

## Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia

Publicado en la revista nº004

Autor: Otero, Juan

En el artículo se revisan las principales propuestas etiológicas para el fenómeno alexitímico. El autor muestra con una visión panorámica los distintos enfoques explicativos: neuroanatómico, psicodinámico y sociocultural. Enfoques que ponen el énfasis, respectivamente, en la desconexión entre el sistema límbico y el córtex y en la disfunción cortical durante la activación emocional, las primeras relaciones madre-bebé y el desarrollo progresivo de los afectos y las diferencias en la comunicación mediadas por el aprendizaje y los factores culturales.

### Introducción

Las bases del concepto alexitimia fueron instaladas por algunos autores de corriente psicoanalítica que observaron que en los pacientes con enfermedades psicósomáticas existía una gran dificultad para expresar los conflictos verbalmente. Así, Alexander, Dunbar o Ruesch, por citar algunos de ellos, señalan algunas de las características propias de estos pacientes: coartación de la fantasía, dificultad para la expresión de las emociones, tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal o dificultad en el abordaje psicoanalítico de su problema. Nemiah pone un ejemplo de este funcionamiento:

Paralelamente, McLean (1949) propone un modelo neuroanatómico explicativo que señala que existe una desconexión interhemisférica en estos pacientes que impide la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex, con lo cual, las emociones no son bien traducidas simbólicamente a palabras.

En los años sesenta, los psicoanalistas franceses Marty y M'Uzan (1963) observan en sus pacientes psicósomáticos los mismos aspectos de personalidad que habían señalado sus colegas americanos e introducen el término pensamiento operatorio para designar un tipo de funcionamiento mental común en los pacientes psicósomáticos. Comienzan señalando dos de sus características esenciales: "se trata de un pensamiento consciente que 1) no parece poseer un lazo orgánico con la actividad fantasmática y 2) duplica y ejemplifica la acción, ya sea que la precede o la siga, pero siempre en un campo temporal limitado".

Parece conveniente reproducir una viñeta clínica tomada del artículo de Marty y M'Uzan, que ilustra este tipo de funcionamiento mental de los pacientes psicósomáticos. El caso pertenece a un hombre de 25 años que sufre un síndrome complejo: cefaleas, temblor en los miembros, trastornos de memoria y falta de coordinación en los movimientos. El entrevistador, en la secuencia de la sesión, induce al paciente a una comparación entre él y su padre:

Paciente- En las últimas vacaciones le puse un techo aislante a mi auto. A mi padre todo le da igual, pero a mí me gusta que todo quede bien ajustado, aunque pueda ser un inconveniente, a la postre puede resultar más aislante. Además, al día siguiente se podía ver que las placas aislantes ardían, pero con el tiempo van a ir tomando forma pues el techo es curvo, se ajustarán, para acabar despegándose

de la cubierta. Entonces será necesario volver a ajustar los listones que se encuentran en el interior del auto. Yo hubiera preferido ajustarlas de tal manera que ya no fuese necesario volver a tocarlas, que se conservasen sólidas y desmontables. A mi padre todo le contenta, mientras que a mí me gusta hacer un trabajo bien acabado.

Entrevistador- Hay algo que no he comprendido. ¿De quién fue la idea de ajustar el techo aislante?

P- Mía

E- ¿Y eso era un inconveniente?

P- No lo sé, deberemos juzgar por los resultados

E- ¿Cómo es eso?

P- Sí, pues a los dos días el techo todavía no había tomado forma; en los extremos donde se había despegado no estaba caliente, pero donde se había pegado está recalentado.

E- ¿Por lo tanto era mejor que no pegase?

P- Sí

E- ¿Entonces era mejor no ser tan estricto?

P- No obligatoriamente. Yo había pensado que con las trepidaciones del auto y el paso del tiempo las placas iban a curvarse. Lo que ocurrió es que se despegaron un poco, pero quizá no sea suficiente y tal vez haya que ponerle una cuña para que se mantengan separadas.

