

Artículo original

Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión

José Moral-de la Rubia*

RESUMEN

Antecedentes: El presente artículo tiene como objetivos: (1) estimar la relación entre alcoholismo, depresión y alexitimia y (2) contrastar un modelo estructural donde la depresión es la vía a través de la cual la alexitimia determina problemas con el alcohol.

Material y método: Se trata de un estudio correlacional con un diseño no experimental de tipo transversal que emplea una muestra no probabilística de tipo incidental. La muestra está formada por 381 estudiantes que solicitaban el ingreso a una facultad de psicología. La media de edad fue de 17.65 años con una desviación estándar de 2.32. El 76% era de género femenino y 24% masculino. Como instrumentos de medida se emplean las escalas de alcoholismo de MacAndrew, Depresión del MMPI y la TAS-20. Los datos se analizan por correlación lineal, parcial y modelos de ecuaciones estructurales lineales.

Resultados: La correlación de la alexitimia con alcoholismo disminuye al controlar la depresión, pero la relación de la depresión con alcoholismo no es afectada al controlar la alexitimia, a su vez el modelo con mejor ajuste indica que el efecto de la alexitimia sobre el alcoholismo está esencialmente mediado por la depresión, aunque la alexitimia también tendría un efecto directo.

Conclusiones: Los estudiantes alexitímicos tienden a deprimirse más, aunque no tengan una conciencia clara de su estado afectivo, y tienden a usar el alcohol como medio de afrontar ese malestar emocional confuso. Se propone replicar el modelo en otras poblaciones y con otros instrumentos de medida.

Palabras clave: Rasgos de alcoholismo, depresión, alexitimia, MMPI, TAS-20.

ABSTRACT

Background: The present paper has as objectives: (1) to estimate the relationship between alcoholism, depression and alexithymia and (2) to contrast a structural model where depression is the path by which alexithymia determines alcohol problems.

Material and methods: This is a correlational study with a non-experimental design of trans-sectional type, which employs a non-probabilistic sample of incidental type. The sample consists of 381 students that applied for a psychology school. The average age was 17.65 years old, with a standard deviation of 2.32. Seventy six percent were female and 24% male. The MacAndrew Alcoholism Scale, the MMPI Depression Scale and the TAS-20 were employed as measuring instruments. The data was analyzed by linear and partial correlation, and linear structural equations models.

Results: The correlation between alexithymia and alcoholism is reduced when depression is controlled, but the relationship between depression and alcoholism is not affected when alexithymia is controlled. Moreover, the model with better adjustment indicates that the effect of alexithymia over alcoholism is substantially mediated by the depression, though alexithymia would also have a direct effect.

Conclusions: The alexithymic students tend to depress more, even though they do not have a clear conscience of their affective state, and tend to use alcohol as a mean of coping with that confusing emotional distress. We propose to replicate the model in other populations and with other measuring instruments.

Key Words: Alcoholism traits, alexithymia, depression, MMPI, TAS-20.

Alexitimia es un neologismo que literalmente significa “falta de palabras para expresar los sentimientos”. Sifneos la utilizó por primera vez en 1967, en su conferencia *Clinical observations*

on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases, durante la 7ª Conferencia Europea de Investigación Psicosomática celebrada en Roma.¹ Nemiah y col.² definen el concepto, dentro de la literatura psicosomática, como una

* Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correspondencia: Dr. José Moral de la Rubia. Mutualismo 110, colonia Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León, México.
Correo electrónico: jose_moral@hotmail.com
Recibido: febrero, 2009. Aceptado: abril, 2009.

Este artículo debe citarse como: Moral-de la Rubia J. Alexitimia y rasgos de alcoholismo, una relación mediada por la depresión. Medicina Universitaria 2009;11(43):99-108.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx, www.meduconuanl.com.mx

deficiencia en la función de la fantasía, expresada en poca conciencia emocional, dificultad para expresar los sentimientos, ausencia de ensueños, sueños nocturnos con escaso material simbólico y un estilo de pensamiento externamente orientado, sin contacto con el mundo vivencial interno.

En Canadá, con la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26), Taylor y col.³ investigaron una muestra de 44 hombres alcohólicos. Los sujetos completaron el Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (MMPI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y dos escalas de escrutinio de alcoholismo. Las medidas se aplicaron tras un periodo de uno a siete días de abstinencia. Basados en el punto de corte de la TAS-26, 74.5% de la muestra era alexitímica. En la Escala de Alcoholismo de MacAndrew del MMPI y con los otros dos instrumentos de escrutinio de alcoholismo, la TAS-26 mostró diferencia significativa entre los dos grupos (alcohólicos alexitímicos y no alexitímicos). Además, hallaron puntuaciones bajas en la escala de fuerza del yo y altas en la represión-sensibilización y trastorno psicológico en el MMPI en el grupo alexitímico, por lo que los autores concluyeron que la alexitimia es un factor predisponente y que muchos alcohólicos ingieren la sustancia para compensar las fallas en las defensas afectivas y la capacidad del yo para regular y modular emociones e impulsos.

