

and 83 years. Hemodialysis treatment time was also collected. Descriptive cross-sectional study with data collected between February and April 2019. The Toronto Alexithymia Scale was applied individually. Frequency values were quantified for test scores and mean comparisons were made for sex, age and time on dialysis.

Results: We found that 22.2% of the sample (14 subjects) shows clinically relevant alexithymia values. No significant differences were found in alexithymia scores according to sex, age or time on dialysis.

Conclusions: The findings of this study allow us to conclude that almost a quarter of dialysis patients has alexithymia, warning of the need for these people to receive specialized psychological treatment.

KEYWORDS: hemodialysis; alexithymia; psychology

Introducción

Diversos estudios constatan que entre la población en hemodiálisis existe una alta prevalencia de alteraciones del estado de ánimo, entre las que se encuentran la depresión y la ansiedad¹⁻⁶. En una investigación anterior llevada a cabo en nuestro centro, los resultados mostraron, en contra de lo que esperábamos, que personas que padecen enfermedad renal crónica asociada en muchos casos a otras enfermedades, así como con vidas donde habían tenido lugar sucesos altamente estresantes, mostraron niveles casi inexistentes de ansiedad y depresión, según se extrajo de los cuestionarios de evaluación utilizados⁷. Pudimos observar, además que, tras someter a algunos de estos pacientes a tratamiento psicoterapéutico, los niveles de depresión y ansiedad aumentaron ligeramente, resultados que fueron interpretados como consecuencia de una mayor conexión con sus emociones, fomentada por la intervención psicológica⁸.

Sospechamos que la presencia de alexitimia podría estar detrás de estos resultados entre la población en hemodiálisis, y que podría estar enmascarando falsos negativos de casos con depresión, ya que la alexitimia es una alteración del estado de ánimo caracterizada por una dificultad marcada para identificar, describir y comunicar las propias emociones, así como para poder distinguirlas de las sensaciones corporales. Además, la alexitimia se acompaña de un deterioro en la capacidad de simboliza-

ción y del pensamiento abstracto, que se manifiesta por la pobreza de fantasías y otras actividades imaginativas, de forma que los sujetos que la padecen se centran más en los acontecimientos concretos y externos que en las experiencias internas⁹⁻¹¹. La sospecha planteada vendría apoyada por estudios que muestran una fuerte correlación entre alexitimia y depresión¹².

Por otra parte, esta hipótesis estaría avalada por diversas publicaciones donde se describe una relación positiva entre alexitimia y el padecimiento de enfermedades crónicas¹³⁻¹⁶, siendo además esta alteración del estado de ánimo un factor de riesgo asociado a una peor adherencia al tratamiento, a conductas de riesgo para la salud, a mayor susceptibilidad al estrés, al padecimiento de sintomatología de tipo psicósomática y a una mayor mortalidad entre los pacientes en hemodiálisis^{17,18}.

Por tanto, el objetivo de este estudio consistió en cuantificar la presencia de alexitimia en hemodiálisis mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre febrero y abril de 2019, en el centro de hemodiálisis Sierra Este, de Sevilla (Diálisis Andaluza).

Participantes

Para seleccionar la muestra de participantes en el estudio, se tuvo en cuenta a aquellos pacientes que hubieran sido atendidos al menos en una ocasión por el área de psicología del centro de diálisis en los últimos seis meses, sin discriminación en base al tipo de demanda, y cuyo estado cognitivo permitiera la comprensión de los ítems del instrumento de evaluación.

Procedimiento

Se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)¹⁹, en su versión española, que ha demostrado ser una herramienta válida y fiable para detectar la presencia de dicha alteración²⁰. Se trata de un conjunto de 20 ítems, con modalidad de respuesta tipo Likert, que arroja puntuaciones en un rango de 0 a 100 y que por encima de 51 estarían revelando la presencia de alexitimia en un grado clínicamente relevante.