E- Me ha dicho que su padre hace siempre lo que usted quiere, le pedí un ejemplo y usted me da uno donde justamente no es la mejor prueba de su éxito.

P- Por el momento no puedo juzgar, todavía no está terminado y ya le digo, no sé cómo puede terminar, es un intento. Antes había cartones que aislaban y el calor no se sentía. La única diferencia es que las placas se encuentran más cerca del techo que los cartones; los cartones dejaban circular el aire por abajo, mientras que las placas, al encontrarse sobre los contrafuertes dejan pasar menos aire.

E- Eso no es ventajoso para lo que usted se propone

P- No lo sabré hasta dentro de un tiempo. Si en los bordes no hace calor, no hay ninguna razón para que se recaliente en los otros lugares.

Las palabras del sujeto describen, detallan la acción pero sin una ligazón con movimientos internos. El discurso está pegado a lo estrictamente material, sin atisbos de emoción y sin posibilidades de ampliarse a realidades de otro orden, afectivo o fantasmático que puedan enriquecer sus operaciones.

Nemiah y Sifneos (1970) empiezan a investigar empíricamente las conceptualizaciones teóricas formuladas por los autores precedentes. Emplearon como técnica el análisis de 21 entrevistas realizadas a pacientes psicósomáticos, estudiando los contenidos asociativos y los sueños. Constatan que el uso de símbolos en estos pacientes es limitado al igual que están ausentes los pensamientos relacionados con actitudes internas, sentimientos, deseos o impulsos. Ej. Un paciente que sufre incidentalmente una forma de lupus dice: "¿Cómo puedo yo saber si deseo o no a esa chica? Lo único que se es que tengo erecciones cuando estoy con ella". Cuando a los pacientes se les pide que asocien sobre los elementos son incapaces de hacerlo; si se les insiste, ellos complacen al terapeuta proporcionando más detalles factuales desligados de experiencias internas de otra dimensión.

Sifneos (1973)\* acuñó el término griego alexitimia para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta. Aunque este autor no crea un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicósomáticos. Con sus propias palabras:

“Los pacientes que sufren trastornos psicósomáticos, a quienes tuve la oportunidad de entrevistar durante muchos años en la clínica psiquiátrica del Hospital General de Massachusetts, muestran una marcada dificultad para comunicarse con su entrevistador, transmiten la impresión general de ser apagados y utilizan las acciones para evitar conflictos o situaciones de frustración. Además de una relativa constricción en el funcionamiento emocional, su más notable característica es la incapacidad para encontrar las palabras apropiadas para describir los sentimientos. Por buscar un término mejor, propuse la palabra alexitimia\* (del griego a = sin, lexis = palabras, thymos = sentimiento o emoción) para describir esta dificultad específica que probablemente se deba a la combinación de defectos neurofisiológicos y psicológicos más que sólo a los puramente psicológicos” (págs. 255-256).

*(\*) el vocablo alexitimia lo utilizó por primera vez Sifneos en 1967 en su conferencia: “Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases”; in Antonelli Proc. 7th European Conference on Psychosomatic Research, Rome. Acta Med. Psychosom., pp. 1-10. Posteriormente también apareció en prensa, “Short term psychotherapy and emotional crisis”, 1972, Cambridge, Harvard University Press y en la 9th European Conference on Psychosomatic Research, Vienna, 1972. No obstante, fue en su artículo “The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients” (1973), donde se consolida con mayor protagonismo.*

Las características clínicas del concepto alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales (Vogt y cols., 1977; Apfel y Sifneos, 1979; Von Rad, 1984). Estas características constituyentes del síndrome han sido subrayadas repetidamente por numerosos investigadores de diferentes orientaciones, épocas y lugares con sorprendente unanimidad de criterios (Nemiah, 1975; Krystal, 1979; Lolas y cols., 1980; Fava y cols., 1980; Taylor y cols., 1991; Ayuso, 1993, etc.): ausencia de producción fantasmática, dificultad para poner palabras a los sentimientos, discurso estereotipado, escasez de sueños, etc. En este sentido de convergencia sindrómica, el concepto pensamiento operatorio y el concepto alexitimia pueden considerarse equivalentes. Quizás, los franceses enfatizan más el aspecto fantasmático y Sifneos recalca la vertiente emocional; pero unos y otros enuncian los mismos componentes del síndrome.