Un porcentaje de 50.4% de alexitimia se encontró en una muestra estadounidense de 125 hombres alcohólicos, quienes completaron la TAS-26 en un periodo comprendido entre el primer y decimoprimer día de abstinencia en un hospital.⁴ En un estudio posterior, Haviland y col.⁵ en una muestra de 204 pacientes dependientes (84 mujeres y 120 hombres), que completaron la TAS-20 durante la primera semana de hospitalización, obtuvieron una proporción de 42%.

Ziólkowski y col.⁶ en Polonia, con la TAS-20, hallaron 48% de alexitimia en una muestra de 60 hombres alcohólicos con una abstinencia media de 22 meses, los cuales eran atendidos a nivel ambulatorio. Este porcentaje tan alto contrasta con 8% en estudiantes universitarios. Además, observaron que había relación entre el tiempo de duración de la abstinencia y la puntuación en la TAS-20: los hombres con menos de un año de abstinencia tenían puntuaciones más altas. Frente a esta correlación, en un estudio de seguimiento de tres semanas, Haviland y col.⁷ no obtuvieron diferencia de medias en la TAS-20, pero sí un descenso marcado en la depresión, que se midió con el Inventario de Depresión de

Beck. También Pinard y col.,⁸ en un seguimiento de cuatro a seis semanas, encontraron equivalencia de medias en la TAS-20 en las dos evaluaciones, así, la mayor parte de los estudios de seguimiento indica que la proporción alta de alexitimia en alcohólicos es estable, aun si consideramos el estudio de Ziólkowski y col.⁶ en el que había relación entre el descenso de la alexitimia y el tiempo de abstinencia, pero donde la proporción de alexitimia tras una media de 22 meses de abstinencia era similar a la de los grupos con pocas semanas de abstinencia (48%).

De forma adicional, la propuesta de que los trastornos por consumo de alcohol y drogas se conceptualicen como trastornos de la regulación del afecto se apoya con los hallazgos consistentes de altos niveles de malestar emocional y prevalencia de trastornos del eje I del DSM en adictos, especialmente trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.⁹ En lo que hay controversia es si el abuso es la causa o consecuencia de la ansiedad o la depresión. Debe señalarse que hay evidencia para ambas hipótesis.¹⁰ Asimismo, la hipótesis de que los sujetos están motivados a consumir alcohol y drogas para aliviar la ansiedad o los síntomas emocionales indiferenciados se apoya con el estudio de Johnston y col.,¹¹ donde 41% de los estudiantes de preparatoria estadounidenses que completaron un cuestionario de autorreporte sobre el consumo de drogas citaron el relajarse y aliviar la tensión como razón para consumir alcohol y drogas.

En el origen de un tipo de alcoholismo, se tiene la propuesta de depresión enmascarada.¹² Ante la capacidad de mentalizar sentimientos de tristeza, indefensión, abandono o derrota, el sujeto intenta aliviar el malestar emocional confuso e intenso que vive a través de estados repetidos de intoxicación con alcohol, los cuales van generando neuroadaptación al tóxico y finalmente dependencia.¹³ Esta hipótesis también cuenta con apoyo empírico. Éste, por una parte, procede de estudios donde la correlación del estado emocional negativo con la conducta de consumo compulsivo no sufre cambios al controlar la variable de la personalidad (alexitimia), pero la relación de la variable de la personalidad con la conducta disminuye al controlar el estado emocional;⁶ por otra parte, estudios longitudinales o retrospectivos muestran la depresión con predominio de síntomas físicos e irritabilidad antes del inicio del alcoholismo.^{14,15}

Este estudio tiene dos objetivos: 1) estimar la relación entre alcoholismo, depresión y alexitimia, y 2) contrastar

un modelo estructural donde la depresión es la vía a través de la cual la alexitimia determina problemas con el alcohol con un modelo de depresión enmascarada.

Se espera que la depresión y la alexitimia estén correlacionadas con el alcoholismo, con mayor peso la depresión que la alexitimia; además, al parcializar el efecto de la depresión en la correlación entre la alexitimia y el alcoholismo, se espera que ésta disminuya considerablemente, por lo que un modelo estructural donde la alexitimia determine de forma indirecta al alcoholismo tendrá mejor ajuste que un modelo donde la alexitimia y depresión determinen al alcoholismo de forma directa.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio correlacional, con un diseño *ex post facto* transversal, que emplea una muestra no probabilística incidental de sujetos voluntarios.¹⁶

Participantes

Se trabajó con una muestra de 381 estudiantes aspirantes a una facultad de psicología de una universidad pública del noreste de México. La media de edad fue de 17.6 años con desviación estándar de 2.3 y rango de 16 a 36 años. El 76% era de género femenino, 98% era soltero y 2% casado o en unión libre; 98% era dependiente económico de los padres y 2% emancipado; 20% trabajaba tiempo parcial y 80% no trabajaba; 89% procedía de una familia con ambos padres casados y vivos y el 11% restante procedía de una familia con un solo padre.

