



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMÓN BOLÍVAR EN
AREQUIPA 2021

Línea de investigación:

CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO.

Presentado por:

LIBERTAD MAMANI CANSAYA
KAROL LORENA LUQUE RAMOS

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Asesor:

Mg. CECIL MASSIEL CANDELA LEVANO
CÓDIGO ORCIN N°: 000-0003-2616-0670

CHINCHA, 2021

Asesor

Mg. CECIL MASSIEL CANDELA LEVANO

Miembros del jurado

-Dr. Edmundo Gonzáles Zavala

-Dr. William Chu Estrada

-Dr. Martín Campos Martínez

DEDICATORIA

La presente investigación la dedicamos a Dios por brindarnos fortaleza física, emocional y espiritual.

A nuestros padres Ethelwaldo Mamani Maque, Eleodora Cansaya Diaz, Franklin Luque Quispe y Carolina Ramos Chambi por ser el motor de inspiración, ejemplo de constancia y dedicación.

A nuestra asesora Mg. Cecil Massiel Candela Lévano por la asertividad, paciencia y tiempo dedicados en las asesorías.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres por brindarnos paciencia durante el proceso, por siempre confiar en nosotras y por su apoyo incondicional en nuestro crecimiento personal y profesional.

Nuestra gratitud a la psicóloga María Ysabel Zegarra Rodrigo por el tiempo brindado en las enseñanzas impartidas; experiencia enriquecedora e inolvidable, por guiarnos e impulsar nuestra formación profesional.

Al equipo del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, Arequipa por permitirnos realizar las prácticas pre-profesionales e investigación.

Por último, nuestro agradecimiento a todos los que depositaron su confianza y apoyo en nosotras.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre resentimiento y alexitimia en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

METODOLOGÍA: La presente investigación pertenece al enfoque cuantitativo de tipo no experimental, diseño correlacional descriptivo de corte transversal. La técnica empleada para la recolección de datos fue encuesta y los instrumentos metodológicos fueron la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20) cuestionario adaptado y la Escala de Resentimiento (ER). Los datos obtenidos se procesaron con el programa SPSS, versión 23 y se aplicó el estadístico Rho de Spearman.

PARTICIPANTES: La población fue de 150 pacientes, para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, quedando 111 pacientes depresivos que cumplían con los criterios de selección.

RESULTADOS: Se determinó que el 46,8 % de los pacientes depresivos presentan un nivel medio de alexitimia, 44,1 % presenta un nivel alto de alexitimia, además que el 57,7 % de los pacientes depresivos presentan tendencia acentuada de resentimiento.

CONCLUSIONES: Se halló una correlación altamente significativa entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

PALABRAS CLAVES: Resentimiento, Alexitimia y Depresión.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between resentment and alexithymia in depressed patients at the Simón Bolívar Community Mental Health Center in Arequipa 2021.

METHODOLOGY: This research belongs to a non-experimental quantitative approach, a descriptive cross-sectional correlational design. The technique used for data collection was a survey and the methodological instruments were the Toronto Alexithymia Scale (TAS20) adapted questionnaire and the Resentment Scale (ER). The data obtained were processed with the SPSS program, version 23 and the Spearman Rho statistic was applied.

PARTICIPANTS: The population was 150 patients, for the selection of the sample a non-probabilistic sampling was carried out, leaving 111.

RESULTS: It was determined that 46.8% of depressive patients present a medium level of alexithymia and 44.1% present a high level of alexithymia, in addition that 57.7% of depressive patients present an accentuated tendency of resentment of the total sample.

CONCLUSIONS: A significantly significant correlation between alexithymia and resentment was found in depressed patients from the Simón Bolívar Community Mental Health Center.

KEY WORDS: Resentment, Alexithymia and Depression.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1 Descripción del problema	13
2.2 Pregunta de investigación general y específicas	15
2.3 Justificación e importancia	15
2.4 Objetivo general y específicos	16
2.5 Alcances y limitaciones	17
III. MARCO TEÓRICO	18
3.1 Antecedentes	18
3.1.1. Internacionales	18
3.1.2. Nacionales	19
3.2 Bases Teóricas	20
3.2.1. Alexitimia	20
3.2.1.1. Definición de la alexitimia	20
3.2.1.2. Teorías de la alexitimia	21
3.2.1.3. Dimensiones de la alexitimia	22
3.2.1.4. Perfil de un alexitimico	22
3.2.2. Resentimiento	22
3.2.2.1. Definición de resentimiento	22
3.2.2.2. Teorías de resentimiento	23
3.2.2.3. Características de resentimiento	24
3.2.2.4. Maneras de resentimiento	25
3.3 Marco conceptual	25

IV. METODOLÓGICA	28
4.1 Tipo de investigación	28
4.2 Diseño de investigación	28
4.3 Población, muestra y muestreo	29
4.4 Hipótesis general y específicas	30
4.5 Variables	30
4.6 Operacionalización de variables	32
4.7 Técnicas e Instrumentos	33
4.8 Recolección de datos	35
V. RESULTADOS	36
5.1 Presentación de resultados	36
5.2 Interpretación de resultados	44
PRUEBA DE HIPÓTESIS	46
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
6.1 Análisis descriptivo de resultados	52
6.2 Comparación de resultados	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	61
Anexo N° 1A: Instrumento de recolección de datos	
Anexo N° 1B: Instrumento de recolección de datos	
Anexo N° 1C: Calificación de la Escala de Resentimiento	
Anexo N° 2: Ficha de validación de los instrumentos	
Anexo N° 3A: Aplicación presencial	
Anexo N° 3B: Aplicación presencial en sala de espera	
Anexo N° 3C: Aplicación presencial	
Anexo N° 4A: Aplicación virtual	
Anexo N° 4B: Aplicación virtual	
Anexo N° 5A: Consentimiento informado físico	
Anexo N° 5B: Consentimiento informado físico	
Anexo N° 5C: Consentimiento informado físico	

- Anexo N° 6: Consentimiento informado virtual
- Anexo N° 7: Solicitud de permiso a la Red Caylloma
- Anexo N° 8: Solicitud de permiso a la MicroRed
- Anexo N° 9: Solicitud de permiso al CSMC- SB
- Anexo N° 10: Constancia de aplicación de instrumentos
- Anexo N° 11: Informe de Turnitin al 28%
- Anexo N° 12: Matriz de consistencia
- Anexo N° 13: Base de datos de pacientes atendidos
- Anexo N° 14: Base de datos de SPSS - 23
- Anexo N° 15: Base de datos de formulario google

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Edad de los encuestados, pacientes depresivos.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes del género de los encuestados.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes del grado de instrucción de los encuestados.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes del diagnóstico de los encuestados.

Tabla 5

Nivel de alexitimia de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Tabla 6

Categoría de resentimiento de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Tabla 7

Prueba de normalidad para las variables estudiadas.

Tabla 8

Prueba de KMO y Bartlett.

Tabla 9

Alfa de Cronbach por escala de las variables estudiadas.

Tabla 10

Correlación entre alexitimia y resentimiento.

Tabla 11

Correlación entre dimensión 1 y resentimiento.

Tabla 12

Correlación entre dimensión 2 y resentimiento.

Tabla 13

Correlación entre dimensión 3 y resentimiento.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Escala de valoración de alexitimia.

Figura 2

Escala de valoración de Resentimiento.

Figura 3

Género de pacientes depresivos del CSMC-SB

Figura 4

Grado de instrucción de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Figura 5

Diagnóstico de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Figura 6

Niveles de alexitimia de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Figura 7

Categorías de resentimiento de pacientes depresivos del CSMC-SB.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la depresión es de las enfermedades con mayor prevalencia e incidencia en la población adulta, esta se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes, convirtiéndose como objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

Precisamente pacientes adultos depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar presentan dificultad para identificar, describir, expresar y comunicar sentimientos de manera verbal, rasgos de la alexitimia, constructo poco tratado en el campo de la psicología.

Por otro lado, el resentimiento es de los sentimientos negativos más constantes y latentes, en población general como en población clínica (pacientes depresivos).

Por estas razones se considera relevante estudiar la relación entre alexitimia y resentimiento en dicha población.

A continuación, presentaremos una secuencia lógica del trabajo desarrollado:

En el capítulo I se desarrolló la introducción.

En el capítulo II se desarrolló el planteamiento de problema, la formulación del problema, justificación, importancia, objetivos, alcances y limitaciones.

En el capítulo III se desarrolló marco teórico en el que se fundamenta este trabajo, antecedentes nacionales e internacionales y marco conceptual.

En el capítulo IV se desarrolló metodología, tipo, diseño de investigación, planteamiento de la hipótesis, operacionalización de variables, población, muestra, muestreo, técnica, instrumentos y recolección de datos.

En el capítulo V y VI se desarrolló presentación, interpretación y discusión de resultados.

Los autores.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

En pleno siglo XXI es cotidiano escuchar, estoy con depresión, patología que se ha incrementado en los últimos años a nivel nacional y mundial. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, la cual se manifiesta más en mujeres (OMS, 2017).

En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión con 5.8%; seguido de Cuba 5.5%, Paraguay 5.2%, Chile y Uruguay tienen el 5%; **Perú 4.8%**; mientras Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana muestran 4.7% (OMS, 2017).

A su vez, según la Coordinadora del Programa de Control y Prevención de Salud Mental, la depresión lidera los males de salud mental con 22,8% en Arequipa, y menos del 10% de los afectados acude al médico, de cada 100 seis adultos sufren de depresión, en el 2016 se atendieron 34 mil 593 personas en todos los establecimientos de la Red Caylloma – Arequipa. Más de la mitad fueron por trastorno depresivo y ansiedad (Lima, 2017).

Por otro lado, diversos estudios indican que la alexitimia se relaciona significativamente a la depresión, ansiedad, evitación e ira en población general (Barrios *et al.*, 2015, Honkalampi *et al.*, 2000 y Moral, 2005) y en muestras clínicas como lo demuestran (Romero, 2009 y Rueda *et al.*, 2006). Antiguamente se pensaba que la alexitimia era un constructo similar a la depresión, actualmente son considerados constructos teóricos independientes que se relacionan significativamente.

McGillivray, Becerra y Harms (2017) hallaron altos niveles de alexitimia, 38% de prevalencia en pacientes psiquiátricos, 2% en población general donde 30% de los pacientes con trastornos del humor presentan alexitimia.

Además, la Sociedad Española de Neurología (citado en Chicaiza y Gavilanes, 2017) afirma que el 10% de la población mundial es incapaz de identificar y expresar verbalmente sus sentimientos. Estudios mencionan que esta alteración se debe a un daño en la estructura neuronal encargadas del proceso emocional o por un shock traumático que ocasione dificultad o interrumpa el aprendizaje emocional.

Por otra parte, el psiquiatra y psicoanalista argentino David Nasio, experto en depresión indica que las personas con depresión presentan una tristeza rencorosa invasiva (Ranzani, 2018).

Precisamente, en una muestra clínica, Rueda *et al.* (2006) encuentran que la alexitimia, rumiación, cinismo, ira manifiesta, ira reprimida (resentimiento) y la depresión afectan la salud mental y se relacionan significativamente.

De hecho, en la práctica se ha observado que los pacientes adultos depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, presentan dificultad para identificar, describir y comunicar sentimientos, perfiles pasivos agresivos y/o dependientes, ataques de ira, angustia, introversión y/o protección emocional características propias de la alexitimia, según De la Serna (2015), además muestran actitudes de inferioridad, pesimismo, se sienten marginados, tienden a enfocarse en sus limitaciones o en las humillaciones sufridas, magnifican sus fracasos y errores del pasado, indicadores del resentimiento, León y Romero (1990). Debido a lo expuesto y al vacío teórico se hace visible la necesidad de investigar la relación entre alexitimia y resentimiento.

Ante lo descrito se tiene como finalidad ampliar la base teórica y brindar información a los profesionales de la Salud Mental que les aporte al momento de realizar programas terapéuticos para pacientes depresivos, considerando las variables estudiadas.

2.2. Preguntas de investigación general y específicas

2.2.1. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

2.2.2. Preguntas de investigación específicas

P.E.1: ¿Cuál es el nivel de alexitimia en pacientes depresivos del Centro de Salud Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

P.E.2: ¿Cuál es la categoría de resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

P.E.3: ¿Cuál es la relación entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

P.E.4: ¿Cuál es la relación entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

P.E.5: ¿Cuál es la relación entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?

2.3. Justificación e importancia

2.3.1. Justificación.

A nivel práctico la presente investigación aportará a los profesionales de la salud mental información clara y precisa que permitirá elaborar programas terapéuticos efectivos y desarrollar nuevas estrategias para tratar la alexitimia y el resentimiento en los pacientes depresivos.

Además, posee un valor teórico, porque el estudio proporcionará datos estadísticos reales y empíricos sobre la relación de las variables, información que contribuirá a futuras investigaciones vinculadas a las variables.

Finalmente, a nivel social se beneficiarán de manera indirecta los pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar por el aporte que se brindará a los profesionales de la salud.

2.3.2. Importancia

El presente estudio se considera importante por el incremento progresivo de la depresión en todos sus tipos, siendo de los trastornos mentales más frecuentes, llegando a afectar la productividad de las personas. Además, de comprobarse la hipótesis de investigación beneficiará de manera indirecta a los pacientes depresivos objeto de estudio.

2.4. Objetivo general y específicos

2.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

2.4.2. Objetivos específicos

O.E.1: Identificar el nivel de alexitimia en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

O.E.2: Identificar la categoría de resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

O.E.3: Establecer la relación entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

O.E.4: Establecer la relación entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

O.E.5: Establecer la relación entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

2.5. Alcances y limitaciones

2.5.1. Alcances

El alcance de la investigación es correlacional descriptivo, los resultados aportarán a los profesionales de salud mental a abordar mejor el trabajo terapéutico con pacientes depresivos de Centros de Salud Mental Comunitarios, además servirá como antecedente para futuras investigaciones.