Sin embargo, la unanimidad de criterios termina aquí. Cuando hablamos de la etiología nos encontramos distintas propuestas difíciles de compatibilizar. Siguiendo con la comparación anterior, la diferencia fundamental entre alexitimia y pensamiento operatorio es que, describiendo lo mismo, son dos conceptos pensados desde marcos teóricos diferentes que plantean distintas etiopatogenias. Mientras que el concepto pensamiento operatorio se liga indisolublemente a trastorno profundo de la personalidad (estructura de personalidad psicósomática), el concepto alexitimia suele presentarse con su valor descriptivo, teniendo su valor etiológico un menor compromiso con una determinada escuela. Es un concepto bien aceptado desde cualquier ángulo de la psicología y de la psiquiatría y tiene la ventaja de poder servir de puente entre teorías, con lo cual abre más la posibilidad de debate.

Las discusiones en torno a las cuestiones de: rasgo o estado, estructura o defensa, precondition para la formación de un estado psicopatológico o síndrome psicopatológico por sí mismo, innato o adquirido, específico de un tipo de pacientes o potencialmente desarrollable en cualquiera, etc., requieren de mucho más trabajo de investigación. Hasta el momento se han propuesto factores neuroanatómicos, psicodinámicos y socioculturales para intentar dar una explicación al origen de la alexitimia. Estas aproximaciones etiológicas son las que abordamos a continuación.

## Hipótesis neuroanatómicas

Su fundamento básico parte de que la emoción se localiza en el hemisferio derecho en la mayoría de los sujetos diestros normales y la expresión verbal se localiza en el hemisferio izquierdo. La hipotética falta de comunicación entre hemisferios en los individuos alexitímicos produciría un déficit en la capacidad para verbalizar las emociones.

Esta hipótesis fue planteada inicialmente por McLean en 1949, al observar que los enfermos psicossomáticos respondían a las situaciones emocionales con respuestas predominantemente físicas. Según este autor, esto se debe a que existe una alteración en la conexión entre el sistema límbico (“visceral brain”) y el neocórtex (“word brain”) de estos pacientes. Nemiah (1975) recoge esta teoría y señala que el individuo alexitímico, debido a que se interrumpe o bloquea el flujo ascendente de información entre el sistema hipotalámico y el neocórtex, puede experimentar la parte autonómica del afecto pero no la parte psíquica.

Hoppe y Bogen (1977), tras estudiar a doce pacientes epilépticos que habían sido comisurotomizados quirúrgicamente, observan que, después de la intervención, estos pacientes muestran un déficit en la fantasía, escasez de sueños y pobre capacidad para simbolizar. Esta similitud con el pensamiento operatorio les llevó a introducir el concepto de “comisurotomía funcional” en los pacientes con enfermedades psicossomáticas. La alexitimia representaría un trastorno funcional defensivo en el cual no hay posibilidad de traducir las emociones viscerales del hemisferio derecho a la representación palabra propia del hemisferio izquierdo. Esto da como resultado la hipercatexia de las sensaciones corporales.

