Clinical and Validity Scales

José Moral de la Rubia*

Resumen. El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación entre alexitimia y psicopatología desde un enfoque correlacional, diferencial y predictivo. La muestra quedó integrada por 362 estudiantes. Se obtuvo durante el proceso de selección de alumnos para la Facultad de Psicología de la UANL. La alexitimia se midió por la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) y las variables psicopatológicas por el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Los datos se analizaron por medio de correlaciones, contrastes de tendencia central y modelos de regresión lineal. La TAS20 y sus tres factores se relacionaron especialmente con las escalas de validación +F y -K y las escalas clínicas de Introversión social (+IS) y Psicastenia (+Pt). La puntuación total de la TAS20 y sus tres factores tuvieron correlaciones bajas con la escala de Hipocondriasis (Hs) y fueron independientes de la escala de Histeria (Hy). Se concluye que la alexitimia, a nivel psicopatológico, se relaciona fundamentalmente con rasgos de un trastorno de la personalidad (marcada introversión, tendencia a dar una imagen de sí mismo negativa, a reconocer problemas y defectos y mostrar una conducta social inadecuada), asimismo con problemas de la regulación afectiva como depresión, fobias, compulsiones, obsesiones y fatiga crónica.

Palabras claves. Alexitimia, jóvenes, MMPI, TAS-20, personalidad.

Abstract. The objective of this paper was to study the relationship between alexithymia and psychopathology from a correlational, differential and predictive perspective. The sample was composed of 362 students. It was obtained during the process of students' selection for the UANL Psychology School. Alexithymia was measured by the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and the psychopathologic variables by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). The data were analyzed by means of correlations, central tendency contrasts and lineal regression models. The TAS-20 and its three factors were related especially to the validation scales +F and -K, and to the clinical scales of Social Introversion (+SI) and Psychasthenia (+Pt). The total score of TAS20 and its three factors showed low correlations with the scale of Hypochondriasis (Hs), and were independent of the scale of Hysteria (Hy). It is concluded that the alexithymia, at psychopathologic level, is related fundamentally to features of a personality disorder (marked introversion, tendency to show a negative self-image, recognizing problems and defects, and exhibiting inadequate social behavior), also to problems of the affective regulation as depression, phobias, compulsions, obsessions and chronic fatigue.

Keywords. Alexithymia, MMPI, personality, TAS-20, youths.

Introducción

El concepto de la alexitimia nace en el marco de la medicina psicosomática dentro de un enfoque psicodinámico y engloba un conjunto de rasgos de personalidad: dificultad para identificar sentimientos, con confusión frecuente entre señales emocionales y síntomas de enfermedad, dificultad de expresar verbalmente las vivencias afectivas, pobreza de la fantasía y un pensamiento centrado en detalles externos, sin contacto con el mundo vivencial interno (Sifneos, 1973). Autores, como Nemiah (1977) y Taylor (1984), consideran que la disfunción central está en la toma de conciencia y representación de las vivencias emocionales. En la década de los ochenta, el concepto deja de vincularse exclusivamente con las enfermedades psicosomáticas y trastornos somatomorfos para concebirse como un factor de riesgo en trastornos relacionados con la regulación de las

emociones como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno por angustia, los trastornos alimentarios y las adicciones (Taylor, Bagby y Parker, 1997). El desarrollo de la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan y Bagby, 1985; Bagby, Parker y Taylor, 1994), al resultar un instrumento de medida fiable y válido, estimuló la investigación empírica que pronto se vio enriquecida por datos de neuroimagen (Lane, Ahern, Schwartz y Kaszniak, 1997) y de diseños experimentales cognitivos (Lundhl y Simonsson-Sarnecki, 2002). La alexitimia ha recibido diversas explicaciones, como psicoanalíticas (defecto de una función psíquica), neurofisiológicas (déficit en la comunicación de los procesos involucrados en la simbolización y control de reacciones emocionales automáticas), socioculturales (carencias en el aprendizaje social), genéticas (con cierta base heredada) y psicométricas (ya sea como rasgo o estrategia de afrontamiento habitual, se puede medir como variable continua con base en indicadores de auto-reporte u observación, de forma independiente a la aptitud verbal del participante) (Jodar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000). Todas estas explicaciones son complementarias e pueden ser integradas en una imagen compleja que acentúa en papel de la regulación emocional en la psicopatología.

El MMPI, desde su creación y primera publicación en 1943, se ha convertido en uno de los instrumentos psicométricos más empleados en el área clínica para medir rasgos psicopatológicos; de ahí que el inventario fuese revisado a finales de los ochenta para que no quedase obsoleto y no perdiese su popularidad (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Lógicamente, los estudios sobre la alexitimia se han enfrentado a este instrumento, ya sea con la pretensión de definir una escala de alexitimia con sus reactivos, sin lograr gran éxito (Kleiger y Kinsman, 1980 y Shipko y Noviello, 1984) o como un medio de validación convergente/divergente del constructo (Taylor, Parker, Bagby y Acklin, 1992).

Taylor et al. (1992), en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios canadienses, estudiaron la relación de la TAS26 y el MMPI2. Hallaron correlación significativa con las tres escalas de validación (L, F y K), 7 escalas clínicas (Introversión social, Psicastenia, Depresión, Esquizoidismo, Hipomanía, Hipocondriasis y Desviación psicopática). Fukunishi, Hosaka, Aoki, Azekawa, Ota y Miyaoaka (1996), en un estudio de validación de los Criterios Diagnósticos para la Alexitimia (DCA), con una muestra de 126 pacientes psiquiátricos ambulatorios japoneses, emplearon el MMPI-2. Encontraron que 2 escalas de validación (L y K), las mismas 7 escalas clínicas permitían diferenciar de forma estadísticamente significativa entre los grupos alexitímico ($n = 43$) y no alexitímico ($n = 83$) definidos por criterios DCA. En estos estudios la alexitimia resultó independiente de la escala de Histeria.