Instrumentos de medida

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

De Bagby y col.¹⁷ Es una escala tipo Likert con 20 reactivos de cinco puntos de rango (de 1: totalmente en desacuerdo a 5: totalmente de acuerdo), con dos puntos en cada polaridad y uno intermedio. La puntuación total se obtiene por suma simple de elementos, varía de 20 a 100. En una muestra de población general canadiense ($n = 1,933$), su distribución se ajustó a una curva normal, con consistencia interna por la alfa de Cronbach de 0.86 y fiabilidad temporal de 0.77, en intervalos de tres semanas.¹⁷ La escala se compone de tres factores relacionados: dificultad para identificar sentimientos (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad para expresar verbalmente sentimientos (2, 4, 11, 12 y 17)

y pensamiento externamente orientado (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20),¹⁷ con índices de ajuste por análisis factorial confirmatorio de adecuados a buenos.¹⁸ La versión que se emplea en este estudio tiene seis puntos de recorrido por reactivo (de 0: totalmente en desacuerdo a 5: totalmente de acuerdo), con tres puntos en cada polaridad y sin punto intermedio; así, el rango potencial de la escala es de 0 a 100. En esta muestra, la consistencia interna de la escala fue alta ($\alpha = 0.82$), su distribución se ajustó a una curva normal y se replicó la estructura de tres factores.¹⁹

Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (MMPI)

De Hathway y col.²⁰ Se utilizó la adaptación mexicana de Núñez.²¹ Se contemplaron dos escalas para este estudio: una escala clínica (D: síntomas de depresión) y una suplementaria (MAC: Escala de Alcoholismo de MacAndrew).²² La adaptación de Núñez no contempló la escala de MacAndrew, aunque los 49 reactivos que la integran sí están incluidos en el inventario. Se utilizaron en puntuaciones brutas. En la muestra de 381 estudiantes universitarios de este estudio, la escala clínica (D) tuvo un índice de consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.64$). La consistencia interna de la complementaria fue baja ($\alpha = 0.58$). La distribución de la escala complementaria tendía a la normalidad ($Z_{k-s} = 1.516, p = 0.021$) y la escala clínica era asimétrica positiva (con mayor concentración de puntuaciones en los valores inferiores, no sintomáticos) y apuntada. Estas propiedades son semejantes a los estudios originales.^{20,22}

Escala de alcoholismo de MacAndrew (MAC)

Se compone de 49 reactivos, 37 directos (6, 27, 34, 50, 56, 57, 58, 61, 81, 94, 116, 118, 127, 128, 140, 156, 186, 224, 235, 243, 251, 263, 283, 309, 413, 419, 426, 445, 446, 477, 482, 483, 488, 500, 507, 529 y 562) y 12 inversos (86, 120, 130, 149, 173, 179, 278, 294, 320, 335, 356 y 378). En este estudio se sustituyeron tres reactivos, los cuales en la revisión de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew para el Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad-II²³ se eliminaron, los tres eran de contenido religioso (50: todo está ocurriendo tal como los profetas lo predijeron, 483: Cristo realizó milagros como cambiar agua por vino y 488: rezo varias veces a la semana). La sustitución se realizó por un reactivo que aparece en la forma revisada de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (459: tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados que es inútil luchar

contra ellos) y por dos específicos al consumo de alcohol que se hallan en el Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (215: he bebido alcohol en exceso y 460: he bebido alcohol moderadamente o no lo he consumido). Se eliminaron los reactivos de contenido religioso porque pretenden medir pasividad, cuando en la cultura latina mexicana probablemente no sean buenos indicadores de ese rasgo. Las muestras caucásicas muestran puntuaciones más bajas en la escala MAC que las afroamericanas y latinas.²⁴ Se justifica introducir dos reactivos de consumo de alcohol para dar más especificidad a la escala. La matriz de parámetros del análisis factorial confirmatorio calculada por máxima verosimilitud para contrastar un modelo unifactorial, con 49 indicadores y todos los errores independientes, daba el peso más alto para los tres reactivos sustituidos (215, 459 y 460), cuando los tres reactivos religiosos originales tenían peso no significativo.

Procedimientos

La muestra de estudiantes se obtuvo durante el proceso de selección para ingreso a una facultad de psicología, en julio de 2003. La aplicación de los cuestionarios fue colectiva.

Los análisis estadísticos se realizaron con base en la correlación lineal de Pearson (r), correlación parcial (r_p), contrastes de medias de dos muestras independientes por la t de Student y análisis de ecuaciones estructurales lineales por máxima verosimilitud; se utilizaron todas las variables como latentes con cuatro indicadores cada una y se dejaron los residuos independientes. El nivel de significación de las pruebas de contraste se fijó en 0.05.

La técnica de ecuaciones estructurales lineales permite definir modelos con relaciones intermedias o indirectas, frente a la regresión lineal que sólo permite relaciones directas; además, permite crear variables latentes o hipotéticas con base en unos indicadores o variables manifiestas y, finalmente, no sólo nos informa de la variancia explicada por el modelo, sino también contrasta el grado en que el modelo se ajusta a los datos. Por lo que toma gran valor para comparar modelos competitivos.