Lesser y Lesser (1983) cuestionan el trabajo de Hoppe y Bogen (1977) ya que:

- no distingue claramente entre pacientes con enfermedades psicossomáticas y aquellos con características alexitímicas.
- para extraer conclusiones definitivas se necesita un mayor número de estudios con instrumentos neuropsicológicos que evalúen déficits en la conexión interhemisférica.
- Estas críticas sirvieron de acicate a algunos de los trabajos que se realizaron posteriormente. Vamos a destacar los siguientes:
  - TenHouten, Hoppe y Bogen (1985) investigan directamente la hipótesis de Hoppe y Bogen (1977). Comparan las respuestas verbales y escritas sobre una película con contenidos simbólicos de muerte y pérdida en 8 pacientes que habían sido comisurotomizados (6 total y 2 parcialmente) y 8 controles. Los resultados muestran más características alexitímicas en los comisurotomizados, salvo la excepción de un sujeto del grupo control altamente alexitímico. Concluyen que la comisurotomía completa es una condición suficiente pero no necesaria para mostrar altas características alexitímicas. Estos autores dan así, un paso importante en la hipótesis de determinar si puede darse una comisurotomía funcional en personas alexitímicas neurológicamente intactas.
  - Geffen y cols. (1984) estudian los efectos de las lesiones en el cuerpo caloso en una tarea neuropsicológica de localización táctil con el dedo (teniendo en cuenta las conexiones sensoriales y motoras de las manos). Encuentran un 7% de déficit en la conexión interhemisférica en sujetos normales, un 28% de déficit en pacientes con comisurotomías parciales (lesiones en el tronco del cuerpo caloso) y un 82% de déficit en sujetos con comisurotomías completas.

En una investigación con 25 combatientes de guerra diagnosticados de trastorno de estrés postraumático, Zeitlin y cols. (1989) intentan determinar si la alexitimia está asociada a un déficit en la comunicación interhemisférica en personas que tienen intacto el cuerpo calloso. Utiliza la prueba de localización táctil con el dedo (la misma medida comportamental que utilizó Geffen para medir la transferencia hemisférica). Su trabajo muestra que los sujetos normales y los sujetos no alexitímicos con trastorno de estrés postraumático tienen un déficit en la conexión interhemisférica del 8% y los sujetos alexitímicos con trastorno de estrés postraumático tienen un déficit del 18%.

- Estos resultados de Zeitlin y cols. (1989) animan a la comparación con los resultados de Geffen y cols. (1984). Sobre la base de los dos estudios, de similares características, el déficit en la conexión interhemisférica en sujetos alexitímicos podría estar a medio camino entre el déficit que se observa en sujetos normales y el déficit observado en pacientes parcialmente comisurotomizados.

- En la última década, y como alternativa al modelo previo de comisurotomía funcional, algunos autores (Lane y cols., 1997; Houtveen y cols., 1997) sostienen que el déficit alexitímico para experimentar las emociones de manera consciente tiene relación con sus niveles de flujo sanguíneo en el córtex cingulado anterior mientras se produce la emoción. En estos sujetos se produce un déficit en la actividad cortical durante los períodos de activación emocional, con una pobre interacción entre los módulos de las redes neuronales corticales.

- Distintas investigaciones (Linden y cols., 1996; Lane, 1996; Friedlander y cols., 1997; Infrasca, 1997) demuestran que existe un exceso de activación neurofisiológica en el alexitímico que no puede ser contrarrestada adecuadamente, lo que les imposibilita la traducción de esa actividad emocional (biológica) en sentimientos y fantasías que expresen la emoción. Esta conceptualización de la alexitimia como una forma de ceguera sentimental también ha sido comparada a los estados afectivos derivados de otros problemas neurológicos como lesiones orbitofrontales, aprosodia o anosognosia.

## Hipótesis psicodinámicas

Los autores que han abordado psicodinámicamente el fenómeno de la alexitimia coinciden en señalar que su génesis se puede localizar en los avatares evolutivos del niño durante la temprana infancia y, más concretamente, en las vicisitudes de la relación madre-bebé. El bebé, incapaz de hablar o de organizar sus experiencias emocionales es, por definición y, a causa de su inmadurez, alexitímico. Depende de otra persona que maneje por él sus estados emocionales y les dé un nombre (McDougall, 1982);

“A través de las palabras es cuando los afectos acaban, por fin, vinculándose firmemente con las representaciones mentales; son las palabras las que ligan la libre circulación de la afectividad primaria y las ponen a disposición del pensamiento, un pensamiento verdadero, no operatorio” (pág. 173).

