



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD”

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Chicaiza Barrera, Edison Segundo

Tutora: Ps. Cl. Mg. Gavilanes Manzano, Fanny Rocío

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: “ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD”, de Edison Segundo Chicaiza Barrera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, agosto de 2017

LA TUTORA

.....
Ps. Cl. Mg. Gavilanes Manzano, Fanny Rocío

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD”, al igual que los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, agosto de 2017

EL AUTOR

.....
Chicaiza Barrera, Edison Segundo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este trabajo, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, agosto de 2017

EL AUTOR

.....
Chicaiza Barrera, Edison Segundo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD”, de Edison Segundo, Chicaiza Barrera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, noviembre de 2017

PRESIDENTE

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación se lo dedico con inmenso amor a Dios, quien fue gestor indiscutible en la culminación de mi proceso formativo, brindándome una oportunidad más, para poder luchar por mis sueños y aspiraciones.

A mi amado padre Segundo, quien, con su intachable rectitud, sacrificio, responsabilidad y amor incondicional a nuestra familia se ha convertido en fuente de mi inspiración y modelo a seguir.

A mi hermosa madre Norma, quien desde el inicio de mi vida me alentó y apoyo incondicionalmente en cada etapa de mi vida con paciencia, cariño y sobre todo mucho amor.

A mi compañera de vida Johita, que se ha convertido en el pilar fundamental de mi vida y que con su infinito amor y bondad me enseñó a apreciar las cosas que la vida nos ofrece envueltos en pequeños frascos de felicidad.

A mis queridos hermanos Evelyn, Jennifer y Steven, quienes me brindaron su total confianza, apoyo y paciencia en cada momento de nuestra vida juntos.

Chicaiza Barrera, Edison Segundo

AGRADECIMIENTO

Mi inmenso agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato por formarme académicamente de la mano de su excelente grupo de profesionales quienes contribuyeron a mi formación personal y profesional.

A mi tutora de tesis, Ps. Cl. Mg. Fanny Gavilanes Manzano, por sus conocimientos impartidos, su tiempo, dedicación y profesionalismo en la elaboración del presente proyecto de investigación.

Al Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, que, a través del director del Centro de Privación de Libertad Regional Sierra Centro Norte Ab. Víctor Ortega y el incondicional apoyo y confianza del coordinador del pabellón de máxima seguridad Ab. Kevin Guerrero, gestionaron y contribuyeron enormemente a la realización de mi investigación.

Agradezco a los facultativos de la Carrera de Psicología Clínica que a través de sus enseñanzas y verdadera pasión por la psicología me enseñaron el verdadero significado del servicio a los demás.

Chicaiza Barrera, Edison Segundo

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ANEXOS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del problema	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos.....	9

1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Estado del Arte.....	10
2.1.1 Alexitimia	10
2.1.2 Depresión.....	14
2.2 Fundamento Teórico	18
2.2.1 Alexitimia	18
2.2.1.1 Definición e historia de la alexitimia.....	19
2.2.1.2 Clasificación de la Alexitimia.....	24
2.2.1.3 Características de la alexitimia.....	27
2.2.1.4 Perfil de la personalidad Alexitímica	28
2.2.1.5 Rasgos de la Alexitimia	30
2.2.2 Depresión.....	32
2.2.2.1 Definición de la Depresión y Rasgos distintivos.	32
2.2.2.2 Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)	35
2.2.2.3 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)..	38
2.2.2.4 Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)	42
2.2.2.5 Tratamiento de la depresión desde el modelo cognitivo conductual.....	45

2.2.2.6 Alexitimia y Depresión.....	49
2.3 Hipótesis.....	51
2.3.1 Hipótesis Alternativa (Hi)	51
2.3.2 Hipótesis Nula (Ho).....	51
CAPÍTULO III	52
MARCO METODOLÓGICO	52
3.1 Nivel y Tipo de investigación.....	52
3.2 Selección del área o ámbito de estudio	52
3.3 Población	53
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	53
3.4.1 Criterios de Inclusión	53
3.4.2 Criterios de Exclusión	53
3.5 Diseño Muestral	54
3.6 Operacionalización de Variables	55
3.7 Instrumentos de evaluación	58
3.7.1 Escala Toronto De Alexitimia Consensuada Para Latinoamérica (LAC-TAS-20)	58
3.7.2 Inventario De Depresión De Beck BDI-II	60
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.....	62
3.9 Aspectos éticos.....	63

CAPÍTULO IV	66
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
4.1 Alexitimia	66
4.2 Depresión.....	70
4.3 Verificación de Hipótesis	72
CAPÍTULO V	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
5.1 Conclusiones	77
5.2 Recomendaciones.....	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de la alexitimia.	26
Tabla 2: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.....	40
Tabla 3 : Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.	42
Tabla 4 : Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.	44
Tabla 5: Alexitimia.	55
Tabla 6: Depresión.	57
Tabla 7: Alexitimia	66
Tabla 8: Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica.	68
Tabla 9: Depresión.	70
Tabla 10: Tabla de contingencia Dimensiones_Alexitimia*Niveles_Depresion tabulación cruzada.	72
Tabla 11: Pruebas de Chi-cuadrado	73
Tabla 12: Correlaciones Dimensiones de Alexitimia y Niveles de Depresión.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Alexitimia.....	67
Figura 2: Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica.....	69
Figura 3: Depresión.	71
Figura 4: Contingencia Alexitimia * Depresión.....	74
Figura 5: Correlacion_Dimensiones_Alexitimia_Niveles_Depresión	76

ANEXOS

Anexo 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	89
Anexo 2 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	91
Anexo 3 Escala Toronto De Alexitimia Consensuada Para Latinoamérica (LAC-TAS-20).....	93
Anexo 4 Inventario De Depresión De Beck BDI-II.....	94

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE “AMBATO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD”

Autor: Chicaiza Barrera, Edison Segundo

Tutora: Ps. Cl. Mg. Gavilanes Manzano, Fanny Rocío

Fecha: Agosto de 2017

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre la alexitimia y la depresión de las Personas Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, población que será la directa beneficiaria, dado que la información obtenida permitirá elaborar programas psicológicos que contribuirán al proceso de rehabilitación de la población penal, además del favorecimiento para futuras investigaciones. La muestra de estudio estuvo constituida por 40 PPL(s), quienes fueron evaluados mediante la Escala Toronto De Alexitimia Consensuada Para Latinoamérica (LAC-TAS-20) y el Inventario De Depresión De Beck BDI-II, para evaluar la presencia de alexitimia y los niveles de depresión respectivamente, para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SSPS y a través de la prueba estadística del Chi-cuadrado se obtuvo un valor inferior al nivel de probabilidad ($0.00 < p < 0,05$), verificando la existencia de relación entre las dos variables. Los datos obtenidos sugieren que es necesario la implementación de programas psicológicos que contribuyan al proceso de rehabilitación de la población carcelaria y así, poder garantizar una reinserción positiva a la sociedad.

PALABRAS CLAVES: ALEXITIMIA, DEPRESIÓN, DIMENSIONES,
DIFICULTAD, COGNITIVO_CONDUCTUAL, PERSONAS_PRIVADAS,
LIBERTAD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGICAL CAREER

**“ALEXITHYMIA AND DEPRESSION IN PRIVATE PERSONS OF
FREEDOM”**

Author: Chicaiza Barrera, Edison Segundo

Director: Ps. Cl. Mg. Gavilanes Manzano, Fanny Rocío

Date: August of 2017

SUMMARY

The objective of this research was to determine the relationship between the alexithymia and the depression of the people deprived of liberty of the Center for Regional Social Rehabilitation Sierra Central Norte, population that will be the direct beneficiary, since the information obtained will allow the development of psychological programs that will contribute to the process of rehabilitation of the criminal population, in addition to the favoring for future research. The study was made up of forty people, who were evaluated through the Alexithymia Toronto Scale Consensus for Latin America, (LAC-TAS-20) and The Depression Inventory by Beck BDI-II, to evaluate the presence of alexithymia and the levels of depression respectively, for the analysis of the data, we used the statistical program SSPS and through the Chi-square statistical test was obtained a value less than the probability level ($0.00 < p < 0,05$), verifying the existence of relationship between the two variables. The data obtained suggest that is necessary to implement psychological programs that contribute to the process of rehabilitation of the prison population and so to ensure a positive reintegration into society.

KEYWORDS: ALEXITHYMIA, DEPRESSION, DIMENSIONS, DIFFICULTY,
COGNITIVE-CONDUCTUAL, PRIVATE PERSONS, FREEDOM.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tuvo por objetivo establecer la relación entre la alexitimia y la depresión de las Personas Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, dividiendo al estudio en cinco capítulos, en el primer capítulo se encuentra el problema de investigación, que incluye el planteamiento, así también un análisis de contextualización a nivel macro, meso y micro, la justificación y objetivos planteados. En el segundo capítulo se puede encontrar el marco teórico, donde se detalla las investigaciones previas, fundamento y sustento teórico de las variables tratadas en la investigación. El tercer capítulo está compuesto por el marco metodológico, donde hace referencia al enfoque de la investigación, metodología utilizada y descripción de los reactivos psicológicos utilizados. El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos, tablas y figuras correspondientes a cada variable, además de la comprobación de hipótesis, basada en la formula estadística del χ^2 . En el último capítulo se establece las conclusiones y recomendaciones basados en los objetivos planteados en la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

Es importante mencionar que previo a la realización del presente proyecto, se investigó datos e información relevante al tema, sin embargo, en ausencia de investigaciones en Latinoamérica sobre la variable alexitimia en la población penal, se referenció este apartado en estudios a la población en general.

Alexitimia

McGillivray, Becerra y Harms (2017) en un estudio realizado en Australia, se revelaron elevados niveles de alexitimia en pacientes psiquiátricos reportando un 38,0% de prevalencia, en comparación al 2,0% puntuación obtenida de la población general, específicamente, los estudios demostraron la presencia de alexitimia en más del 30% de los pacientes diagnosticados con trastornos del humor.

Gatta, Facca, Colombo, Svanellini, Montagnese y Schiff (2014) en una investigación realizada en Turquía sobre la alexitimia y el abuso del alcohol en adolescentes con una población de 3556 estudiantes de entre 11 – 18 años, se demostró que la dificultad para expresar verbalmente las emociones sugiere un factor de riesgo para el consumo de alcohol, develando que la alexitimia prevalece en un 18% en la población evaluada, así mismo se concluyó que los adolescentes más jóvenes resultan vulnerables psico-emocionalmente frente al consumo y abuso de alcohol.

Hirola, Pirkola, Karukivi, Markkula, Bagby, Joukamaa, Jula, Kronholm, Saarijarvi, Salminen, Suvisaari, Taylor y Mattila (2017) realizaron investigaciones internacionales que develaron diversos resultados. Es así que, en un estudio longitudinal realizado en Finlandia sobre la alexitimia y su prevalencia en un periodo de 11 años, reveló que la población adulta es la más propensa a padecer elevados niveles de alexitimia que perduran con el tiempo, estudio basado en una población probabilística de 3083 personas mayores de 30 años, presentando mínimas variaciones, con una puntuación media de 44,2 (10,4) en 2000 y 44,2 (10,9) en 2011.

La Sociedad Española de Neurología - SEN (2013) afirma que aproximadamente un 10% de la población mundial es incapaz de identificar sus emociones y expresarlas en el plano verbal. Estudios sugieren que este trastorno puede presentarse por un daño en las estructuras neuronales encargadas del proceso emocional o de un trauma devastador que haya dado como consecuencia la interrupción del aprendizaje emocional. Este trastorno condiciona la vida de quien lo padece porque presenta la incapacidad de identificar sus propias emociones, desechando información importante y necesaria para la vida en general.

Díaz y Aizpuru (2016) realizaron investigaciones en México sobre la relación entre la alexitimia y la insatisfacción corporal en una población conformada por 175 mujeres con trastornos alimentarios con un promedio de 19 y 20 años, develaron que 7 de cada 10 pacientes presentaban alexitimia, asociando significativamente las dos variables, por lo que la alexitimia podría justificar en un 45% la aparición de un trastorno alimenticio, por la dificultad para identificar emociones.

Díaz, Aizpuru, Cordella y Toro (2013) en un estudio comparativo realizado a nivel transcultural sobre la alexitimia en mujeres con trastornos alimentarios en Chile y México con dos grupos de pacientes de género femenino con TA, se demostró una elevada prevalencia de alexitimia con el 61.7%, indistintamente de sus nacionalidades, siendo el 52.9% perteneciente a la población chilena y el 68.1% a la población mexicana, por lo que se concluyó que la alexitimia es un factor común en los pacientes que presenten trastornos de tipo alimentario.

Barrios, Piris, Ruiz, Rodríguez y Torales (2015) realizaron en Paraguay una investigación sobre los niveles de depresión, ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia con una muestra conformada por 140 estudiantes universitarios con una edad promedio de 20,64 años, de los cuales el 6,4% presentaba depresión, el 22,9% ansiedad y el 5% alexitimia, se concluye que la alexitimia resulta un factor de riesgo para la aparición de ansiedad y depresión.

El Centro de Rehabilitación Social Latacunga actualmente no dispone de estudios previos sobre la alexitimia en las personas privadas de libertad, así mismo en el país no se han registrado investigaciones referidas a la variable a estudiar.

Depresión

El Ministerio de Salud y Protección Social - MINSALUD (2017) refiere que la prevalencia sintomatológica de la depresión varía de un país a otro, dependiendo de múltiples factores como, los biológicos, psicológicos o sociales, según cifras inscritas, el 1,4% y el 11,7% de pacientes atendidos presentan trastorno depresivo mayor, volviéndose crónico en el 30% de los casos registrados; la presencia de esta patología representa un alto riesgo para desarrollar otras enfermedades o agudizar la actual, siendo el suicidio la complicación más grave de la depresión mayor.

El National Institute of Mental Health - NIH (2015) realizó investigaciones en Estados Unidos sobre la depresión mayor con deterioro severo en adultos mayores de 18 años, demostrando que 10,3 millones de personas experimentaron al menos un episodio depresivo mayor con deterioro severo en el último año, siendo esta cifra el 4,3% de la población general adulta de los Estados Unidos, asimismo en este estudio se concluyó que el riesgo de padecer depresión es del 3,0 % en los hombres y del 5,5 % en las mujeres.

La organización mundial de la salud - OMS (2017) menciona que la depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial, afectando a unos 350 millones de personas, diferenciando a la depresión como una variante de los habituales estados de ánimo y resultado de la respuesta a los múltiples problemas de la vida diaria, convirtiéndose en un problema de salud serio, intensificando su afectación por su duración e intensidad, provocando gran sufrimiento a quien lo padece e impidiendo sus actividades laborales, escolares y familiares.

La Organización Panamericana de la salud - OPS, OMS (2017) señalan en sus últimas cifras que la depresión es la principal causa de enfermedad a nivel mundial, dado que más de 300 millones de personas padecen de esta patología, incrementando en un 18% entre 2005 y 2015, múltiples son los factores que promueven a que la sintomatología se agudice con el tiempo, como la falta de apoyo y la estigmatización al tratamiento por parte de los pacientes.

La OMS (2017) refiere además que la depresión afecta a más del 4% de la población a nivel mundial y que sus síntomas se agudizan con el tiempo, afectando significativamente a la población femenina, jóvenes y adultos mayores, investigaciones adicionales en un periodo de 10 años (2005 – 2015) develaron un incremento del 18% en la población, afectando a 322 millones de personas.

La OMS (2017) en investigaciones de tipo longitudinal realizado en Latinoamérica, señala que Brasil encabeza la lista de países con mayor prevalencia de depresión, con el 5,8%, seguido por Cuba con 5,5%, Paraguay con 5,2%, Chile y Uruguay con 5%, Perú con 4,8%, Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana con 4,7%, **Ecuador con 4,6%**, Bolivia, El Salvador y Panamá con 4,4%, México, Nicaragua y Venezuela con 4,2%, Honduras con 4% y Guatemala con 3,7%, sin embargo esta patología es más frecuente en mujeres de edad adulta de entre 55 y 74 años, con 7,5%, a diferencia de los hombres con el 3,4%.