2.5.2. Limitaciones

Una de las limitaciones fue las escasas referencias bibliográficas actuales sobre las variables para ello se consideró antecedentes de una variable con otras variables en muestras similares. Otra de las limitaciones fue al inicio de la investigación resultó complicado aplicar los cuestionarios debido a la ausencia y desconfianza de algunos pacientes por el contexto actual que atravesamos la pandemia, por covid-19 para ello se adaptó la modalidad virtual.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Al revisar fuentes físicas y virtuales se encontró trabajos que guardan relación indirecta con cada una de nuestras variables, siendo los siguientes:

3.1.1. Internacionales

Gunter et al. (2016) presentó la investigación predicción de síntomas de depresión mayor después del tratamiento hospitalario en Inglaterra. La muestra fue de 45 pacientes con depresión mayor aguda, usaron 2 instrumentos la Escala Alexitimia de Toronto (TAS20) y el Inventario de Beck – II antes y después del tratamiento, un estudio correlacional de corte longitudinal. Donde se concluyó que los pacientes depresivos evidenciaban altos niveles de alexitimia y que pacientes con altos puntajes en el factor (3) pensamiento concreto podrían obtener pocos beneficios en el tratamiento farmacológico, terapia psicodinámica y complementarias.

Velotti *et al.* (2016) ejecutaron un estudio en psiquiatría titulado alexitimia, desregulación emocional, impulsividad y agresividad: un modelo de medición múltiple en una muestra clínica de 257 y una muestra comunitaria de 617 personas. Los resultados informaron que el 44.1% presentan alexitimia media y que los mayores niveles de alexitimia, desregulación emocional, impulsividad y agresividad fueron en la muestra clínica. Además, que a mayor control de los síntomas depresivos menor impulsividad. Confirmando que existe relación entre alexitimia y desregulación emocional.

McGillivray, Becerra y Harms (2017) ejecutaron una investigación en Australia, cuyo propósito fue comparar las diferencias de los trastornos psicósomáticos y relacionarla con la alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica entre pacientes psiquiátricos y personas de la comunidad. Un estudio *ex post facto*, de tipo correlacional descriptivo, en

una muestra de 151 pacientes psiquiátricos de atención ambulatoria y de 216 de población general, de 18 a 30 años, instrumentos utilizados Cuestionario de Afecciones Neuropsicosomáticas, Inventario de Ansiedad estado – rasgo y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20). Los resultados indicaron que 38% de prevalencia en pacientes psiquiátricos y 2% en población general, además pacientes con 4 trastornos psicósomáticos presentaban altos niveles de alexitimia y depresión.

No se hallaron más antecedentes internacionales, ya que son variables poco estudiadas.

3.1.2. Nacionales

Bazán (2016) realizó una investigación titulada maltrato psicológico y alexitimia en mujeres de ONG de Chiclayo, en una muestra de 56 mujeres a quienes se les aplicó el Inventario de maltrato psicológico y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20), un estudio transversal correlacional no experimental. Los resultados indicaron que el 35.7% de la muestra total presentan alexitimia y existe relación significativa $P < 0.01$ entre maltrato psicológico y alexitimia.

Delgado *et al.* (2017) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH y SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, en una muestra de 34 pacientes. Estudio cuantitativo, método *ex post facto* de tipo descriptivo correlacional, donde se usó 2 instrumentos, la Escala de Resentimiento (ER) y el Inventario de Depresión de Beck, BDI – II. Donde se concluyó que el 58.8% de la muestra total presenta resentimiento medio y existe una relación significativa baja entre el resentimiento y la depresión en pacientes con VIH y SIDA.

Paredes (2017) analizó las propiedades psicométricas de la escala de alexitimia de Toronto en universitarios de Trujillo en una muestra de 380 participantes de 18 años en adelante, hombre y mujeres, se les administró la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS20). Estudio de tipo instrumental.

Los resultados mostraron una validez muestral buena KMO de 0.841, una validez de criterio aceptable con una sig. de P valor .000. El instrumento se ajusta a la población objetivo con una confiabilidad interna de moderado a bueno de 0.9.

Blas y Bravo (2019) realizó un estudio con el propósito de establecer la relación entre autoestima y resentimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja del Centro de Salud de Cajamarca en una muestra de 100 mujeres maltratadas entre 18 y 50 años de edad, se les aplicó la ficha de tamizaje – Violencia familiar y maltrato infantil, Escala de Resentimiento (ER) y la Escala de autoestima de Rosenberg. Estudio no experimental de corte transversal, los resultados arrojaron que 52% de mujeres presentaban resentimiento acentuado y no existe relación estadísticamente significativa entre autoestima y resentimiento.

Alva (2020) realizó una investigación titulada resentimiento y agresividad en estudiantes de una universidad privada de Chimbote, de enfoque cuantitativo, diseño correlacional no experimental. La población estuvo conformada de 367 estudiantes, se aplicó la Escala de Resentimiento (ER) y la Escala de agresividad de Buss y Perry. Los resultados arrojaron que el 41.4% de los estudiantes presentan un nivel de alexitimia bajo, además determinaron que existe relación inversa altamente significativa ($r_s = -0.310$).

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Alexitimia

3.2.1.1. Definición de la alexitimia.

Sifneos señala que la alexitimia proviene del término griego, y hace referencia a la incapacidad de identificar y expresar los sentimientos (1967, citado en Chicaiza y Gavilanes, 2017).

Del mismo modo, Miaja, (2014) y De la Serna (2015) refieren que la alexitimia es la dificultad para identificar y comunicar de manera verbal sus sentimientos y esta genera problemas en la regulación afectiva.

Contrariamente, Mc Dougall (1982, citado en Maija, 2014) menciona que la alexitimia es un estado grave por una resistencia intensa contra el mundo interno y no necesariamente por la incapacidad de expresar sentimientos.

Sin embargo, la mayoría de autores coinciden en que la alexitimia implica “un déficit en el procesamiento cognitivo y en la regulación de las emociones” (Taylor, *et al*, 1997, citado por Baeza, *et al*, 2011).

3.2.1.2. Teorías de la alexitimia.

Sifneos (1970, citado en Arancibia & Behar, 2015) plantea 2 tipos, alexitimia primaria de origen biológico ocasionado por algo neuroanatómico o por deficiencia neurobiológica que interfieren en la comunicación del sistema límbico (emociones) y el neocórtex (razón). Mientras que la alexitimia secundaria, se origina por situaciones traumáticas en determinados momentos evolutivos o por eventos estresantes en la vida adulta. (p.25).

Igualmente, Krystal (1988, citado en Chicaiza y Gavilanes, 2017) indica que “la alexitimia se manifiesta como respuesta a un evento estresante o traumático que puede presentarse temporalmente” (p.21).

Por otro lado, Espina (1998, citado en Paredes, 2017) indica que el origen de la alexitimia es atribuido a tres causas:

- a)** Biológicas: por la carga genética heredada de los padres, es decir el tipo de temperamento predispone el desarrollo de la alexitimia.
- b)** Psicológica: son aquellos factores que la persona construye progresivamente a partir de vivencias cotidianas estimulada por el refuerzo constante, es decir los esquemas cognitivos podrían favorecer al desarrollo de la alexitimia.

- c) Sociales: Provocado por factores desencadenantes en la interacción constante, es decir, situaciones de presión real o percibida pueden desencadenar patrones cognitivos y conductuales de alexitimia.

Finalmente, De la Serna (2015) y Taylor (1994), señalan que la alexitimia es una alteración multicausal, es decir, contribuyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales.

3.2.1.3. Dimensiones de la alexitimia.

Según Taylor *et al.* (1997, citado por Gonzáles, 2017) se caracteriza por 3 factores:

- a) Dificultad para identificar sentimientos.
- b) Dificultad para describir y expresar sentimientos.
- c) Pensamiento extremadamente orientado o pensamiento concreto.

3.2.1.4. Perfil de un alexitimico.

De la Serna, (2015) plantea un perfil donde menciona que la persona con alexitimia muestra apariencia de una vida normal, problemas para expresar la vida emocional y establecer relaciones interpersonales, escasa introspección, problemas para imaginar, estallidos de ira, personalidad inmadura, perfiles pasivos agresivos y dependientes de otras personas (p.51).

3.2.2. Resentimiento

3.2.2.1. Definición de resentimiento.

En el diccionario de sinónimos y antónimos (VOX, 1982) encontramos la siguiente acepción: "Resentimiento: queja, escozor, resquemor, rencor" (p. 317).

Mientras que la Real Academia Española (2014) una persona con resentimiento se siente maltratado (a) por la sociedad o por la vida y crece con una percepción de abandono por las experiencias negativas que vivió en cualquier ámbito de su vida.

Por su parte, Muñoz (2002) considera que el resentimiento es sentir hostilidad, sentimientos negativos intensos no resueltos hacia alguien que le hizo daño que provoca desconfianza y dolor interno prolongado.

Mientras, para Scheler, (1944, citado por León *et al.* 1988) el resentimiento es una reacción emocional recurrente ocasionada por la represión de ciertas emociones y afectos, la cual se vive y revive.

Después de analizar algunos conceptos de resentimiento León y Romero (1990, citado en Obregón, 2017) nos presenta la definición más completa; el resentimiento es un sentimiento constante de haber sido maltratado y olvidado por alguien, por la sociedad, por la vida o por algo que le negaron poseer, sin razón válida.

3.2.2.2. Teorías de resentimiento.

Según Dámaso (1994, citado en Alva, 2020) existen 3 modelos que explican el desarrollo de resentimiento:

- a)** Por rasgo de personalidad: la persona manifiesta el recuerdo constante de situaciones desagradables a la espera de vengarse o buscar una reivindicación.
- b)** La sentimentalidad de las relaciones interpersonales: se genera resentimiento por la escasa expresión de sentimientos, la falta de exclusividad o reciprocidad de afecto por parte de padres, pareja, amigos o entorno cercano.
- c)** Resentimiento social: la comodidad y/o el status elevado de otras personas generan resentimiento de quienes sufren carencias materiales o inmateriales.

Por su parte, León y Romero (1990, citado por Obregón, 2017) indica que el resentimiento se origina por:

- a) Sentimiento de inferioridad: la persona se siente inferior física y mentalmente, presentan angustia y pena por no ser como los demás, generalmente no las exterioriza, esta se va transformando en resentimiento.
- b) Fracazos de toda índole: las personas que experimentan fracasos en cualquier ámbito de su vida (familiar, sentimental, social y económico).
- c) La humillación: surge en personas altamente susceptibles, cuando aparecen faltas como discriminación, prejuicio, desaprobación y rechazo genera resentimiento.
- d) Experiencias degradantes: las personas que sufren experiencias vergonzosas en diferentes condiciones son predisponentes a generar resentimiento.
- e) Expectativas frustradas: la persona da por sentado un comportamiento particular y cuando no sucede así, se siente ofendido y defraudado, hecho que genera resentimiento, (Devis, 2008).

Definitivamente, la magnitud del resentimiento dependerá de la calidad, cantidad, tipo de situación y el significado que le de cada persona según su estructura de personalidad (Obregón, 2017).

3.2.2.3. Características de resentimiento.

Marañón (1981), menciona que el resentido por lo general es reservado. Considera las siguientes características:

- a) Reservado e hipócrita: Se caracteriza por una actitud de inseguridad agresiva que lo hace creerse víctima de burlas y desdenes y trata de ocultar su fastidio como si nada le importará ni la opinión de los demás.

- b) Disimulado o malagradecido:** Les disgusta recibir favores, creen que al recibirla muestran incapacidad y llegar a tomar fastidio inconsciente de los favores o desconocen el beneficio que reciben, un resentido se sobreestima a sí mismo, jamás elogia nada de los demás.
- c) Tímido:** Se muestra pasivo (a), se deja dominar por los demás, no tiene control sobre sí mismo. Rehúye a las situaciones, pues no logra sobreponerse a los fracasos y humillaciones.
- d) Pesimista:** Tiende a ver, juzgar y destacar lo negativo de los sucesos y las personas, muestra inseguridad y/o desánimo frente a situaciones desagradables.

3.2.2.4. Maneras de resentimiento.

Según Gonzales (2018) las divide en dos:

- a) Resentimiento manifestado:** la persona manifiesta su resentimiento a través de frases, gestos, movimientos corporales.
- b) Resentimiento enmascarado:** disimulado por patologías como personalidad borderline, trastornos de adaptación, trastornos del estado de ánimo, entre otras.

3.3. Marco conceptual

3.3.1. Alexitimia: Refiere a “la dificultad para identificar y comunicar verbalmente sentimientos, debido a una perturbación cognitivo – afectiva” (Taylor *et al.*, 1994).

3.3.2. Resentimiento: Refiere a “un sentimiento permanente de haber sido maltratado o desatendido por alguien, por un grupo de personas o por la vida por algo que tenía derecho a poseer y que le ha sido negado sin razón válida” (León & Romero, 1990).

- 3.3.3. Depresión:** La depresión es un trastorno mental caracterizada por tristeza prolongada, culpa, falta de autoestima, disminución de placer, desinterés, fatiga, falta de concentración, alteraciones de sueño y apetito, patología que afecta la capacidad de manejar la vida cotidiana según al grado de severidad leve, moderado o grave, esta última puede conducir al suicidio (OMS, 2017).
- 3.3.4. CSMC-SB:** Institución de Salud Mental del estado peruano, denominado Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, abocado exclusivamente a la salud mental de la comunidad.
- 3.3.5. Pensamiento Concreto:** “Un estilo cognitivo estrechamente orientado a acontecimientos concretos o externos” (Taylor et al., 1997, p. 38).
- 3.3.6. Factor:** Elemento que participa en la determinación de una totalidad, pero que es susceptible de ser considerado y analizado independientemente de su correlación, cuya aplicación en psicología se utiliza como principio de clasificación y en la base de distintas teorías (Galimberti, 2002, p. 481).
- 3.3.7. Rencor:** “Hostilidad, que rara vez se traduce en agresión explícita, contra alguien a quien se considera responsable de un comportamiento ofensivo o frustrante de necesidades fundamentales o expectativas esenciales para la realización de una persona” (Galimberti, 2002, p. 959).
- 3.3.8. Dificultad:** Impedimento para llegar a una meta, o tarea que requiera de esfuerzo para adquirir una habilidad específica, esta depende de las características personales y/o del contexto en el que se presenta (Galimberti, 2002, p. 333).
- 3.3.9. Sentimiento:** “Resonancia afectiva menos intensa que la pasión y más duradera que la emoción con la que el sujeto experimenta sus estados subjetivos y los aspectos del mundo externo” (Galimberti, 2002, p. 994).