Lane y Schwartz (1987) plantean una secuencia de cinco niveles de concienciación emocional que van desde un primer nivel en el que sólo existe una vaga conciencia de sensaciones corporales indiferenciadas hasta un nivel que incluye el conocimiento de los complejos matices y combinaciones de sentimientos, incluyendo la capacidad para apreciar la experiencia emocional de otros. A partir de un estado indiferenciado, la maduración permite al niño expresarse en varias direcciones, al mismo tiempo que el aparato mental se organiza.

Krystal (1978, 1979, 1997) establece una diferencia entre la “desomatización”, proceso de desarrollo en el que las energías son controladas cada vez más por medios psíquicos, y la “resomatización”, que constituye el proceso regresivo inverso. En su teoría sobre el desarrollo genético del afecto describe la transformación de las

emociones infantiles a las adultas como una secuencia epigenética de naturaleza dimensional representada por la capacidad de diferenciar las emociones entre sí, la posibilidad de verbalizarlas y, consecuentemente, la progresiva desomatización de las mismas.

La presencia de alexitimia ha sido evocada en términos de déficit estructural (Marty y M'Uzan, 1963; Nemiah y Sifneos, 1970; Marty, 1995; Nemiah, 1996) y en términos dimensionales (McDougall, 1982; Benedetti, 1980; Kleinberg, 1996; Kooiman y cols., 1998). Vamos a mostrar someramente ambos puntos de vista:

Desde la perspectiva deficitaria estructural se asume que existe una estrecha relación entre alexitimia y una estructura psicossomática de la personalidad. A su vez, la estructura neurótica y la estructura psicossomática se consideran entidades diferentes.

Tanto Marty y M'Uzan (1963) como Nemiah y Sifneos (1970) propusieron originariamente un modelo de déficit. La inhabilidad de los alexitímicos para contactar con sus sentimientos internos no sería tanto el resultado de resistencias, sino que más bien tendría que ver con un déficit de la capacidad simbólica. Esta idea ha sido desarrollada por la escuela psicossomática de París. Según Marty (1995), cuando se instituyen fallas importantes en la construcción de las representaciones de palabra ligadas a los valores afectivos, el niño sólo puede adquirir una formación rudimentaria de la simbolización. Esta capacidad, que sería la base para el desarrollo de la fantasía, resulta deficitaria en el alexitímico. Así, mientras en la neurosis los sueños, fantasías o interacciones simbólicas integran las pulsiones en forma de fantasma, el paciente alexitímico presenta una vida pobre y desafectivizada adherida a una realidad factual, concreta y simplificada.

Para los autores que defienden un punto de vista dimensional, todo el mundo, de vez en cuando, puede actuar de modo operatorio o alexitímico. Frente a los acontecimientos que nos arrollan, a menudo nos encontramos desconectados con algunas áreas de nuestra realidad psíquica. En ocasiones somos incapaces de contener las vivencias que nos asedian y de reflexionar sobre ellas. En lugar de esto, es posible que, mediante la acción o la enfermedad, demos salida a los afectos que se han movilizado.

Von Rad (1984) subraya la tendencia del alexitímico a escindir una dimensión afectiva del conflicto aunque afirma que el límite entre alexitimia y neurosis es dinámico y fluido. El trabajo de Krystal con las víctimas del holocausto (1978) muestra que la manifestación de síntomas alexitímicos en un momento concreto sirve para impedir el retorno de un estado traumático. Esta ausencia de afecto resulta de un esfuerzo continuo por cortar los vínculos afectivos cuando éstos tienen conexión con objetivos pulsiones o con ideas cargadas emocionalmente.