La OPS (2017) afirma que en América Latina y el caribe la depresión afecta al 5% de la población adulta sin importar la edad, raza, sexo o historia personal, con secuelas que afectan su desempeño a nivel personal, social y familiar, así mismo este trastorno se puede presentar en cualquier etapa de la vida, por lo que incluso los

casos de depresión más graves pueden ser superados con un pronto y oportuno tratamiento.

El Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad - MIDAP (2016) en una investigación realizada en la ciudad de Chile sobre la prevalencia de la depresión, determinó que esta patología se presenta en el 17,2% de la población general y 25,7% en la población femenina, mientras que el 21,67% de las personas afirman haber sido diagnosticados de depresión al menos una sola vez.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO (2017) mediante cifras de diversas investigaciones en Colombia han demostrado un aumento de los casos atendidos por depresión y en 2015 se registraron 36.584 personas que fueron diagnosticadas con depresión moderada. La depresión grave con síntomas psicóticos es menos frecuente en la población colombiana con cifras que van desde el 6 al 13%, demostrando que la población femenina es más vulnerable a presentar esta patología con un 70,4%, a diferencia de los hombres que presentan el 29,6%.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC (2017) según cifras del 2015, 2088 personas fueron atendidas por depresión en los diferentes establecimientos de salud del Ecuador, de los cuales, 1339 fueron mujeres y 749 hombres, estadísticas sugieren que el 73,3% de las personas que fueron atendidas por episodios depresivos comprendían edades de entre 19 a 59 años, en el mismo año se registraron 1.073 suicidios, 807 correspondían a hombres y 266 a mujeres.

El Ministerio de Salud Pública - MSP (2017) registró que en Ecuador la depresión afecta en mayor porcentaje a las mujeres, triplicando los casos atendidos a

diferencia de la población masculina, en el 2015 se presentaron 50.379 pacientes diagnosticados de depresión, cifra constituida por 36.631 mujeres y 13.748 hombres.

1.2.2 Formulación del problema

¿Se relaciona la alexitimia y la depresión de las Personas Privadas de Libertad del Pabellón de Máxima Seguridad de la Etapa de Hombres del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte?

1.3 Justificación

La presente investigación resulta de gran importancia, porque la alexitimia y la depresión en la población penal, no ha sido un tema abordado en el contexto Latinoamericano, menos aún en el propio Ecuador, a pesar de conocer las situaciones de hacinamiento y las condiciones en la que los centros de rehabilitación social reciben a los internos y la necesidad de que los mismos se reincorporen a la sociedad con los suficientes recursos psicológicos para adaptarse nuevamente a la misma.

El estudio a realizar será de gran impacto teniendo en cuenta que de forma novedosa, permitirá conocer la prevalencia de la alexitimia en la población penal del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, así como el vínculo que posee con la aparición de la depresión en la mencionada población, permitiendo la creación de una base de datos que permita la realización de posteriores investigaciones referente al tema en el grupo social investigado, con el fin de empezar alternativas de solución para los internos.

Los principales beneficiarios serán los miembros de la población penal del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, dado que la información obtenida permitirá elaborar programas psicológicos como un complemento fundamental en el proceso de rehabilitación y así desarrollar nuevas estrategias que

contribuyan a un mejor sistema de gestión penitenciaria y lleven consigo una reinserción positiva a la sociedad de las personas privadas de libertad, beneficiando además al personal que labora en la mencionada institución, puesto que contarán con mayor información para el tratamiento de las Personas Privadas de Libertad, extiende además el beneficio a los estudiantes que se interesen en futuras investigaciones referidas a la población carcelaria.

Es factible la realización del estudio porque cuenta con el interés y apoyo de las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, la disponibilidad de acceso a la muestra para la aplicación de las diferentes técnicas contenidas en la investigación y los recursos logísticos necesarios para su implementación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la presencia de alexitimia y su relación con los niveles de depresión de las Personas Privadas de Libertad del Pabellón de Máxima Seguridad de la Etapa de Hombres del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la presencia de alexitimia de las Personas Privadas de Libertad.
- Establecer los niveles de depresión de las Personas Privadas de Libertad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Alexitimia

McGillivray, Becerra y Harms (2017) realizaron una investigación basado en un diseño empírico transversal en Australia, para comparar las diferencias de la alexitimia entre pacientes psiquiátricos y personas de la comunidad, además de la influencia que el tipo de muestra representa en relación a alexitimia y angustia psicológica, la población estuvo conformada por 151 pacientes ambulatorios psiquiátricos y una muestra de la comunidad en general de 216 personas, que fueron evaluados para la alexitimia y malestar psicológico; los resultados demostraron que la alexitimia y el malestar psicológico fueron más frecuentes en pacientes psiquiátricos que en la muestra comunitaria, sin embargo la relación entre alexitimia y angustia psicológica fue similar en ambas muestras.

Shibata, Ninomiya, Jensen, Anno, Yonemoto, Makino, Iwaki, Yamashiro, Yoshida, Imada, Kubo, Kiyohara, Sudo y Hosoi (2014) realizaron una investigación en Hiyasama, Japón sobre la relación que existe entre la alexitimia y el riesgo de padecer dolor crónico y afecto negativo a más de la insatisfacción por la vida en una población de 927 adultos, se les administraron evaluaciones para la alexitimia, dolor, discapacidad, ansiedad, depresión e insatisfacción por la vida, los resultados demuestran que, en las personas que presentaban elevados niveles de alexitimia eran más propensas a padecer dolor crónico y que su pronta detección y tratamiento podría ser beneficioso no solo para prevenir el dolor crónico, sino también para mejorar la calidad de vida de la persona que lo padece.

Malkina (2014) realizó un estudio en Rusia para construir un modelo integrado de alexitimia basado en el método de función a partir de las respuestas, esto consiste en que las respuestas obtenidas son predictores para determinar el impacto psicológico de las personas que padecen alexitimia. *La extraversión, el neuroticismo, la autonomía, el locus de control y la hostilidad* fueron los predictores apropiados para establecer el nivel de afectación de la alexitimia, la evaluación se realizó a 224 personas, en donde se evidencio la eficacia de este modelo, dado que predice satisfactoriamente el nivel de alexitimia y las funciones de respuesta en base a sus predictores psicológicos.

Ihme, Sacher, Lichev, Rosenberg, Kugel, Rufer, Grabe, Pampel, Lepsien, Kersting, Villringer, Lane y Suslow (2014) investigaron en Alemania las características de la alexitimia y la identificación de expresiones faciales emocionales breves en 50 jóvenes sanos, quienes tuvieron que identificar expresiones faciales emocionales como enojo, felicidad y temor, enmascaradas por una expresión facial neutra mientras eran sometidos a resonancia magnética funcional, se evaluó a través del TAS-20 para determinar la presencia de alexitimia, los resultados conductuales refieren un déficit global en los participantes alexitímicos al intentar etiquetar expresiones faciales o crear representación apropiadas al estado de animo de otras personas en situaciones breves.

Donges y Suslow (2015) efectuaron una investigación correlacional en Alemania sobre la alexitimia y la memoria de reconocimiento para las expresiones emocionales en el plano verbal y facial, evaluaron a 40 mujeres sanas a partir de reactivos psicológicos y estimulación visual, basado en rostros que reflejen enojo, temor, felicidad y neutralidad, los resultados revelaron que la alexitimia y la

descripción de sentimientos mantienen una correlación inversa con el reconocimiento de rostros temerosos y enojados, por lo que se concluyó que la alexitimia afecta drásticamente a los procesos de memoria para el reconocimiento de rostros emocionalmente negativos.

Günther, Rufer, Kersting y Suslow (2016) efectuaron un estudio longitudinal en Inglaterra sobre la relación entre alexitimia y la sintomatología depresiva después de un tratamiento multimodal en 45 pacientes diagnosticados de depresión mayor aguda, se evaluó a los participantes a partir del TAS-20 y BDI-II para alexitimia y depresión respectivamente, tanto al inicio del tratamiento como 7 semanas después. Los datos concluyeron que aquellos pacientes depresivos con altas puntuaciones en el estilo cognitivo orientado hacia el exterior según el TAS-20, podrían obtener pocos beneficios al tratamiento multimodal rutinario, conformada por terapia psicodinámica, tratamiento farmacológico y terapias complementarias.

Sampogna, Puig, Spuls, Girolomoni, Radtke, Kirby, Brunori, Bergmans, Smirnov, Rundle, Lavie y Paul (2017) ejecutaron un estudio observacional multicéntrico en Reino Unido sobre la prevalencia de la alexitimia y la carga de enfermedad en personas que padecían psoriasis durante 10 años o menos, fueron evaluados 670 pacientes, de los cuales 24,8% presentaron alexitimia, con un intervalo de confianza del 95% 21,7-28,2, aquellos pacientes con alexitimia presentaron una mayor afectación de psoriasis, además de un deterioro significativo en la calidad de vida, incluyendo mayores niveles de ansiedad y depresión, un elevado riesgo de consumo de alcohol y deterioro en sus actividades laborales, a diferencia de los pacientes que no presentaban la patología.

Sevilla, Méndez, Bermúdez y Martínez (2016) realizaron un estudio comparativo en España, entre 43 personas institucionalizadas en un centro de reposo y 48 personas matriculadas en el aula de adultos mayores, con una media de edad de 69.30 y una desviación típica de 66.50 años, la población del estudio fue evaluada utilizando una adaptación del TAS-20, los resultados revelaron que las personas institucionalizadas obtuvieron un puntaje más alto en las tres sub-escalas que conforman el test, dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado hacia lo externo, la investigación refiere que la alexitimia se agudiza porque el adulto mayor se encuentra institucionalizado en un centro de reposo.

Hsing, Hofelich, Sarsfield y Preston (2013) investigaron en Michigan, Estados Unidos sobre la relación entre la alexitimia y el deterioro en la codificación semántica temprana de las expresiones faciales, los participantes fueron evaluados a partir de la presentación de rostros con diferentes expresiones faciales, los resultados refieren que la alexitimia no corresponde a bajos niveles de detección en las expresiones emocionales de los demás, sino más bien a la incapacidad de poder otorgarles significado, asimismo la incapacidad para reconocer emociones no se extiende de manera uniforme en las emociones negativas ni tampoco es predominante en estímulos de enojo o amenaza.

Arancibia y Behar (2015) realizaron un estudio en Chile, basado en múltiples investigaciones en publicaciones de alto impacto, con el propósito de establecer relación entre la alexitimia y la depresión, los estudios refieren que la alexitimia es un factor predisponente para el desarrollo de trastornos psicopatológicos como la depresión y que en su fase aguda, los niveles de alexitimia

puntúan con un 46%, siendo ocho veces mayor en pacientes depresivos que en una población general, sin embargo algunos autores apoyan la hipótesis que la alexitimia puede ser una estrategia de afrontamiento en situaciones estresantes de la vida diaria.

2.1.2 Depresión

Botto, Acuña y Jiménez (2014) refieren que la depresión se ha consolidado como un trastorno de alto impacto en la salud mental, por lo que debe considerarse como un fenómeno complejo a investigarse considerando aspectos que van desde la genética hasta los factores comportamentales y sociales, sin embargo, su diagnóstico se presenta como un reto para los especialistas, por lo que amerita de un estudio minucioso en la que se considere la etiopatogenia desde un enfoque multidimensional.

Lovato y Gradisar (2014) realizaron un análisis en Australia sobre investigaciones referidas a la relación que existe entre los trastornos del sueño y la depresión en adolescentes de entre 12 y 20 años, para corroborar la veracidad de las investigaciones, se identificaron 23 estudios, de los cuales 13 investigaron la relación de la depresión y las alteraciones del sueño en el desarrollo, 7 exploraron la función que cumplen las alteraciones del sueño en el desarrollo de la depresión y 3 examinaron la depresión en los adolescentes y su relación con el desarrollo de las perturbaciones en el sueño, los resultados concluyeron en que, los adolescentes depresivos experimentaban mayor índice de padecer estados de vigilia en la cama, como dificultad para conciliar el sueño e ineficacia para mantener el estado onírico, además de sueño más ligero, por lo que los estudios sugieren que los trastornos del sueño actúan como precursores para el desarrollo de la depresión.

CG, N. (2014) realizó un estudio en Malasia para determinar la prevalencia de la depresión en Malasia basado en las herramientas de evaluación y las opciones de tratamiento disponibles, la investigación se centró en 247 artículos relacionados con la depresión, obtenidas a través de la base de datos médicos reales de entre los años 2000-2013, de los cuales 47 artículos fueron seleccionados por su relevancia clínica, la recolección de datos se centró en su totalidad en las mujeres por el alto índice en padecer dicha patología, por lo tanto se concluyó que la prevalencia de la depresión en mujeres fue de entre el 8 y 12%, estas cifras corresponden significativamente a mujeres de bajo nivel socioeconómico y aquellas que presentan afecciones comórbidas.

Koh, Chui, Tang y Lee (2014) realizaron un estudio en Hong Kong para determinar la prevalencia en la que se presenta la depresión perinatal paterna, los factores de riesgo y la relación que existe entre la depresión prenatal y posparto, la muestra se conformó por 622 padres expectantes de la sala de neonatología, fueron evaluados tomando en cuenta 3 estadios del embarazo: temprano, tardío y posparto, los resultados revelaron que un grupo significativo de padres experimentaron síntomas depresivos durante el periodo perinatal, por lo que la depresión prenatal paterna podría desarrollar significativamente mayor severidad sintomatológica en la etapa posparto; los factores de riesgo psicosociales se relacionaron con la presencia de la depresión paterna en los diferentes estadios del embarazo.

Mehta, Mittal y Swami (2014) efectuaron un estudio comparativo en India para examinar la diferencia del deterioro psicosocial de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor y trastorno afectivo bipolar durante la fase depresiva, se evaluaron 96 pacientes, 48 presentaban trastorno depresivo mayor y 48 trastorno

afectivo bipolar, se excluyeron a pacientes que presentaban síntomas psicóticos, retraso mental y trastornos psiquiátricos comórbidos al actual, además a pacientes con edades mayores de entre 18 a 45 años, los resultados mencionan que la productividad, relación interpersonal, satisfacción por la vida y recreación se vieron afectados en ambos grupos, sin embargo se evidencio un deterioro significativo en el trastorno afectivo bipolar a nivel del funcionamiento psicosocial global, por lo que la depresión bipolar causa mayor deterioro psicosocial que la depresión unipolar.

Steel, Geller, Marsh, Antoni, Penedo, Vodovotz, Zamora, Terhorst, Butterfield, Burke y Tsung (2016) realizaron un estudio en Estados Unidos sobre la depresión mayor y su relación con la mortalidad en el cáncer, se evaluaron 568 pacientes, basados en los expedientes médicos, el estudio reveló que la depresión se asocia con mayores niveles de estrés, disminución en la duración del sueño y consumo de tabaco, además de ser más propensos a padecer de estrés, fatiga, dolor y sueño, se concluyó que la depresión contribuye significativamente a la disminución de la supervivencia en pacientes en etapa terminal de cáncer, denotando así la importancia de un adecuado y oportuno tratamiento para mantener y mejorar la calidad de vida al final de la misma.

Palencia, Castillo y Rivera (2016) efectuaron un estudio relacional de corte cuantitativo en México sobre la relación de apego inseguro y la sintomatología depresiva, considerando el sexo, edad y estatus de pareja, para este estudio se evaluaron 360 adolescentes y adultos jóvenes de la misma ciudad, los resultados refieren que el desarrollo psicosocial y las relaciones personales son fundamentales para determinar el grado de severidad de la sintomatología depresiva.

Londoño y Gonzáles (2016) realizaron un estudio en Colombia sobre la prevalencia de la depresión y los factores sociodemográficos y personales asociados a este trastorno en población masculina dio como resultado que la prevalencia de riesgo suicida es mayor en hombres que en mujeres, esta información fue concluyente al utilizar una muestra no aleatoria de 1525 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 83 años, procedentes de diferentes niveles educativos.

Cantão y Lappann (2016) realizaron un estudio en Brasil en jóvenes de 30 años sobre la relación que existe entre la conducta suicida y la dependencia de drogas, los resultados revelaron que aquellos jóvenes que mantienen consumo de drogas y al mismo tiempo presentaban algún trastorno referido al estado de ánimo como la depresión, eran más propensos a desarrollar conductas suicidas.