- 3.3.10. Perturbación:** “Alteración de la condición psicológica normal determinada por factores emotivos que inciden en la actividad mental ordinaria y en su intencionalidad, que resulta imprevista y transitoriamente limitada o interrumpida” (Galimberti, 2002, p. 817).
- 3.3.11. Humillación:** “Acción que ofende la autoestima de una persona o de un grupo, que favorece en el sentimiento de inferioridad, frecuente en las depresiones. De hecho, el psicoanálisis la interpreta como frustraciones de aspiraciones narcisistas” (Galimberti, 2002, p.576).
- 3.3.12. Diagnóstico:** Palabra de origen griego, ya utilizada en la medicina antigua, con el significado de “reconocimiento”. Efecto de reconocer signos, tomados como indicios para la evaluación de facultades específicas, cuadro global o de funciones alteradas (Galimberti, 2002, p.325).
- 3.3.13. Pensamiento:** Actividad mental que abarca una serie muy amplia de fenómenos, como razonar, reflexionar, imaginar, fantasear, poner atención, recordar, que permite estar en comunicación con el mundo exterior, consigo mismo y con los demás, además de construir hipótesis del mundo y de nuestra forma de pensarlo (Galimberti, 2002, p.797).
- 3.3.14. Correlación:** Prueba estadística que mide la relación entre variables según el resultado de la prueba de normalidad (Hernández, et al., 2014).
- 3.3.15. Significancia:** Es el nivel de probabilidad de equivocarse y que se fija de manera a priori el investigador al 95% o al 99% (Hernández, et al., 2014).

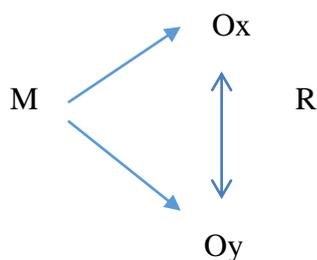
IV. METODOLÓGICA

4.1. Tipo de investigación.

El estudio es de nivel relacional, de enfoque cuantitativo porque mide cada variable, (Hernández, Fernández y Bautista, 2014, P. 4), no experimental ya que no habrá manipulación activa de las variables. Estudio de tipo correlacional descriptivo, ya que el estudio tiene como propósito medir el grado de correlación que existe entre dos variables y describir cada variable y de corte transversal por la recopilación de datos en un solo momento (Hernández *et al.*, 2014).

4.2. Diseño de Investigación.

El diseño de la investigación es no experimental de tipo correlacional transversal:



Dónde:

M: pacientes depresivos

Ox: Alexitimia

Oy: Resentimiento

R: Relación

4.3. Población, Muestra y Muestreo.

4.3.1. Población.

La población objetivo la conformó pacientes adultos diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar (CSMC-SB). Se contó con una población total de 150 pacientes.

4.3.2. Muestra.

No aplica, ya que se trabajó con la totalidad de la población pacientes atendidos de manera ambulatoria en los servicios de psicológica y psiquiátrica de la Unidad de Trastornos Afectivos que cumplían con todos los criterios de selección.

4.3.3. Muestreo.

Se utilizó “un muestreo no probabilístico intencional debido que la muestra fue seleccionada en función al criterio del investigador” (Hernández, *et al.*, 2014, p. 189). En ella se seleccionó participantes de la base de datos de pacientes atendidos entre enero y mayo del 2021 de los cuales 29 se descartaron por no asistir a la tercera consulta y 10 por exceder en la escala L (mentira) de la Escala de Resentimiento o no completar la evaluación. Quedando, 111 participantes.

Criterios de inclusión

- Pacientes entre 18 y 60 años de edad.
- De ambos sexos.
- Diagnosticados con depresión leve, moderada y grave.
- Pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario – Simón Bolívar.

Criterios de exclusión

- Personas que obtengan puntaje más de 4 en la escala L (mentira) en la Escala de Resentimiento (ER).
- Pacientes que no completen el cuestionario.
- Pacientes que no asistan a la tercera consulta.

4.4. Hipótesis general y específicas

4.4.1. Hipótesis general.

Ha: Existe una correlación altamente significativa entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

4.4.2. Hipótesis específicas.

H1: El nivel de alexitimia es alto en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

H2: La categoría de resentimiento es de tendencia acentuada en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

H3: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

H4: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

H5: Existe relación significativa entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

4.5. Variables

4.5.1. Alexitimia.

Refiere a “la dificultad para identificar y comunicar verbalmente sentimientos, debido a una perturbación cognitivo – afectiva” (Taylor *et al.*, 1994).

4.5.2. Resentimiento.

Refiere a “un sentimiento constante de haber sido maltratado o desatendido por alguien, por un grupo de personas o por la vida por algo que tenía derecho a poseer y le fue negado sin razón válida” (León & Romero, 1990).

4.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Alexitimia	Refiere a “la dificultad para identificar y comunicar verbalmente sentimientos, debido a una perturbación cognitivo – afectiva” (Taylor <i>et al.</i> , 1994).	Se evaluó con la Escala de alexitimia de Toronto (TAS 20) cuestionario adaptado, consta de 20 ítems de donde se obtuvo un puntaje global y por cada dimensión.	1. Dificultad para identificar sentimientos.	- Ítems: 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14	Intervalo
			2. Dificultad para comunicar sentimientos.	- Ítems: 2, 4, 11, 12 y 17	
			3. Pensamiento concreto.	- Ítems: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20	
Resentimiento	“Un sentimiento constante de haber sido maltratado o desatendido por alguien, por un grupo de personas o por la vida por algo que tenía derecho a poseer y le fue negado sin razón válida” (León & Romero, 1990).	Se evaluó con la Escala del Resentimiento, compuestas de 28 ítems de donde se obtuvo un puntaje global, no cuenta dimensiones.	No aplica	- Ítems de resentimiento: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27 y 28. - Ítems de la escala de mentira: 2, 6, 9, 13, 14, 17, 20, 23 y 26.	

4.7. Técnicas e Instrumentos

4.7.1. Técnica.

Se usó la técnica, encuesta la cual refiere proporcionar los cuestionarios directamente a los participantes de manera individual o grupal por medio de envío virtual o presencial (Hernández, *et al.*, 2014).

4.7.2. Instrumento.

Se usó 2 cuestionarios:

VAR 1: Escala de alexitimia de Toronto (TAS 20) cuestionario adaptado

Escala creada en inglés por Taylor *et al.* (1994) (TAS 20), adaptada por Romero (2009) en una muestra clínica, Lima, Perú. Aplicable a partir de los 16 años de edad en adelante, de forma individual y/o colectiva. Compuesta de 20 ítems, se puntúa en forma de escala Likert de 1 al 5, donde cinco ítems que se puntúan a la inversa (4, 5, 10, 18 y 19). Se obtiene un puntaje total de la suma de valores asignados a cada uno de los ítems, estas oscilan de 20 a 100 puntos. Consta de 3 dimensiones: dificultad para identificar sentimientos (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad para comunicar sentimientos (Ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento concreto (Ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20).

Figura 1

Escala de valoración de alexitimia

PUNTAJE DIRECTO	NIVEL
= ó < 51	Bajo
= ó > 52	Medio
= ó > 61	Alto

Nota: Adaptación de Taylor *et al.* (1997, citado en Sánchez- García, *et al.* 2011).

La validez de la escala completa obtuvo 32.5 % de la varianza, 78 % de sensibilidad y 95 % de especificidad. En cuanto, a la consistencia interna el Alfa de Cronbach arrojó una confiabilidad elevada de 0.81 por la escala completa y puntuó 0.78, 0.75 y 0.66 por cada factor.

VAR 2: Escala de resentimiento (ER)

Creada en Lima por León y Romero (1988), revisada en 1990 obteniendo una versión final. Aplicable a partir de los 12 años de forma individual y colectiva, no posee dimensiones. Una escala de 28 ítems, donde 19 evalúan resentimiento (1,3,4,5,7,8,10,11,12,15,16,18, 19,21,22,24,25,27 y 28) y 9 evalúan la escala de mentira (L) del Inventario de Personalidad de Eisenach (2,6,9,13,14,17,20,23 y 26.) transformados en afirmaciones, puntuación más de 4 el cuestionario se inválida. Es una escala de tipo dicotómico (SI – NO), cada ítem puntúa 1 (presencia) o 2 (ausencia), arroja un puntaje global (León & Romero, 1990).

La validez de contenido se realizó a través de criterio de jueces, se contó con 5 profesionales, 4 psicólogos y un psiquiatra del área diagnóstica como terapéutica, en ella se evidencio un 80% de acuerdo entre los jueces, inicialmente se planteó 60 ítems de la cuales quedaron 28 las que reunían una validez de contenido aceptable. En cuanto a la confiabilidad interna se aplicó el coeficiente de Kerlinger donde se obtuvo 0.55, es decir aceptable (León & Romero, 1990).

Figura 2

Escala de valoración de Resentimiento

PUNTAJE BRUTO	CATEGORÍA
0 – 17	Tendencia muy acentuada
18 – 27	Tendencia acentuada
28 – 31	Nivel medio
32 – 33	Nivel bajo
34 – 38	No presenta

Nota: Extraído de la Escala de Resentimiento.

4.7.3. Recolección de datos.

En cuanto al procedimiento de la recolección de datos, primero se solicitó los permisos pertinentes al director ejecutivo de Red Caylloma de Arequipa, la Microred y a la Directora del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, para aplicar los instrumentos, en seguida se procedió a encuestar a los pacientes depresivos en dos modalidades: vía virtual por medio del formulario Google y presencial por cuestionarios físicos, ambas de manera individual, la aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en un periodo de 3 semanas y tuvo una duración de 10 a 15 minutos por paciente, una vez llenado los cuestionarios, se procedió a trasladar los datos al programa SPSS versión 23 para el análisis estadístico considerando la hipótesis. También se usó distribución de frecuencias por porcentajes, mediana, moda, rango, percentiles, desviación estándar para la interpretación descriptiva de los datos. Respecto a la estadística inferencial se empleó la Rho de Spearman para ver la correlación de datos cuantitativos de distribución no paramétrica.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1 *Edad de los encuestados, pacientes depresivos.*

Estadísticos		Valores
Mediana		35,00
Moda		37
Desviación estándar		11,381
Rango		42
Mínimo		18
Máximo		60
Percentiles	25	26,00
	75	43,00
Muestra total	N	111

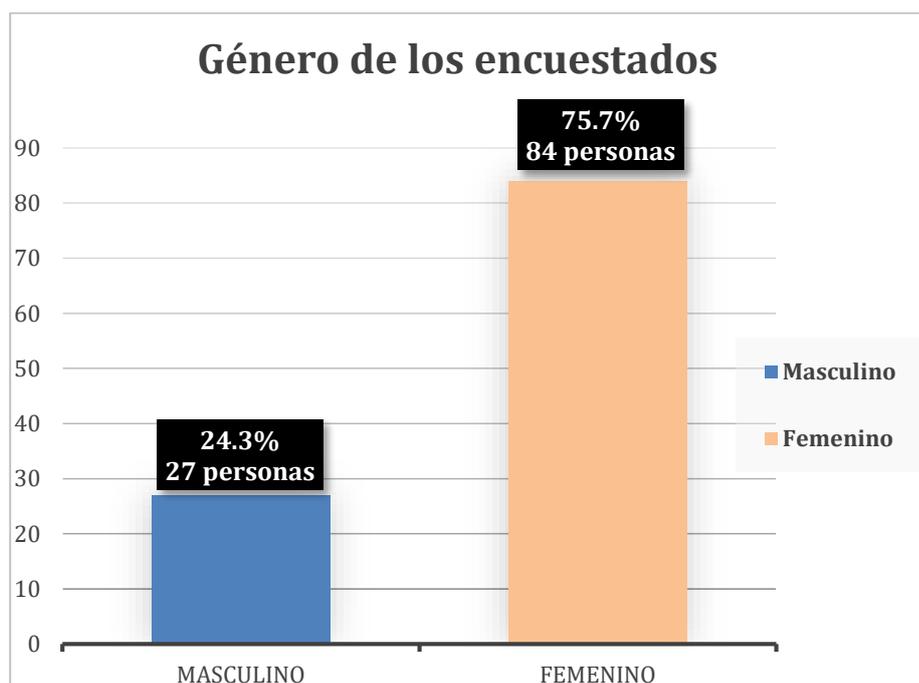
Nota: Elaboración propia.

Tabla 2 Frecuencias y porcentajes del género de los encuestados.

	Datos generales	Fi	%
Género	Masculino	27	24,3
	Femenino	84	75,7
	Total	111	100

Nota: Elaboración propia.