Para valorar el ajuste de los dos modelos lineales propuestos se utilizaron 15 índices de bondad de ajuste: cuatro descriptivos básicos (función de discrepancia, χ^2 de Pearson, cociente de χ^2 por sus grados de libertad y residuo estandarizado cuadrático medio); cinco poblacionales basados en la no centralidad (parámetro de no centralidad

poblacional, error cuadrático medio de aproximación, índice de no centralidad de McDonald, índice gamma poblacional e índice gamma poblacional ajustado); y seis comparativos diseñados para una sola muestra (índice de ajuste de Jorekog, índice de ajuste corregido de Koreskog, índice de ajuste normado de Bentler-Bonett, índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett, índice de ajuste comparativo de Bentler y coeficiente delta de Bollen). En el cuadro 1 se indican los valores que reflejan el buen o mal ajuste de cada uno de estos índices. Entre ambos se hallarían los valores aceptables.²⁵ Los cálculos se realizaron con el SPSS 16, salvo el análisis de ecuaciones estructurales lineales que se hizo con Statistica 6.

RESULTADOS

Considerando las puntuaciones establecidas por MacAndrew,²² en la muestra de estudiantes mexicanos ($n = 381$), 12% de los hombres y 4% de las mujeres tuvieron puntuación T mayor a 60 (puntuación bruta [PB] mayor de 22); 6% de los hombres y 2% de las mujeres obtuvieron puntuación T mayor de 70 (PB > 24); y 3% de los hombres y 0.7% de las mujeres, mayor a 80 (PB > 27). Así, al menos 2.8% (11 de 381) de la muestra tuvo rasgos de alcoholismo con base en estos estándares establecidos hace 40 años en una muestra estadounidense caucásica (PB > 24, cuadro 2), por lo que la estimación debe considerarse aproximada, con un valor informativo a nivel de investigación, pero no a nivel clínico o de intervención. Asimismo, debe tomarse en cuenta la sustitución de los tres reactivos.

La media de los 84 hombres en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew fue de 14.7 con 5.2 de desviación estándar y rango de 0 a 32. La media de las 275 mujeres fue de 11.89 con 4.69 de desviación estándar y rango de 0 a 28, con diferencia significativa ($t_{(357)} = 8.233, p = 0.000$) de 2.82 puntos.

La correlación del alcoholismo (Escala de Alcoholismo de MacAndrew, MAC) con la alexitimia (TAS-20) es significativa, aunque débil ($r = 0.230, p = 0.000$), y es de moderada a baja con la depresión ($r = 0.315, p = 0.000$). La variancia compartida de la personalidad alcohólica con el depresión es de 10% y con la alexitimia de 5%. Si se elimina el efecto de la depresión en la asociación entre la alexitimia y el alcoholismo por correlación parcial, el valor del coeficiente desciende, pero sigue siendo significativo ($r_p = 0.132, p = 0.000$). La variancia compartida entre

Cuadro 1. Índices de bondad de ajuste del modelo de problemas con el alcohol

Índices de ajuste	Interpretación		Modelo 1	Modelo 2
	Bueno	Malo		
Estadísticos básicos				
Función de discrepancia	≤ 2	> 3	0.334	0.430
Estadístico χ^2 de Pearson			66.474	85.600
Grados de libertad del estadístico χ^2			51	52
Probabilidad del estadístico con base en la distribución χ^2	≥ 0.05	< 0.010	0.072	0.002
Cociente entre el estadístico χ^2 y sus grados de libertad	≤ 2	> 3	1.303	1.646
Residuo estandarizado cuadrático medio (RMS SR)	≤ 0.05	> 0.075	0.055	0.126
Índices de no centralidad (valores medios)				
Parámetro de no centralidad poblacional (PnCP)	≤ 1	> 2	0.082	0.161
Error cuadrático medio de aproximación (RMS EA)	≤ 0.05	> 0.075	0.040	0.056
Índice de no centralidad de McDonald (McNCl)	≥ 0.90	< 0.80	0.960	0.922
Índice gamma poblacional (PGI)	≥ 0.90	< 0.80	0.987	0.974
Índice gamma poblacional ajustado (APGI)	≥ 0.90	< 0.80	0.979	0.961
Índices comparativos de ajuste para una sola muestra				
Índice de ajuste de Jorekog (GFI)	≥ 0.95	< 0.85	0.947	0.934
Índice de ajuste corregido de Koreskog (AGFI)	≥ 0.90	< 0.80	0.918	0.899
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonnet (NFI)	≥ 0.90	< 0.80	0.942	0.925
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	≥ 0.95	< 0.85	0.981	0.960
Índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI)	≥ 0.95	< 0.85	0.986	0.969
Coefficiente delta de Bollen (Δ)	≥ 0.95	< 0.85	0.986	0.969

Modelo 1: Depresión = alcoholismo, alexitimia = depresión y alexitimia = alcoholismo.