Arias y Toro (2015) realizaron un estudio en Colombia sobre las diferencias entre las estrategias de afrontamiento sociotrópico y autónomico (necesidad de aprobación/temor al fracaso) en personas con sintomatología ansiosa o depresiva, la muestra estuvo conformada por 590 participantes de entre 18 y 50 años de diversos niveles socioeconómicos, estados civiles y escolaridad, los resultados refieren *diferencias significativas* ($p = .01$), dado que los participantes ansiosos puntuaron más alto para *afrontamiento sociotrópico (búsqueda de apoyo profesional)*, mientras que los participantes depresivos puntuaron para *afrontamiento autónomico (solución de problemas)*, apoyando la evidencia que las estrategias de afrontamiento cumplen un papel crucial en cada grupo sintomático, según la hipótesis de vulnerabilidad cognitiva de Beck.

Reali, Soriano y Rodríguez (2016) en otro estudio en el entorno colombiano, demostró que los trastornos mentales varían dependiendo del contexto social y

cultural, dado que al definir a la depresión como una enfermedad de tipo orgánica la población pierde cierto grado de responsabilidad social, en contraste al vincularlo como una consecuencia derivada de factores psicosociales se tiende a estigmatizar al trastorno como un oponente que tiene su lugar propio en el espacio.

2.2 Fundamento Teórico

2.2.1 Alexitimia

El modelo Integrativo surge de la limitación que supone abordar una patología tan poco estudiada como lo es la alexitimia desde un solo punto de vista, permitiendo conciliar en este apartado información relevante sobre la presente variable con inclinación tipo cognitivo conductual, autores como Rueda y Pérez consideran que la alexitimia relaciona la afectividad con lo cognitivo, en la que predomina una deficiencia en el procesamiento de emociones y por lo tanto presenta dificultad en la regulación de las mismas, así mismo Helmes, McNeill, Holden, y Jackson conceptualizan a la alexitimia como el conjunto de características cognitivas y afectivas que enmarcan a la personalidad.

Arancibia y Behar (2015) realizaron diversas investigaciones han relacionado a la alexitimia con estados depresivos, sin embargo, evidencias sugieren que la alexitimia podría tener mayor prevalencia en depresivos severos que en moderados, porque en ambos se presentan manifestaciones como la anhedonia, dificultad para el establecimiento de vínculos afectivos y por consiguiente la incapacidad para reconocer nuestras emociones y la de los demás. Al igual que la escasa imaginación, fantasía y una estereotipada relación interpersonal con un trasfondo de aislamiento.

2.2.1.1 Definición e historia de la alexitimia

En este apartado se presenta a la alexitimia como un amplio panorama a investigar, son múltiples los autores que aportaron desde diferentes y muy delimitadas doctrinas al concepto de alexitimia, por lo que es necesario hacer un recorrido en orden cronológico por la historia, con los exponentes más destacados y así entender cómo se consolidó la definición de alexitimia, sin embargo, hasta la actualidad no existe unanimidad sobre la etiología entre los facultativos que estudian este fenómeno.

Otero (2000) menciona que la base del actual concepto de alexitimia se consolidó a través de algunos autores psicoanalíticos, que notaron que varios de sus pacientes con trastornos psicósomáticos eran incapaces de expresar sus sentimientos, algunos autores coinciden en tres problemas que caracterizan esta patología como: la restricción a fantasear, la expresión de sus dificultades a través del cuerpo y la principal, la incapacidad para expresar sus emociones.

Ruesch (1948) formuló a finales de la década de los 40 la *personalidad infantil* como la alteración en la capacidad para comunicarse que presentaban los pacientes psicósomáticos, que por sus condiciones se veían impedidos para interactuar con la sociedad y el entorno, actividad necesaria para desarrollar habilidades comunicativas, dichas restricciones provocaban limitada capacidad para la fantasía.

Mac Lean (1949) postulaba que el origen de la incapacidad para verbalizar sus emociones que presentaban los pacientes alexitímicos yacían en el cerebro, causado por las conexiones inadecuadas entre el sistema límbico y el neocórtex,

causando así la expresión de conflictos a través del cuerpo, en lo que los psicodinámicos definen como somatización.

A inicios de la década de los 60, en Francia en la escuela Psicosomática de Paris, se conceptualizó a la alexitimia como un tipo de “pensamiento operatorio”, caracterizado por una limitada capacidad imaginativa, característico de los pacientes con alguno trastorno psicosomático, encapsulándose en eventos presentes y cotidianos de mínima dificultad abstracta (Marty et al. 1963).

Shands, Vogt, Von Rad, Lalucat & Lolas (1977) identificaron que un determinado grupo de pacientes a su cargo eran incapaces expresar y describir sus sentimientos a través del lenguaje, además de la limitada utilización del pronombre personal en una oración que rondaba algún concepto de tipo emocional.

Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), Nemiah y Sifneos (1970) fundamentan al grupo de pacientes incapaces de expresar y describir sus sentimientos en estudios realizados a pacientes con afectación psicosomática, además de presentar un estilo cognitivo diferente, enfocado en características externas con la incapacidad de diferenciar y expresar sus propios sentimientos y la ausencia de fantasía.

Nemiah y Sifneos (1970) empiezan a investigar los estudios precedentes de forma empírica, empezando a fomentar un concepto que en años más tarde sería llamado alexitimia, que hasta ese entonces solo se pretendió realizar investigaciones en cómo se relaciona los contenidos asociativos y los sueños, en una población de 21 pacientes con trastornos psicosomáticos.

Sifneos (1973) finalmente, en la década de los 70, acuñó el término alexitimia, derivado “del griego a = sin, lexis = palabras, thymos = sentimiento o

emoción”, que era el conjunto de varios factores cognitivos y afectivos que eran características propias de los pacientes psicósomáticos, aspectos que le impedían desarrollar habilidades comunicativas adecuadas.

Krystal y Raskin (1979) investigaron los “conceptos de diferenciación afectiva, desverbalización y resomatización” en sobrevivientes de guerra, adictos al alcohol y a drogas, observando que presentan características propias de la alexitimia, especulando que en el caso de los primeros podría darse como resultado a un evento traumático.

Krystal (1988) menciona que la alexitimia se presenta como respuesta frente a un evento estresante o traumático, que puede presentarse por poco tiempo como es en el caso de una enfermedad o alojarse de forma permanente tras un evento altamente traumático.

Por esta razón se puede inferir en que la alexitimia no es una variable del todo o nada, sino más bien como una característica de intensidad inconstante o como un estadio del pensamiento y de la expresión a través de la comunicación, en relación a estas implicaciones los investigadores conceptualizaron la distinción de la alexitimia entre primaria y secundaria, en donde la *alexitimia primaria* se caracteriza por ser de origen biológico, como lo menciona Sifneos. La *alexitimia secundaria* es el resultado de la exposición a un evento traumático o altamente estresante para el individuo descrito en sus investigaciones (Krystal, 1988).

Bondi (1991) equipara a la alexitimia como una especie de dislexia de los sentimientos, aclarando que no es la ausencia de sentimientos o falta de afectos en el

individuo, sino que es la dificultad para discriminarlos pese a la intensidad en la que estos se presenten.

Goleman (1995) en su libro “Inteligencia Emocional” menciona que los pacientes alexitímicos no han perdido la capacidad de experimentar sentimientos, sino más bien son incapaces de entender y expresar verbalmente lo que sienten, por lo que Goleman asegura que estos pacientes carecen de la habilidad fundamental llamada inteligencia emocional.

Sivak y Wiater (1997) refieren que los estudios realizados sobre la alexitimia se han enfocado principalmente en explicar la relación que existe entre lo psicosomático y la explicación de su génesis. La alexitimia fue hallada en pacientes que no presentaron enfermedades somáticas, por lo que los estudios se orientaron a investigar la relación que existe entre las cogniciones y emociones.

Parker (2000) sostiene que los alexitímicos al no poder expresar sus sentimientos en el campo verbal, utilizan su cuerpo como acción directa a través de la expresión corporal, volviéndolos más vulnerables a desarrollar trastornos psicosomáticos, alimenticios, drogodependencias, depresión y otras conductas impulsivas.

Por lo tanto, la alexitimia ha sido considerada como un padecimiento que relaciona la afectividad con lo cognitivo, en la que predomina una deficiencia en el procesamiento de nuestras emociones y por lo tanto presentar dificultad en la regulación de las mismas (Rueda y Pérez, 2007).

Helmes, McNeill, Holden, y Jackson, (2008), definen a la alexitimia como el conjunto de características cognitivas y afectivas que enmarcan a la personalidad,

dichas características se relacionan con la dificultad para identificar y describir sentimientos, poco procesamiento imaginativo y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Timoney y Holder (2013) conceptualizan a la alexitimia como un constructo caracterizado por la incapacidad para identificar y describir sentimientos, además de la dificultad para discriminar los sentimientos de las sensaciones físicas como precipitante para el despertar emocional, así mismo la limitada capacidad para imaginar y un estilo cognitivo en el que prevalece lo externo, además se basaron en investigaciones que refieren que la alexitimia se define como un déficit que abarca múltiples dimensiones, afectando al reconocimiento y a la regulación emocional, relacionando esta patología con bajos niveles de bienestar positivo, felicidad e insatisfacción por vivir.

Campanella, Falbo, Rossignol, Grynberg, Balconi, Verbank, y Maurage (2012) sugieren a través de varios estudios que las mujeres a diferencia de los hombres procesan las emociones de forma distinta, haciéndolas vulnerables a las emociones en general, esto sucede porque las mujeres invierten más atención a las emociones, volviéndolas más propensas a desarrollar algún trastorno de tipo afectivo, como la alexitimia, depresión o ansiedad.

En términos generales podemos conceptualizar la alexitimia no como la total ausencia de la capacidad para expresar sentimientos, al contrario, sino como una dificultad para identificar y diferenciar entre emociones y sensaciones físicas, así mismo, recientes investigaciones relacionan a la alexitimia con la falta de empatía y la dificultad para percibir los estados emocionales de otras personas (Parker 2000).

2.2.1.2 Clasificación de la Alexitimia

Sifneos (1988) postuló la clasificación de la alexitimia en dos tipos, primaria y secundaria.

Alexitimia Primaria

Es de origen biológico, la deficiencia radica en un defecto a nivel estructural neuroanatómico o una deficiencia neurológica, ambos de carácter hereditario que dificultan la comunicación entre el neocórtex y el sistema límbico, siendo una condición que acompaña de por vida al individuo, como rasgo de personalidad producto de una anormalidad congénita, problemas en el desarrollo biológico o lesión cerebral. Además, Sifneos menciona que las especializaciones de los hemisferios cerebrales juegan un papel importante cuando no existe una adecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo, que se encarga de la expresión y elaboración del lenguaje articulado y el hemisferio derecho, que regula las emociones y brinda al lenguaje sus aspectos prosódicos como la entonación, coloratura, cadencia y melodía (Pérez, I., Pérez, J. y Comí. 2010).

Alexitimia Secundaria

Se origina por influencias psicológicas, como respuesta frente a un trauma o condicionamiento sociocultural, la persona alexitímica opta como mecanismo de defensa eliminar las emociones dolorosas, provocadas por la pérdida de un familiar o una enfermedad grave, es probable que se relacione como la negación de un acontecimiento traumático para resguardarse de emociones altamente dolorosas, en estos casos la alexitimia puede desaparecer al elaborar un duelo o al desaparecer una enfermedad (Pérez, I., Pérez, J. y Comí. 2010).

La alexitimia no es reconocida como patología en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – (DSM-IV), sin embargo, ha demostrado ser importante al momento de intentar definir la presencia de una patología, por lo que ha sido aceptado en las comunidades científicas para sus investigaciones, además la alexitimia se considera como un tipo de sintomatología presente en personas con una extensa variedad de diagnósticos clínicos, dado que no todas las personas presentan la afectación en la misma intensidad, por lo que se ha debatido en que si la alexitimia debe ser considerada como rasgo de personalidad o como estado, estas consideraciones se presenta en la siguiente tabla (Pérez, I., Pérez, J. y Comí. 2010).

Características de la alexitimia

Dificultad para identificar emociones y sentimientos

Problemas para diferenciar emociones una de otra, no solo propias, sino también de los demás, incapaz de discriminar el tono de voz, expresiones faciales y posturas.

Dificultad para describir emociones y sentimientos

Problemas para diferenciar emociones una de otra, no solo propias, sino también de los demás, incapaz de discriminar el tono de voz, expresiones faciales y posturas.

Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que van junto a la actividad emocional

Las emociones están estrechamente relacionadas a los síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, etc. Los individuos con alexitimia atribuyen estas manifestaciones como la emoción misma y al experimentar emociones intensas, los alexitímicos suelen describirlos como malestares físicos imprecisos.

Disminuida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico

Se inclinan hacia el pensamiento concreto, presentan problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su manera de hablar resulta monótona y sin contraste afectivo, incapaces de modular el tono de voz o gesticular, presentan un semblante inexpresivo y suelen ser rígidos a nivel corporal.

Utilizan la acción como estrategia de afrontamiento frente a situaciones conflictivas

Tienden a enfrentar los estados emocionales desagradables a través de su cuerpo, con conductas directas. Poseen una orientación más práctica y un mínimo contacto con su realidad psíquica.

Tabla 1: Características de la alexitimia.

Fuente: Alexitimia y síndrome de Asperger. Revista de Neurología 2010; 50

Autor: Pérez, I., Pérez, J., Comí, M. (2010).

2.2.1.3 Características de la alexitimia

Taylor, Bagby y Parker (1997) describen tres dificultades inherentes a la alexitimia, categorizados de la siguiente manera:

- **Dificultad para identificar y describir sentimientos**

Las personas con alexitimia son incapaces de reconocer estados emocionales que están sucediendo, en su gran mayoría presentan sensaciones de incomodidad o cambios a nivel somático como rubor, cosquilleo en el estómago o aumento en el ritmo cardíaco, etc., sin embargo, al intentar explicar sus sentimientos, suelen presentar pobreza en su lenguaje para describirlos y sin mucho que ofrecer optan por cambiar de tema, a menudo las personas con alexitimia malinterpretan la expresión física de lo emocional, deduciendo que es una expresión física de enfermedad, como al llorar, creen que es un defecto en el lagrimal y no expresión de tristeza o al sentir pasión creen que es una falla en una válvula del corazón (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Así mismo mantienen la idea que los estados emocionales son atribuidos a influencias externas adversas o a cambios ambientales como la presión atmosférica, toxicidad en el aire o un colchón incomodo (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Thompson (2009) infiere en que es como si no existiera una relación que permita a la imaginación estructurar la situación emocional como tal, de ahí radica la importancia de la imaginación para poder expresar los sentimientos.

- **Procesos imaginativos restringidos**

Mencionamos que la imaginación es la capacidad para construir imágenes mentales a partir del recuerdo de aspectos bien definidos de las experiencias

sensoriales. No obstante, nuevas investigaciones refieren que la imaginación es capaz de generar nuevas imágenes sin experiencias previas, así pues, la imaginación sirve también para imaginar a nuestras emociones, deseos, necesidades y como poder cumplirlos, además de tener la capacidad de regular el tipo y la intensidad de nuestra expresión emocional y como imaginarnos a nosotros mismo en el lugar de otra persona, también llamada empatía (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

- **Estilo cognitivo orientado a aspectos externos**

Por la dificultad que presentan al intentar reconocer sus sentimientos, las personas con alexitimia prefieren orientar su existencia hacia áreas externas más concretas como el mundo físico, por lo que podrían ser extraordinariamente hábiles en el mundo material (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

2.2.1.4 Perfil de la personalidad Alexitímica

Fernández (2011) refiere que la alexitimia se fue consolidando como concepto a través de las múltiples aportaciones etiológicas mencionadas anteriormente y en un sentido más amplio y tomando en cuenta los datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos se listan a continuación los rasgos personales más importantes, propios de la patología.

- Limitada capacidad para identificar, reconocer o describir las emociones o sentimientos propios y con clara dificultad para poder describirlos.
- Pobreza en el vocabulario de las emociones o sentimientos.
- Dificultad para percibir las emociones o sentimientos ajenos (trastorno de la empatía)
- Pobreza en el pensamiento abstracto, pensamiento muy concreto.