Figura 3



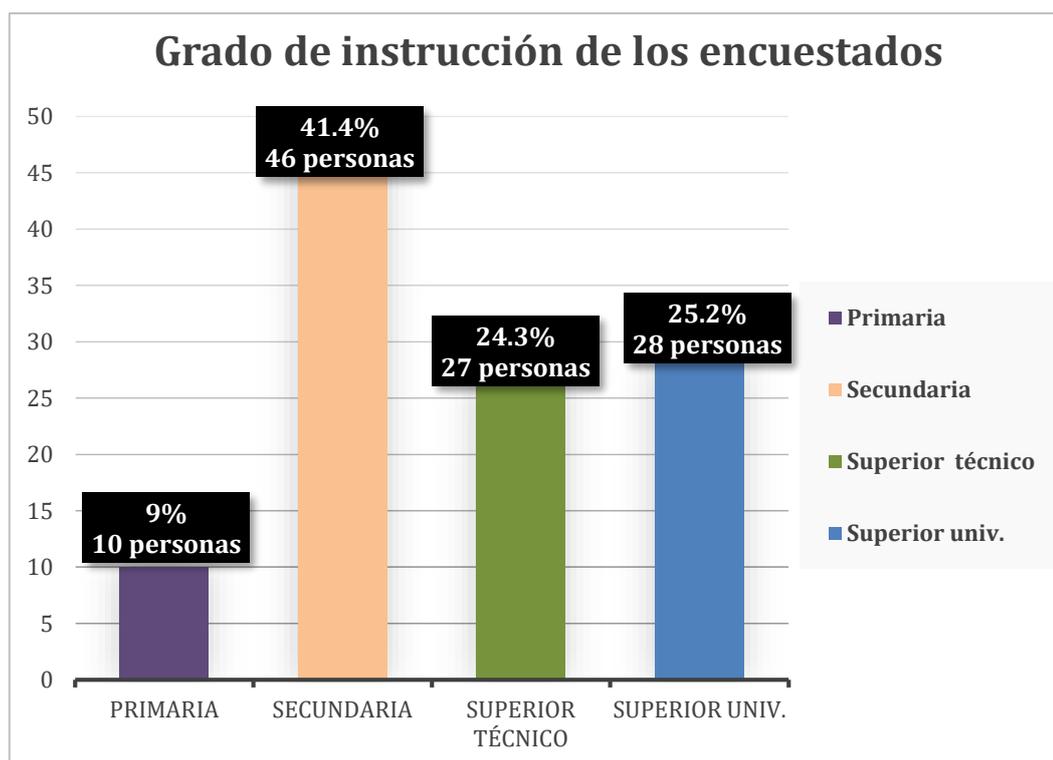
Fuente: elaboración propia.

Tabla 3 Frecuencias y porcentajes del grado de instrucción de los encuestados.

Datos generales		Fi	%
Grado de instrucción	Primaria	10	9,0
	Secundaria	46	41,4
	Superior técnico	27	24,3
	Superior univ.	28	25,2
	Total	111	100

Nota: Elaboración propia.

Figura 4



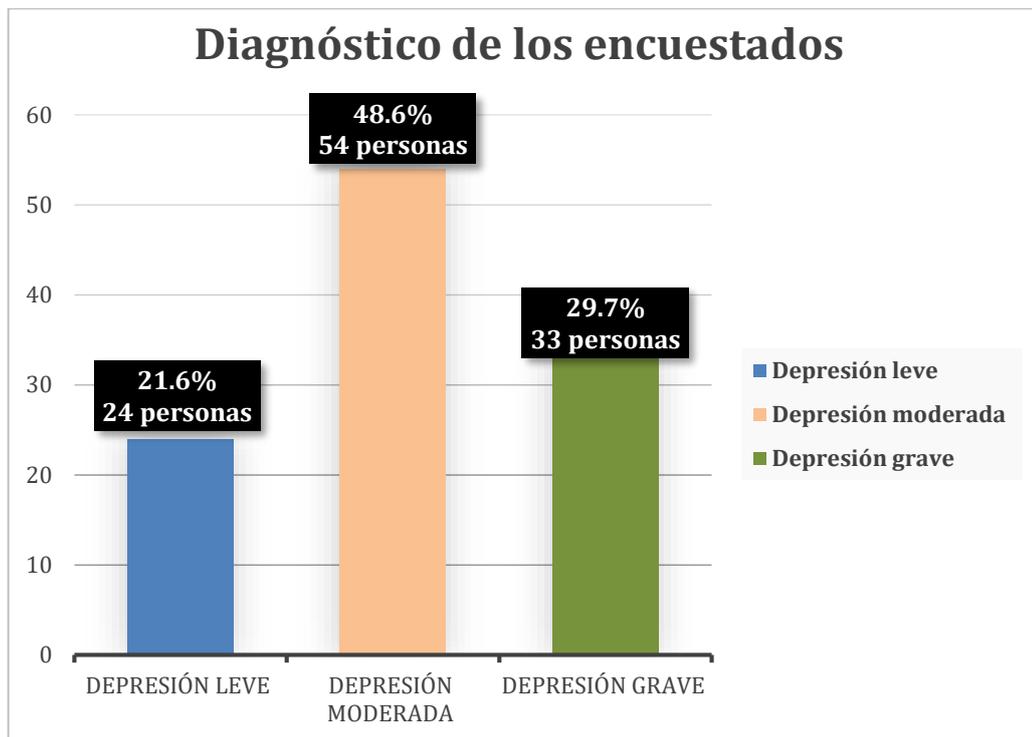
Fuente: elaboración propia.

Tabla 4 Frecuencias y porcentajes del diagnóstico de los encuestados.

Datos generales		Fi	%
Diagnóstico	Depresión leve	24	21,6
	Depresión moderada	54	48,6
	Depresión grave	33	29,7
	Total	111	100

Nota: Elaboración propia.

Figura 5



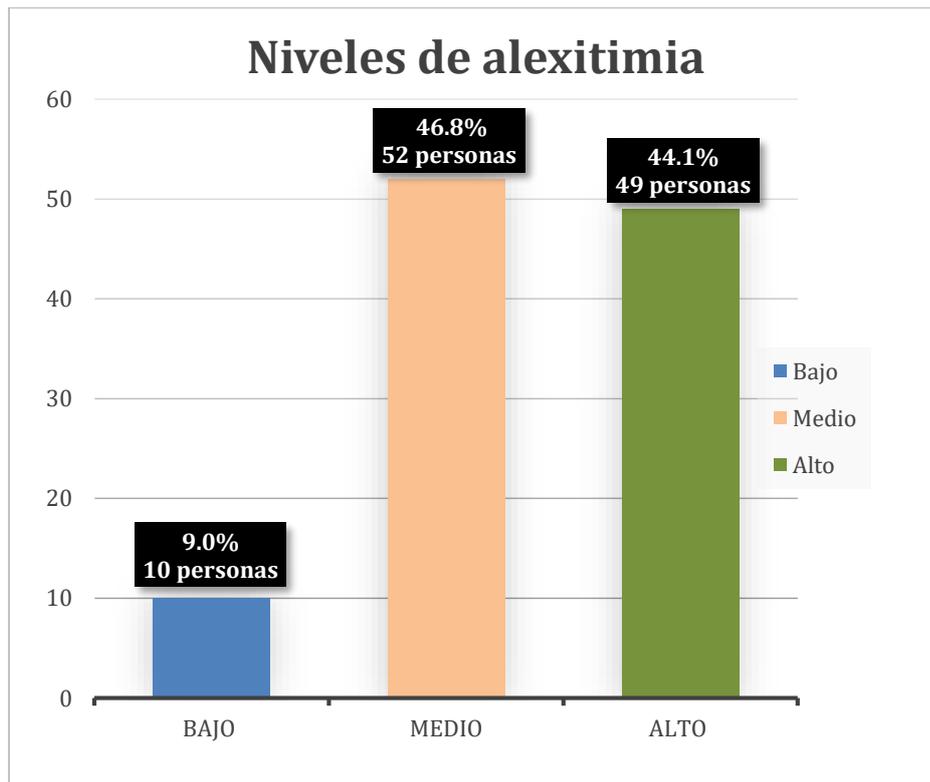
Fuente: elaboración propia.

Tabla 5 Nivel de alexitimia de pacientes depresivos del CSMC-SB.

Datos generales		Fi	%
Nivel de Alexitimia	Bajo	10	9,0
	Medio	52	46,8
	Alto	49	44,1
	Total	111	100

Nota: Elaboración propia.

Figura 6



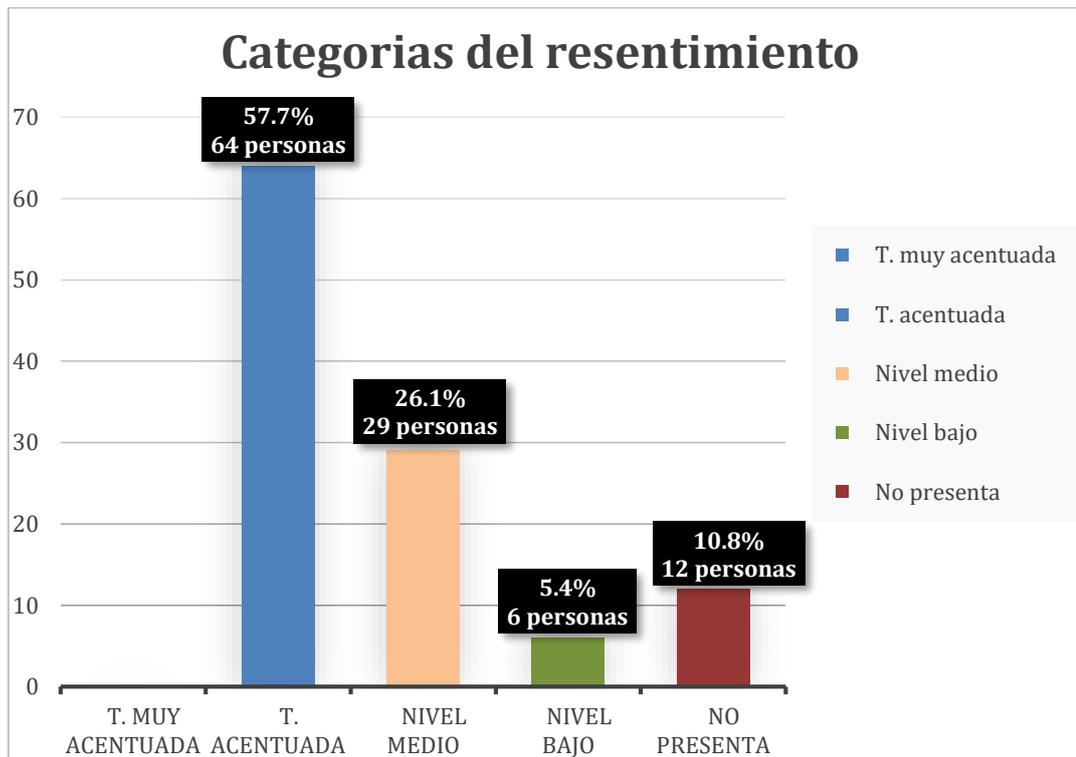
Fuente: elaboración propia.

Tabla 6 Categoría de resentimiento de pacientes depresivos del CSMC-SB.

		Fi	%
Categoría del resentimiento	T. muy acentuada	0	0,0
	T. acentuada	64	57,7
	Nivel medio	29	26,1
	Nivel bajo	6	5,4
	No presenta	12	10,8
	Total	111	100

Nota: Elaboración propia.

Figura 7



Fuente: elaboración propia.

Tabla 7 Prueba de normalidad para las variables estudiadas.

Kolmogorov - Smirnov			
	Estadístico	gl.	Sig.
Alexitimia	,096	111	,013
Resentimiento	,101	111	,007
Dimensión 1	,102	111	,006
Dimensión 2	,091	111	,024
Dimensión 3	,155	111	,000

Nota: Elaboración propia.

Tabla 8 Prueba de KMO y Bartlett.

	Kaiser Meyer Olkin		Bartlett
	KMO	gl.	Sig.
Alexitimia	,664	190	,000
Resentimiento	,740	171	,000

Nota: Elaboración propia.

Tabla 9 Alfa de Cronbach por escala de las variables estudiadas.

Alfa de Cronbach		
	Ítems	A. de C.
Alexitimia	20	,719
Resentimiento	19	,798

Nota: Elaboración propia.

Tabla 10 *Correlación entre alexitimia y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,641**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	111

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

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11 *Correlación entre dimensión 1 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento	
Alexitimia	Rho de Spearman	,393**	
	Dimensión 1	Sig. (bilateral)	,000
		N	111

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

Nota: Elaboración propia.

Tabla 12 *Correlación entre dimensión 2 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento	
Alexitimia	Rho de Spearman	,261**	
	Dimensión 2	Sig. (bilateral)	,000
		N	111

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

Nota: Elaboración propia.

Tabla 13 *Correlación entre dimensión 3 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,340**
Dimensión 3	Sig. (bilateral)	,000
	N	111

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

Nota: Elaboración propia.

5.2. Interpretación de resultados

1. En la tabla N° 01 se observa edades que oscilan entre 18 a 60 años de edad, donde la edad promedio es de 35 años con una variabilidad de 11,381, entre el participante que tiene más edad y el que tiene menos edad hay una diferencia de 42 años, la edad que más se repite es de 37 años, además se observa que el 50% de los participantes presentaron una edad comprendida de 26 y 43 años.
2. En la tabla N° 02 y la figura N° 03 se observa que los participantes del estudio fueron en un 75,7% (84) del género femenino y un 24,3 % (27) del género masculino.
3. En la tabla N° 03 y la figura N° 04 se observa que los participantes del estudio fueron en un 41,4% (46) del grado de instrucción secundaria, mientras que un 25,2% (28) y un 24,3% (27) del grado superior técnico y superior universitario respectivamente y finalmente un 9,1% del grado de instrucción primaria.
4. En la tabla N° 04 y la figura N° 05 se muestra que los participantes del estudio fueron en un 48,6% (54) del diagnóstico depresión moderada, mientras que un 29,7% (33) de depresión grave y finalmente un 21,6% (24) de depresión leve.