Para McDougall (1982), la alexitimia, en sus estados graves, no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica para sentir o expresar una emoción, sino una intensa defensa contra la vitalidad interna. Esta parálisis afectiva está destinada a evitar fantasías primarias de intrusión o abandono, o el retorno de un estado traumático de desvalimiento o desesperanza en el que la existencia psíquica, e incluso la vida misma, es sentido como algo amenazador. Mediante mecanismos de defensa tales como la escisión y la identificación proyectiva, el psiquismo trata de hacer frente a temores primitivos de aniquilación o pérdida de ser, que están más cerca de la psicosis que de la neurosis.

Otras investigaciones psicoanalíticas actuales (Kleinberg, 1996; Krystal, 1997; Kooiman y cols., 1998; Parker y cols., 1998) destacan de la misma manera la fuerte asociación entre mecanismos de defensa primitivos y características alexitímicas. Se señala que el estilo defensivo de estos pacientes es inadecuado e inmaduro y que su origen podría encontrarse en fallas tempranas en la relación madre bebé que impiden el desarrollo de la capacidad emocional en el niño. No obstante, no es fácil comprobar y determinar con claridad esta hipótesis etiológica (Kooiman y cols., 1998).

### Hipótesis socioculturales

Además de los factores intrapsíquicos y neurofisiológicos, los estilos de comunicación están mediados por

factores socioculturales y modelos de comunicación familiar y de aprendizaje social. Partiendo de esta idea, un ambiente familiar o social determinado puede tener una influencia negativa en la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con fantasías y sentimientos, y conducir a la aparición de características alexitímicas.

Los autores que defienden esta hipótesis estudian las diferencias transculturales y demográficas, destacando la repercusión del aprendizaje social en el comportamiento alexitímico.

#### a) Estudios transculturales

Parece que ciertas actitudes culturales de identidad racial conllevan una disminución de la comunicación emocional; esta característica propia del síndrome alexitímico se ha encontrado entre mujeres afro-americanas (Dinsmore y Mallinckrodt, 1996) y en culturas orientales (Kleinman, 1976; Lin, 1980; Dion, 1996) Algunas de las conclusiones generales que pueden extraerse de los estudios que comparan diferentes culturas son las siguientes:

En nuestra cultura se da un valor importante a la posibilidad de expresar verbalmente las emociones, siendo un signo de salud y madurez. La gente de los países desarrollados muestra una mayor diferenciación de los estados emocionales que la gente de los países en desarrollo.

En culturas orientales esto no es un uso común y aceptado, siendo el malestar psíquico expresado por la vía de la somatización o mediante una intelectualización excesiva. Según Lin (1980), los chinos se esfuerzan por evitar el exceso de emociones y ajustarse en la medida de lo posible a las convenciones sociales; el aspecto más relevante de su medicina tradicional es la indiferenciación entre las funciones fisiológicas y psicológicas. Neill y Sandifer (1982) señalan que la constelación alexitímica se parece al comportamiento de las personas en algunos países orientales y a ciertos grupos dentro de los países occidentales como son los de baja clase socioeconómica y pobre grado de sofisticación psicológica.

En general, tanto la somatización como la expresión verbal de la emoción están determinados en parte por actitudes culturales y por la constricción emocional que imponen los idiomas. Los resultados de un importante estudio reciente realizado por Dion (1996) con una muestra de 950 hombres y mujeres estudiantes de distintas razas muestran que las puntuaciones de los chinos en alexitimia son significativamente mayores que las de razas occidentales.