Casullo, Castro y D'Anna (2000) realizaron un estudio en una muestra de 57 pacientes dependientes de sustancias en Buenos Aires, utilizando la TAS-26 y el MMPI-2. Se aplicó un análisis discriminante para hallar cuáles de las 10 escalas clínicas predicen la pertenencia o no al grupo alexitímico integrado por el 56% de los pacientes. Sólo la escala de Depresión resultó un discriminador significativo entre ambos grupos. Al aplicar un análisis factorial a las 10 escalas clínicas se obtuvieron 3 factores que explican el 69% de la varianza total. El primer factor se asocia a bajo control de impulsos, pobre contacto con la realidad, expresión infantil y sintomática del malestar psicológico, dependencia interpersonal y bajo *insight*. El segundo es un factor de

depresión y un tercero de rol de género. Sólo el segundo factor, el de depresión, discriminaba entre adictos alexitímicos y no alexitímicos.

Los objetivos del presente trabajo son estudiar la correlación entre la TAS-20 y sus tres factores con las escalas de validación y clínicas del MMPI, determinar qué escalas del MMPI establecen diferencias de tendencia central significativas entre los dos grupos de puntuaciones altas y bajas en la TAS20 y entre los dos grupos de puntuaciones altas y bajas en cada uno de sus tres factores. Asimismo, estimar la capacidad de las escalas del MMPI para predecir las puntuaciones de la TAS20, así como para predecir las puntuaciones de cada uno de tres factores de la TAS20.

Método

Participantes

Se empleó una muestra no probabilística incidental de 362 participantes voluntarios. El 76% fue de género femenino y 24% masculino. La edad media fue de 17.65 años con una desviación estándar de 2.32 años, una edad mínima de 16 y máxima de 36. El 98% dijo ser soltero y 2% casado o en unión libre. Todos tenían estudios de media superior terminados.

Instrumentos

La escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS20) de Bagby, Parker y Taylor (1994) y Bagby, Taylor y Parker (1994), con la adaptación a población mexicana de Moral (2008). Es una escala tipo Likert. En la adaptación mexicana, los 20 reactivos de la TAS20, por análisis factorial exploratorio con la técnica de Ejes principales, presentaron una estructura de tres factores ortogonales que explica el 30.16% de la varianza total: (1) Dificultad para Expresar Sentimientos (DES) (ítems 2, 4, 11, 12, y 17); (2) Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), y (3) Pensamiento Externamente Orientado (PEO) (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). Utilizando el análisis factorial confirmatorio por el método combinado de Mínimos cuadrados generalizados y Máxima verosimilitud (GLS-ML), el modelo de tres factores relacionados presenta unos índices de ajuste excelentes (RMSSR = .053, RMSEA = .041, PGI = .949, APCI = .935, GFI = .923 y AGFI = 903). La escala resultó consistente ($\alpha = .82$) y fiable a los 6 meses ($r = .71$), así como sus dos primeros factores de Dificultad para Expresar ($\alpha = .80$ y $r = .55$) y Dificultad para Identificar Sentimientos ($\alpha = .78$ y $r = .61$). El tercer factor tiene una confiabilidad baja ($\alpha = .53$ y $r = .36$). Aunque en la versión original canadiense cada reactivo tiene una amplitud de 5 puntos (de 1 a 5); en la adaptación mexicana, éstos se presentaron con un formato de 6 puntos (de 0 a 5), eliminando el punto medio y poniendo tres valores en cada sentido. Así, el recorrido potencial de la escala es de 0 a 100. La distribución de la escala se ajustó a una curva normal, con una media aritmética de 25 y una desviación estándar de 12. Las distribuciones de sus tres factores son asimétricas positivas (con sesgo hacia los valores inferiores).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley (1967), con la traducción al español de Núñez (1979). El Inventario consta de 366 elementos que componen 4 escalas de validez (de las que se emplean L, F y K) y 10

clínicas [Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (DP), Masculinidad-Feminidad (MF), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizoidismo (Sc), Hipomanía (Ma) e Introversión Social (SI)]. Se emplearon las puntuaciones brutas sin aplicar las correcciones de la escala K, al carecerse de una estandarización adecuada para población mexicana no clínica. En la presente muestra, sin aplicar la corrección de Lilliefors, sólo dos escalas se ajustaron a una distribución normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov: K ($p = .161$) e Histeria ($p = .163$), y se podría mantener la hipótesis nula de ajuste a la normalidad con un nivel bilateral de significación de .10 en otras dos escalas: Hipomanía ($p = .031$) e Introversión social ($p = .020$); no obstante, al aplicar la corrección de Lilliefors, se rechazó la hipótesis nula de ajuste a la normalidad en todos los casos ($p < .01$).

Procedimientos

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño ex post-facto transversal. Se solicitó el consentimiento informado para la participación en el estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información de acuerdo con las normas éticas de investigación de la American Psychological Association (2002).

Los cuestionarios se administraron de forma autoplicada en un salón con capacidad para 120 personas por psicólogos entrenados. La aplicación se realizó durante el proceso de selección de alumnos para su ingreso en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se leía las instrucciones y se permanecía en el salón para responder dudas y recoger los cuestionarios.