5. En la tabla N° 05 y la figura N° 06 se muestra que los participantes del estudio fueron en un 46,8% (52) de nivel de alexitimia medio, un 44,1% (49) de nivel alto y finalmente un 9,0% (10) de nivel de alexitimia bajo del total de la muestra.
6. En la tabla N° 06 y la figura N° 07 se muestra que los participantes fueron en un 57,7% (64) de la categoría tendencia acentuada de resentimiento, mientras que un 26,1% (29) de nivel medio, un 10,8% (12) de nivel bajo y finalmente un 5,4% (6) de la categoría no presenta resentimiento.
7. En la tabla N° 07 se muestra el análisis de la normalidad de alexitimia, resentimiento y sus dimensiones (1, 2 y 3) donde P valor (Sig.) es menor a 0.05 indicando que se ajusta a una distribución no normal, por lo cual se usó el estadístico Rho de Spearman para datos no paramétricos.
8. En la tabla N° 08 se observa que KMO arroja ,664 para alexitimia y ,740 para resentimiento, donde a P valor (Sig) es mayor 0.5 y prueba de esfericidad de Bartlett ,000 para ambas pruebas, donde P valor (Sig.) es menor a 0.05, lo cual indica que la muestra es adecuada.
9. En la tabla N° 09 se observa que el coeficiente de fiabilidad (Alfa de cronbach) es de ,719 para alexitimia y ,798 para resentimiento, es decir, ambas variables presentan una confiabilidad interna alta, según Ruiz Bolívar (2002).
10. En la tabla N° 10 se observa que el valor de P (Sig. bilateral) 0,000 es menor a 0.05, donde Rho de Spearman arroja ,641**, lo cual indica que existe una correlación altamente significativa entre resentimiento y alexitimia al 99% de significancia, una relación de tipo positiva considerable, según Hernández, *et al.* (2014).
11. En la tabla N° 11 se observa que el valor de P (Sig. bilateral) 0,000 es menor a 0.05, donde Rho de Spearman arroja ,393**, lo cual indica que existe una relación significativa entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos (dimensión 1) y resentimiento al 99% de significancia, una relación de tipo positiva media.

12. En la tabla N° 12 se observa que el valor de P (Sig. bilateral) 0,000 es menor a 0.05, donde Rho de Spearman arroja ,261**, lo cual indica que existe una relación significativa entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos (dimensión 2) y resentimiento al 99% de significancia, una relación de tipo positiva media.
13. En la tabla N° 13 se observa que el valor de P (Sig. bilateral) 0,000 es menor a 0.05, donde Rho de Spearman arroja ,340**, lo cual indica que existe una relación significativa entre la dimensión pensamiento concreto (dimensión 3) y resentimiento al 99% de significancia, una relación de tipo positiva media.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Empleando el coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

Hipótesis general

1. Formulación de las hipótesis.

H0: No existe una correlación altamente significativa entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r = 0$$

Ha: Existe una correlación altamente significativa entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r \neq 0$$

2. Elección del nivel de significación (α).

Dado que el estudio corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significancia elegido es $\alpha=0.05$ la cual indica la probabilidad o riesgo de rechazar la hipótesis nula, donde el riesgo se expresa en valores como 0.05 ó 0.01 que representa el 5% y 1% de error permisible respectivamente (Hernández *et al.*, 2014).

3. Selección de la prueba estadística.

De acuerdo a la comprobación de la normalidad de los datos, se usó la prueba de correlación Rho de Spearman para datos no paramétricos como refiere (Hernández *et al.*, 2014).

4. Cálculo de Valores.

Tabla 10 *Correlación entre alexitimia y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,641**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	111

La tabla N° 10, muestra el valor sig. = a nivel 0,01

5. Decisión estadística y conclusión.

Para tomar la decisión estadística, se aplica el método del valor de la probabilidad P (Sig.) la cual rechaza o acepta la H0.

Como se observa en la tabla 10 el coeficiente de correlación de Rho de Spearman arroja un valor de P = 0,000 valor (Sig.) < 0,05. Lo cual indica que existe correlación entre las variables a un nivel de confianza (**) del 99%. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (**H0**) y se acepta la hipótesis alterna (**Ha**).

Hipótesis específicas

1. Formulación de hipótesis.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r = 0$$

H3: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r \neq 0$$

2. Elección del nivel de significación (α).

Dado que el estudio corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significancia elegido es $\alpha=0.05$ la cual indica la probabilidad o riesgo de rechazar la hipótesis nula, donde el riesgo se expresa en valores como 0.05 ó 0.01 que representa el 5% y 1% de error permisible respectivamente (Hernández *et al.*, 2014).

3. Selección de la prueba estadística.

De acuerdo a la comprobación de la normalidad de los datos, se hizo uso de la prueba de correlación Rho de Spearman para datos no paramétricos como refiere (Hernández *et al.*, 2014).

4. Cálculo de Valores.

Tabla 11 *Correlación entre dimensión 1 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,393**
Dimensión 1	Sig. (bilateral)	,000
D. para identificar	N	111

La tabla N° 11, muestra el valor sig. = a nivel 0,01

5. Decisión estadística y conclusión.

Para aceptar o rechazar la H_0 , se aplica el método del valor de la probabilidad P (sig) la cual rechaza o acepta la H_0 .

Como se observa en la tabla N° 11 el coeficiente de correlación de Rho de Spearman arroja un valor de $P = 0,000$ valor (Sig.) $< 0,05$. Lo cual indica que existe correlación a un nivel de confianza (**) del 99%. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_3).

1. Formulación de hipótesis.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r = 0$$

H4: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r \neq 0$$

2. Elección del nivel de significación (α).

Dado que el estudio corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significancia elegido es $\alpha=0.05$ la cual indica la probabilidad o riesgo de rechazar la hipótesis nula, donde el riesgo se expresa en valores como 0.05 ó 0.01 que representa el 5% y 1% de error permisible respectivamente (Hernández *et al.*, 2014).

3. Selección de la prueba estadística.

De acuerdo a la comprobación de la normalidad de los datos, se usó la prueba de correlación Rho de Spearman para datos no paramétricos como refiere (Hernández *et al.*, 2014).

4. Cálculo de Valores.

Tabla 12 *Correlación entre dimensión 2 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,261**
Dimensión 2	Sig. (bilateral)	,000
D. para comunicar	N	111

La tabla N° 12, muestra el valor sig. = a nivel 0,01

5. Decisión estadística y conclusión.

Para aceptar o rechazar la H_0 , se aplica el método del valor de la probabilidad P (sig) la cual rechaza o acepta la H_0 .

Como se observa en la tabla N°12 el coeficiente de correlación de Rho de Spearman arroja un valor de $P = 0,000$ valor (Sig.) $< 0,05$. Lo cual indica que existe correlación a un nivel de confianza (**) del 99%. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (**H0**) y se acepta la hipótesis alterna (**H4**).

1. Formulación de hipótesis.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r = 0$$

H5: Existe relación significativa entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.

$$r \neq 0$$

2. Elección del nivel de significación (α).

Dado que el estudio corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significancia elegido es $\alpha=0.05$ la cual indica la probabilidad o riesgo de rechazar la hipótesis nula, donde el riesgo se expresa en valores como 0.05 ó 0.01 que representa el 5% y 1% de error permisible respectivamente (Hernández *et al.*, 2014).

3. Selección de la prueba estadística.

De acuerdo a la comprobación de la normalidad de los datos, se usó la prueba de correlación Rho de Spearman para datos no paramétricos como refiere (Hernández *et al.*, 2014).

4. Cálculo de Valores.

Tabla 13 *Correlación entre dimensión 3 y resentimiento.*

Correlaciones		Resentimiento
Alexitimia	Rho de Spearman	,340**
Dimensión 3	Sig. (bilateral)	,000
Pens. Concreto	N	111

La tabla N° 13, muestra el valor sig. = a nivel 0,01

5. Decisión estadística y conclusión.

Para aceptar o rechazar la H₀, se aplica el método del valor de la probabilidad P (sig) la cual se rechaza o acepta la H₀.

Como se observa en la tabla N° 13 el coeficiente de correlación de Rho de Spearman arroja un valor de P = 0,000 valor (Sig.) < 0,05. Lo cual indica que existe correlación a un nivel de confianza (**) del 99%. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (**H₀**) y se acepta la hipótesis alterna (**H₅**).

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo de resultados.

El resultado obtenido en la correlación de alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa denota que existe una relación positiva considerable, la cual acepta la hipótesis alterna (**Ha**).

El resultado obtenido del nivel de alexitimia en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa arroja que el mayor porcentaje fue de nivel medio, la cual rechaza la hipótesis alterna (**H1**).

El resultado obtenido de la categoría de resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa arroja que el mayor porcentaje fue de tendencia acentuada, la cual acepta la hipótesis alterna (**H2**).

El resultado obtenido en la correlación dificultad para identificar sentimientos y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa denota que existe una relación positiva media, la cual acepta la hipótesis alterna (**H3**).

El resultado obtenido en la correlación dificultad para comunicar sentimientos y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa denota que existe una relación positiva media, la cual acepta la hipótesis alterna (**H4**).

El resultado obtenido en la correlación de pensamiento concreto y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa denota que existe una relación positiva media, la cual acepta la hipótesis alterna (**H5**).

6.2. Comparación de resultados.

Al analizar los resultados obtenidos de la **tabla N° 5 y figura N° 6**, el 46.8% de los pacientes presentan alexitimia media, resultados similares a lo hallado por Arancibia y Behar (2015) que fue 46% de prevalencia, 44.1% por Velotti *et al.* (2016) y 38% por McGillivray, Becerra y Harms (2017) ambas en población general y clínica. Mientras que el 44.1% presentan un nivel alto de alexitimia, porcentaje parecido a lo encontrado por Gunter *et al.* (2016) y Bazán (2016) que fue de 35.7% en población general. Lo que indicaría que la alexitimia se presenta con mayor prevalencia y porcentaje en muestras clínicas por la sintomatología que estas presentan.

Respecto a la **tabla N° 6 y figura N° 7**, el 57,7% de los pacientes depresivos de la muestra total presentan tendencia acentuada de resentimiento un porcentaje similar a lo evidenciado en la investigación de Blas y Bravo (2019) que fue de 52%. Además, corrobora lo mencionado por el psiquiatra y psicoanalista argentino David Nasio, quien indica que las personas depresivas presentan una tristeza rencorosa invasiva Ranzani (2018). Sin embargo, difiere con hallazgos de Alva (2020) que fue 14.2% en población general y 14,7% en muestra clínica Delgado *et al.* (2017). La diferencia de esta última se manifestaría por el tamaño de la muestra la cual fue inferior al de esta investigación.

Por otra parte, los resultados obtenidos en la **tabla N° 10** respecto a la hipótesis general, señala que existe una correlación altamente significativa ($P < 0.05$) entre las variables alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario – Simón Bolívar, confirmando los hallazgos encontrados por Rueda *et al.*, (2006) la cual sustenta que la alexitimia, ira reprimida (resentimiento) y la depresión afectan la salud mental y se relacionan significativamente, además que esta, se manifiesta de manera enmascarada o disimulado por patologías como personalidad borderline, trastornos de adaptación, trastornos del estado de

ánimo entre otras como indica (Gonzales, 2018) siendo factores de riesgo para adquirir depresión (Barrios *et al.*, 2015).

De esta manera la investigación contribuye con la teoría la cual sostiene que la alexitimia se debe a una perturbación cognitivo – afectiva Taylor *et al.* (1994) como reacción a un evento estresante o traumático Krystal (1979, citado en Chicaiza y Gavilanes, 2017) de haber sido maltratado o desatendido por alguien o por la vida, sin razón válida León y Romero (1990) como mecanismo para evitar o enfrentar esa situación dolorosa (Aracibia & Behar 2015). En definitiva, consideramos que la dificultad para identificar y comunicar sentimientos se manifiesta más por una causa psicológica, es decir por experiencias de resentimiento.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos en la **tabla N° 11, 12 y 13** donde las 3 dimensiones se relacionan significativamente con el resentimiento, resultados parecidos a los de Rueda *et al.*, (2006) la cual indica que la dimensión 1 dificultad para identificar sentimientos tiene mayor correlación con la ira suprimida (resentimiento) a comparación de la dimensión 3, la cual posee menor correlación.

Y, por último, se obtuvo una confiabilidad interna alta 0,719 para alexitimia y 0,789 para resentimiento, resultados similares a Paredes (2017) y superiores a los hallados por Taylor *et al.* (1994), León y Romero (1990) y en muestras generales, estudiantes universitarios.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una correlación altamente significativa al 99%, de tipo positiva considerable entre alexitimia y resentimiento en pacientes adultos depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa.

SEGUNDA: Se halló que el 46,8 % de los pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa presentan un nivel medio de alexitimia y 44,1 % presenta un nivel alto de alexitimia.

TERCERA: Se halló el 57,7 % de los pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa presentan tendencia acentuada de resentimiento.

CUARTA: Existe una correlación significativa al 99%, de tipo positiva media entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa.

QUINTA: Existe una correlación significativa al 99%, de tipo positiva media entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa.