Modelo 2: Depresión = alcoholismo y alexitimia = alcoholismo.

Cuadro 2. Distribución por sexo en la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (MAC)

Escala MAC			Mujer			Hombre		
Puntuación bruta	Puntuaciones T con base en los centiles de MacAndrew ¹⁹	F	Porcentaje	Σ %	F	Porcentaje	Σ %	
> 27	80-100	2	0.69	0.69	3	3.26	3.26	
25-26	70-79	3	1.04	1.73	3	3.26	6.52	
23-24	60-69	7	2.42	4.15	5	5.43	11.95	
22-10	59-30	263	91.01	95.16	80	86.96	98.91	
≤ 10	29-0	14	4.84	100	1	1.09	100	
Total		289	100		92	100		

alexitimia y alcoholismo desciende a 2%. A la inversa, si en la relación entre la depresión y la personalidad alcohólica (MAC) se controla por correlación parcial el efecto de la alexitimia, el valor del coeficiente se mantiene ($r_p = 0.311$, $p = 0.000$). Si se consideran los tres factores de la TAS-20, sólo los dos factores emocionales correlacionan con la escala MAC: dificultad para identificar emociones ($r = 0.224$, $p = 0.000$) y dificultad para expresar emociones ($r = 0.211$, $p = 0.000$); y permanece independiente el factor cognitivo, pensamiento externamente orientado ($r = 0.074$, $p = 0.158$).

Por ecuaciones estructurales lineales se estiman dos modelos. Éstos se componen de tres variables latentes con cuatro indicadores. Los cuatro indicadores de la variable latente del alcoholismo se tomaron de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (MAC): reconoce hacer cosas de las cuales luego se arrepiente (MMPI194), con frecuencia nota que sus manos tiemblan cuando trata de hacer algo (MMPI186), reconoce tomar alcohol de más (MMPI215) y reconoce tener malos hábitos (MMPI459); y tienen una consistencia interna de $\alpha = 0.61$. Los cuatro indicadores de la variable latente de la depresión se tomaron de la escala

II del Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (MMPI): irritabilidad (MMPI39), desmotivación (MMPI41), deseo de ser feliz (MMPI67) y llanto fácil (MMPI158); y tienen una consistencia interna de $\alpha = 0.62$.

Los cuatro indicadores de la variable latente alexitimia se tomaron de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): confusión con las sensaciones corporales (TAS-7), tener sentimientos que no se pueden identificar (TAS-9), no saber qué pasa dentro de uno (TAS-13) y estar enfadado sin razón (TAS-14); y tienen una consistencia interna de $\alpha = 0.74$.

Los indicadores se escogieron por su mayor carga factorial al estimar un modelo unidimensional por análisis factorial confirmatorio con cada escala (MAC, Escala II del MMPI y TAS-20). En este primer modelo, la depresión determinó el alcoholismo; y la alexitimia determinó la depresión y el alcoholismo. En el segundo modelo, se eliminó el efecto indirecto de la alexitimia sobre el alcoholismo a través de la depresión, la depresión fue una variable latente exógena, al igual que la alexitimia.

Al contrastar el primer modelo obtenemos que todos sus parámetros son significativos. El principal determinante del alcoholismo es la depresión mediada por la alexitimia. No obstante, la alexitimia también es un determinante directo. La potencia explicativa del modelo sobre el alcoholismo es de 11.6% y sobre la depresión de 12.7%, por lo que su potencia explicativa sobre ambas variables es de 24.3% (cuadro 3).

Este primer modelo teórico se mantiene por el estadístico χ^2 ($\chi^2_{(51)} = 66.474, p = 0.072$). Los índices de ajuste restantes son buenos (FD, χ^2/gl , PnCP, RMS EA, McNCI, PGI, APGI, AGFI, NFI, NNFI, CFI y Δ), con la excepción de RMS SR (0.055) y GFI (0.947) que toman valores adecuados, muy próximos a los que serían valores de ajuste buenos. Además, la diferencia de las χ^2 de ambos modelos son significativas ($\chi^2_{\text{modelo2}} - \chi^2_{\text{modelo1}} = 85.600 - 6.474 = 19.126, gl = 52 - 51 = 1, p = 0.000012$), que indica que no son redundantes (cuadro 1). Puede afirmarse que el modelo de determinación del alcoholismo por la depresión mediada por la alexitimia junto con un efecto directo de la alexitimia se sustenta con los datos.

DISCUSIÓN

En la muestra de estudiantes, la correlación entre la propensión a tener problemas con el consumo de alcohol y la alexitimia es significativa, directa, pero débil, como se

halló con la depresión. La correlación baja podría atribuirse, en parte, a la escala utilizada, la Escala de Alcoholismo de MacAndrew. Esta escala es una de las medidas más antiguas utilizadas para identificar rasgos de alcoholismo, se basa en los 49 reactivos del Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (MMPI), que discrimina a los varones alcohólicos de los varones psicóticos, y cuenta con el supuesto de que existe una personalidad alcohólica caracterizada por inmadurez emocional, dependencia afectiva, egocentrismo, incapacidad para amar, homosexualidad latente, conducta impulsiva, mitomanía, tendencia a la manipulación, baja tolerancia al sufrimiento y tendencia a la evasión;²² este supuesto limita mucho su alcance y merma de forma considerable la correlación.