Análisis de datos

El ajuste de las distribuciones a una curva normal se contrastó por la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. Las correlaciones se calcularon por el coeficiente rho de Spearman (r_s), al no ajustarse ninguna distribución a una curva normal. Para comparar a los dos grupos de puntuaciones altas y bajas en alexitimia y contrastar su diferencia en las escalas de validación y clínicas del MMPI, se optó por definir como grupo no alexitímico a los participantes con puntuaciones menores o iguales una desviación estándar de la media en la TAS20 (12.63) y como grupo alexitímico a los participantes con puntuaciones mayores o iguales a una desviación estándar de la media en la TAS20 (37.17). En los tres factores de la TAS20, por sus distribuciones asimétricas, el grupo inferior se define con las puntuaciones iguales o menores al centil 30 (4 para DES, 5 para DIS y 6 para PEO) y el grupo superior con puntuaciones mayores o iguales al centil 70 (11 para DES y DIS y 10 para PEO). Como prueba de contraste, se eligió la U de Mann-Whitney, debido a la no normalidad de las distribuciones de las escalas del MMPI en la muestra total ($N = 362$) y en los grupos de participantes alexitímicos y controles ($n = 106$ cada grupo). Los modelos predictivos se calcularon por regresión lineal múltiple con el método Stepwise. El nivel de significación se fijó en .05. Los cálculos se realizaron con el SPSS16.

Resultados

La puntuación total de la TAS20 y el MMPI

La TAS20 correlacionó con las tres escalas de validación del MMPI, inversa con las escalas K ($r_S = -.47, p < .01$) y L ($r_S = -.28, p < .01$) y directa con la escala F ($r_S = .38, p < .01$); y con 5 de las 10 escalas clínicas, Introversión social ($r_S = .39$), Psicastenia ($r_S = .27, p < .01$), Esquizoidismo ($r_S = .21, p < .01$), Depresión ($r_S = .19, p < .01$) e Hipomanía ($r_S = .16, p < .01$), de forma directa (véase Tabla 1).

Se encontró diferencia significativa en las mismas escalas del MMPI que mostraron correlación al comparar al grupo de puntuación superior (≥ 37.17) e inferior (≤ 12.63). El grupo de personas alexitímicas mostró menor tendencia a la represión o negación (escala K: $U = 306, Z = -7.17, p < 0.01$), mayor tendencia a quejarse de malestar psíquico y dar una imagen de sí mismo negativa y enferma (escala F: $U = 532.5, Z = -5.81, p < 0.01$), mayor tendencia a la evitación social por temor a la evaluación social negativa y el rechazo (escala SI: $U = 566.5, Z = -5.58, p < 0.01$), mayor sinceridad y falta de convencionalismo (escala L: $U = 680.5, Z = -4.93, p < 0.01$), mayor frecuencia de síntomas como fobias, obsesiones, compulsiones, dudas y constantes sensaciones de fatiga (escala Pt: $U = 800.5, Z = -4.16, p < 0.01$), mayores quejas de apatía, pesimismo, indefensión, desesperanza, alteraciones del sueño, el apetito y la concentración (escala D: $U = 936, Z = -3.34, p < 0.01$), mayor expansividad e irritabilidad del estado de ánimo (escala Ma: $U = 1068, Z = -2.53, p = 0.01$), así como mayor tendencia a distorsionar y tener un contacto pobre con la realidad (escala Sc: $U = 1070.5, Z = -2.52, p = 0.01$). Debe señalar que la elevación simultánea de las escalas de Depresión e Hipomanía podría indicar gran inestabilidad del ánimo, con elación y decaimiento del humor (véase Tabla 2).

El modelo de regresión lineal explicó el 30.7% de la varianza de la TAS20. Como predictores significativos resultaron las escalas K, de Psicastenia e Introversión social. El modelo reflejó que, por cada unidad de incremento en la TAS20, le corresponde un decremento de 1.11 en la escala K, un aumento de 0.55 en la escala de psicastenia y de 0.31 en la de introversión social (véase Tabla 3).

Empleando las normas estadounidenses de conversión de puntuaciones brutas en puntuaciones T sin la corrección por el factor K (Hathaway y McKinley, 1951, en Núñez, 1979), el perfil del grupo alexitímico presentó puntuaciones medias elevadas ($PT > 70$) en las escalas de Desviación psicopática (80), Esquizoidismo (79) Psicastenia (75) e Hipocondría (73). Este perfil se repitió en los grupos de puntuación alta en dificultad para expresar sentimientos, dificultad para identificar sentimientos y pensamiento externamente orientado.

Dificultad para Expresar Sentimientos (DES) y el MMPI

El primer factor de la TAS20, Dificultad para Expresar Sentimientos (DES), correlacionó con las tres escalas de validación del MMPI, de forma inversa con K ($r_S = -.36, p < .01$) y L ($r_S = -.28, p < .01$) y directa con F ($r_S = .30, p < .01$); y con 4 de las 10 escalas clínicas, Introversión Social ($r_S = .44, p < .01$), Psicastenia ($r_S = .22, p < .01$),

Depresión ($r_s = .22, p < .01$) y Esquizoidismo ($r_s = .21, p < .01$), de forma directa (véase Tabla 1).

Se obtuvieron diferencias significativas en las mismas 3 escalas de validación y 4 escalas clínicas del MMPI con las que DES presentó correlación. El grupo con mayor dificultad para expresar sentimientos presentó mayor tendencia a la evitación social (escala SI: $U = 2112, Z = -8.11, p < .01$), menos negación y represión de aspectos o impulsos negativos (escala K: $U = 2974.5, Z = -6.24, p < .01$), mayor tendencia a dar una imagen devaluada o negativa de sí mismo y expresar malestar psíquico (escala F: $U = 3613, Z = -4.86, p < .01$), un mayor padecimiento de apatía, indefensión, pesimismo, desesperanza, alteraciones del hambre, el sueño y la concentración (escala D: $U = 3682.5, Z = -4.69, p < .01$), más sinceridad (escala L: $U = 3730.5, Z = -4.62, p < .01$), más síntomas de fobias, obsesiones, compulsiones, dudas y sensaciones de fatiga (escala Pt: $U = 3966, Z = -4.07, p < .01$), así como peor contacto con la realidad (escala Sc: $U = 4088, Z = -3.80, p < .01$) (véase Tabla 4).