SEXTA: Existe una correlación significativa al 99%, de tipo positiva media entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se recomienda reestructurar e incluir en el plan terapéutico de los pacientes con trastornos del estado ánimo, las variables alexitimia y resentimiento, ya que se presentan en dicha población de manera significativa, para una rehabilitación eficaz y eficiente.
- SEGUNDA:** Se recomienda elaborar estrategias de intervención mediante talleres vivenciales donde identifiquen y expresen emociones y/o sentimientos en pacientes diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa con el propósito de disminuir el nivel de alexitimia.
- TERCERA:** Se recomienda desarrollar sesiones de clow para externalizar el resentimiento, además se sugiere aplicar la técnica A-B-C de Albert Ellis y silla vacía en pacientes depresivos de dicha institución.
- CUARTA:** Se recomienda aplicar la ruleta de sentimientos para que los pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa con el fin de identificar sentimientos.
- QUINTA:** Se recomienda aplicar la técnica de mapeo de emociones, emplear verbos emocionales y el porqué de un sentimiento en las consultas en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa con el propósito de expresar.
- SEXTA:** Incluir en las consultas psicológicas ejercicios que estimulen los tipos de pensamientos en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa.
- SEPTIMO:** Realizar futuras investigaciones de tipo explicativo y aplicativo para ver el grado de influencia de dichas variables en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar de Arequipa en diferentes muestras clínicas y grupos eterios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

- Alva, M. A. (2020). *Resentimiento y agresividad en estudiantes de una universidad privada de Chimbote* [tesis de licenciatura, Universidad de César Vallejo de Trujillo, Perú]. Repositorio Institucional UN: <https://repositorio.ucv.pe/handle/20.500.12692/46758?show=full>
- Arancibia, M. y Behar, A. (2015). Alexitimia y depresión: evidencias, controversias e implicancias. *Revista chil neuro – psiquiat*, 53(1), 24-34.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénetrier, C. y Gély, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237. Doi: 10.25009/pys.v21i2.575.
- Bazán, P. G. (2016). *Maltrato psicológico y alexitimia en mujeres beneficiarias de ONG – Chiclayo*. [tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán, Perú]. Institucional UN: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.12802/3193>
- Barrios, I., Piris, A., Ruiz, C., Rodríguez, G. y Torales, J. (2015). Niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción. *Latinoamericana de psiquiatría*, 2(16), 7-14. Recuperado en: 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
- Blas, K. y Bravo, L. (2019). *Autoestima y resentimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja de un Centro de Salud de Cajamarca*. [tesis de licenciatura, Universidad Privada Amtonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú].
- Chicaiza, E. y Gavilanes, F. (2017). *Alexitimia y depresión en personas privada de libertad* (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26631/1/Alexitimia%20y>

%20Depresi%C3%B3n%20en%20Personas%20Privadas%20de%20Libertad.pdf

- Dámaso, J. (1994). *Agresión, resentimiento y autoestima en adolescentes de conducta antisocial: internos de un albergue de reeducación social* [tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Mayor, Lima, Perú].
- Delgado, R., Pérez, M. Julca, N., Obregón, G. y Julca, J. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH y SIDA. *Unife*, 1(25), 59 – 79.
- De la Serna, M. (2015). *Alexitimia: viviendo sin emociones*. Recuperado de: https://issuu.com/albaolivares/docs/libro_alexitimia_fe74bb72e3b72a.
- Devis, C. (2008, 8 de agosto). Los resentimientos nacen de expectativas frustradas. Recuperado de <https://saltron.wordpress.com/2008/08/08/los-resentimientos-nacen-de-las-expectativas-frustradas/>
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. (1° ed.). México. Siclo XXI.
- González, J. S. (2017). *Propiedades psicométricas de la escala de alexitimia de Toronto en universitarios del distrito de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad de César Vallejo de Trujillo, Perú]. Repositorio Institucional UN: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12682/301>
- Gonzales, W. (2018). *Resentimiento y actitudes homofóbicas en estudiantes de una universidad de Chiclayo* [Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú].
- Gunther, V., Rufer, N., Kersting, A. y Suslow, T. (2016). Predicting symptoms in major depression after inpatient treatment: the role of alexithymia. *Revista Nórdica de Psiquiatría*, 70 (5), 392-398. doi:10.3109/08039488.2016.1146796.
- Hernández, Sampieri, R., Fernández, Collado, C., y Bautista, Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6°ed.). México. Grupo Infagón.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, J. & Viinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 48(1), 99-104.
- Jasauí, Y. P. (2014). *Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología depresiva en pacientes depresivos* [tesis de pregrado. Universidad católica de Perú, Lima]. Disponible en:

- http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5394/JASA_UICARRANZA_YAMILE_NIVELES_ALEXITIMIA.pdf?sequence=1
- León, R. y Romero, C. (1990). *Inventario de actitudes hacia la vida, escala de resentimiento*. (1° ed.). Lima.
- León, R., Romero, C., Novara, J. y Quesada, E. (1988). Una escala para medir el resentimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(3), 331-354.
- Manual de Sinónimos y Antónimos VOX (1990). *Diccionario*. España: Editorial VOX/Bibliograf.
- Marañón, G. (1981). *Tiberio. Historia de un resentimiento*. Madrid. Espasa – Calpe. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/98046713/26962070-Maranon-Gregorio-Tiberio-historia-de-un-resentimiento>
- McGillivray, L., Becerra, R. y Harms, C. (2017). Prevalencia y correlatos demográficos de Alexitimia: una comparación entre muestras australianas psiquiátricas y comunitarias. *Journal of Clinical Psychology* 73(1), 76-87.
- Miaja, M. (2014). *El impacto de la alexitimia y la resiliencia en las fases del proceso del duelo en pacientes con cáncer* [tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México]
- Moral, J. (2005). Alexitimia, desviación psicopática y depresión, un estudio en una muestra de población universitaria. *Medicina Universitaria*, 7(28), 105-115.
- Muñoz, A. (2002). *Cómo manejar el resentimiento*. Recuperado en <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/como-manejar-elresentimiento>.
- Obregón, G. M. (2017). Resentimiento y agresividad en estudiantes de 5to de secundaria. *Universidad Femenina Sagrado Corazón*, 25(2), 199-208. Doi: 10.33539/avpsicol.2017.v25n2.355
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Depresión, WHO. (10 de octubre de 2017). Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>.
- Paredes, V. E. (2017). *Propiedades psicométricas de la escala de alexitimia de Toronto en universitarios de la ciudad de Trujillo* [tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú].

- Ranzani, O. (2018, 18 de octubre). En las depresiones también hay odio y rabia. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/149485-en-las-depresiones-tambien-hay-odio-y-rabia>
- Real Academia Española (RAE, 2014). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=resentido>.
- Romero, C. (2009). *Alexitimia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada* [tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú].
- Rueda, B., Pérez, A. M., Sanjuán, P. y Ruiz, M. A. (2006). Relación entre alexitimia y hostilidad: ¿una asociación influida por el malestar psicológico?. *Revista análisis y modificación de conducta*, 32(143), 263-286.
- Sánchez – García, M., Martínez – Sánchez, F. y Var der Hofstadt, C. (2011). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, 23(4), 707-712.
- Taylor, G., Parker, J. y Bagby, R. (1994). Escala de veinte elementos de alexitimica de Toronto: selección de ítems y validación cruzada de la estructura factorial. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. Doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Taylor, G., Bagby, R. & Parker, J. (1997). The revised Toronto Alexithimya Scale, some reliability, validity and normative data. *Psychoter psychosom*, 3(57), 34-41.
- Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R. & Dimagfio, G (2016). Alexitimia, desregulación emocional, impulsividad y agresividad: un modelo de medición múltiple. *Revista psiquiátrica* 237(30), 296-303. Doi:<https://doi.org/10.2016/j.psychres.2016.01.025>

ANEXOS

Anexo N° 1A: Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO - TAS20

Cuestionario adaptado

EDAD.....SEXO..... GRADO de instrucción..... Dx.....

Instrucciones: Lea los ítems, responda con sinceridad. No hay respuestas buenas ni malas. MARQUE con una (X).

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1: Totalmente en desacuerdo | 4: Moderadamente De acuerdo |
| 2: Moderadamente en desacuerdo | 5: Totalmente de acuerdo |
| 3: ni en desacuerdo ni de acuerdo | |

	TM	MD	NDA	MA	TA
1. A menudo estoy confundido (a) con las emociones que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	1	2	3	4	5
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	5	4	3	2	1
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	5	4	3	2	1
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado (a) o enfadado (a).	1	2	3	4	5
7. A menudo estoy confundido (a) con las sensaciones de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiero que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme porque suceden de ese modo.	1	2	3	4	5
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	1	2	3	4	5
10. Estar en contacto con las emociones, es esencial.	5	4	3	2	1
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	1	2	3	4	5
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	1	2	3	4	5
13. No sé qué pasa dentro de mí.	1	2	3	4	5
14. A menudo no sé porque estoy enfadado.	1	2	3	4	5
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.	1	2	3	4	5
16. Prefiero ver espectáculos simples pero entretenidos, que dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos íntimos. .	1	2	3	4	5
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	5	4	3	2	1
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	5	4	3	2	1
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.	1	2	3	4	5

Anexo N° 1B: Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE RESENTIMIENTO (ER)

	SI	NO
1. Con frecuencia me han echado injustamente la culpa por cosas.	SI	NO
2. Se me hace más fácil ganar que perder un juego.	SI	NO
3. Los seres que quiero me trata con desconsideración a pesar de todo lo que yo hago por ellos.	SI	NO
4. Cuando puedo hago sentir quien soy yo.	SI	NO
5. Quisiera que los que despreciaron mi afecto llegarán a arrepentirse y terminarán pidiéndome perdón.	SI	NO
6. Pocas veces me jacto de las cosas.	SI	NO
7. Comprendo que algunas personas por sus errores y conflictos me traten injustamente.	SI	NO
8. Siento cólera hacia la gente que ha abusado de mi bondad e ingenuidad.	SI	NO
9. A veces me enojo.	SI	NO
10. A pesar de que otras personas son menos simpáticas que yo, veo que tienen mejor suerte en la vida, la amistad y el amor.	SI	NO
11. Muchas veces siento envidia.	SI	NO
12. A veces siento que soy marginado injustamente por las personas.	SI	NO
13. Estoy completamente libre de prejuicios de cualquier tipo.	SI	NO
14. Dejo algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy.	SI	NO
15. A veces me lamento de que mi infancia haya sido menos feliz que la de otros.	SI	NO
16. Creo que mis anhelos e ilusiones nunca se realizarán por las pocas oportunidades que los otros me brindan.	SI	NO
17. Contestó siempre un mensaje personal tan pronto como puedo después de haberla leído.	SI	NO
18. Mis cualidades personales no hay sido debidamente reconocidas.	SI	NO
19. Eso de que las "apariencias engañan" es muy cierto, sobre todo con gente que parece muy buena o muy amable.	SI	NO
20. Me río a veces de chistes groseros.	SI	NO
21. A veces pienso que otros tienen, sin merecérselo, más cosas que yo.	SI	NO
22. Me molesta saber que no tengo tanta ropa como otros.	SI	NO
23. En mi infancia hacía siempre lo que me decían, sin refunfuñar.	SI	NO
24. Me parece que mis padres fueron demasiado severos conmigo.	SI	NO
25. Es duro reconocer que siempre existiremos los oprimidos por debajo de los opresores.	SI	NO
26. He dicho algunas veces mentiras en mi vida.	SI	NO
27. He sido discriminado por mi raza.	SI	NO
28. Me complace saber que hay personas que viven más felices en sus hogares, de lo que yo vivo.	SI	NO

Anexo N° 1C: Calificación de la Escala de Resentimiento (ER)

ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO
01	+		15	+	
02		++	16	+	
03	+		17		++
04	+		18	+	
05	+		19	+	
06		++	20		++
07		+	21	+	
08	+		22	+	
09		++	23		++
10	+		24	+	
11	+		25	+	
12	+		26		++
13		++	27	+	
14		++	28		+

+ Esta respuesta se considera como indicadora de resentimiento
 ++ ítem que corresponde a la escala L de Inventario de personalidad
 de Eyenck.

Anexo N° 2: Ficha de validación de los instrumentos

Variable X: Escala de Alexitimia de Toronto(TAS20) Cuestionario adaptado

1. Validez de la escala

La validez de la escala completa obtuvo 32.5 % de la varianza, 78 % de sensibilidad y 95 % de especificidad.

2. Confiabilidad de la escala

En cuanto, a la consistencia interna el Alfa de Cronbach arrojó una confiabilidad elevada de 0.81 por la escala completa y puntuó 0.78, 0.75 y 0.66 por cada ítem (Taylor *et al.*, 1997).

Variable Y: Escala de Resentimiento (ER)

3. Validez de la escala

La validez de la escala está determinada por un estudio de los autores de la misma de las bases teóricas. Sin embargo, para validez de contenido se realizó a través de criterio de jueces, se contó con 5 profesionales, 4 psicólogos: Leopoldo Chiappo, Amela Arestegui, José Aguayo, Rosa Puente y un psiquiatra Leonardo Gonzales del área diagnóstica como terapéutica, en ella se evidenció un 80% de acuerdo entre los jueces, inicialmente se planteó 60 ítems de los cuales quedaron 28 los que reunían una validez de contenido aceptable.

4. Confiabilidad de la escala

La escala fue aplicada a una muestra de estudiantes universitarios, a través de un análisis inferencial del coeficiente de Kerlinger para ver la confiabilidad interna, en ella se obtuvo 0.55, es decir aceptable (León & Romero, 1990).

Anexo Nº 3C: Aplicación presencial



Anexo N° 4A: Aplicación virtual por videollamada

docs.google.com/forms

sintiendo.*

Totalmente en Desacuerdo

Moderadamente en Desacuerdo

Ni en Desacuerdo ni en Acuerdo

Moderadamente de Acuerdo

Totalmente de Acuerdo

2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.