- Pensamiento orientado hacia los detalles externos, sin conexión con su mundo interior (Espina, Ortego, Ochoa, & Alemán, 2001).
- La capacidad para la fantasía, sueños e imaginación se ve restringida o anulada.
- Ausencia de la introspección y creatividad.
- Lenguaje corporal escaso y muy limitado, de apariencia rígida, áspera o desequilibrada.
- Tiende a utilizar la acción corpórea para afrontar problemas o conflictos.
- Detalla de forma minuciosa los hechos externos.
- Lenguaje verbal estereotipado, lento, pobre en espontaneidad y variedad.
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales cercanas.
- Dificultad para establecer o mantener una dinámica comunicacional adecuada.
- Inclínación hacia mantener relaciones interpersonales rígidas, de subordinación y de dependencia.
- Prefieren el aislamiento, sin experimentar sensaciones de soledad.
- Impresión generalizada de ser personas serias, aburridas o indiferentes.
- Reflejan sus características en otras personas, viendo a los demás como aburridos o serios.
- Descargan sus emociones o sentimientos a través del cuerpo, lo que podría generar disfunción o lesión en órganos somáticos más sensibles.
- Capacidad limitada para distinguir entre emociones y sensaciones corporales.
- Experiencias regidas a una vida mecanizada y de proyectos de corto alcance.

- Elevado grado de conformismo social, lo que algunos autores denominan como seudonormalidad.
- Disminución del sueño REM.

2.2.1.5 Rasgos de la Alexitimia

Retales (1989) distingue a la alexitimia en rasgos esenciales y accesorios, siendo así los rasgos esenciales los que fundamentan a la patología como tal, en contraste los accesorios se distinguen por presentarse en la mayoría de los casos.

Rasgos esenciales de la alexitimia

- **Pensamiento simbólico reducido o ausente:** los pacientes presentan interés hacia lo externo, volviéndose minuciosos en los detalles que lo rodean, por lo que son incapaces de expresar sus sentimientos, emociones, conflictos o motivaciones.
- **Incapacidad para la fantasía:** su limitada capacidad para generar fantasías como mediadores de sus deseos, les impide anticiparse a sus impulsos.
- **Dificultad para expresar sus sentimientos a través de la palabra:** de esto se trata la alexitimia, la incapacidad para poder exteriorizar sus conflictos y sentimientos, resultado de un escaso contacto con la realidad psíquica, obligándolos a comunicar sus demandas en términos físicos (Sivak y Wiater, 1997).

Rasgos accesorios de la alexitimia

- **Alto grado de conformismo social:** mantiene que los pacientes con alexitimia presentan una aparente normalidad entorno a la sociedad, sin embargo, su conducta es rígida, enmarcada en las convecciones sociales, dado que sus vidas transcurren de forma mecánica, como si se tratase de una sobre-adaptación (Lieberman, 1987).

- **Relaciones interpersonales estereotipadas:** la afectación en la capacidad empática deteriora sus relaciones interpersonales, provocando relaciones inmaduras, lo que resulta perjudicial, ya que es más probable que el alexitímico establezca relaciones de dependencia o que prefiera aislarse para evitar el contacto con las personas (Lieberman, 1987).

- **Impulsividad como medio de comunicación:** se puede generar una expresión de afecto exacerbada, hasta el punto de no poder controlarla por su tendencia a no elaborar su conflicto previo al acto impulsivo, desencadenando una conducta violenta y conflictiva.

- **Personalidad inmadura:** esto se relaciona con una deficiente expresión simbólica, causada por una ineficiente individuación, los tipos de personalidad más frecuente son: introvertidos, pasivo-agresivos y pasivo-dependientes (Ruesch, 1984).

- **Resistencia a la psicoterapia tradicional:** por no poder diferenciar sus sentimientos de sus sensaciones corpóreas y su limitada capacidad para simbolizar, resulta casi imposible que puedan introspectar su condición, aspecto necesario para la psicoterapia dinámica (Sivak y Wiater, 1997).

El autor menciona que la alexitimia constituye un trastorno de la afectividad, que puede tener causas neurológicas o que puede adquirirse durante el proceso de socialización, donde se encuentran síntomas en las esferas emocional, cognitiva y conductual, denotándose fundamentalmente síntomas en procesos cognitivos importantes como son, la imaginación, el pensamiento y el lenguaje, además un aplanamiento en el área afectiva dada la incapacidad de expresar y reconocer emociones. Además, manifiesta que en la alexitimia se presentan generalmente conductas de tipo pasivas, con tendencias al aislamiento donde incluso

pueden aparecer conductas agresivas y también dependientes, mayormente son personas proclives a ser retraídas y presentan dificultades para las relaciones sociales dados los marcados rasgos de inmadurez que poseen en la personalidad.

2.2.2 Depresión

El Modelo Cognitivo Conductual ha sido de gran importancia en la práctica de la psicología clínica al proyectar desde un enfoque integrador el estudio de la psiquis, lo que permitió abordar el papel del entorno, las relaciones del sujeto con el mismo, las emociones, cogniciones el aprendizaje y experiencias, en la aparición de diferentes enfermedades mentales, cómo la ansiedad, el estrés a diferentes niveles y la propia depresión.

Bandura (1977) al ser uno de los principales exponentes de la escuela cognitiva conductual, consideró a la personalidad cómo una interacción entre el ambiente, los procesos psicológicos del sujeto y la conducta, demostrando la necesidad de integrar en el estudio del desarrollo del individuo de forma dinámica las condicionantes tanto biológicas, cómo psicológicas y ambientales.

2.2.2.1 Definición de la Depresión y Rasgos distintivos.

MacKinnon y Michels (1971) definen a la depresión como un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido, en la depresión todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales podrían verse afectadas.

La depresión desde un punto de vista psicológico fue utilizada a mediados del siglo XIX, para describir a una alteración de las emociones, que se caracterizaba

por la presencia de inhibición, menoscabo y deterioro a nivel funcional (Botto., Acuña, y Jiménez 2014).

Sin embargo, el término depresión ha sido utilizado en distintos marcos, comenzándose a tratar cómo melancolía fundamentalmente en las teorías humorales que datan desde la antigüedad en el contexto de la medicina, y en la actualidad se requiere establecer incluso la diferencia del término utilizado en el marco de la Psicopatología y Psiquiatría (Castilla, 1981).

Castilla (1981) define en primer lugar a la depresión como un síntoma, esto es, una manifestación que se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, pero que a veces simplemente acompaña a otros síntomas sin relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es un síndrome, en el que lo nuclear, la base, es la tristeza, pero que se enlaza con otros síntomas de manera casi o muy frecuentemente constante, de manera que al conjunto puede suponerse una relación estrecha y, en igual medida, pueda ser objeto de un estudio específico y en tercer lugar, la depresión es una enfermedad cuya manifestación habitual (no la única) es el síndrome depresivo (y dentro de él, su síntoma habitual: la tristeza) y sobre el cual puede indagarse con referencia a aspectos concretos: esto es, su etiología, patogenia, curso, evolución, resolución y tratamiento.

Navarro (1990) refiere que así, en la enfermedad se observan diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y características de cada persona. Por lo tanto, su significado puede variar según el uso que se le quiera dar. Así comúnmente depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones cómo tristeza y angustia, mal humor, frustración etc., siendo esto la consecuencia de algo negativo que sucedió.

Se dice que alguien está deprimido cuándo se observa que hay en él, una pérdida de interés por la vida. Otra característica importante es que, aun cuando las circunstancias no sean tan desfavorables, su ánimo negativo y decaído es muy notable, pero es algo relativo, ya que no es fácil conocer una línea clara que separe el desaliento y la tristeza (o un periodo de luto) que se consideran normales, de lo que se juzga cómo anormal y no tan sano (Navarro, 1990).

Navarro (1990) señala además que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaba. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. En la depresión con cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes con casi todo, y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Un punto central de la depresión es la alteración desfavorable del clima emocional y la pobreza del estado de alerta. También son síntomas frecuentes, la tensión la ansiedad y los sentimientos de culpa, en general es un conjunto de sensaciones, vivencias, y percepciones internas desagradables, dolorosas y paralizantes (Navarro, 1990).

Aquellos pacientes que padecen de depresión usualmente presentan alteraciones a nivel funcional en sus relaciones interpersonales, por lo que no podrán casarse, tendrán una pobre calidad de vida y mantendrán una visión negativa de la vida, estos pacientes son más propensos a desarrollar conductas suicidas y múltiples episodios depresivos, comparados con aquellos que presentan la patología a edades superiores (Mori y Caballero, 2010).

La OMS (2017) refiere que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Al considerar las definiciones anteriores referidas por la OMS se logró integrar el tratamiento y evolución histórica de la definición de depresión a través de los años y en los diferentes ámbitos, puede observarse además la interacción existente entre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales en la aparición, evolución y desarrollo de los trastornos de tipo depresivo, lo que denota la necesidad de abordar el tratamiento de la depresión desde el modelo cognitivo conductual, atendiendo a que el mismo valora la relación entre las tres condicionantes antes mencionadas y el papel que juegan en el desarrollo del individuo.

2.2.2.2 Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)

Cómo fue descrito con anterioridad se plantea la existencia de diferentes tipos de depresión y estos están dados por la aparición, frecuencia, duración e intensidad en que se manifiesten los síntomas, por lo que el NIMH refiere que los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (NIMH, 2009).

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el

curso de vida de una persona, pero mayormente, ocurre durante toda su vida (NIMH, 2009).

El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado, por ejemplo, la manía y a los estados de ánimo muy bajo, por ejemplo, la depresión (NIMH, 2009).

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (NIMH, 2009).

NIMH (2009) refiere en el mismo documento denominado Depresión, que algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas, estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera (NIMH, 2009).

NIMH (2009) establece los principales signos y síntomas que se combinan para dar lugar a los trastornos depresivos son:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

El autor menciona que, desde el propio abordaje a los síntomas de la depresión, puede observarse cómo los mismos se manifiestan en todas las esferas del individuo, encontrándose malestares a nivel fisiológico o biológico, psicológico y en la relación con el entorno, lo que refuerza la importancia de los aportes teóricos

ofrecidos por la escuela cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos depresivos.

La depresión es el resultado de interacciones complejas que existe entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, además de aquellas circunstancias adversas que se presentan en la vida de una persona como el desempleo, el luto y traumatismos psicológicos. Además, la depresión puede causar mayores niveles de estrés, disfunción y empeorar la vida de la persona que lo padece (OMS, 2016).

2.2.2.3 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

Atendiendo a los avances científicos en el reconocimiento, descripción, evolución y clasificación de las enfermedades mentales, se consideran a los manuales CIE 10 y DSM V como la literatura de mayor relevancia en el ámbito científico, dado que cuentan con el glosario y criterios científicamente fundamentados como para validar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales se encuentran debidamente organizados y codificados según la esfera afectada del individuo, la magnitud y nivel de organización de los síntomas.

En el manual de clasificación de enfermedades mentales CIE 10, aparece la clasificación de los distintos tipos de depresión, dentro de los trastornos del humor codificados desde el F30 al F39, donde a partir del F32 hasta el F32.9 se describen los episodios depresivos según el tiempo, evolución, severidad de la sintomatología depresiva y etiología, mencionados a continuación (CIE-10, 1992):

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado

- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

De los citados casos, se puede considerar como episodio depresivo cuando tenga una duración de al menos dos semanas y por lo menos presentar dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 2):

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
- Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción significativa en el nivel de actividad y a un cansancio exagerado.

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta• Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual• Empeoramiento matutino del humor depresivo• Presencia de enlentecimiento motor o agitación• Pérdida marcada del apetito• Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes• Notable disminución del interés sexual

Tabla 2: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Autor: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014).

La edad de inicio, gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda

crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes (CIE-10, 1992).

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo
<ul style="list-style-type: none"> • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. • El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. • Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. • Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. • Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. • Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. • Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. • Alteraciones del sueño de cualquier tipo. • Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

- **Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Tabla 3 :Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Autor: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014).

2.2.2.4 Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición

(DSM-5)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), encasilla directamente a la depresión como *trastornos depresivos* a diferencia de la clasificación anterior (CIE 10) que lo denomina como *trastornos del estado de ánimo y trastornos bipolares*. El DSM 5 establece que la sintomatología depresiva debe presentarse durante 2 semanas seguidas, manifestando como mínimo 5 síntomas (tabla 4) y uno de ellos debe ser (DSM-5, 2013):

- Estado de ánimo deprimido
- Pérdida total o parcial del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Partiendo de las características antes expuestas, el DSM V clasifica a los trastornos depresivos en diversos estadios, de los cuales nos centraremos en el Trastorno de depresión mayor por cuestiones que favorecen a los objetivos de la investigación.

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas **siguientes** han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:

- Estado de ánimo depresivo o
- Pérdida de interés o de placer.
- **Estado de ánimo deprimido** la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

- **Disminución importante del interés** o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- **Pérdida importante de peso** sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
- **Insomnio o hipersomnia** casi todos los días.
- **Agitación o retraso psicomotor** casi todos los días.
- **Fatiga o pérdida de energía** casi todos los días.
- **Sentimiento de inutilidad** o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse**, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- **Pensamientos de muerte recurrentes** (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, Trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Tabla 4 : Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Autor: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014).

El autor refiere que en el DSM V existe una mayor especificación en las causas de la depresión lo que establece el criterio de diferenciación de los mismos en mayor medida, ambos manuales tienen en cuenta la asociación de la depresión con otros síntomas cómo son las manías, ansiedad e incluso estados de agitación por lo que se refiere la necesidad de diferenciar la aparición de los trastornos depresivos, del curso del trastorno bipolar, brindando gran importancia a la revisión del historial clínico del paciente.

2.2.2.5 Tratamiento de la depresión desde el modelo cognitivo conductual.

La teoría aportada por el modelo cognitivo conductual resulta de gran importancia para el tratamiento de la depresión, abordándolo desde dos enfoques:

Uno de ellos es el enfoque cognitivo, tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio, todas estas aportaciones se centran en que *las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto, el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas* (Beck, 1983).

Este enfoque se caracteriza por considerar el papel de las cogniciones como los elementos más importantes generadores de enfermedades en los individuos y que por tanto deben ser las más atendidas durante el proceso de intervención psicológica, destacando las siguientes teorías:

Teasdale (1983) basado en la Teoría del Procesamiento de la Información, enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y

conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales, cognición-emoción-conducta.

Seligman (1975), Abramson, Seligman y Teasdale (1978), Abramson, Melsky y Alloy (1989) representantes de las Teorías Cognitivas Sociales hacen referencia a la manera en cómo los sucesos ocurridos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas que tiene la persona de poder controlar las situaciones externas; así pues una manera de comprender el origen de la depresión, radica en la forma en cómo la persona percibe tales situaciones externas y lo que genera a partir de aquellas expectativas negativas y sentimientos de indefensión que la llevan a la desesperanza.

Rehm (1977) y Lewinsohn, (1985) representantes de las Teorías Cognitivas Conductuales, refieren que marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes y la explicación que le da a trastornos como la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia de este trastorno, pues los últimos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona.

Skinner (1953) el segundo enfoque psicológico a considerar dentro de este modelo teórico es el conductual, pues en éste se realiza el manejo de las conductas a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión, fueron emitidas por Skinner quien postuló que éste es considerado como una “reducción generalizada en la frecuencia de conductas”.

Ferster (1965), Lewinsohn (1974) y Castello (1972) reafirman que tal trastorno se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea.

Por tal motivo es de considerar que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos han marcado el amplio contenido del modelo cognitivo conductual , gracias a las teorías cognitivas y conductuales; y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck (1967), Lazarus (1972), Kelly (1955), Berne (1961) y Ellis (1957) que en conjunto abordan y respaldan el trabajo del modelo cognitivo conductual a partir de la premisa de la reestructuración o modificación de cogniciones (ideas/creencias irracionales) en función de un cambio previo o posterior de conductas.