Se aplicó el mencionado cuestionario de forma individual por parte de la psicóloga del centro durante la

sesión de hemodiálisis, teniendo en cuenta que hubiera transcurrido al menos media hora desde el comienzo de la sesión, para así evitar interferencias o distracciones debidas a contratiempos asociados al inicio de la misma. Se recogieron las siguientes tres variables a estudiar en relación a la puntuación obtenida en el test de alexitimia: 1) sexo, 2) edad y 3) tiempo en diálisis en el momento de realizar el cuestionario.

Consideraciones éticas

La información recogida ha sido tratada en base al actual Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de datos de personas físicas y se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes participantes. El estudio fue aprobado por el centro Diálisis Andaluza, de Sevilla.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las puntuaciones obtenidas en el test de alexitimia. Las puntuaciones medias obtenidas para el grupo de hombres y de mujeres, se compararon entre sí mediante el estadístico T de Student para muestras independientes. Los datos arrojados por el test se dividieron también en dos grupos según la edad de los sujetos. Para establecer el punto de corte, se procuró que ambos grupos fueran similares en cuanto al número de sujetos, buscando así que la comparación de medias, utilizando la T de Student para muestras independientes, tuviera la mayor garantía desde el punto de vista estadístico. De igual forma se procedió para la variable de tiempo en diálisis.

Resultados

La muestra seleccionada estuvo integrada por 63 pacientes, de los cuales 52,4% eran hombres. La edad media de los sujetos fue de $63,3 \pm 14,3$ años, con un rango entre los 22 y 83 años; y la mediana de tiempo en hemodiálisis fue de 34,8 meses, con un rango intercuartílico de 31,2 meses.

Encontramos que un 22,2% de la muestra (14 sujetos) mostró valores de alexitimia a tener en cuenta desde el punto de vista clínico. Estos valores pueden dividirse a su vez en dos subgrupos: los que muestran valores de alexitimia leve, y aquellos que muestran presencia de alexitimia en un grado elevado. Dichos resultados pueden observarse en la **Figura 1**.

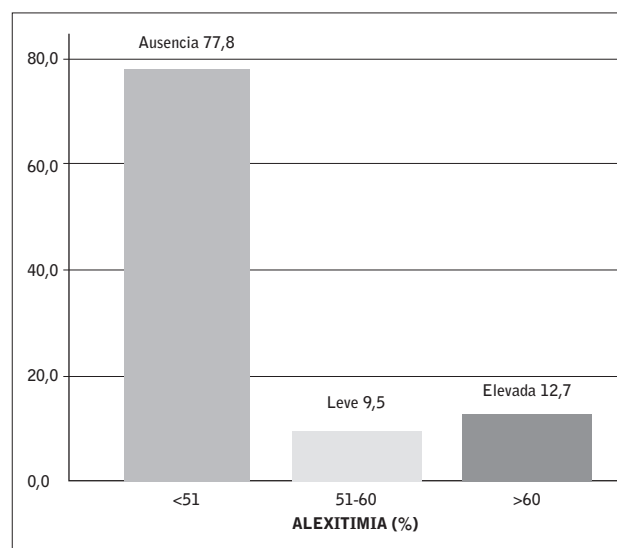


Figura 1. Puntuaciones TAS-20.

El punto de corte para dividir las puntuaciones del test según la edad de los sujetos se estableció en 65 años. De esta forma, resultaron 34 sujetos con 65 años o menos y 29 tenían más de 65 años en el momento de realizar el estudio.

En cuanto al tiempo en diálisis, la división por grupos quedó establecida en torno a los 3 años de tratamiento, de modo que 33 sujetos llevaban menos de 3 años en diálisis y 30 sujetos llevan 3 o más años dializándose en el momento de realización del test.

Cuando se realizó la comparación de medias entre los dos grupos obtenidos para cada variable, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de alexitimia al comparar las medias según los grupos de sexo de los sujetos $p=0,205$, los de edad $p=0,247$, y tampoco en relación al tiempo que llevaban en diálisis $p=0,49$.

Discusión

Una cuarta parte de los pacientes en hemodiálisis presentan alexitimia, sin que ello dependa del sexo, edad o tiempo que la persona lleva recibiendo dicho tratamiento, dato a tener en cuenta si consideramos que en estudios de población general, la presencia de alexitimia no supera una prevalencia del 10%²¹.