El modelo de regresión lineal explicó el 26.8% de la varianza del criterio (Dificultad para Expresar Sentimientos). Como predictores significativos de DES resultaron Introversión social, la escala K y Psicastenia. El modelo reflejó que, por cada unidad de incremento en DES, le corresponde un incremento de 0.27 en la de introversión social, un decremento de 0.32 en la escala K y un aumento de 0.19 en la escala de psicastenia (véase Tabla 3).

Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) y el MMPI

El segundo factor de la TAS20, Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS), correlacionó con las tres escalas de validación del MMPI, de forma inversa con K ($r_s = -0.50, p < .01$) y L ($r_s = -0.29, p < .01$) y directa con F ($r_s = .36, p < .01$); y con 5 de sus 10 escalas clínicas del MMPI, Psicastenia ($r_s = .28, p < .01$), Introversión Social ($r_s = .27, p < .01$), Hipomanía ($r_s = .20, p < .01$), Depresión ($r_s = 0.18, p < .01$), Esquizoidismo ($r_s = .17, p < .01$) y Paranoia ($r_s = .16, p < .01$), de forma directa (véase Tabla 1).

Se obtuvieron diferencias significativas en las 3 escalas de validación y en 8 de las 10 escalas clínicas del MMPI, coincidiendo con las escalas que correlacionan significativamente, salvo que ahora surge una nueva escala significativa, la de Desviación psicopática, que sólo presentaba una correlación con tendencia a la significación estadística ($p = 0.07$). El grupo con más dificultad para identificar sus sentimientos presentó menor tendencia a dar respuestas defensivas que niegan problemas personales (escala K: $U = 1777, Z = -8.62, p < 0.01$), mayor tendencia a dar una imagen de sí mismo devaluada, negativa y enferma (F: $U = 2667, Z = -6.64, p < 0.01$), mayor sinceridad (escala L: $U = 3136.5, Z = -5.61, p < 0.01$), mayor evitación social (SI: $U = 3186, Z = -5.45, p < 0.01$), mayor queja de fobias, obsesiones, compulsiones, dudas y cansancio (Pt: $U = 3156, Z = -5.53, p < 0.01$), mayor expansión del ánimo o euforia que aunado a la significación de la escala de depresión más bien refleja altibajos del humor o tendencia ciclotímica (escala Ma: $U = 3825.5, Z = -4.02, p < 0.01$), mayor distorsión de la realidad (escala Sc: $U = 3939, Z = -3.79, p < 0.000$), mayor tendencia al humor deprimido que se puede manifestar por irritabilidad, apatía,

cansancio, alteraciones del apetito, el sueño y falta de concentración (escala D: $U = 4021$, $Z = -3.59$, $p < 0.01$), mayor suspicacia y celos (Pa: $U = 4494$, $Z = -2.53$, $p = 0.01$), así como menor introyección y respeto hacia las normas y prohibiciones sociales (DP: $U = 4652.5$, $Z = -2.17$, $p = 0.03$) (véase Tabla 5).

El modelo de regresión lineal explicó el 32.1% de la varianza del criterio (Dificultad para Identificar los Sentimientos). Como predictores significativos de DIS resultaron las escalas K y de Psicastenia. El modelo reflejó que, por cada unidad de incremento en DIS, le corresponde un decremento de 0.65 en la escala K y un aumento de 0.33 en Psicastenia (véase Tabla 3).

Pensamiento Externamente Orientado (PEO) y el MMPI

El tercer factor de la TAS20, Pensamiento Externamente Orientado (PEO), correlacionó de forma significativa y directa con las escalas F (escala $r_s = .17$, $p < .01$) e inversa con la escala K ($r_s = -.16$, $p < .01$), a su vez, de forma directa con Introversión social ($r_s = .18$, $p < .01$) e inversa con Masculinidad/Feminidad ($r_s = -.14$, $p < .01$) (véase Tabla 1).

Se obtuvieron diferencias significativas en estas mismas 4 escalas además de la escala clínica de Histeria (Hy). El grupo con más rasgos de pensamiento externamente orientado presentó más evitación social (escala SI: $U = 4223.5$, $Z = -3.13$, $p < .012$), menor tendencia a dar respuestas defensivas que niegan problemas y defectos personales (escala K: $U = 4232.5$, $Z = -3.11$, $p < .01$), mayor tendencia a dar una imagen desvalorizada, negativa y enferma (escala F: $U = 4356$, $Z = -2.84$, $p < .01$), menor manifestación de conductas y actitudes vinculadas al rol de género femenino (escala MF: $U = 4673.5$, $Z = -2.12$, $p = .03$), así como menor frecuencia de síntomas de conversión y menos manipulación a través de las quejas somáticas (escala Hy: $U = 4698.5$, $Z = -2.07$, $p = .04$) (véase Tabla 6).

El modelo de regresión lineal explicó el 6.5% de la varianza del criterio. Como predictores significativos de PEO resultaron las escalas de Masculinidad-Feminidad, K e Introversión social. El modelo reflejó que, por cada unidad de incremento en PEO, le corresponde un decremento de .136 en Masculinidad-Feminidad y de 0.14 en la escala K, así como un aumento de 0.09 en Introversión social (véase Tabla 3).

Discusión

Ya sea en la puntuación total o sus tres factores, las relaciones más fuertes aparecen con las escalas de validación K en sentido inverso y F en sentido directo; y con las escalas clínicas de Introversión social y Psicastenia en sentido directo; con excepción del tercer factor de la TAS20, Pensamiento Externamente Orientado, que no correlaciona con Psicastenia, sino con Masculinidad-Feminidad. Esto refleja que las personas alexitímicas, por una parte, presentan menor tendencia a dar respuestas defensivas, mayor propensión a mostrar una imagen negativa de sí mismo y escaso convencionalismo, y por otra parte, muestran más timidez, evitación social, así como más quejas de fobias, obsesiones, compulsiones, dudas, sensaciones de debilidad y fatiga. Al transformar las puntuaciones brutas medias en puntuaciones T en el grupo

alexitímico aparece un perfil de trastorno de la personalidad con rasgos de cierta distorsión del pensamiento, propenso al malestar interno y dar una imagen desvalorizada de sí mismo, mayor tendencia a fobias, obsesiones y compulsiones y más inestabilidad emocional y menor control de impulsos. Precisamente, un estilo sensibilizador hacia los síntomas somáticos y activación emocional confundida por síntomas entre alexitímicos se replica en varias investigaciones (Taylor et al., 1997).