Si eliminamos el efecto de la depresión por correlación parcial, la asociación entre alexitimia y el problema con el alcohol desciende bastante, aunque sigue siendo significativa; lo cual se corrobora con el modelo estructural donde el determinante más importante de los problemas con el alcohol es la depresión mediada por la alexitimia, aunque la alexitimia tiene también un efecto significativo, de menor peso, sobre el alcoholismo. El hallazgo de un efecto significativo de la alexitimia mediado por los estados emocionales negativos es congruente con la propuesta de la alexitimia como una deficiencia estructural que dificulta la autorregulación de afectos de malestar.^{3,26} El empeoramiento aparente de la alexitimia cuando los niveles de ansiedad y depresión son altos, como se observó en el estudio de Haviland y col.,²⁷ es consonante con la perspectiva contemporánea de que la organización de la personalidad es bastante fluida y sujeta a cambios regresivos y progresivos en el modo predominante de organización, dentro del modelo jerárquico de regulación del afecto propuesto por Wilson y col.²⁸ Precisamente, Haviland y col.,⁷ en un estudio de seguimiento realizado en alcohólicos en proceso de desintoxicación, no hallaron cambios en la puntuación media de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), pero sí un descenso en la puntuación media del Inventario de Depresión de Beck tras tres semanas desde la primera evaluación, que se hizo en el momento del ingreso.

Los resultados también apoyan la hipótesis de la depresión enmascarada¹² en problemas con el alcohol en estudiantes. La correlación de la alexitimia con alcoholismo disminuye al controlar la depresión, pero la relación de la depresión con alcoholismo no se afecta al controlar

Cuadro 3. Modelo estructural para la determinación de problemas con el alcohol

<i>Vías de determinación</i>	<i>Parámetro estandarizado</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Estadístico de contraste</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Variancia residual estandarizada</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Estadístico de contraste</i>	<i>Probabilidad</i>
(Alexitimia)-1->[TAS-7]	0.621	0.050	12.352	0.000	0.614	0.063	9.817	0.000
(Alexitimia)-2->[TAS-9]	0.712	0.043	16.625	0.000	0.493	0.061	8.092	0.000
(Alexitimia)-3->[TAS-13]	0.865	0.032	27.089	0.000	0.252	0.055	4.562	0.000
(Alexitimia)-4->[TAS-14]	0.746	0.040	18.621	0.000	0.443	0.060	7.419	0.000
(Depresión)->[MMPI39]					0.000	0.000	0.003	0.998
(Depresión)-9->[MMPI41]	0.487	0.054	9.016	0.000	0.763	0.053	14.474	0.000
(Depresión)-10->[MMPI67]	0.616	0.044	13.994	0.000	0.621	0.054	11.454	0.000
(Depresión)-11->[MMPI158]	0.723	0.034	21.366	0.000	0.477	0.049	9.756	0.000
(Alcoholismo)->[MMPI94]					0.000	0.000		
(Alcoholismo)-12->[MMPI186]	0.504	0.053	9.536	0.000	0.746	0.053	13.990	0.000
(Alcoholismo)-13->[MMPI215]	0.561	0.049	11.541	0.000	0.685	0.055	12.577	0.000
(Alcoholismo)-14->[MMPI459]	0.508	0.053	9.659	0.000	0.742	0.053	13.885	0.000
(ZETA1)->(Depresión)					0.873	0.048	18.043	0.000
(ZETA2)->(Alcoholismo)					0.884	0.044	20.088	0.000
(Alexitimia)-25->(Depresión)	0.357	0.068	5.268	0.000				
(Alexitimia)-26->(Alcoholismo)	0.198	0.077	2.568	0.010				
(Depresión)-27->(Alcoholismo)	0.215	0.071	3.021	0.003				

la alexitimia; a su vez, el modelo con mejor ajuste indica que el efecto de la alexitimia sobre el alcoholismo está fundamentalmente mediado por la depresión. Estos datos son congruentes con los análisis de las fuentes de variación entre depresión, alexitimia y alcoholismo realizados por Pinard y col.⁸

MacAndrew²⁹ señala que el factor con saturación más alta en la escala de alcoholismo es la extraversión descrita por puntuaciones altas en: asertividad, agresividad y búsqueda del placer, lo cual hace que el alcohólico se asemeje

a la personalidad de los criminales y delincuentes. Los trabajos iniciales fueron conducidos con hombres, pero investigaciones posteriores realizadas en mujeres³⁰ dan una imagen de la personalidad alcohólica semejante a la del hombre. Antes del desarrollo de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew (MAC), la escala IV (desviación psicopática) del Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad (MMPI) tenía buena capacidad discriminativa para diferenciar a los sujetos alcohólicos de los controles. Ambas coinciden en describir superficialidad

emocional y dificultad para establecer vínculos. En nuestra muestra son los reactivos directamente relacionados con el consumo y la abstinencia los que tienen más importancia, incluso más que los de personalidad y relacionales. No obstante, en este estudio, las correlaciones más altas que la escala MAC muestra con las escalas clínicas del MMPI son con desviación psicopática ($r = 0.431, p = 0.000$) e introversión social ($r = -.373, p = 0.000$), las cuales toman valores moderados.