Así pues, este modelo teórico ha sido eficazmente empleado en el tratamiento de trastornos como los de personalidad (Beck, 1983), ansiedad (Orgilés, Méndez, Rosa, Inglés, 2003) y depresión (Pérez y García, 2001); así como de otras alteraciones como la esquizofrenia (Muñoz y Ruiz, 2007) y agresividad (Pérez, Fernández, Rodríguez y Barra, 2005) entre otros investigadores que se han apoyado en la teoría cognitivo conductual para el tratamiento de enfermedades mentales.

El autor menciona que los preceptos teóricos abordados con anterioridad demuestran que el modelo cognitivo conductual resulta ser de los más eficaces para el tratamiento a diferentes enfermedades mentales que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación de los síntomas y signos expresados por el paciente.

El autor refiere que el modelo cognitivo conductual resulta así una modalidad terapéutica que permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas, ideas o pensamientos irracionales que constituyen la causa de la aparición de comportamientos inapropiados, demostrando la efectividad de este modelo desde su teoría y los métodos a seguir para el tratamiento y cura de enfermedades mentales entre ellos la depresión.

El autor concluye sobre la terapia Cognitiva-Conductual que se basa en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.

El abordaje teórico realizado a la depresión como enfermedad mental, denota que el tratamiento de la misma comenzó a realizarse en el ámbito de la medicina y posteriormente trascendió a la Psiquiatría y a la Psicopatología, se pone de manifiesto que la misma puede tratarse como síntoma, como síndrome o aparecer como entidad o enfermedad según el grado en que se organicen sus signos y síntomas (Muñoz y Ruiz, 2007).

Los síntomas y signos de la depresión se manifiestan en su generalidad tanto en alteraciones fisiológicas expresándose una serie de malestares corporales , así como en la esfera psicológica particularmente en el área cognitiva donde se presentan alteraciones en la concentración, creatividad y pensamiento según la fortaleza de los síntomas, además de la pérdida de hábitos, y alteraciones en la relación del hombre con el entorno, al perder el interés por las relaciones sociales y las actividades cotidianas (Pérez y García, 2001).

El autor señala que la depresión constituye fundamentalmente una alteración de la esfera de la afectividad que se caracteriza por la persistencia de sentimientos de tristeza, ansiedad, o vacío, así como las sensaciones de desesperanza y/o pesimismo y sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, lo que implica no solo valorarla cómo trastorno aislado, sino que puede evaluarse su comorbilidad con la presencia de otras enfermedades entre ellas la alexitimia.

2.2.2.6 Alexitimia y Depresión

Fernández (2011) menciona que el paciente depresivo revela una profunda afinidad sintomatológica con la alexitimia. La prevalencia de las emociones negativas, los innumerables síntomas somáticos primarios que no son somatizaciones, pero sin duda que se los puede confundir y la pérdida en la sincronización con el mundo exterior forman una triada sintomatológica que convierte a los pacientes depresivos en alexitímicos transitorios o secundarios como se explica más adelante, así mismo el alexitímico es más vulnerable a padecer de depresión.

Es notable la importancia que cobra la hipótesis que sostiene que la alexitimia es uno de los principales constructos que calcula de manera precisa y científica la relación que existe entre las diferencias emocionales inherentes a la depresión. Así mismo es evidente la similitud sintomatológica que presentan ambos constructos en lo que se refiere a (Pérez, I., Pérez, J. y Comí 2010).

Alteraciones cognitivas donde aparece en la alexitimia una escasa capacidad imaginativa, pensamiento concreto, sensación de afecto aplanado y aburrido, relacionándose en la depresión con la pérdida de capacidad para concentrarse y tomar decisiones, pérdida de creatividad y el gusto por las

actividades cotidianas lo que guarda relación con la expresión del aplanamiento afectivo que se ve en ambos trastornos emocionales, además de que en el paciente depresivo puede manifestarse la ideación suicida cómo contenido del pensamiento (Pérez, I., Pérez, J. y Comí 2010).

Alteraciones de las relaciones interpersonales, dónde los alexitímicos poseen dificultades para identificar de forma adecuada sus emociones y sentimientos, reducida o nula comunicación verbal sobre su estrés emocional, dificultad para pedir ayuda a los demás, prefieren permanecer solos o aislarse del contacto social, desinterés por relacionarse con las personas que lo rodean, presentan dificultad para comprender el comportamiento no verbal y problemas para entender la funcionalidad de grupos sociales, además de un marcado deterioro en las habilidades empáticas, lo que genera problemas en el funcionamiento social (Pérez, I., Pérez, J. y Comí 2010).

Lo anterior guarda similitud con la depresión teniendo en cuenta que los pacientes deprimidos poseen una marcada tendencia a aislarse y evitar el contacto con las demás personas, denotando además la pérdida de la comunicación con aquellos que los rodean, una pobre expresión de los sentimientos, pérdida además del interés y falta de empatía con los demás, y rechazo las actividades cotidianas en general, conduciéndolos a un deterioro de las relaciones interpersonales (Pérez, I., Pérez, J. y Comí 2010).

Existe también en los alexitímicos una marcada dificultad para identificar los sentimientos y emociones de otras personas a través de gestos faciales y lenguaje corporal o comunicación no verbal, factor que se relaciona también con la falta de empatía del paciente depresivo y la pérdida de interés en general con todos los aspectos de la vida (Pérez, I., Pérez, J. y Comí 2010).

2.3 Hipótesis.

2.3.1 Hipótesis Alterna (Hi)

La alexitimia si se relaciona a los estados depresivos en personas privadas de libertad

2.3.2 Hipótesis Nula (Ho)

La alexitimia no se relaciona a los estados depresivos en personas privadas de libertad

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo correlacional porque establece relación entre la variable Alexitimia y Depresión desde un enfoque cuantitativo, dado que los datos obtenidos a través de los instrumentos de evaluación se presentan de manera cuantificable, por lo que se utilizó el Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (**LACTAS-20**) y el Inventario de Depresión de Beck (**BDI-II**) para evaluar la Alexitimia y los niveles de severidad de la depresión respectivamente, es de tipo transversal porque se recolectaron datos en un solo momento de la investigación sin modificar o alterar de ninguna manera las variables, es de tipo bibliográfico, porque la información que se utilizó para consolidar la teoría fue obtenida de libros, fuentes bibliografías y artículos científicos, es de tipo descriptiva porque la investigación no solo se centró a recolectar datos, sino también demostrar la relación que existe entre las dos variables a estudiar, partiendo de una hipótesis y es una investigación de campo porque se realizó la recolección de datos a partir de los reactivos psicológicos aplicados en las instalaciones del Centro de Rehabilitación Social, siendo este el entorno propicio para la ejecución del proyecto.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

- Cotopaxi
- Latacunga
- Centro de Rehabilitación Social de Latacunga
- Pabellón de máxima seguridad de la etapa de hombres.

3.3 Población

La investigación se realizará en el pabellón de máxima seguridad, con los internos que asisten a los 5 talleres de artesanías, orientados a trabajos manuales y de confección del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga con un total de 98 varones privados de libertad, de los cuales 40 Internos serán participantes del estudio.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de Inclusión

- ✓ Personas Privadas de Libertad que presenten un grado de educación primaria completo.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que se ubiquen en un rango de entre 25 y 50 años de edad.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que obtuvieron un puntaje ≥ 41 en el Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (LACTAS-20)
- ✓ Personas Privadas de Libertad con sentencia cumplida de mínimo 4 años

3.4.2 Criterios de Exclusión

- ✓ Personas Privadas de Libertad que formen parte de grupos terapéuticos como AA.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que presenten discapacidad mental o intelectual.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que han sufrido de accidentes cerebrovasculares.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que han sufrido de traumatismos craneoencefálicos.

- ✓ Personas Privadas de Libertad que reciban tratamiento psiquiátrico.
- ✓ Personas Privadas de Libertad que consuman sustancias psicoactivas por 6 meses
- ✓ Personas Privadas de Libertad que consuman bebidas alcohólicas por 6 meses
- ✓ Personas Privadas de Libertad que presenten antecedentes familiares de depresión.

3.5 Diseño Muestral

Para seleccionar a la población para formar parte de la investigación, se utilizó una ficha sociodemográfica como filtro para identificar a los candidatos idóneos, la aplicación se realizó a 98 Internos en grupos de 5 en las instalaciones destinadas al proceso educativo, los internos evaluados al momento forman parte de 5 Talleres del Pabellón de Máxima Seguridad y basado en la ficha sociodemográfica y en el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 40 internos como una muestra de tipo no probabilístico.

$$\mathbf{N = n}$$

3.6 Operacionalización de Variables

Alexitimia

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Instrumentos
Alexitimia	La alexitimia (AL) es una alteración en la comunicación de tipo emocional, que afecta al pensamiento operacional, al control de los impulsos y presentan profusas sensaciones corporales Fernández, F. (1984).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para Identificar emociones. 2. Dificultad para expresar emociones. 3. Pensamiento orientado hacia detalles externos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas para identificar y discriminar sus propias emociones. 2. Incapacidad para expresar sus emociones a través del lenguaje. 3. En su expresión existen limitadas referencias abstractas y simbólicas, dado que se limitan a describir detalles concretos, carentes de afectividad. 	<p>Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (LACTAS-20) alfa de Crombach de 0.82.</p>

Tabla 5: Alexitimia.

Fuente: Proyecto de investigación Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

Depresión

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Instrumentos
Depresión	<p>“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” OMS (2017).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de depresión 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión grave 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No presenta síntomas suficientes referidos a tiempo y severidad para presentar un cuadro depresivo. 2. El tiempo de duración de los síntomas debe durar al menos dos semanas y debe estar caracterizado por la presencia de dos o más síntomas como ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. 3. El tiempo de duración de los síntomas debe durar al menos dos semanas, además se intensifican los síntomas del episodio 	<p>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</p> <p>alfa de Crombach de 0.92 y 0.93.</p>

			<p>depresivo leve y tiene como característica principal el tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.</p> <p>4. Suele presentar una considerable angustia o agitación, es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto.</p>	
--	--	--	--	--

Tabla 6: Depresión.

Fuente: Proyecto de investigación Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

3.7 Instrumentos de evaluación

3.7.1 Escala Toronto De Alexitimia Consensuada Para Latinoamérica (LAC-TAS-20)

Nombre original: Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (LACTAS-20)

Descripción: Existen diversos instrumentos que se utilizan para evaluar el grado de alexitimia, sin embargo, el más representativo es la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) y su adaptación, la Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20), optando por este último por la validación que presenta para Latinoamérica, lo que permite obtener resultados más confiables, esta escala evalúa tres aspectos que conforman la alexitimia, además de determinar el grado general de alexitimia que presenta el evaluado.

Adaptación latinoamericana: Lunazzi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012

Autor: Bagby y Parker

Año: 1999

Forma de aplicación: Test auto administrativo de forma individual o colectiva (10 a 15 personas máximo)

Tiempo de aplicación: 10 y 15 minutos

N. de Ítems: 20

Validez: La escala presentó una buena consistencia interna ($\alpha=0.82$), y una buena fiabilidad test - retest en un periodo de tres semanas ($r=0.77$; $p< 0.01$),

Confiabilidad: El coeficiente alfa de Crombach es de 0.82.

Baremo de calificación: La Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20) consta de 20 ítems, cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que va desde “muy de acuerdo” (5) a “muy en desacuerdo” (1), que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado la puntuación obtenida puede oscilar de entre 20 y 100 puntos, a partir de estas puntuaciones múltiples son los autores que establecen un punto de corte de 56 puntos para diagnosticar a un paciente como alexitímico, es importante recordar que los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 se valoran de manera inversa, antes de realizar la suma total (Páez, Martínez, Velasco, Mayordomo, Fernández, y Blanco, 1999).

Dimensiones del instrumento:

- DIF: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional.
- DDF: Dificultad para describir sentimientos.
- EOT: Pensamiento concreto y orientado hacia el exterior en deterioro de las experiencias subjetivas y los procesos simbólicos. (Argüelles, Bertolami y Hernández, 2015).

Escala de valoración:

- Alexitimia Definitiva: ≥ 56 puntos.
- Alexitimia Indefinida: 41 y 55 puntos.
- Ausencia de Alexitimia: ≤ 40 puntos.

3.7.2 Inventario De Depresión De Beck BDI-II

Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Descripción: Existen múltiples reactivos psicológicos que se utilizan para medir la severidad sintomatológica de la depresión, sin embargo, el más representativo es el Inventario de Depresión de Beck BDI-II, que es un instrumento de auto-informe conformado por 21 ítems de tipo Likert y que tiene como objetivo evaluar los niveles de depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años, su uso es factible tanto para población clínica como normativa (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García, 2016).

Adaptación costarricense para latinoamericana: Dennis Redondo

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año: 1996

Forma de aplicación: Test auto administrativo de forma individual o colectiva (10 a 15 personas máximo)

Tiempo de aplicación: 5 y 10 minutos

N. de Ítems: 21

Validez: La escala presentó una buena consistencia interna ($\alpha=0.85$), y una buena fiabilidad superior a 0.50 y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

Confiabilidad: El coeficiente alfa de Crombach es de 0.92 y 0.93.

Baremo de calificación: En lo que respecta a la corrección, cada ítem se contesta en una escala de 4 puntos, de 0 a 3 puntos, a excepción de los ítems 16, que corresponde

al patrón de sueño y 18, que pertenece a los cambios en el apetito, los ítems 16 y 18 contienen 7 categorías, si el evaluado ha elegido varias opciones de respuesta en un solo ítem, se debe optar por la categoría que corresponda a la mayor puntuación (Peñalver, s/f), en relación a la respuesta del evaluado y, tras sumar directamente la puntuación obtenida de cada ítem, la puntuación total podría ser de 0 a 63 puntos (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008).

Escala de valoración:

- Alexitimia Definitiva: ≥ 56 puntos.
- Alexitimia Indefinida: 41 y 55 puntos.
- Ausencia de Alexitimia: ≤ 40 puntos.

Dimensiones del instrumento:

Depresión Grave.

Depresión Moderada.

Depresión Leve.

Ausencia de Depresión.

Escala de valoración:

- Depresión Grave: 29 - 63 puntos.
- Depresión Moderada: 20 - 28 puntos.
- Depresión Leve: 14 - 19 puntos.
- Ausencia de Depresión ≤ 13

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Las actividades que se realizarán para la recolección y elaboración de la investigación se detallan a continuación.

- ✓ Solicitar autorización al Director del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte para el ingreso al pabellón de máxima seguridad para llevar a cabo el proyecto de investigación.
- ✓ Coordinar los horarios de los internos que forman parte de los Talleres con el coordinador de la etapa e informar del propósito y métodos de la investigación.
- ✓ Adaptar los criterios de inclusión y exclusión al propósito de la investigación.
- ✓ Aplicar la ficha sociodemográfica para la selección de muestra.
- ✓ Informar a la población a investigar sobre el tema del proyecto, objetivos, reactivos psicológicos y procedimientos.
- ✓ Informar a la población sobre la importancia que representa la firma del consentimiento informado.
- ✓ Aplicar el consentimiento informado (Anexo 1)
- ✓ Aplicar el Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale LACTAS-20 (Anexo 2) en grupo de 9 a 10 internos para valorar la variable Alexitimia.
- ✓ Aplicar el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (Anexo 3) en grupo de 9 a 10 internos para valorar la variable Depresión.
- ✓ Recolección de resultados a partir de las puntuaciones obtenidas en los reactivos psicológicos aplicados.

- ✓ Análisis de datos bajo el programa estadístico SPSS, mediante el Chi Cuadrado.
- ✓ Efectuar la tabulación de los datos obtenidos.
- ✓ Efectuar el análisis de los datos obtenidos.
- ✓ Efectuar las conclusiones y recomendaciones, basados en los resultados obtenidos en el proyecto de investigación.

3.9 Aspectos éticos

El presente estudio de investigación se basa en el Reglamento de Bioética en investigación en Seres Humanos, expedido por el Consejo Universitario de la Universidad Técnica de Ambato. El reglamento recoge aspectos éticos relevantes en una investigación como: derechos humanos, valores, responsabilidades y compromisos orientadores de las actitudes y prácticas de las y los servidores, trabajadores públicos y estudiantes. Para el presente estudio analizaremos los principales artículos referidos a la investigación en Psicología. Además, resulta imperativo mencionar que la investigación se realizará con personas privadas de libertad que es una población vulnerable por las condiciones de hacinamiento que produce secuelas físicas y psicológicas, por tal motivo es importante cumplir con las normas éticas que se detallan a continuación:

Art. 2.