#### b) Estudios demográficos

Los resultados más destacados de algunos de los trabajos que evalúan diferentes variables demográficas son los siguientes:

- Respecto al nivel educativo y socioeconómico, Borens y cols. (1977) destacan que los pacientes psicósomáticos de clase socioeconómica baja tienen menos respuestas afectivas, menos fantasía y más dificultad para la expresión verbal. Los autores concluyen que la alexitimia es un fenómeno asociado con el origen social y el grado de sofisticación del paciente. Smith (1983) llega a la misma conclusión. Pierloot y Vinck (1977), por el contrario, encuentran una débil correlación negativa (estadísticamente no significativa) entre puntuaciones en alexitimia y nivel educativo y socioeconómico. Mendelson (1982), Keltikangas-Järvinen (1985) y Joukamaa y cols. (1996) no encuentran ninguna relación entre alexitimia y una clase social determinada.
- En la variable sexo, Keltikangas-Järvinen (1985) encuentra que los hombres son más alexitímicos que las mujeres en un grupo de psicósomáticos, pero no en un grupo control. Shipko (1982) obtiene los siguientes resultados: un 1'8 % de mujeres y un 8 % de varones (población estudiantil) son alexitímicos.

Smith (1983), Dion (1996) y Fischer y Good (1997) afirman que los hombres puntúan significativamente más alto en alexitimia. Otros estudios realizados con población psicósomática indican que no existen diferencias entre sexos (Sifneos, 1973; Pierloot y Vinck, 1977; Mendelson, 1982; Sriram y cols., 1987). Por último, en la variable edad, Kleiger y Jones (1980) encuentran una relación positivamente alta con el nivel de alexitimia. Sin embargo, otros estudios (Lolas y cols., 1980; Smith, 1983; Sriram y cols., 1987; Fukunishi y cols., 1997) no encuentran esta relación.

En definitiva, no hay conclusiones unánimes. Las investigaciones socioculturales, más que dar cuenta de la etiopatogenia de la alexitimia, muestran una epidemiología descriptiva; dentro de esta dimensión, arrojan resultados contrapuestos a la hora de relacionar la alexitimia con las diferentes variables sociodemográficas (sexo, edad, clase social, nivel cultural y educativo, etc.).

## Reflexiones

En este artículo apenas se han abordado las críticas más importantes que pueden desprenderse de la emergencia y consolidación del concepto alexitimia ni las propuestas actuales en torno a la delimitación psicopatológica del término (para ello sugiero como complemento importante de este artículo, la lectura de otro que publiqué recientemente y cuya reseña figura en la bibliografía). No obstante sería importante recalcar un aspecto primordial que subyace peligrosamente en los textos sobre alexitimia; se trata de la confusión terminológica que se produce frecuentemente entre alexitimia y psicósomática. Tras la aparición del concepto alexitimia, surgieron algunas críticas que denunciaban la deificación del concepto en ausencia de suficientes datos empíricos, la equivalencia entre alexitimia y psicósomática y la dimensión estructural de la alexitimia. A partir de estos cuestionamientos, la investigación ha evolucionado tomando como objeto de estudio otros grupos no psicósomáticos. Se ha investigado con mayor rigurosidad metodológica las características alexitímicas en diferentes psicopatologías (trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de estrés postraumático, etc.) o en problemas físicos de causa orgánica. En este abanico de pacientes muchas veces se han encontrado características alexitímicas, a veces tan desarrolladas como las de pacientes clásicamente psicósomáticos. También se ha comprobado empíricamente que no todos los pacientes con enfermedades psicósomáticas o con diversas somatizaciones tienen características alexitímicas. Por tanto, es necesario separar de nuestras mentes la igualdad alexitimia-psicósomática aun reconociendo que una de las fuentes importantes de alexitimia es el psicósomático.

El hecho de que la alexitimia pueda darse en otras patologías no psicósomáticas nos lleva a preguntarnos directamente por su estabilidad; la alexitimia ¿ha de considerarse como un rasgo disposicional con la etiqueta de estructural o bien ha de considerarse un aspecto de la afectividad potencialmente desarrollable en cualquier individuo?, ¿es algo intrínseco de la personalidad o bien está sujeto a modificaciones según las condiciones del entorno?.