La TAS20 y sus dos primeros factores correlacionan de forma significativa, negativa y con un valor mayor de $-.20$ con la escala de Manejo de la impresión (L) del MMPI, sólo permaneciendo el tercer factor de la TAS20 independiente de esta tendencia a dar respuestas sobre sí mismo en un sentido socialmente favorable. Así, la pretensión en la revisión de la escala TAS-26 (Bagby et al, 1994) de eliminar su correlación con la variable de deseabilidad social no se logra del todo, aunque debe señalarse que la relación es baja. Moral y Retamales (2000), en una muestra española de 144 estudiantes de segundo año de medicina, empleando la escala de distorsión del *Big Five Questionnaire* (BFQ) que mide falseamiento o manejo de una impresión falsamente positiva, tampoco hallaron independencia de esta variable con la TAS20. La correlación con la escala fue de $-.32$, con el primer factor de $-.30$, con el segundo de $-.31$ y con el tercero de $-.22$. Martínez-Sánchez (1996), en otra muestra española de 370 estudiantes de la Universidad de Murcia, obtuvo correlaciones significativas tanto con la escala como con sus tres factores, aún de una magnitud ligeramente más alta. Estas correlaciones negativas remarcan la relación de la alexitimia con el estilo sensibilizador frente a un estilo represor y conformista que puntuaría bajo en la escala TAS20.

La escala de Histeria (síntomas conversivos) resulta independiente de la TAS20 y sus tres factores, mostrando índices de correlación negativos como en los estudios de Taylor et al. (1992) y Fukunishi et al. 1996. Habiendo una tendencia no significativa de menor presencia de conversiones y actitud manipuladora con las quejas somáticas, a mayor puntuación en la TAS20. También la Desviación Psicopática queda independiente, sin una tendencia clara y aunque la transformación en puntuación T de la media del grupo alexitímico en desviación psicopática es muy alta (>80), también lo resulta en el grupo no alexitímico, reflejando la inadecuación de los estándares estadounidenses de los 30. Así, estos resultados que van contra la hipótesis de la psicopatía como una forma de alexitimia, coincidiendo con otros estudios en población general (Sayar, Ebrinc y Ak, 2001). La escala de masculinidad/feminidad sólo se relaciona con el tercer factor, indicando una asociación entre la tendencia a adoptar un rol de género masculino y una tendencia al pensamiento externamente orientado. Teniendo en cuenta la correlación de $.64$ entre sexo y masculinidad-feminidad y que sólo este tercer factor de la TAS20 establece diferencia de sexo, se confirman los resultados transculturales de Páez y Casullo (2000) de diferencias entre hombres y mujeres en alexitimia sólo en pensamiento externamente orientado. La escala de Hipocondriasis presenta una relación débil con la alexitimia medida por la TAS20. Sólo correlaciona de forma directa con el factor de dificultad en identificar emociones y de forma inversa con el factor de pensamiento externamente orientado. En puntuaciones T la escala de histeria permanece en un valor intermedio, pero la hipocondría claramente destaca en el perfil, pero no sólo en el grupo alexitímico, sino también en el resto de la muestra, perdiendo así valor interpretativo.

En relación con el estudio de Casullo et al. (2000), en nuestro estudio, también destacan las escalas de Depresión (D), Introversión social (IS) e Hipomanía (Ma) en el perfil diferencial de participantes con baja y alta puntuación en alexitimia, así como las de Psicastenia (Pt) y Esquizoidismo (Sc). Al aplicar, en nuestra muestra, un análisis discriminante por el método Stepwise con las 10 escalas clínicas para discriminar el grupo por encima y por debajo de una desviación estándar de la media en la TAS20; sólo las escalas de Hipomanía (Ma) y el Introversión social (IS) resultan significativas. Al factorizar por Componentes Principales con una rotación Varimax las 10 escalas clínicas del MMPI, se obtienen 3 componentes que explican el 63.21% de la varianza total. El primer componente explica el 27.04% de la varianza total; siendo las escalas de Esquizoidismo (.816), Psicastenia (.740), Desviación psicopática (.670), Hipomanía (.657) y Paranoia (.494) las que presentan mayor saturación. Se puede interpretar como un componente de Psicoticismo, caracterizado por desapego, insensibilidad, presencia de síntomas difusos de miedos, obsesiones, dudas, compulsiones y fatiga; impulsividad; conducta social inadecuada y suspicacia. El segundo explica el 18.31% de la varianza total, siendo las escalas de Introversión social (.881) y Depresión (.770) en sentido directo y la de Hipomanía (-.349) en sentido inverso las que muestran mayor saturación. Se puede interpretar como un componente de Depresión. El tercero explica el 17.85% de la varianza total, siendo las escalas de Histeria (.738), Masculinidad-Feminidad (.682) e Hipondriasis (.507) las que presentan mayor saturación. Se puede interpretar como un componente Somatomorfo ligado al rol de género femenino (de alta expresividad y baja instrumentalidad). Al emplear los tres componentes como predictores de la TAS20 salen significativos el de Depresión y el de Psicoticismo. Resultados bastante convergentes a los argentinos. Así, la persona alexitímica destaca por su pobreza en las relaciones interpersonales, tendencias depresivas, inestabilidad del humor, síntomas difusos de miedos, obsesiones, dudas, compulsiones y fatiga y pobre contacto con la realidad, permaneciendo independiente de la dimensión somatomorfa (síntomas conversivos, rasgos histriónicos, preocupaciones hipocondríacas y una manifestación más femenina del rol de género).