Desde nuestro punto de vista, los problemas que entraña la presencia de alexitimia entre la población en hemo-

diálisis son varios. En primer lugar, personas con mayor dificultad para contactar con los propios sentimientos y manifestarlos, podrían ser en apariencia más "dóciles" o "sumisas" ante el personal sanitario. Sin embargo, al estar limitada la capacidad expresiva y la posibilidad de cuestionar las experiencias que atraviesan en base a parámetros internos, también sería más complicado para los profesionales responsables de su tratamiento proporcionarles una atención lo más ajustada posible a sus necesidades, no sólo fisiológicas, sino también emocionales.

Por otro lado, esta alteración del estado de ánimo ha sido considerada como un factor negativo para la salud^{18,22}, está asociada a un estilo de vida caracterizado por conductas de mayor riesgo^{23,24}, a la manifestación con más frecuencia de síntomas físicos y somatizaciones²⁵, así como a una menor adherencia al tratamiento^{18,26}. Concretamente, entre la población en hemodiálisis, se ha detectado una asociación mayor entre mortalidad y alexitimia que entre la población general¹⁷ lo que nos lleva a no pasar por alto la necesidad de abordar esta alteración mediante tratamiento psicológico especializado.

Por tanto, tener en cuenta esta información, nos alerta sobre la necesidad de que las personas en hemodiálisis reciban atención psicológica como parte de un tratamiento integral del paciente, una propuesta que viene siendo avalada por diversos estudios en los últimos años^{4,6-8}. De cara a futuras investigaciones, sería interesante plantear si otras alteraciones del estado de ánimo que han demostrado tener una alta prevalencia entre la población en diálisis según los estudios mencionados, podrían ser predictores o estarían asociadas a la presencia de alexitimia de forma significativa.

No queremos concluir sin aportar una reflexión sobre la herramienta utilizada en este estudio, el TAS-20 en su versión española, que ha demostrado ser una escala válida desde el punto de vista psicométrico para testar la presencia de alexitimia en otras poblaciones clínicas, como en el caso de pacientes con esclerosis múltiple²⁷, aunque en el mencionado estudio se utilizó una modalidad revisada del TAS-20. Nosotros hemos detectado que, en algunos casos y, en contra de lo que esperábamos, pacientes que muestran indicios claros de alexitimia en base a su comportamiento en la sala de diálisis y al tipo de interacciones que mantienen con el personal sanitario, obtuvieron puntuaciones muy bajas en el test. Esto nos lleva a sospechar que, tratándose de una escala de autoevaluación, donde es el propio sujeto el que decide sobre su puntuación en cada ítem, podría ocurrir que

una elevada desconexión de sus sentimientos y estímulos internos fuera la causa de respuestas externamente orientadas, que dejarían ver lo que el paciente cree de sí mismo, en base a factores educacionales o de deseabilidad social, más que el reflejo de las dificultades en el ámbito emocional que realmente padece. Esta hipótesis, ha sido apoyada por otros estudios donde se plantea la necesidad de complementar el uso de esta escala con otros cuestionarios o herramientas de evaluación para poder extraer conclusiones con mayores garantías^{16,28,29}. Planteamos como objetivo futuro, profundizar en esta cuestión mediante estudios que revisen las propiedades psicométricas y la adaptación de esta escala para la población española en hemodiálisis, de cara a evitar este posible sesgo en la mayor medida posible, ya que podríamos estar ante una infraestimación de la presencia de alexitimia entre dichos pacientes.

Por otra parte, y también como propuesta para futuros estudios, planteamos la posibilidad de extraer las puntuaciones del test para cada una de las tres dimensiones que integran el constructo alexitimia: 1) dificultad para la discriminación de señales emocionales, 2) dificultad en la expresión verbal de las emociones y 3) pensamiento orientado hacia detalles externos. De forma que pudiéramos discriminar en qué medida están afectadas cada una de ellas en la población en hemodiálisis, y poder así realizar un tratamiento psicológico lo más efectivo posible en esta población.