Totalmente en Desacuerdo

Moderadamente en Desacuerdo

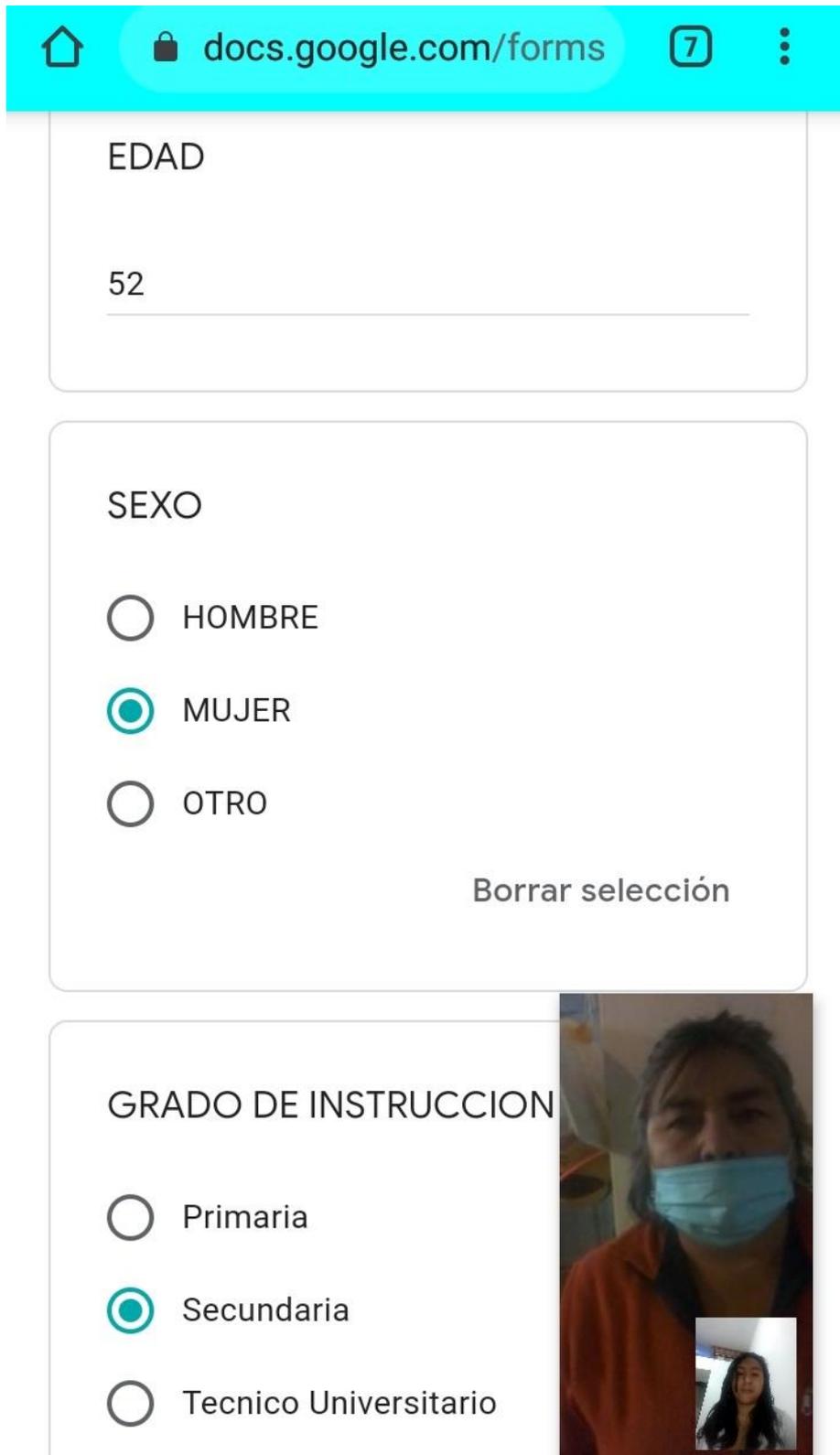
Ni en Desacuerdo ni en Acuerdo

Moderadamente de Acuerdo

Totalmente de Acuerdo



Anexo N° 4B: Aplicación virtual por videollamada



docs.google.com/forms

7

EDAD

52

SEXO

HOMBRE

MUJER

OTRO

Borrar selección

GRADO DE INSTRUCCION

Primaria

Secundaria

Tecnico Universitario



Anexo N° 5A: Consentimiento informado físico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma de Ica: Libertad Mamani Cansaya y Karol Lorena Luque Ramos. Actualmente estamos realizando un estudio que tiene como objetivo conocer la relación entre "Alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021".

Donde se le solicitará llenar 2 cuestionarios con una serie de ítems en un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad, los cuestionarios llenados serán codificados con números sin que se revele su identidad ni será usada para otro propósito fuera del estudio.

Su participación en el estudio es voluntario(a), es decir Ud. decide si participa o no, como también tiene el derecho de retirarse sin que se perjudique.

Así mismo, las investigadoras responsables se compromete aclararle cualquier inquietud.

Si Ud. acepta participar, le pido por favor ponga un (check) y escriba su nombre.

Si quiero participar.

Nombre: Yanara Purro Velasquez

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha: 23 de Mayo del 2021

Anexo N° 5B: Consentimiento informado físico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma de Ica: Libertad Mamani Cansaya y Karol Lorena Luque Ramos. Actualmente estamos realizando un estudio que tiene como objetivo conocer la relación entre "Alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021".

Donde se le solicitará llenar 2 cuestionarios con una serie de ítems en un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad, los cuestionarios llenados serán codificados con números sin que se revele su identidad ni será usada para otro propósito fuera del estudio.

Su participación en el estudio es voluntario(a), es decir Ud. decide si participa o no, como también tiene el derecho de retirarse sin que se perjudique.

Así mismo, las investigadoras responsables se comprometen a aclararle cualquier inquietud.

Si Ud. acepta participar, le pido por favor ponga un (check) y escriba su nombre.

Si quiero participar.

Nombre: Marco Sanchez Campos

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha: 10 de Junio del 2021

Anexo N° 5C: Consentimiento informado físico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Universidad Autónoma de Ica: Libertad Mamani Cansaya y Karol Lorena Luque Ramos. Actualmente estamos realizando un estudio que tiene como objetivo conocer la relación entre "Alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021".

Donde se le solicitará llenar 2 cuestionarios con una serie de ítems en un tiempo aproximado de 15 minutos.

La información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad, los cuestionarios llenados serán codificados con números sin que se revele su identidad ni será usada para otro propósito fuera del estudio.

Su participación en el estudio es voluntario(a), es decir Ud. decide si participa o no, como también tiene el derecho de retirarse sin que se perjudique.

Así mismo, las Investigadoras responsables se compromete aclararle cualquier inquietud.

Si Ud. acepta participar, le pido por favor ponga un (check) y escribe su nombre.

Si quiero participar.

Nombre: Martha Marcel C. Cahuana

Firma: 

Fecha: 10 de Junio del 2021

Anexo N° 6: Consentimiento informado virtual

docs.google.com/forms

***Obligatorio**

EDAD

Tu respuesta

SEXO

Mujer

Hombre

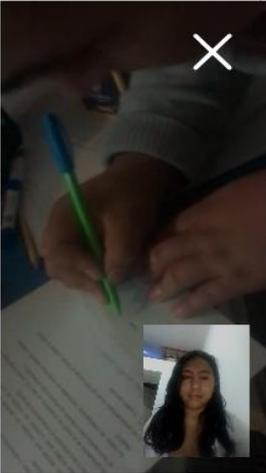
Otro: _____

Borra

Grado de Instrucción

Primaria

Secundaria



Anexo N° 7: Solicitud de permiso a la Red Caylloma

1

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ:
200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Dr. Miguel Angel Yucra Maque
Director Ejecutivo de la Red de Salud Caylloma Arequipa.

ASUNTO: solicitud de permiso para aplicar instrumentos de investigación.
Fecha: 07 de junio del 2021.

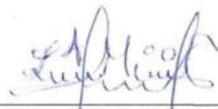
Nosotras Libertad Mamani Cansaya, identificada con DNI. N° 76929819 y Karol Lorena Luque Ramos, identificada con DNI. N° 77474729, bachilleras de psicología, ante Ud.

Con el debido respeto nos presentamos y exponemos lo siguiente:

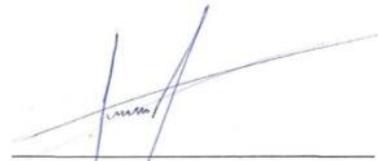
Que, solicitamos a UD. permiso para aplicar los instrumentos de nuestra investigación "ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO SIMÓN BOLÍVAR EN AREQUIPA 2021" en el Centro de Salud Mental Comunitario – Simón Bolívar dentro del mes de junio del 2021.

Sin otro particular y agradeciendo su atención anticipadamente.

Atentamente,



Libertad Mamani Cansaya
Bachiller de psicología



Karol Lorena Luque Ramos
Bachiller de psicología



Anexo N° 8: Solicitud de permiso a la MicroRed



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"
"Año Del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



MEMORANDO N° 0864-2021-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAP.

PARA : Dra. SONIA AURELIA DIAZ BRAVO
Jefe de la Microrred de Salud Víctor Raúl Hinojosa

ASUNTO : Trabajo de investigación

REF. : Solicitud del 08.06.2021

FECHA : Arequipa, 14 de Junio del 2021



Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia me permito presentar a :

- **LIBERTAD MAMANI CANSAYA**
- **KAROL LORENA LUQUE RAMOS**

Bachilleres de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica, quienes con fines de titulación requieren realizar un trabajo de investigación titulado "ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO SIMON BOLIVAR EN AREQUIPA, 2021" por ello requieren recopilar información del Centro de Salud Mental Comunitario, de la Microrred a su cargo, por un periodo de 2 meses, a partir de la fecha, debiendo coordinar con el responsable de personal sobre los horarios para la realización de la misma.

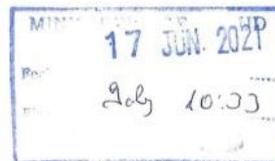
Por lo que agradeceré, se sirva brindarles las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
Dr. MIGUEL ANGEL YUCRAMAQUE
C.M.F. 42054
DIRECTOR EJECUTIVO

MAYM/TVCHA/CLAL/BR/cpc
Con copia CC : Archivo
Se adjunta :
SIGEDO Reg. Documento: 2021-3782105
SIGEDO Reg. Expediente: 2021-2468033
Fólios : (01)



Anexo N° 9: Solicitud de permiso al CSMC- SB



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



Arequipa, 2021 Junio 18

OFICIO N° 069-2021-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.VRH-J

Señora
Ps. Sonia Aguilar Ccapa
Responsable Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar
Presente.-

Asunto : Trabajo de Investigación

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que doña **LIBERTAD MAMANI CANSAYA Y KAROL LORENA LUQUE RAMOS**, Bachilleres de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica, quienes con fines de titulación requieren realizar un trabajo de investigación titulado "**ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR**"

Mucho agradeceré se sirva brindar las facilidades del caso.

Sin otro particular me despido de Usted no sin antes renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



SDB: afm
C.C: Archivo

Micro Red de Salud Victor Raúl Hinojosa Llerena - Calle Venezuela Lt. 01 Mz. 22-A - Simón Bolívar
Teléfonos: 054-456337 - Web: <http://www.mrvictorraulhinojosalllerena@saludarequipa.gob.pe>, microredjbyr@hotmail.com

Anexo N° 10: Constancia de aplicación de instrumentos



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



CONSTANCIA

La Coordinadora del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar – perteneciente a la Micro Red Víctor Raúl Hinojosa Llerena, quien suscribe, hace constar que las Srtas.:

**LIBERTAD MAMANI CANSAYA
KAROL LORENA LUQUE RAMOS**

Han realizado la aplicación de cuestionarios del estudio **"ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMON BOLIVAR EN AREQUIPA 2021"**, dicho cuestionario fue aplicado a los usuarios de nuestro establecimiento de salud durante el presente año

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Arequipa 26 de junio del 2021.

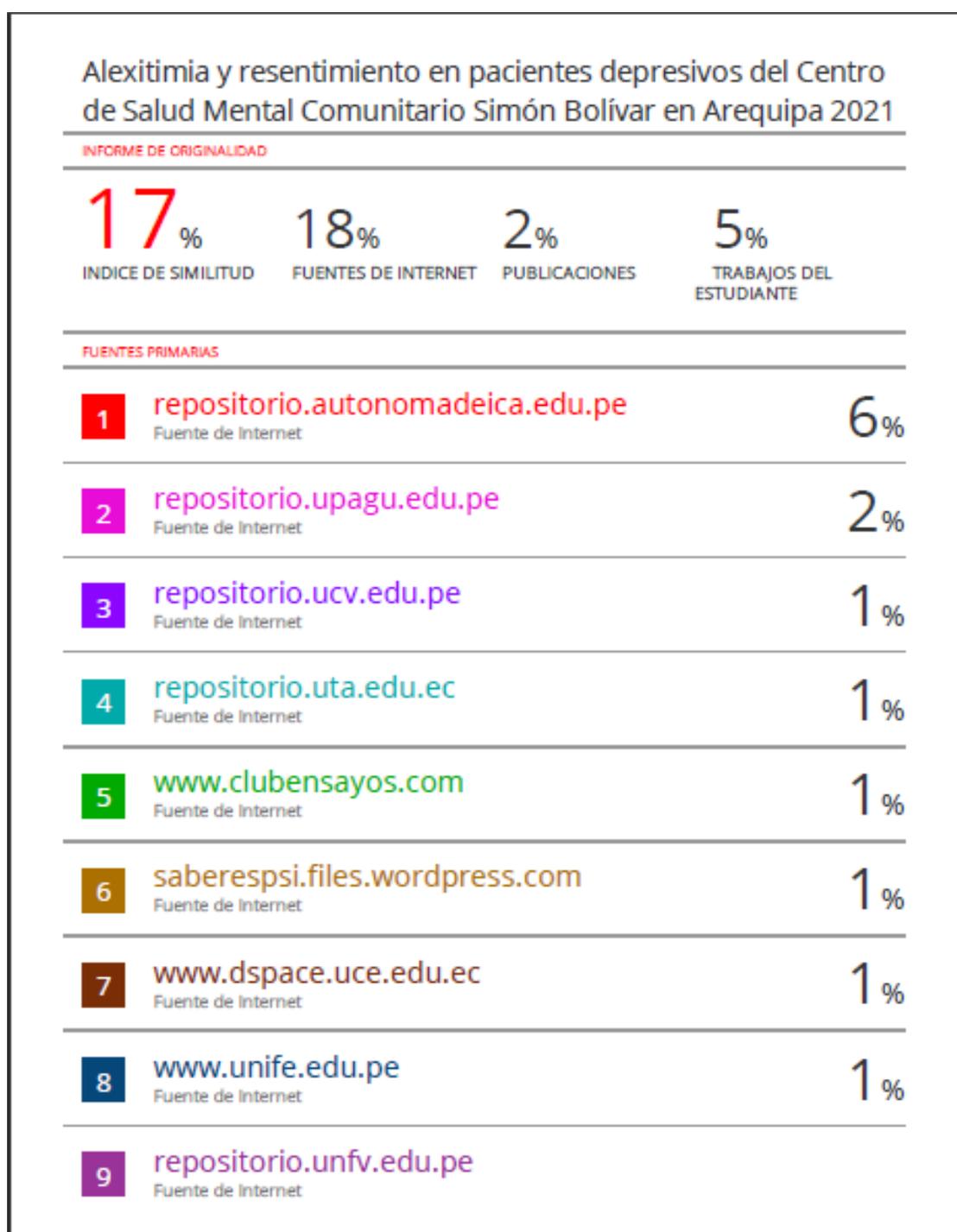
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
MICHÓN Y VICTOR RUIZ HINOJOSA LLERENA
CALLE VICTOR RUIZ HINOJOSA LLERENA
N° 1001
Arequipa - Perú