Debe señalarse que los índices de correlación significativos entre la TAS20 y el MMPI, con valores de .11 a .47, y los porcentajes de varianza explicada por los modelos predictivos, con proporciones del 6% al 32%, resultan más bien bajos. Más altos en aspectos de personalidad (escalas de validación e introversión social), más bajos en aspectos clínicos. Lo cual es lógico por la naturaleza de la muestra. En población clínica muy probablemente se incrementarían las correlaciones con las escalas clínicas del MMPI. No obstante, quedan más de dos tercios de la varianza de la alexitimia sin explicar por estas medidas de rasgos psicopatológicos.

Como limitaciones del estudio se puede señalar que los participantes rellenaron los cuestionarios durante un proceso de selección. Esta situación puede restar sinceridad a sus respuestas. Como argumentos a favor de la confiabilidad de los datos se tiene que: los niveles medios de las escalas de validez del MMPI son adecuados, considerando los estándares estadounidenses [L: PB = 5 y PT = 53, F: PB = 8 y PT = 61, K: PB = 1 y PT = 53] (Hathaway y McKinley, 1967); hay un porcentaje muy bajo de participantes (12 de 362, 3.31%) que pueden ser descartados por puntuación extrema ($PT \geq 80$ o $PT \leq 20$) en alguna de las tres escalas de validación; además, la correlación test-retest a los 6 meses de la TAS20 en esta misma muestra fue de .71. El alcance de las conclusiones se

limita a población control universitaria, no pudiéndose generalizar a población clínica, ni a otros grupos de población general, como amas de casa o trabajadores manuales. Además los datos de esta investigación deben manejarse como hipótesis para futuros estudios y no como estimaciones de parámetros poblacionales al emplearse un muestreo no probabilístico.

En conclusión, la TAS20 y sus tres factores en relación al MMPI, se asocian especialmente con las escalas de validación F (tendencia a dar una imagen devaluada o negativa de sí mismo, quejarse de malestar psíquico y mostrar un pensamiento idiosincrásico) y K (tendencia a una menor defensividad) y las escalas clínicas SI (tendencia a la introversión social) y Pt (tendencia a sufrir fobias, obsesiones, compulsiones y fatiga crónica). Al transformar las puntuaciones brutas medias del MMPI en puntuaciones T, en el grupo alexitímico, aparece un claro perfil de trastorno de la personalidad con tendencia a dar una imagen negativa de sí mismo (F), pobre contacto con la realidad, falta de empatía y dureza emocional (Sc), presencia de miedos, obsesiones, compulsiones y fatiga crónicas (Pt). Tomando en cuenta la fuerte relación con evitación social se podría hablar de características de un trastorno de personalidad esquizoide. Claramente la alexitimia no se relaciona con una mayor tendencia a síntomas conversivos (Hy) y su asociación es débil con hipocondría (Hs) en población joven universitaria. Sin embargo, la escala de conversión (Hy) se asocia a las variables de rol de género (M-F) e hipocondría (Hs). Cuanto más femenina es la expresión del rol de género, más preocupaciones hipocondríacas, mayor frecuencia de síntomas conversivos y más manipulación a través de las quejas somáticas. A nivel psicopatológico, la alexitimia se relaciona fundamentalmente con problemas de la regulación afectiva como fobias, compulsiones, obsesiones y fatiga crónica (Pt) y depresión (D). Con una potencia de un tercio, la alexitimia es predicha por variables de personalidad en relación con pensamiento idiosincrásico (F), introversión (IS) y tendencia a quejas y síntomas neuróticos o neuroticismo (Pt). Se recomienda la replicación del estudio con el MMPI-2, con una muestra grande y aleatoria, para comprobar la confiabilidad de las conclusiones y consolidar los conocimientos en el campo de estudio aplicables a poblaciones no clínicas.

Referencias

- American Psychological Association. 2002. Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., 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(1), 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(1), 33-40.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. 1989. *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis, USA: University of Minnesota Press.

- Casullo, M. M., Castro A., y D'Anna, A. 2000. Alexitimia y características de personalidad en jóvenes adictos. En D. Páez y M.M. Casullo (Eds.), *Cultura y alexitimia*. pp. 181-192. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fukunishi, I., Hosaka, T., Aoki, T., Azekawa, T., Ota, A., y Miyaoka, H. 1996. Criterion-related validity of diagnostic criteria for alexithymia in a general hospital psychiatric setting. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(2), 82-85.
- Hathaway, S.R., y McKinley, J. 1967. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York, USA: Psychological Corporation.
- Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B., y Ojuel, J. 2000. Alexitimia: hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(3), 136-146.
- Kleiger, J.H., y Kinsman, R.A. 1980. The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 17-24.
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., y Kaszniak, A.W. 1997. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biology Psychiatry*, 42(9), 834-844.
- Lundhl, L.G., y Simonsson-Sarnecki, M. 2002. Alexitimia and cognitive bias for emotional information. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1063-1075.
- Martínez-Sánchez, F. 1996. Adaptación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Moral, J. 2008. Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Clínica de Iztacala*, 11(2), 97-114. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Moral, J., y Retamales, R. 2000. Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*. [en red], 4(2) Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_3.htm..
- Nemiah, J.C. 1977. Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(2), 199-206.
- Núñez, R. 1979. *Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI)*. México, DF, México: Editorial Manual Moderno.
- Páez, D., y Casullo, M.M. 2000. Presentación de las propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20) en comunidades de habla hispana y otros países. En D. Páez y M. M. Casullo (Eds.), *Cultura y alexitimia*. pp. 199-203. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sayar, K., Ebrinc, S., y Ak, I. 2001. Alexithymia in patients with antisocial disorder in a military hospital setting. *Israel Journal of Psychiatry and Relative Sciences*, 38(2), 81-86.
- Shipko, S., y Noviello, N. 1984. Psychometric properties of self-report scales of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 4(2), 85-90.
- Sifneos, P.E. 1973. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262.
- Taylor, G.J., 1984. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. 1997. *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, England, United Kingdom: Cambridge University Press.