Como conclusión, podemos decir que una cuarta parte de nuestros pacientes presentan alexitimia, aunque consideramos necesaria la continuidad de la labor investigadora de esta alteración psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica, planteando incluso la posibilidad de indagar sobre su presencia también en el período en el que las personas se encuentran en seguimiento en las consultas de ERCA, de cara a fomentar la adherencia al tratamiento y disminuir los posibles factores de riesgo para la salud asociados, contribuyendo así a la calidad de vida del paciente y a retrasar su total pérdida de la función renal y, por tanto, su paso al tratamiento sustitutivo mediante hemodiálisis.

Recibido: 15-05-19
 Revisado: 30-05-19
 Modificado: 15-07-19
 Aceptado: 22-08-19

Bibliografía

1. Álvarez F, Fernández M, Vázquez AM, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología* 2001;21(2):191-9.
2. Moreno E, Arenas MD, Porta E, Escalant L, Cantó MJ, Castell G et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2004;7(4):225-33.
3. Páez AE, Jofre MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamientos de diálisis. *Univ Psicol* 2009;8:117-24.
4. García-Llana H, Remor E, Del Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología* 2014;34(5):637-57.
5. Gómez L, Pac N, Manresa M, Lozano S, Chevarria JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2015 Abr-Jun;18(2):112-7.
6. Moya MA. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2017 Ene-Mar;20(1):48-56.
7. Salas RM, Fernández AJ. Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enferm Nefrol* 2019 Abr-Jun;22(2):177-84.
8. Salas RM, Fernández AJ. Repercusiones del tratamiento psicoterapéutico sobre indicadores psicossomáticos en el paciente renal en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2019 Ene-Mar;22(1):59-66.
9. Fernández J, Yáñez S. Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema* 1994;6(3):357-66.
10. Espina A. El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En: García J, Garrido M, Rodríguez L, editores. *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos;1998.
11. Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in experimental and clinical psychiatry* 1994;10(2):61-74.
12. Arancibia M, Behar R. Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2015;53(1):24-34.
13. Poletti M, Frosini D, Pagni C, Lucetti C, Del Dotto P, Ceravolo R et al. Alexithymia Is Associated with Depression in de novo Parkinson's Disease. *Psychother Psychosom* 2011;80:251-3.
14. Chahraoui K, Duchene C, Rollet F, Bonin B, Moreau T. Longitudinal study of alexithymia and multiple sclerosis. *Brain Behav* 2014 Jan;4(1):75-82.
15. Arancibia M, Behar R, Marín S, Inzunza N, Madrid E. Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad. *Rev Med Chile* 2016;144:1424-31.
16. Baiardini I, Abbà S, Ballauri M, Vuillermoz G, Braido F. Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2011;33(1):47-52.
10. Kojima M, Hayano J, Suzuki S, Seno H, Kasuga H, Takahashi H, et al. Depression, alexithymia and long-term mortality in chronic hemodialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2010;79(5):303-11.
18. Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *Bio Psycho Social Med* 2012, 6(1):2-9.
19. Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM. Towards the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1985;44:191-9.
20. Pérez-Rincón H, Cortés J, Ortíz S, Peña J, Ruíz J, Díaz A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental* 1997 Sept;20(3):30-4.
21. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48:99-104.

22. Grabe HJ, Schwahn C, Barnow S, Spitzer C, John U, Freyberger HJ, et al. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *J Psychosom Res* 2010;68:139-47.
23. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosom Res* 1996;41(6):505-18.
24. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007;89:230-46.
25. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Bio Psycho Social Med* 2013;7:1.
26. Hidalgo CG. La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. *Psyke* 1997;6(1):35-45.
27. Fernández E, Pérez-San-Gregorio MA, Taylor JG, Bagby RM, Ayearst LE, Izquierdo G. Psychometric properties of a revised Spanish 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2013;13:226-34.
28. Moriguchi Y, Maeda M, Igarashi T, Ishikawa T, Shoji M, Kubo C, et al. Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Bio Psycho Social Med* 2007;1:7-10.
29. Igarashi T, Komaki G, Lane R, Moriguchi Y, Nishimura H, Arakawa H, et al. The reliability and validity of the Japanese version of the levels of emotional awareness scale (LEAS-J). *Bio Psycho Social Medicine* 2011;5:2-10.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