- a) Promover los derechos humanos, valores, responsabilidades y compromisos sociales, para proporcionar protección a la dignidad y respetar los derechos humanos, al igual que la seguridad del evaluado durante el proceso de la investigación.
- b) Garantizar el bienestar de los seres humanos.

Art. 3.

Principio Bioéticos

1. Búsqueda del bienestar para las personas que participen en la investigación.
2. No hacer daño a los participantes en el proceso investigativo.
3. Respetar el derecho de los participantes a formar parte de la investigación.
4. Respeto a la equidad y trato igualitario a las personas que formen parte de la investigación.

Art. 4.

Aspectos éticos

1. Respetar todos los aspectos de las personas involucradas en la investigación.
2. Evaluar los beneficios que se generen en la persona evaluada y en la comunidad.
3. Respeto a la decisión de los participantes a para ser incluidos en la investigación, a través de la revisión autorizada del consentimiento informado.
4. Respetar los derechos, la seguridad, y la decisión de formar parte del estudio.
5. Selección de los participantes procurando sea una elección justa y equitativa, protegiendo a la población vulnerable y grupos de atención prioritaria.

6. Garantizar la imparcialidad ética y buena técnica del investigador principal.

Aspectos metodológicos

7. Evaluar la relevancia clínica que se obtendrá al término de la investigación.
8. Determinar la **validez interna** del diseño de estudio para garantizar la obtención de datos confiables a partir del estudio de: tamaños adecuados de muestra, método aleatorio y enmascaramiento, además de la validez externa del diseño de estudio para determinar los criterios de inclusión y exclusión de la población objetivo.

Aspectos jurídicos

9. Evaluar la argumentación científica y ética para incluir población vulnerable y de atención prioritaria en la investigación.
10. Determinar a partir de la justificación científica la exclusión de participantes en la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Alexitimia

Alexitimia

ALEXITIMIA	PERSONAS	PORCENTAJE
Ausencia de Alexitimia	8	20%
Alexitimia Indeterminada	9	22.5%
Alexitimia Definitiva	23	57.5%
TOTAL	40	100%

Tabla 7: Alexitimia

Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad
Autor: Chicaiza, E (2017).

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 40 PPL(s) evaluados, 8 presentan ausencia de alexitimia, 9 muestran alexitimia indeterminada, mientras que 23 evidencian alexitimia definitiva.

Alexitimia

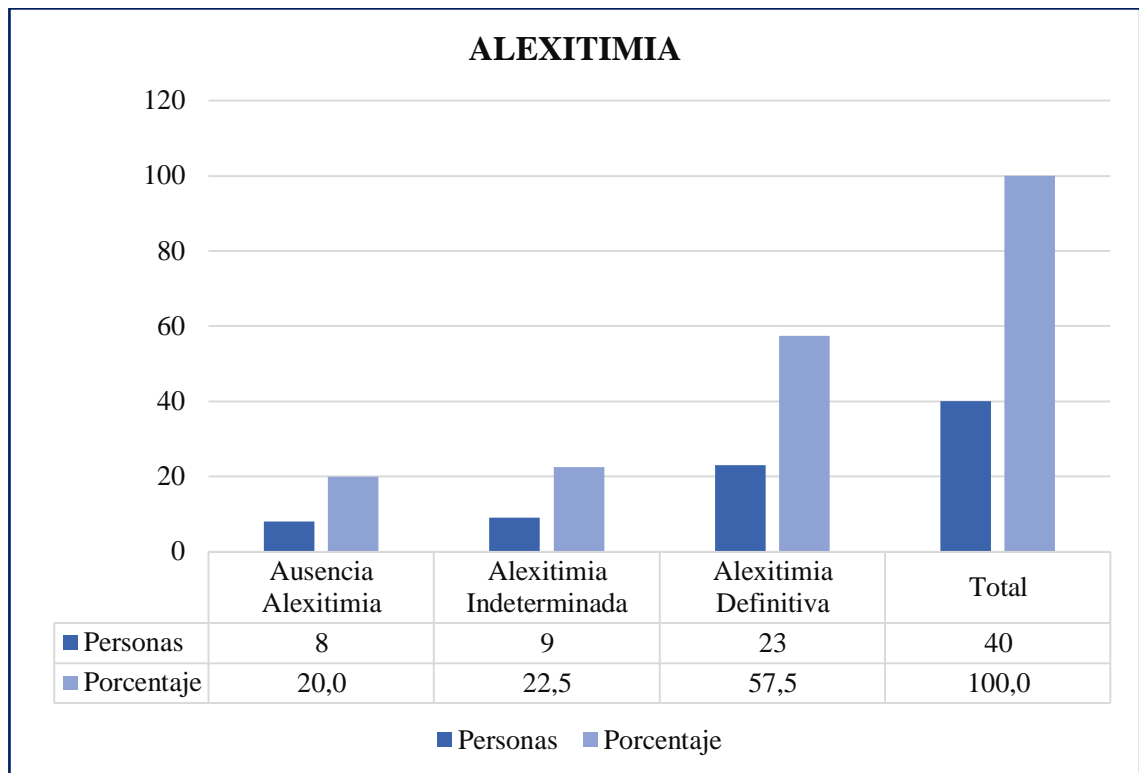


Figura 1: Alexitimia.

Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de 40 PPL(s) evaluados, el 20% denota ausencia de alexitimia, presentando un puntaje menor al significativo (40) según el LAC-TAS 20, que refleja una tenue dificultad para expresar sus emociones, en contraste, el 22,5% de la muestra expresa alexitimia indeterminada, presentando dificultad para identificar sus emociones y para expresarlas y el 57,5% presenta alexitimia definitiva, siendo este grupo el que mayor dificultad presenta para identificar emociones, además de una deficiente expresión emocional en el plano verbal, característico de un pensamiento concreto.

Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica

	Instrucción						Total
	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Completa	Secundaria Incompleta	Superior Completa	Superior Incompleta	
Ausencia Alexitimia	0	0	0	3	1	4	8
Alexitimia Indeterminada	1	1	3	1	1	2	9
Alexitimia Definitiva	10	2	5	4	0	2	23
Total	11	3	8	8	2	8	40

Tabla 8: Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica.

Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En la presente tabla se pueden observar 3 grupos conformados por 8 evaluados cada uno, pertenecientes a las dimensiones Secundaria Completa, Secundaria Incompleta y Superior Incompleta respectivamente, en la segunda dimensión, de los 8 PPL(s) evaluados, 4 presentan Alexitimia Definitiva con una Instrucción Secundaria Incompleta, en la tercera dimensión, de los 8 PPL(s) evaluados, 4 presentan Ausencia de Alexitimia con una Instrucción Superior Incompleta.

Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica

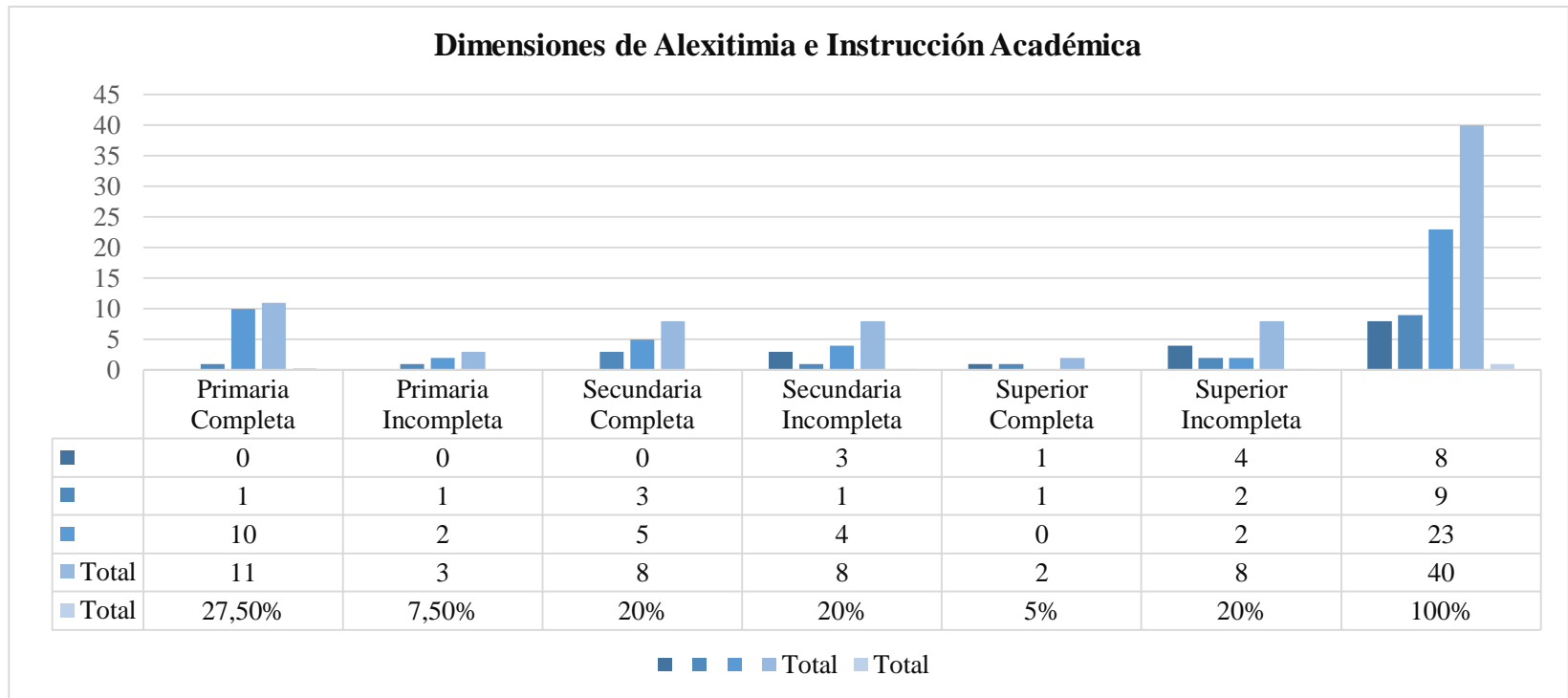


Figura 2: Dimensiones de Alexitimia e Instrucción Académica.
 Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.
 Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de 40 PPL(s) evaluados, el 60% está conformado por 3 grupos de 8 evaluados cada uno, que pertenecen a las dimensiones, Secundaria Completa, Secundaria Incompleta y Superior Incompleta, representando el 20% cada uno, en la segunda dimensión, de los 8 PPL(s) evaluados, el 10% presentan Alexitimia Definitiva con una Instrucción Secundaria Incompleta y en la tercera dimensión, de los 8 PPL(s) evaluados el 10% presentan Ausencia de Alexitimia con una Instrucción Superior Incompleta.

4.2 Depresión

Depresión

DEPRESIÓN	PERSONAS	PORCENTAJE
Ausencia de Depresión	21	52,50%
Depresión Leve	6	15%
Depresión Moderada	4	10%
Depresión grave	9	22,50%
TOTAL	40	100%

Tabla 9: Depresión.

Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

En los resultados se puede observar que de los 40 PPL(s) evaluados, 21 presentan ausencia de depresión, 6 denotan depresión leve, 4 revelan depresión moderada y 9 evidencian depresión grave.

Depresión

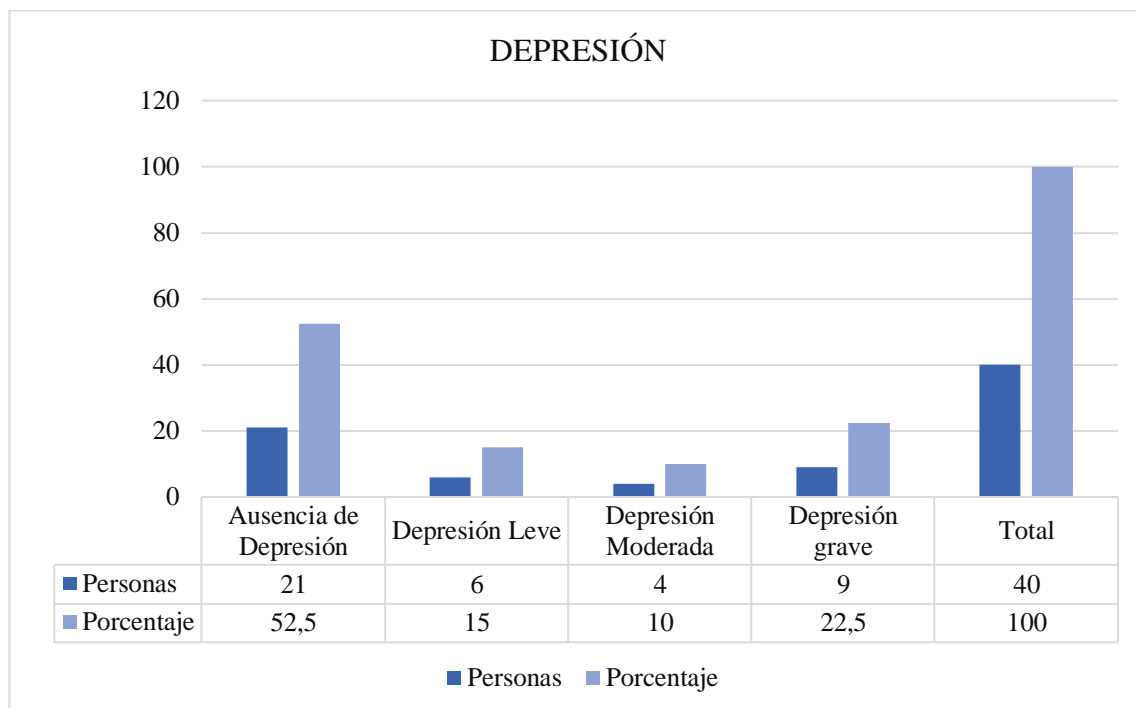


Figura 3: Depresión.

Fuente: Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que del total de 40 PPL(s) evaluados, el 52,5% denota ausencia de depresión, es decir no cumple con la sintomatología necesaria para ser catalogado como depresión, el 15% evidencia depresión leve, disminuyendo así la eficiencia para efectuar la mayoría de sus actividades diarias, el 10% de la muestra deleva depresión moderada, presentado un elevado índice de afectación en sus labores cotidianas, sin llegar a interrumpirlas completamente y el 22,5% de PPL(s) refleja depresión grave, siendo este grupo quien presenta un marcado nivel de afectación general, repercutiendo negativamente su bienestar, con síntomas angustiantes, pérdida de autoestima y sentimientos de inutilidad.

4.3 Verificación de Hipótesis

Tabla de contingencia Dimensiones_Alexitimia*Niveles_Depresion tabulación cruzada.

Recuento

		Niveles_Depresion				Total
		Ausencia de Depresión n	Depresión n Leve	Depresión n Moderada	Depresión n grave	
Dimensiones_Alexitimia	Ausencia Alexitimia	8	0	0	0	8
	Alexitimia Indeterminada	6	2	1	0	9
	Alexitimia Definitiva	7	4	3	9	23
Total		21	6	4	9	40

Tabla 10: Tabla de contingencia Dimensiones_Alexitimia*Niveles_Depresion tabulación cruzada.

Fuente: SPSS.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN

En los resultados se puede observar que los 8 PPL(s) evaluados que pertenecen a la dimensión Ausencia de Alexitimia presentan ausencia de depresión, de los 9 PPL(s) evaluados que pertenecen a la dimensión alexitimia indeterminada, 6 presentan ausencia de depresión, 2 develan depresión leve y 1 muestra depresión moderada, de los 23 PPL(s) evaluados que pertenecen a la dimensión alexitimia definitiva, 7 presentan ausencia de depresión, 4 denotan depresión leve, 3 reportan depresión moderada y 9 evidencian depresión grave.

Pruebas de Chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,192 ^a	6	,019
Razón de verosimilitud	20,065	6	,003
Asociación lineal por lineal	11,787	1	,001
N de casos válidos	40		

Tabla 11: Pruebas de Chi-cuadrado

Fuente: SPSS.