Aunque las tasas de alexitimia, ya sea medida con la SSPS, TAS-26 o TAS-20, son altas en muestras de pacientes alcohólicos, cuando éstas son estimadas en población general o de estudiantes universitarios entre probables casos de alcoholismo bajan considerablemente, a un rango de 9-12% para hombres y de 8-12% para mujeres; así como el valor de la correlación entre alexitimia y alcoholismo.²⁶ Kauhanen y col.,³¹ en una muestra comunitaria grande de 2,297 hombres de mediana edad del este de Finlandia, encontraron una asociación moderada a baja entre la alexitimia (TAS-26) y el consumo de alcohol ($r = 0.398$), así como de tabaco ($r = 0.362$). En este estudio también las correlaciones fueron bajas; sin embargo, en 2.8% de estudiantes con probables problemas de alcohol (puntuaciones brutas en la escala MAC mayores a 24), 50% de los hombres (2 de 4) y 33% de las mujeres (2 de 6) tienen puntuaciones en la TAS-20 superiores a una desviación estándar de la media del grupo (> 37). Al carecer de un punto de corte no se puede estimar la proporción de alexitimia, pero el dato indica que es un rasgo diferencial en el grupo de jóvenes con problemas con el consumo de alcohol.

La alexitimia por la pobre regulación de los afectos ante situaciones estresantes (exámenes, calificaciones, relaciones interpersonales), la deficiencia en las habilidades sociales y el bajo apoyo social pueden generar indefensión e intenso malestar emocional, que el sujeto finalmente etiqueta como estar deprimido (“me siento triste”), aunque al profundizar en esta verbalización es probable que se halle una escasa comprensión del mundo emocional interno. Este malestar constante e indefinido se afronta a través del consumo de alcohol ante la incapacidad de resolverlo de otro modo y ponerle fin. El efecto directo de la alexitimia sobre el alcoholismo podría atribuirse a variables intermedias no contempladas, como los niveles bajos de placer y emociones positivas experimentadas por los sujetos alexitímicos, sentimientos de soledad o

ansiedad; dentro de la ansiedad, varios estudios otorgan un papel importante a la ansiedad social.³²

Al estimar la existencia de problemas de consumo de alcohol con la Escala de Alcoholismo de MacAndrew, no podemos dar un valor de prevalencia de abuso o dependencia de alcohol, lo cual requeriría instrumentos como la Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del eje I del DSM-IV (SCID),³³ o la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT).³⁴ El SCID³⁵ y el AUDIT³⁶ se han mostrado válidos para detectar casos de alcoholismo en población universitaria. También podría realizarse por indicadores biológicos de lesión hepática y frecuencia de consumo.³⁷

La tasa de problemas de consumo de alcohol en población general y universitaria es de 8%,³⁸⁻⁴⁰ aunque las tasas de trastornos por consumo de alcohol en México son más altas cuando se estiman con base en el consumo de la sustancia,^{41,42} así como en otros países latinos,^{32,43} ya que la escala MAC se centra en un tipo de personalidad, semejante al tipo II de alcohólico de Cloninger, tipo de personalidad que se encuentra en 10 a 30% de los alcohólicos.⁴⁴ Lo que indica que el 2.8% arrojado en este estudio por la escala MAC probablemente sea una buena estimación.

Como limitaciones del estudio debe señalarse la naturaleza psicométrica de los datos, la consistencia baja de la Escala de Alcoholismo de MacAndrew del Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad, la restricción de la definición de alcoholismo a la personalidad alcohólica, con rasgos próximos al tipo II de alcoholismo de Cloninger,⁴⁴ el carácter no probabilístico de la muestra y la población objeto de estudio (estudiantes universitarios de una profesión socio-sanitaria).

CONCLUSIONES

La alexitimia y la personalidad alcohólica son dos conceptos con una relación débil y mediada por la depresión. Las puntuaciones altas en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) pueden distinguir a un subtipo de alcohólicos, que requeriría un tratamiento especial centrado en la deficiencia del procesamiento cognitivo-emocional de este trastorno de personalidad. El estudiante alexitímico tiende a deprimirse más, aunque no tenga una conciencia clara de su estado afectivo y a consumir alcohol como medio de afrontar el confuso malestar emocional. Se halló 3% de sujetos con

personalidad alcohólica marcada en esta muestra de estudiantes universitarios de una profesión socio-sanitaria, en la que hay un claro dominio de mujeres en la composición de la muestra.

Agradecimientos

A la profesora Delfina María Treviño Lecea y a los alumnos de servicio social del Departamento de Orientación Vocacional por su ayuda con la captura de datos.