- Taylor, G.J., Parker, J.D.A, Bagby, R.M., y Acklin, M.W. 1992. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(5), 417-424.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P., y Bagby, R.M. 1985. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 181-199.

Tabla 1

Coefficientes de correlación de la TAS20 y sus factores con las escalas de validación y clínicas del MMPI

MMPI	TAS20	DES	DIS	PEO
L	-.28 ***	-.28 ***	-.29 ***	-.07 ns
F	.38 ***	.30 ***	.36 ***	.17 **
K	-.47 ***	-.36 ***	-.50 ***	-.16 **
Hs	.05 ns	.05 ns	.10 *	-.06 ns
D	.19 ***	.22 ***	.18 **	.04 ns
Hy	-.06 ns	-.09 ns	-.01 ns	-.10 ns
DP	.05 ns	.01 ns	.10 ns	-.04 ns
MF	-.02 ns	-.04 ns	.10 ns	-.14 **
Pa	.11 *	.05 ns	.16 **	-.01 ns
Pt	.27 ***	.22 ***	.28 ***	.08 ns
Sc	.21 ***	.21 ***	.17 **	.04 ns
Ma	.16 **	.07 ns	.20 ***	.07 ns
SI	.39 ***	.44 ***	.27 ***	.18 **

ns $p > .05$ * $< .05$ ** $< .01$ *** $< .001$

DES - Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS - Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO - Pensamiento Externamente Orientado.

Escalas del MMPI: Escalas de validación L (falseamiento), F y K. Hs – Hipocondriasis, D – Depresión, Hy – Histeria, DP – Desviación Psicopática, MF – Masculinidad-Feminidad, Pa – Paranoia, Pt – Psicastenia, Sc – Esquizoidismo, Ma – Hipomanía, y SI – Introversión Social.

Tabla 2

Diferencia entre dos los grupos definidos por una desviación estándar de la media de la TAS20 en las escalas de validación y clínicas del MMPI.

MMPI	Rango medio		U de Mann-Whitney		
	G1(\leq P12)	G2(\geq P38)	U	Z	p
Escala L	69.63	40.10	680.5	-4.93	< .001
Escala F	37.68	72.64	532.5	-5.81	< .001
Escala K	76.44	33.17	306.0	-7.17	< .001
Hs: Hipocondriasis	51.70	58.36	1303.5	-1.10	.270
D: Depresión	45.02	65.17	936.0	-3.40	.001
Hy: Histeria	57.48	52.47	1348.5	-0.83	.406
DP: Desviación Psicopática	52.11	57.94	1326.0	-0.97	.333
MF: Masculinidad-Feminidad	54.26	55.75	1444.5	-0.25	.806
Pa: Paranoia	51.30	58.77	1281.5	-1.239	.215
Pt: Psicastenia	42.55	67.68	800.5	-4.16	< .001
Sc: Esquizoidismo	47.45	62.69	1070.0	-2.52	.012
Ma: Hipomanía	47.42	62.72	1068.0	-2.53	.011
SI: Introversión Social	38.30	72.01	566.5	-5.57	< .001

Cada grupo cuenta con 54 participantes, así que los rangos conjuntos varían de 0 a 108. El grupo de comparación 1 (G1) está constituido por todos los participantes con una puntuación menor o igual a 13 en la escala TAS20. El grupo de comparación 2 (G2) está formado por los participantes con una puntuación mayor o igual a 38. La TAS20 tiene un recorrido de 0 a 61 y está constituido por la suma simple de los 20 elementos. En negrilla se destacan las diferencias significativas ($p \geq 0.05$).

Tabla 3

Modelos de regresión lineal con las escalas de validación y clínicas del MMPI para predecir alexitimia

Modelos	Coeficientes de determinación				
	No estandarizado		Estandarizado	Significación	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
TAS20 ($R^2=.31$)					
Constante	19.98	4.82		4.14	< .001
K	-1.11	0.15	-.38	-7.55	< .001
PT	0.55	0.13	.21	4.37	< .001
SI	0.31	0.11	.16	2.93	.004
DES ($R^2=.27$)					
Constante	1.38	2.29		0.60	.546
SI	0.27	0.05	.29	5.33	< .001
K	-0.32	0.07	-.23	-4.52	< .001
Pt	0.19	0.06	.15	3.16	.002
DIS ($R^2=.32$)					
Constante	9.91	1.94		5.10	< .001
K	-0.65	0.06	-.47	-10.74	< .001
Pt	0.33	0.05	.26	5.99	< .001
PEO ($R^2=.07$)					
Constante	13.06	2.33		5.60	< .001
MF	-0.14	0.04	-.16	-3.14	.002
K	-0.14	0.06	-.13	-2.27	.024
SI	0.09	0.04	.12	2.03	.044

TAS20 – Puntuación total en los 20 reactivos, DES – Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS – Dificultad para Identificar Sentimientos y PEO – Pensamiento Externamente Orientado. Escalas del MMPI: Escala de validación K, Pt – Psicastenia, SI – Introversión Social y MF Masculinidad-Feminidad.

Tabla 4

Diferencia entre los grupos definidos por los centiles 30 y 70 del primer factor de la TAS20 (Dificultad para Expresar Sentimientos) en las escalas de validación y clínicas del MMPI.