Autor: Chicaiza, E (2017).

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

La presente tabla refleja los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado, al efectuar los cruces entre las variables alexitimia y depresión, se obtuvo un valor inferior (,019) al nivel de probabilidad ($p = < 0,05$), concluyendo que, si existe relación entre las variables expuestas, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula a favor de la alternativa, según la cual la alexitimia sí se relaciona a los estados depresivos en personas privadas de libertad.

Contingencia Alexitimia * Depresión

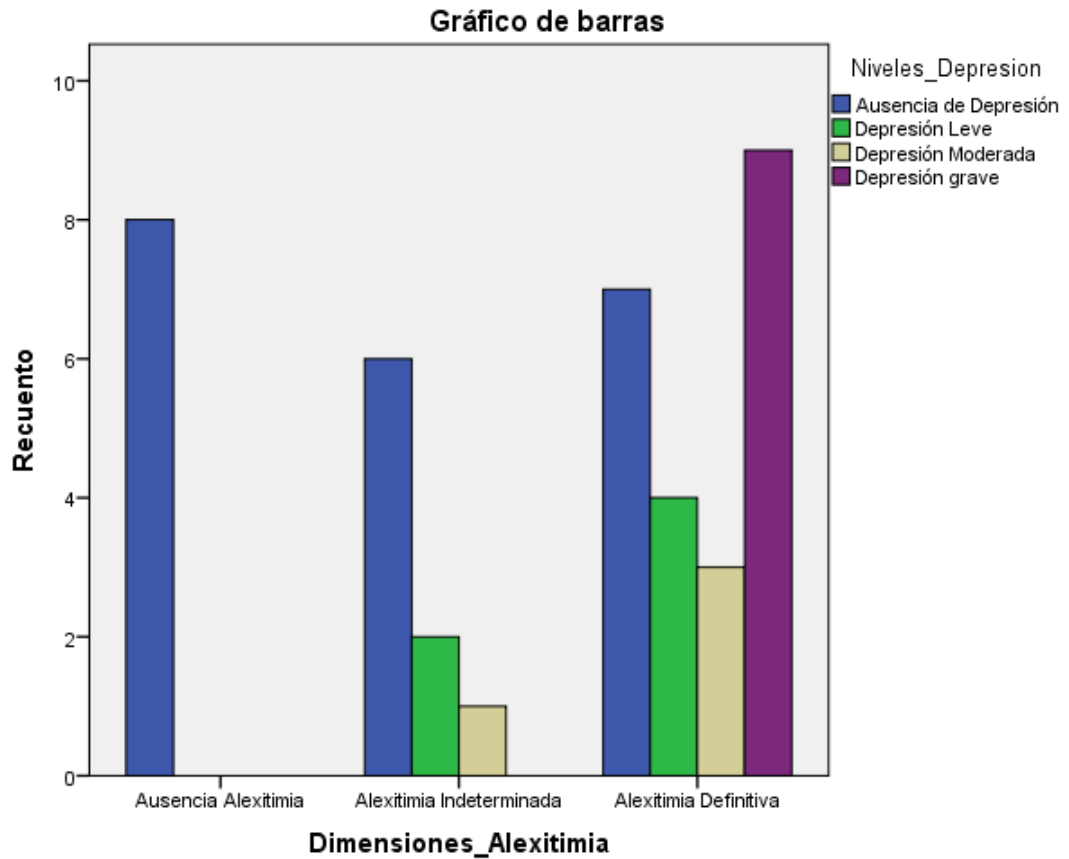


Figura 4: Contingencia Alexitimia * Depresión.

Fuente: SPSS.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se puede observar que el mayor número de PPL(s) evaluados pertenecen a la dimensión alexitimia definitiva, en la cual un porcentaje considerable en relación a los 23 PPL(s) evaluados presentan depresión grave y un mínimo porcentaje depresión moderada, además se puede evidenciar que aquellos PPL(s) evaluados que se encuentran en alexitimia indeterminada presentan menores porcentajes de depresión, en contraste en la dimensión ausencia de alexitimia, los evaluados presenta ausencia de depresión.

Correlaciones Dimensiones de Alexitimia y Niveles de Depresión

		Dimensiones_Alexitimia	Niveles_Depresion
Dimensiones_Alexitimia	Correlación de Pearson	1	,550**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	40	40
Niveles_Depresion	Correlación de Pearson	,550**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla 12: Correlaciones Dimensiones de Alexitimia y Niveles de Depresión.

Fuente: SPSS.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN

La tabla muestra que existe una correlación positiva entre las variables dimensiones de Alexitimia y Niveles de Depresión, con un coeficiente de 0,000.

Correlacion_Dimensiones_Alexitimia_Niveles_Depresión

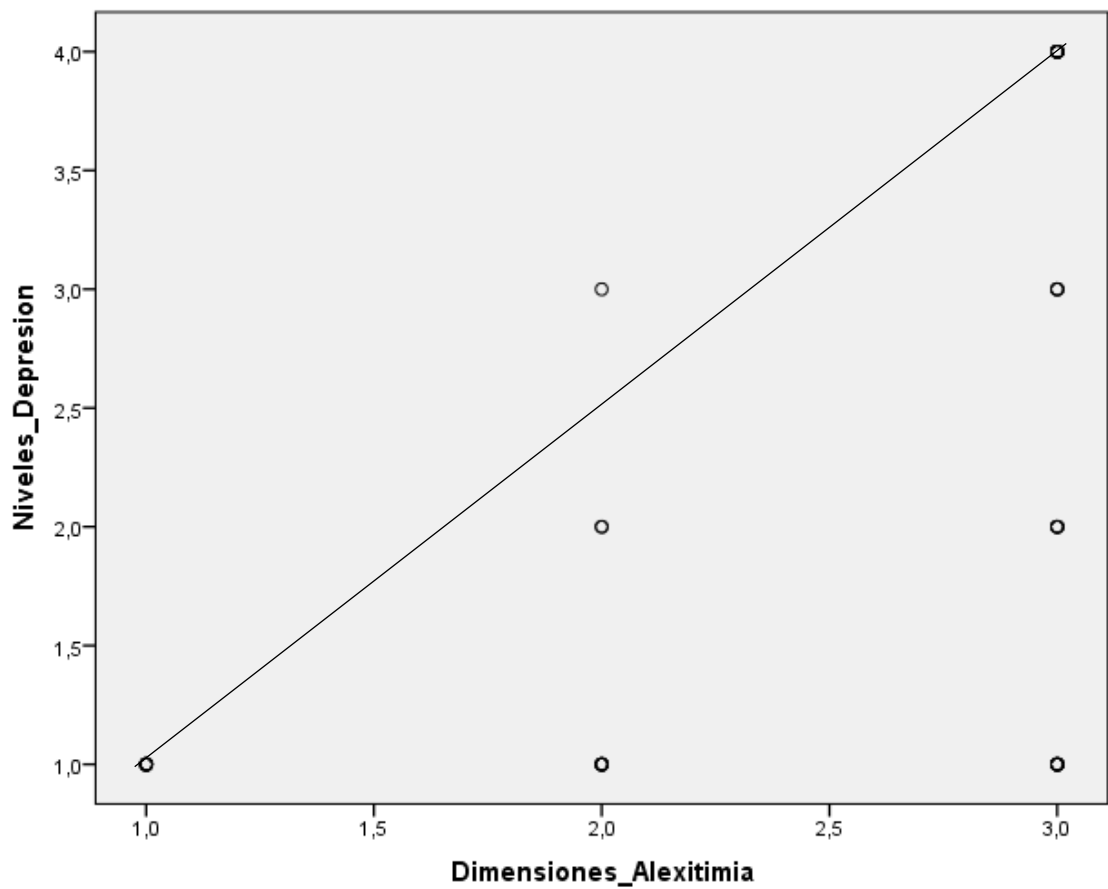


Figura 5: Correlacion_Dimensiones_Alexitimia_Niveles_Depresión

Fuente: SPSS.

Autor: Chicaiza, E (2017).

INTERPRETACIÓN:

En la presente grafica se puede observar que la recta de mejor ajuste se inclina de izquierda a derecha en forma ascendente, manifestando una relación positiva entre las variables Dimensiones de Alexitimia y Niveles de Depresión.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La presente investigación concluye que la hipótesis alternativa se cumple, dado que la alexitimia si se relaciona con la depresión en las Personas Privadas de Libertad del Pabellón de Máxima Seguridad de la Etapa de Hombres del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte, los datos evidenciaron que el mayor número de PPL(s) evaluados presentan alexitimia definitiva y a la vez reflejan depresión en sus diferentes niveles de severidad, con una alta incidencia en depresión grave, por lo que a mayor nivel de alexitimia, mayor será la afectación sintomatológica de la depresión. Tras la correlación de las variables, se puede evidenciar que existe un índice de correlación positiva, con un nivel de significancia del ,019.
- Con respecto a la alexitimia, se determinó que del total de PPL(s) evaluados el 57.5% presentan alexitimia definitiva, es decir la mayoría de los PPL(s) presentan dificultad para Identificar sus emociones, dificultad para expresar sus emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos, por otra parte, el 22.5% presentan Alexitimia indeterminada, es decir presentan dificultad para Identificar sus emociones y para expresarlas.
- Con respecto a la depresión, se concluye que del total de PPL(s) evaluados el 22,50% presentan depresión grave, es decir, que las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad, además son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, por otra parte, el 10% presentan Depresión moderada, es decir,

que la persona con este tipo de depresión probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades cotidianas y el 15% presenta depresión leve, es decir, que la persona con un episodio leve aún pueden continuar la mayoría de sus actividades diarias.

5.2 Recomendaciones

- A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se evidencia la importancia de dar a conocer la situación actual de los PPL(s) con las autoridades que gestionan el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte (CRS), con el propósito de elaborar programas psicológicos como gestor del desarrollo de nuevas estrategias que contribuyan a mejorar la gestión penitenciaria en lo que concierne a la Salud mental.
- En respuesta al 57.5% de PPL(s) evaluados que presentaron alexitimia definitiva se recomienda trabajar en actividades grupales, que favorezcan a la identificación de pensamientos, emociones y conductas que generen frustración en los PPL(s) y así identificar el estado emocional de los internos, además de actividades al aire libre con propósitos de esparcimiento tras un fondo terapéutico, que permitirá identificar las emociones que presenten sobre otras personas en determinadas situaciones y así promover un tipo de comunicación más acertada.
- En contestación al 22,50% de PPL(s) evaluados que presentaron depresión grave, se recomienda la pronta implementación de programas que favorezcan a la salud mental de los PPL(s), basado en cooperación multidisciplinaria para encaminar a los internos hacia una reinserción positiva a la sociedad y garantizar un proceso de rehabilitación adecuado y oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2013). Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P.J. Clayton y J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill. Volumen 1.
- Castilla del Pino, C. (1981). Un estudio sobre la depresión. *Fundamentos de antropología dialéctica*. Ediciones 62, S. A. Barcelona.
- Díaz, R., Aizpuru, A., Cordella, T. y Toro, C. (2013). Comparación de alexitimia en mujeres con trastorno alimentario: estudio transcultural Guadalajara, México: Trabajo presentado en el XXI Congreso Mexicano de Psicología.
- Goleman, D. (1995). *INTELIGENCIA EMOCIONAL*. España: Kairós, S. A. pp 100.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.
- Graeme, T., Parker, J., Bagby, R. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. United Kingdom.
- Instituto Nacional de la Salud Mental: NIH. (2009). Depresión. EEUU.
- Lieberman, D., Rappoport de Aisemberg, E., D'Alvia, R., Braun, J., Fernández, O. S., Galli, V., Maladesky, A. and Picollo, A. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis*. tomo 39, n. 5: p. 844-846.
- MacDougall, J. (1987). *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- MacKinnon, R., Michels, R. (1971). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia. PA. WB Saunders.

- Navarro, R. (1990). Psicoterapia antidepresiva: humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. México. Trillas.
- Nemiah, J. C, Freyberger, H. & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: O. W. HILL (Ed.), Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol.3, London: Butterworths.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivoconductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. Anales de Psicología, 19(2), 193-204.
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Parker, J. (2000). Emotional intelligence: clinical and therapeutic implications. In: Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). The handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass.
- Paéz, D., y Casullo, M. (2000). CULTURA Y ALEXITIMIA: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos? Buenos Aires – Argentina: Paidós.
- Bodni, O. (1991). Psicopatología General. Buenos Aires: Psicoteca.
- Sivak, R., y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires – Argentina: Paidós.
- Taylor, G., Bagby, R., Parker, J. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires – Argentina: Paidós.
- Taylor, G., Bagby, R., y Parker, J. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thompson, J. (2009). Emotionally dumb: an overview of alexithymia. London.

LINKOGRAFÍA

- Arancibia, M., y Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e Implicancias. *Revista chilena de neuropsiquiatría*; 53 (1): 24-34. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004>
- Arias, A., y Toro, R. (2015). Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 49-59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a04.pdf>
- Barrios, I., Piris, A., Ruiz, C., Rodríguez, G. y Torales, J. (2015). Niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/306400031_Niveles_de_depresion_y_ansiedad_y_su_relacion_con_la_presencia_de_alexitimia_en_estudiantes_universitarios_de_la_Facultad_Politecnica_de_la_Universidad_Nacional_de_Asuncion
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010
- CG, N. (2014). A review of depression research in malaysia. *The Medical Journal Of Malaysia*, 69 Suppl A, 42-45. Recuperado de: <http://europepmc.org/abstract/med/25417950>
- Cantão, L., y Lappann, N. (2016). Comportamiento suicida entre dependientes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 389-396. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200389&lang=es

- Campanella, S., Falbo, L., Rossignol, M., Grynberg, D., Balconi, M., Verbank, P., Morage, P. (2012). Las diferencias de sexo en el procesamiento emocional son moduladas por niveles subclínicos de la alexitimia y depresión: Una evaluación preliminar usando los potenciales relacionados con eventos. *Psychiatry Research*, 197, 145-153. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22397916?dopt=Abstract>
- Donges, U., & Suslow, T. (2015). Alexithymia and memory for facial emotions. *Universitas Psychologica*, 14(1), 103-110. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.amfe>. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.amfe>
- García-Sevilla, J., Méndez, I., Bermúdez, A., & Martínez, J. (2016). Estudio comparativo de alexitimia en personas institucionalizadas versus aula de mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 5-14. doi:<http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v6i1.144>. Recuperado de: <https://www.formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/144>
- Gatta, M., Facca, I., Colombo, E., Svanellini, L., Montagnese, S. and Schiff, S. (2014) Alexithymia, Psychopathology and Alcohol Misuse in Adolescence: A Population Based Study on 3556 Teenagers. *Neuroscience and Medicine*, 5, 60-71. doi: [10.4236/nm.2014.51009](https://doi.org/10.4236/nm.2014.51009).
- Günther, V., Rufer, M., Kersting, A., Suslow, T. (2016). Predicción de síntomas en la depresión mayor después del tratamiento hospitalario: el papel de la alexitimia. *Revista Nórdica de Psiquiatría*. doi:10.3109/08039488.2016.1146796. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2016.1146796>
- Hsing, C., Hofelich, A., Stansfield, R., & Preston, S. (2013). Alexitimia reduce el rendimiento, pero conserva espontánea decodificación semántica de las expresiones negativas en la tarea Emstroop. *International Journal of Psychological Research*, 6(spe), 56-67. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842013000300006&lng=en&tlng=en.