REFERENCIAS

- Sifneos PE. Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Proceedings of the 7th European Conference in Psychosomatic Research. Acta Medica Psychosomatica* 1967;1:3-11.
- Nemiah, JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: OW Hill, editor. *Modern trends in psychosomatic medicine*. Vol. 2. London: Butterworths, 1970;pp:26-35.
- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990;147:1228-30.
- Haviland MG, Shaw DG, McMurray JP, Cummings MA. Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychother Psychosom* 1988;50:81-87.
- Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiatry* 1994;35:124-8.
- Ziólkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychother Psychosom* 1995;63:169-73.
- Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, McMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychother Psychosom* 1988;50:164-70.
- Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N. Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *Am J Addict* 1996;5:32-39.
- Sonne SC, Brady KT, Morton WA. Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:349-52.
- Bell CM, Khantzian EJ. Contemporary psychodynamic perspectives and the disease concept of addiction: complementary or competing models? *Psychiatric Ann* 1991;21:273-81.
- Johnston LD, O'Malley PM. Why do the nation's students use drugs and alcohol? Self-reported reasons from nine national surveys. *J Drug Issues* 1986;16:29-66.
- Pinard G. Masked depression: a semantic or diagnostic dilemma. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1987;20:17-19.
- Moral J. Adicción a las drogas: El problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Clínica de Iztacala* 2006;9(1). Dirección URL: <<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>>. [Consulta: 30 abril 2008].
- Bailly D, Beuscart R, Collinet C, Alexandre JY, Parquet PJ. Sex differences in the manifestations of depression in young people. A study of French high school students. Part II: correlates and background factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992;1:146-55.
- Vaillant GE. Is alcoholism more often the cause or result of depression? *Harv Rev Psychiatry* 1993;1:94-99.
- Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México: McGraw-Hill, 2006.
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factor validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res* 2003;55:277-83.
- Moral J. Validación de la Escala de Valoración de la Relación en población mexicana. *REMA* 2008;13:1-12. Dirección URL: <<http://www.psicologia.uniovi.es/REMA/v13n1/vol13n1a1.pdf>>. [Consulta 20 octubre 2008].
- Hathway SR, McKinley JC. *Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation, 1943.
- Núñez R. *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)*. México: El Manual Moderno, 1979.
- MacAndrew C. The differentiation of male alcoholic outpatients from non-alcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Q J Stud Alcohol* 1965;26:238-46.
- Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989.
- Walters GD, Greene RL, Jeffrey TB, Kruzich DJ, Haskin JJ. Racial variations on the MacAndrew Alcoholism Scale of the MMPI. *J Cont Clin Psychol* 1983;51:947-8.
- Moral J. Análisis factorial confirmatorio. En: Landero R, González MT. *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas, 2006;pp:445-528.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press, 1997.
- Haviland MG, Hendryx MS, Cummings MA, Shaw DG, McMurray JP. Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:284-90.
- Wilson A, Passik SD, Faude J, Abrams J, Gordon E. A hierarchical model of opiate addiction. Failures of self-regulation as a central aspect of substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:390-9.
- MacAndrew C. What the MAC Scale tells us about men alcoholics. *J Stud Alcohol* 1981;42:604-25.
- MacAndrew C. Similarities in the self-depictions of female alcoholics and psychiatric outpatients: examination of Eysenck's dimension of emotionality in women. *J Stud Alcohol* 1986;47:478-84.
- Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT. Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behav Med* 1992;18:121-6.
- Acero IC. Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colom Psicol* 2005;8:91-120.

33. First MB, Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I-VC). Barcelona: Masson, 1999.
34. Organización Mundial de la Salud. AUDIT. Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol: pautas de uso en la atención primaria de la salud. Génova: Organización Mundial de la Salud, 1992.
35. Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, Lynch KG. Inter-rater reliability of SCID alcohol and substance use disorder section among adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2000;60:323-32.
36. Kokotailo PK, Egan J, Gangnon R, Brown D, et al. Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test in college students. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:914-20.
37. Saucedo DAY, Muñoz EL. Tratamiento de la hepatitis alcohólica grave. *Rev Med Univ* 2005;4:88-96.
38. Knight JR, Wechsler H, Kuo M, Seibring M, et al. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *J Stud Alcohol* 2002;63:263-70.
39. Park CL, Levenson MR. Drinking to cope among college students: prevalence, problems and coping processes. *J Stud Alcohol* 2002;63:486-97.
40. Slutske WS. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:321-7.
41. Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1999;41:177-88.
42. Maya SM, García ZG. Estudio epidemiológico sobre el uso del alcohol en población joven de 14 a 18 años. *Salud Publica Mex* 1986;28:371-9.
43. Guimarães BG. Consumo de alcohol en cuatro Facultades de la ciudad universitaria (INAM). *Salud Ment* 1987;10:85-96.
44. Svanum S, Ehrmann LC. Alcoholic subtypes and the MacAndrew Alcoholism Scale. *J Pers Assess* 1992;58:411-22.