Sonia H. Aguilar Ceapa
COORDINADORA DEL C.S.M.C. SIMÓN BOLÍVAR
C. P. N.º. 3527

SAC/mém
C.c. Archivo

Centro de salud Mental Comunitario Simón Bolívar Av. Corcoar 807 Urb. Simón Bolívar - J.B.Y.F.
e-mail: csms.simonbolivar@saludarequipa.gob.pe - Central Telefónica 054-422657

Anexo N° 11: Informe de Turnitin al 28%



		1 %
10	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	es.scribd.com Fuente de Internet	1 %
12	id.scribd.com Fuente de Internet	1 %
13	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1 %
14	revistas.untrm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	www.paho.org Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
 Excluir bibliografía Activo

Anexo N° 12: Matriz de consistencia

Título: ALEXITIMIA Y RESENTIMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SIMÓN BOLÍVAR EN AREQUIPA 2021

Responsables: LIBERTAD MAMANI CANSAYA – KAROL LORENA LUQUE RAMOS

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>P.E.1</p> <p>¿Cuál es nivel de alexitimia en pacientes depresivos del Centro de Salud Centro de Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa, 2021?</p> <p>P.E.2</p> <p>¿Cuál es la categoría de resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>O.E.1</p> <p>Identificar el nivel de alexitimia en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa, 2021.</p> <p>O.E.2</p> <p>Identificar la categoría de resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe una correlación altamente significativa entre alexitimia y resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>H.E.1: El nivel de alexitimia es alto en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>H.E.2: La categoría de resentimiento es de tendencia acentuada en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p>	<p>Variable 1: Alexitimia</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.1: Dificultad para identificar sentimientos. - D.2: Dificultad para comunicar sentimientos. - D.3: Pensamiento concreto. <p>Variable 2: Resentimiento</p> <p>Dimensiones:</p> <p>No aplica</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Descriptivo - correlacional</p> <p>Nivel de estudio: Básico, relacional</p> <p>Diseño: No experimental, corte transversal</p> <p>Población Pacientes adultos diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar. Se contó con una población total de 150 pacientes.</p> <p>Muestra</p>

<p>P.E.3 ¿Cuál es la relación entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?</p> <p>P.E.4 ¿Cuál es la relación entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?</p> <p>P.E.5 ¿Cuál es la relación entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021?</p>	<p>O.E.3 Establecer la relación entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>O.E.4 Establecer la relación entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>O.E.5 Establecer la relación entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p>	<p>H.E.3: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para identificar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>H.E.4: Existe relación significativa entre la dimensión dificultad para comunicar sentimientos y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p> <p>H.E.5: Existe relación significativa entre la dimensión pensamiento concreto y el resentimiento en pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar en Arequipa 2021.</p>		<p>Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional debido que la muestra será seleccionada en función al criterio del investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 189).</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de información Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionarios</p> <p>VAR X: Escala de alexitimia de Toronto (TAS 20) cuestionario adaptado. Creada en inglés por Taylor et al. (1994) (TAS 20), adaptada por Romero (2009) en una muestra clínica, Lima, Perú.</p> <p>VAR Y: Escala de resentimiento (ER). Creada por León y Romero (1988), revisada en 1990 obteniendo una versión final.</p> <p>Técnica de análisis de datos, Excel, SPSS 23, estadístico Rho de Spearman para distribución no paramétrica de datos ordenados.</p>
--	--	--	--	---

Anexo N° 13: Base de datos de pacientes atendidos

	N°	H. CL.	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO	DIAGNÓSTICO		RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
1							
3	1	6174	Muñoz Condori Lisbeth Katherine	F	F41.2	F33.1	Ps Maria Y.
4	2	3269	Sahuanay Vilcazan Marysela Daniela	F	F31.0		Ps. Maria Y
5	3	3707	Torres Lupa, Xiomara Yamalí	F	F32.0		Ps. Maria Y.
6	4	4454	Molina Nuñez Karina Eugenia	F	F33.3	F60.3	Dra Vanessa
7	5	4972	Quispe Parizaca Rivdel Michela	F	F32.0		Ps. Milton
8	6	5266	Vilcazan Ramirez Francisca	F	F32.0		Ps. Maria Y
9	7	5598	Cardenas Motta Marisol C.	F	F33.1	Z635	Ps. Maria Y
10	8	5635	Barreda Diaz Naldy Evelin	F	F32.1		Ps. Maria Y
11	9	5691	Apaza Chora Evelin Nerida	F	F32.1	F52	Ps. Maria Y
12	10	5873	Nina Condori Xiomara	F	Distimia		
13	11	5922	Peralta Huarsaqa Jesús Alfredo	M	F32.1	F10.1	PS. Meredith
14	12	5952	De la Cruz Segura Juana Arida	F	F32.1		PS. Meredith
15	13	6081	Mamani Parque Jose Efrain	M	F32.1	F43.0	Ps. Maria Y. Dra Vanesa
16	14	6121	Mendoza Caceres de Tejada Sheyla vanesa	F	F32.1	Z630	Ps. Maria Y
17	15	6125	Pere Puma de Cuzzi Geovanna Ubaldina	F	F32.0		Ps. Milton
18	16	6126	Perez Puma Rossana Leonarda	F	F32.0		Ps. Milton
19	17	6127	Garcia Aquisse Jhoshemar Cesar	M	F32.0	Z630	Ps. Ania
20	18	6153	Ernestina Manrique Mita	F	F32.1	Z632	Ps Maria Y.
21	19	6169	Gonzales Yana Edgar Jaime	M	F32.1	Z630	Ps Maria Y.
22	20	6190	Blacido Leon Santa Antonia	F	F 320	Z630	Ps Maria Y.
23	21	6196	Carrillo Sinchi Roxana	F	F32.1		Ps Betsy
24	22	6197	Rivera Osorio Lina	F	F33.1	Z632	Ps Maria Y. Dra Vanessa
25	23	6205	Fox Pizarro de Montes Kristel Yohanq	F	F32.0	Z630	Ps. Milton
26	24	6209	Luque Ramos Karol Lorena	F	F32.1	Z630	Ps Maria Y.
27	25	6215	Mamani Mamani Aqripina	M	F32.0		Ps. Ania Bustinza Psq. Vanesa
28	26	6229	Urday Ordonez Roberto	M	F32.0		Ps. Milton
29	27	6238	Cahuana Rojas Zaida	F	F32.0		Ps. Milton
30	28	6244	Cornejo Apaza Ruth	F	F32.0	Z630	Ps. Milton
31	29	6245	Daza Pacha Miquel A.	M	F32.0	Z630	Ps. Milton
32	30	6248	Espinoza Carrillo Larry	M	F32.0		Ps. Milton
33	31	6250	Rosas Chacon Mirian	F	F32.0	Z630	Ps. Maria Ysabel
34	32	1536	Mamani Arraya Ricardina	F	F32.0	Z632	Ps. Milton
35	33	2528	Chora Quispe Maria Juana	F	F33.1		Ps. Sonia
36	34	4094	Condori Chavez Alejandro Jesus	M	F630	F32.1	Ps. Maria Ysabel
37	35	4667	Samames Loaiza Fiorela Isabel	F	F32.1	Z632	Ps. Ana Y.
38	36	4760	Salazar Medina Aracelli Guadalupe	F	F34.1	F41.9	Ps. Milton

Anexo Nº 14: Base de datos de SPSS - 23

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

1: Item_16 2 Visible: 62 de 62 variables

	CODIGO	EDAD	SEXO	GRAD_INSTRUC	DIAGNOSTICO	Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6	Item_7	Item_8	Item_9	Item_10	Item_11	Item_12	Item_13	Item_14	Item_15
1	1	26	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION GRA...	Totalme...	Moder...	Moder...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Moder...	Ni e...	Moder...	Totalme...	Ni en a...	Moder...	Ni en ...	Ni en ...	Ni en ...
2	2	31	FEMENINO	SECUNDARIA	DEPRESION GRA...	Moder...	Ni en ...	Ni en a...	Total...	Total...	Ni en a...	Moder...	Ni e...	Ni en a...	Moder...	Moder...	Ni en ...	Ni en ...	Moder...	Total...
3	3	31	FEMENINO	TÉCNICO	DEPRESION MOD...	Ni en a...	Moder...	Ni en a...	Total...	Total...	Moder...	Ni en ...	Total...	Ni en a...	Totalme...	Moder...	Total...	Total...	Moder...	Total...
4	4	42	MASCUL...	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Total...	Totalme...	Total...	Ni e...	Totalme...	Totalme...	Totalme...	Total...	Total...	Total...	Total...
5	5	46	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Totalme...	Moder...	Totalme...	Moder...	Total...	Totalme...	Total...	Mod...	Totalme...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Total...	Moder...
6	6	27	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION GRA...	Moder...	Total...	Totalme...	Moder...	Moder...	Totalme...	Total...	Mod...	Totalme...	Moder...	Totalme...	Total...	Total...	Total...	Total...
7	7	56	FEMENINO	PRIMARIA	DEPRESION MOD...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Ni en a...	Moder...	Mod...	Moder...	Moder...	Totalme...	Ni en ...	Moder...	Ni en ...	Moder...
8	8	26	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Ni en a...	Total...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Ni en ...	Total...	Moder...	Totalme...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...
9	9	32	FEMENINO	SECUNDARIA	DEPRESION LEVE	Ni en a...	Moder...	Totalme...	Moder...	Moder...	Totalme...	Total...	Mod...	Totalme...	Moder...	Moder...	Total...	Moder...	Total...	Moder...
10	10	26	MASCUL...	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Totalme...	Moder...	Totalme...	Moder...	Moder...	Totalme...	Total...	Ni e...	Totalme...	Moder...	Ni en a...	Moder...	Total...	Total...	Total...
11	11	40	MASCUL...	SECUNDARIA	DEPRESION MOD...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Total...	Totalme...	Total...	Mod...	Totalme...	Totalme...	Totalme...	Moder...	Ni en ...	Moder...	Moder...
12	12	42	FEMENINO	SECUNDARIA	DEPRESION MOD...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Moder...	Moder...	Total...	Ni e...	Ni en a...	Totalme...	Ni en a...	Moder...	Ni en ...	Moder...	Ni en ...
13	13	26	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION LEVE	Moder...	Total...	Ni en a...	Moder...	Ni en ...	Moder...	Ni en ...	Mod...	Moder...	Totalme...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...
14	14	33	FEMENINO	SECUNDARIA	DEPRESION GRA...	Ni en a...	Moder...	Totalme...	Ni en ...	Moder...	Totalme...	Total...	Ni e...	Ni en a...	Ni en a...	Moder...	Ni en ...	Ni en ...	Total...	Moder...
15	15	56	MASCUL...	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Moder...	Mod...	Totalme...	Ni en a...	Totalme...	Total...	Total...	Moder...	Ni en ...
16	16	37	FEMENINO	TÉCNICO	DEPRESION MOD...	Totalme...	Total...	Totalme...	Total...	Total...	Ni en a...	Total...	Total...	Totalme...	Totalme...	Totalme...	Total...	Ni en ...	Total...	Moder...
17	17	42	FEMENINO	SECUNDARIA	DEPRESION GRA...	Ni en a...	Moder...	Moder...	Ni en ...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Mod...	Moder...	Ni en a...	Ni en a...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Ni en ...
18	18	54	MASCUL...	PRIMARIA	DEPRESION GRA...	Totalme...	Total...	Totalme...	Total...	Moder...	Totalme...	Moder...	Total...	Totalme...	Moder...	Totalme...	Total...	Ni en ...	Ni en ...	Moder...
19	19	19	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Ni en a...	Moder...	Totalme...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Total...	Ni e...	Ni en a...	Totalme...	Ni en a...	Moder...	Total...	Moder...	Moder...
20	20	20	FEMENINO	SUPERIOR	DEPRESION MOD...	Ni en a...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Ni en a...	Moder...	Total...	Moder...	Totalme...	Moder...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Total...
21	21	49	MASCUL...	TÉCNICO	DEPRESION LEVE	Ni en a...	Total...	Totalme...	Moder...	Moder...	Moder...	Total...	Mod...	Totalme...	Moder...	Ni en a...	Ni en ...	Moder...	Moder...	Ni en ...
22	22	43	FEMENINO	TÉCNICO	DEPRESION MOD...	Totalme...	Total...	Totalme...	Total...	Total...	Moder...	Total...	Mod...	Totalme...	Totalme...	Moder...	Total...	Total...	Total...	Ni en ...

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo. Uniendo ON