Helmes, E., McNeill, P., Holden, R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal Of Clinical Psychology*, 64(3), 318-331. doi:10.1002/jclp.20461. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20461/full>

INEC. (2017). Día Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental: NIH. (2015). Major Depression with Severe Impairment Among Adults. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-with-severe-impairment-among-adults.shtml>

Ihme, K., Sacher, J., Lichev, V., Rosenberg, N., Kugel, H., Rufer, M., Grabe, H., Pampel, A., Lepsius, J., Kersting, A., Villringer, A., Lane, R., Suslow, T. (2014). Alexithymic features and the labeling of brief emotional facial expressions – An fMRI study - ScienceDirect. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028393214003492>

Koh, Y., Chui, C., Tang, C., Lee, A. (2014). “The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the Relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong,” *Depression Research and Treatment*, Article ID 127632, 11 pages, doi:10.1155/2014/127632. Recuperado de: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2014/127632/abs/>

Lovato, N., Gradisar, M. (2014). Un metanálisis y modelo de la relación entre el sueño y la depresión en adolescentes: Recomendaciones para futuras investigaciones y práctica clínica. *Comentarios de Medicina del Sueño*. doi: 10.1016/j.smr.2014.03.006. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079214000392>

- Malkina, I. (2013). Modelado integrado de la alexitimia: predictores psicológicos y método de funciones de respuesta. *Revista de Psicología de la Salud*. Vol. 19, Número 7, págs. 887 – 896. doi: 10.1177/1359105313481078. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105313481078#articleCitationDownloadContainer>
- McGillivray, L., Becerra, R. y Harms, C. (2017), Prevalencia y correlatos demográficos de Alexithymia: una comparación entre muestras australianas psiquiátricas y comunitarias. *J. Clin. Psychol.*, 73: 76 - 87. Doi: 10.1002 / jclp.22314. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22314/full>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1). doi:10.4067/s0718-48082008000100005. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100005&script=sci_arttext
- Mehta, S., Mittal, P., & Swami, M. (2014). “Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder,” *Depression Research and Treatment*, Article ID 302741, 6 pages, doi:10.1155/2014/302741. Recuperado de: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2014/302741/abs/>
- MIDAP. (2016). II TALLER LATINOAMERICANO SOBRE INVESTIGACIÓN EN DEPRESIÓN Y PERSONALIDAD. Recuperado de: <http://midap.org/>
- MSP. (2017). Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

- MINSALUD. (2017). Boletín de salud mental para la Depresión. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental (2015). tomo I. Bogotá. Recuperado de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
- Mori, N., y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 14 (2), 86-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666002.pdf>
- Muñoz, S. & Ruiz, F. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI. No. 1. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a08.pdf>
- Londoño, C., Gonzáles, M. (2016). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN HOMBRES. Acta Colombiana de Psicología, 19(2), 330-344. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552016000200013&lang=pt
- Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. Aperturas Psicoanalíticas n°4. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000108>
- OMS. (2017). La depresión. América, Organización Mundial de la Salud. N. 369: Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS/OPS. (2017). Día Mundial de la Salud 2017: Hablemos de la depresión. Recuperado de: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
- Palencia, A., Castillo-Arreola, A., Rivera-Aragón, S. (2016). Apego y depresión: una comparación por grupo de edad y estatus de pareja en Hidalgo.

MULTIDISCIPLINARY HEALTH RESEARCH, 1(3). Recuperado de:
<http://www.revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1552>

Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76. Recuperado de: <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/Boletin99.pdf>

Peñalver, C. (2013). Evaluación del inventario BDI-II. España. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado de:
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Pérez, Á. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. España. Vol. 13, nº 3, pp. 493-510. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=471>

Pérez, I., Pérez, J., y Comí, M. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista de Neurología*; 50 (Supl 3): S85-S90. Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44832/1/573424.pdf>

Pérez, V., Fernández, A., Rodríguez, J. & Barra, F. (2005). Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica. Chile, Vol.14, Nº2,55-62. Recuperado de:
<http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/viewFile/288/268>

Reali, F., Soriano, T., y Rodríguez, D. (2016). Como pensamos sobre la depresión: el rol del encuadre lingüístico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 127-136. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342016000200006&lang=es

Rueda, B., y Pérez, A. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 12, Nº2, pp. 105-116, 2007. Recuperado de:
[http://www.aepcp.net/arc/03_2007\(2\)_Rueda_y_Perez-Garcia.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03_2007(2)_Rueda_y_Perez-Garcia.pdf)

- Sampogna, F., Puig, L., Spuls, P., Girolomoni, G., Radtke, MA, Kirby, B., Brunori, M., Bergmans, P., Smirnov, P., Rundle, J., Lavie, F., Paul, C. y EPIDEPSO Investigadores (2017). Prevalencia de alexitimia en pacientes con psoriasis y su asociación con la carga de morbilidad: un estudio observacional multicéntrico. *Br J Dermatol*, 176: 1195 - 1203. Doi: 10.1111 / bjd.15243. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.15243/full>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., García, M. (2016). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “inventario de depresión de beck-II” (BDI-II). España. Recuperado de: <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>
- SISPRO. (2017). Base de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social sobre la depresión. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., Iwaki, R., Yamashiro, K., Yoshida, T., Imada, Y., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N. and Hosoi, M. (2014). Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *Plos ONE*, 9(3), e90984. doi: 10.1371/journal.pone.0090984. Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090984>
- Steel, J., Geller, D., Marsh, W., Antoni, M., Penedo, F., Vodovotz, Y., Zamora, R., Terhorst, L., Butterfield, L., Burke, L., y Tsung, A. (2016). Depression and increased risk of mortality in cancer: The underlying biological mechanisms remain elusive. *Depression*, 15, 5. Recuperado de: <https://apos.conference-services.net/reports/template/onetextabstract.xml?xsl=template/onetextabstract.xml&abstractID=945634>
- Timoney, L., & Holder, M. (2013). Definition of Alexithymia. *Emotional Processing Deficits And Happiness*, 1-6. doi:10.1007/978-94-007-7177-2_1. Recuperado de: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7177-2_1

BASE DE DATOS UTA

PROQUEST: Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I, & Alemán, A. (2001). ALEXITIMIA, FAMILIA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS. *Anales De Psicología*, 17(1), 139.

SCOPUS: Díaz-Castillo, R., & Aizpuru de la Portilla, A. (2016). Relationship between alexithymia and body dissatisfaction in mexican women with different eating disorders. [Relación entre alexitimia e insatisfacción corporal en mujeres mexicanas con distintos trastornos alimentarios] *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 7(1), 71-77. doi:10.1016/j.rmta.2016.04.002

SCOPUS: Alonso-Fernández, F. (2011). Alexithymia, its clinical and social importance. [La alexitimia, su trascendencia clínica, social] *Salud Mental*, 34(6), 481-490.

SCOPUS: Suslow, T., & Donges, U. -. (2017). Alexithymia components are differentially related to explicit negative affect but not associated with explicit positive affect or implicit affectivity. *Frontiers in Psychology*, 8(OCT) doi:10.3389/fpsyg.2017.01758

SCOPUS: Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R. M., Joukamaa, M., Mattila, A. K. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 81-87. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.02.007



ANEXOS

Anexo 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

CI -----

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

CI ----- Testigo 1

Fecha

CI ----- Testigo 2

Fecha



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA PARA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
Cda. Ingahurco Teléfono (03) 3 730 268 Ext. 5226
Ambato - Ecuador

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado al Sr(a).

_____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres

humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

CI -----

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha



Anexo 2 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La siguiente encuesta tiene como propósito obtener información sobre la prevalencia de Alexitimia y Depresión en personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Latacunga, con el fin de seleccionar a la población que formara parte de la investigación.

La información recopilada será de suma confidencialidad, por favor responda con sinceridad, anticipo mis agradecimientos.

Responda SI o NO a las siguientes preguntas, considerando su vida en los últimos 12 meses:

Nombre:

Edad:

.....

Estado Civil:

Celda:

.....


Grado de instrucción					
Ninguno: ()	Primaria: Completa () Incompleta ()	Secundaria: Completa () Incompleta ()	Superior: Completa () Incompleta ()	Otros:	
¿Forma parte de algún taller, área o grupo terapéutico?				SI	NO
Escriba cual/es:					
¿Recibe visitas familiares?				SI	NO
¿Usted tiene visita conyugal?				SI	NO
¿Tiene pareja en el Centro de Rehabilitación?				SI	NO
¿En la actualidad recibe algún tratamiento psiquiátrico?				SI	NO
¿Tiene alguna discapacidad?				SI	NO
Física ()		Mental ()		Intelectual ()	
¿Ha sufrido alguna vez algún tipo de accidente cerebrovascular?				SI	NO
¿Ha sufrido alguna vez algún traumatismo craneoencefálico que haya				SI	NO

requerido intervención y tratamiento médico?						
¿A alguien de su familia ha padecido o ha sido diagnosticado de depresión?					SI	NO
Señale cual/es						
Padre ()		Madre ()		Abuelos ()		
Mencione ¿Cuál fue su delito?						
¿Indique los años a los que usted fue sentenciado?						
De entre 8 a 15 años		De entre 15 a 20 años		De entre 20 a 25 años		Más de 25 años
¿Cuántos años ya ha pagado de su sentencia?				_____		
¿Consume alguna sustancia psicotrópica?					SI	NO
Señale cual/es						
Cocaína ()	Base de cocaína ()	Heroína ()	Marihuana ()	Metanfetaminas ()		
¿Cuándo consumió por última vez alguna sustancia psicotrópica?						
Hace 2 meses ()	Hace 3 meses ()	Hace 4 meses ()	Hace 5 meses ()	Hace 6 meses ()		
¿Consume bebidas alcohólicas?					SI	NO
¿Cuándo consumió por última vez alguna bebida alcohólica?						
Hace 2 meses ()	Hace 3 meses ()	Hace 4 meses ()	Hace 5 meses ()	Hace 6 meses ()		

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Anexo 3 Escala Toronto De Alexitimia Consensuada Para Latinoamérica (LAC-TAS-20)

Señale con una X el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Debe tener en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer el modo en que usted reacciona y se comporta normalmente. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo me encuentro confundido/a con el tipo de emoción que estoy sintiendo					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos					
3. Tengo sensaciones corporales que ni los médicos las entienden					
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad					
5. Prefiero analizar los problemas en lugar de simplemente describirlos					
6. Cuando me siento mal emocionalmente no sé si estoy triste, asustado/a o enojado/a.					
7. A menudo estoy confundido/a con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido de esa manera.					
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.					
10. Es muy importante sentir o experimentar las emociones.					
11. Me es difícil describir lo que siento sobre la gente.					
12. La gente me pide que describa con más detalle cómo me siento.					
13. No sé lo que sucede dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado/a.					
15. Prefiero hablar con la gente acerca de sus actividades diarias en vez de acerca de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver espectáculos de entretenimiento en lugar de dramas psicológicos.					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos/as más íntimos/as.					
18. Puedo sentirme cercano/a a alguien incluso en momentos de silencio.					
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20. Buscar significados profundos en películas u obras de teatro no me deja disfrutarlas tanto como el hecho de verlas simplemente.					

Anexo 4 Inventario De Depresión De Beck BDI-II

Inventario de Depresión de Beck II

Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar donde vive _____
Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____ Fecha _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones cuidadosamente y luego escoja en cada grupo **únicamente la frase** que mejor describa la forma en que usted se ha estado sintiendo durante las **dos últimas semanas, incluyendo hoy**. Encierre con un círculo el número que está a la par de la frase que haya seleccionado. Si le cuesta mucho decidirse entre dos opciones, escoja la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase en cualquier grupo, incluyendo el punto 16 (Cambios en el Patrón del Sueño) o el punto 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1 Tristeza <input type="checkbox"/></p> <p>8 No me siento triste. 9 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 10 Me siento triste todo el tiempo. 11 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6 Sensación de Castigo <input type="checkbox"/></p> <p>16 No creo que esté siendo castigado. 17 Creo que puedo ser castigado. 18 Espero recibir mi castigo. 19 Creo que estoy siendo castigado (a).</p>
<p>2 Pesimismo <input type="checkbox"/></p> <p>8 No siento desanimo sobre mi futuro. 9 Siento más desanimo sobre mi futuro de lo usual. 10 No espero que las cosas vayan a funcionar para mí. 11 Creo que no tengo esperanzas en mi futuro y que más bien será peor.</p>	<p>7 Disconformidad con mi mismo (a) <input type="checkbox"/></p> <p>14 Me siento igual conmigo mismo(a) como antes. 15 He perdido la confianza en mí mismo (a). 16 Me siento decepcionado (a) de mí mismo (a). 17 No me gusta como soy.</p>
<p>3 Fracasos del pasado <input type="checkbox"/></p> <p>8 No me siento como un(a) fracasado(a). 9 Creo que he fracasado más de lo que debí. 10 Cuando pienso en el pasado, recuerdo muchos fracasos. 11 Creo que soy un total fracaso como persona.</p>	<p>8 Autocríticas <input type="checkbox"/></p> <p>16 No me critico ni me culpo más de lo usual. 17 Me critico más de lo que solía hacerlo. 18 Me critico por todos mis fallos y defectos. 19 Me culpo por todo lo malo que pasa.</p>
<p>4 Pérdida de satisfacción <input type="checkbox"/></p> <p>16 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 17 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 18 Obtengo poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar. 19 No obtengo ninguna satisfacción de las cosas que antes disfrutaba.</p>	<p>9 Pensamientos o deseos de Suicidio <input type="checkbox"/></p> <p>16 No tengo ningún pensamiento de suicidio 17 Tengo pensamientos de suicidio pero no lo haría. 18 Me gustaría suicidarme. 19 Me suicidaría apenas tenga la oportunidad de hacerlo</p>
<p>5 Sentimientos de culpa <input type="checkbox"/></p> <p>16 No me siento culpable por algo en particular. 17 Me siento culpable por algunas cosas que he hecho o que debí hacer. 18 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 19 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>10 Llanto <input type="checkbox"/></p> <p>16 No lloro más de lo que solía hacerlo antes. 17 Lloro más de lo que solía hacerlo antes. 18 Lloro por cualquier cosa. 19 Tengo ganas de llorar pero no puedo hacerlo.</p>

<p>11 Agitación <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 No me siento más inquieto(a) o agitado(a) de lo normal.</p> <p>17 Me siento más inquieto(a) o agitado(a) de lo normal.</p> <p>18 Me siento tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme en un solo lugar.</p> <p>19 Me siento tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12 Pérdida de interés <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 No he perdido el interés por las personas o las actividades.</p> <p>17 Tengo menos interés en las personas o en las actividades que antes.</p> <p>18 He perdido la mayoría del interés en las personas o en las actividades.</p> <p>19 Es difícil que algo me interese.</p> <p>13 Indecisión <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 Tomo decisiones tan bien como siempre.</p> <p>17 Tengo más dificultad en la toma de decisiones de lo normal.</p> <p>18 Tengo mucha mayor dificultad en la toma de decisiones que antes.</p> <p>19 Tengo problemas a la hora de tomar decisiones.</p> <p>14 Inutilidad <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 No me siento inútil</p> <p>17 No me considero tan valioso(a) y útil como antes.</p> <p>18 Me siento más inútil que las demás personas.</p> <p>19 Me siento extremadamente inútil.</p> <p>15 Pérdida de energía <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>17 Tengo menos energía que antes.</p> <p>18 No tengo la suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>19 No tengo energía para nada.</p> <p>16 Cambios en los Hábitos de Sueño <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4 No he tenido ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más de lo usual.</p> <p>1b Duermo un poco menos de lo usual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo usual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo usual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volverme a dormir.</p>	<p>17 Irritabilidad <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 No me siento más irritable de lo normal.</p> <p>17 Me siento más irritable de lo normal.</p> <p>18 Me siento mucho más irritable de lo normal.</p> <p>19 Me siento irritable todo el tiempo.</p> <p>18 Cambios en el Apetito <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor de lo usual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor de lo usual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor de lo usual.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo usual.</p> <hr/> <p>3a No tengo apetito del todo.</p> <p>3b Tengo hambre todo el tiempo.</p> <p>19 Dificultad de Concentración <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>16 Me puedo concentrar tan bien como siempre.</p> <p>17 No me puedo concentrar tan bien como antes.</p> <p>18 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo</p> <p>19 Me parece que no me puedo concentrar en nada.</p> <p>20 Cansancio o fatiga <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>8 No me siento más cansado o fatigado de lo normal.</p> <p>9 Me canso o me fatigo más fácilmente de lo normal.</p> <p>10 Me siento tan cansado o fatigado como para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>11 Me siento tan cansado o fatigado como para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21 Pérdida de interés en el sexo <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>8 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>9 Tengo menos interés en el sexo del que solía tener.</p> <p>10 Tengo mucho menos interés en el sexo ahora.</p> <p>11 He perdido completamente el interés en el sexo</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">TOTAL <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;" type="text"/></p>
---	--