MMPI	Rango Medio		U de Mann-Whitney		
	G1(\leq P30)	G2(\geq P70)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Escala L	127.96	89.04	3730.5	-4.62	< .001
Escala F	87.95	129.05	3613.0	-4.86	< .001
Escala K	134.96	82.04	2974.5	-6.24	< .001
Hs: Hipocondriasis	103.91	113.09	5336.0	-1.08	.278
D: Depresión	88.60	128.40	3682.5	-4.69	< .001
Hy: Histeria	114.19	102.81	5218.0	-1.34	.180
DP: Desviación Psicopática	105.76	111.24	5536.5	-0.65	.519
MF: Masculinidad-Feminidad	111.44	105.56	5514.0	-0.69	.487
Pa: Paranoia	104.49	112.51	5399.0	-0.95	.343
Pt: Psicastenia	91.22	125.78	3966.0	-4.07	< .001
Sc: Esquizoidismo	92.35	124.65	4088.0	-3.80	< .001
Ma: Hipomanía	105.00	112.00	5454.5	-0.82	.410
SI: Introversión Social	74.06	142.94	2112.0	-8.11	< .001

Cada grupo cuenta con 108 participantes, así que los rangos conjuntos varían de 0 a 216. El grupo de comparación 1 (G1) está constituido por todos los participantes con una puntuación menor o igual al centil 30 del primer factor de la TAS20 que corresponde a una puntuación bruta de 4. El grupo de comparación 2 (G2) está formado por los participantes con una puntuación mayor o igual al centil 70 que corresponde a una puntuación bruta de 11. El primer factor tiene un recorrido de 0 a 25 y está constituido por la suma simple de los elementos 2, 4, 11, 12 y 17. En negrilla se destacan las diferencias significativas ($p \geq 0.05$).

Tabla 5

Diferencia entre los grupos definidos por los centil 30 y 70 del segundo factor de la TAS20 (Dificultad para Identificar Sentimientos) en las escalas de validación y clínicas del MMPI.

MMPI	Rangos medios		U de Mann-Whitney		
	G1(\leq P30)	G2(\geq P70)	U	Z	p
Escala L	129.91	83.09	3136.5	-5.61	< .001
Escala F	78.66	134.34	2667.0	-6.64	< .001
Escala K	142.73	70.27	1777.5	-8.62	< .001
Hs: Hipocondriasis	97.67	115.33	4682.0	-2.10	.035
D: Depresión	91.43	121.57	4021.0	-3.59	< .001
Hy: Histeria	106.43	106.57	5610.5	-0.02	.987
DP: Desviación Psicopática	97.39	115.61	4652.5	-2.17	.030
MF: Masculinidad-Feminidad	101.75	111.25	5115.0	-1.13	.259
Pa: Paranoia	95.90	117.10	4494.0	-2.53	.011
PT: Psicastenia	83.27	129.73	3156.0	-5.53	< .001
Sc: Esquizoidismo	90.58	122.42	3930.5	-3.79	< .001
Ma: Hipomanía	89.59	123.41	3825.5	-4.02	< .001
SI: Introversión Social	83.56	129.44	3186.0	-5.45	< .001

Cada grupo cuenta con 106 participantes, así que los rangos conjuntos varían de 0 a 212. El grupo de comparación 1 (G1) está constituido por todos los participantes con una puntuación menor o igual al centil 30 del segundo factor de la TAS20 que corresponde a una puntuación bruta de 5. El grupo de comparación 2 (G2) está formado por todos los participantes con una puntuación mayor o igual al centil 70 que corresponde a una puntuación bruta de 11. El segundo factor tiene un recorrido de 0 a 30 y está constituido por la suma simple de los elementos 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14. En negrilla se destacan las diferencias significativas ($p \geq 0.05$).

Tabla 6

Diferencia entre los grupos definidos por los centiles 30 y 70 del tercer factor de la TAS20 (Pensamiento Externamente Orientado) en las escalas validación y clínicas del MMPI.

MMPI	Rangos Medios		U de Mann-Whitney		
	G1(\leq P30)	G2(\geq P70)	U	Z	p
Escala L	111.38	101.62	5100.5	-1.17	.242
Escala F	94.59	118.41	4356.0	-2.84	.004
Escala K	119.57	93.43	4232.5	-3.11	.002
Hs: Hipocondriasis	110.24	102.76	5222.0	-0.89	.373
D: Depresión	102.79	110.21	5224.5	-0.88	.377
Hy: Histeria	115.17	97.83	4698.5	-2.07	.039
DP: Desviación Psicopática	110.05	102.95	5241.5	-0.85	.397
MF: Masculinidad-Feminidad	115.41	97.59	4673.5	-2.12	.034
Pa: Paranoia	107.67	105.33	5494.5	-0.28	.781
PT: Psicastenia	101.15	111.85	5050.5	-1.27	.203
Sc: Esquizoidismo	104.46	108.54	5401.5	-0.49	.627
Ma: Hipomanía	98.63	114.37	4783.5	-1.87	.061
SI: Introversión social	93.34	119.66	4223.5	-3.13	.002

Cada grupo cuenta con 106 participantes, así que los rangos conjuntos varían de 0 a 212. El grupo de comparación 1 (G1) está constituido por todos los participantes con una puntuación menor o igual al centil 30 del tercer factor de la TAS20 que corresponde a una puntuación bruta de 6. El grupo de comparación 2 (G2) está formado por todos los participantes con una puntuación mayor o igual al centil 70 que corresponde a una puntuación bruta de 10. El tercer factor tiene un recorrido de 0 a 24 y está constituido por la suma simple de los elementos 5, 7, 10, 15, 16, 18, 19 y 20. En negrilla se destacan las diferencias significativas ($p \geq 0.05$).

*Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. c/Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitrás Centro. C.P. 64460. Monterrey, Nuevo León, México.
Teléfono: (81) 8333 8233. Ext. 423. Fax. Ext. 103. e-mail: jose_moral@hotmail.com