Como en casi todas las cuestiones de psicopatología, también los factores explicativos acerca del origen de la alexitimia son diversos y difíciles de compatibilizar. El concepto de alexitimia ha sido bien aceptado desde diferentes escuelas con presupuestos teóricos dispares; tal y como se ha dicho en la introducción hay acuerdo a la hora de describirlo pero desacuerdo a la hora de hablar de etiología; ¿cómo conjugar una visión estructural del problema con una visión del problema al modo de un estado susceptible de generarse en cualquier persona?.

En el otro artículo también vimos cómo se planteaba la diferenciación entre una alexitimia “primaria” y una alexitimia “secundaria”. Los dos tipos se distinguen en que la primaria sería el resultado de un déficit en el desarrollo psicoafectivo y tendría un significado de predisposición, mientras que la secundaria obedecería a operaciones defensivas pasajeras. Esta distinción, que puede dar lugar a crítica, también podemos pensarla como un intento de conciliar y compatibilizar posiciones etiológicas divergentes. Nemiah, uno de los autores que desarrolló el concepto de alexitimia, además de formular una hipótesis neurofisiológica, afirmaba que la totalidad

del fenómeno alexitímico necesitaría de un modelo etiológico más amplio que incluyera componentes psicodinámicos, del desarrollo y del aprendizaje social.

Las investigaciones neuroanatómicas, psicodinámicas o socioculturales escogen puntos de vista que valoran de manera diferencial el cómo o el porqué del fenómeno alexitímico. La pregunta que nos surge es si entre estos campos de estudio que aparentemente mantienen entre sí las distancias puede haber sinapsis subterráneas. Quizás, el verdadero reto de la investigación hacia el futuro sea el de la búsqueda de esos lazos integradores.

#### Bibliografía

ALEXANDER, F.: *Psychosomatic medicine: its principles and applications*, New York, W.W. Norton, 1950.

APFEL, R.J. y SIFNEOS, P.E.: Alexithymia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1979, 32:180-190.

AYUSO, J.L.: Alexitimia: concepto y medida. *Archivos de Neurobiología*, 1993, 56 (2): 106-115.

BORENS, R., GROSSE-SCHULTE, E., JAENSCH, W. y KORTEMME, K.H.: Is alexithymia but a social phenomenon?. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977, 28: 193-198.

DINSMORE, B.D. y MALLINCKDRODT, B.: Emotional self awareness, eating disorders, and racial identity attitudes in African American women. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. 1996, 24 (4): 267-277.

DION, K.L.: Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996, 41 (6): 531-539.

DUNBAR, F.: *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*, New York:, Columbia University Press, 1935 (2ª ed. 1954).

FAVA, G.A.; BALDARO, B. y OSTI, R.M.A.: Toward a self rating scale for alexithymia: a report on 150 medical patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 34: 34-39.

FISCHER, A.R. y GOOD, G.E.: Men and psychotherapy: an investigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles. *Psychotherapy*. 1997, 34 (2): 160-170.

FREIRE, B.: Una revisión bibliográfica de algunos aspectos relacionados con la alexitimia. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1985, 13 (5): 287-296.

FRIEDLANDER, L., LUMLEY, M.A., FARCHIONE, T. y DOYAL, G.: Testing the alexithymia hypothesis: physiological and subjective responses during relaxation an stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997, 185 (4): 233-239.

FUKUNISHI, I., NAKAGAWA, T., NAKAMURA, H. y KIKUCHI, M.: Is alexithymia a culture bound construct? Validity and reliability of the Japanese versions of the 20 item Totonto alexithymia scale and modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire. *Psychological Reports*. 1997, 80 (3, Pt.1): 787-799.

GEFFEN, G., NILSSON, J., QUINN, K. y TENG, E.L.: The effect of lesions of the corpus callosum on finger localization. *Neuropsychologia*. 1984, 23: 497-514.

HOPPE, K.D. y BOGEN, J.E.: Alexithymia in twelve commisurotomized patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977, 28: 148-155.

HOUTVEEN, J.H., BERMOND, B. y ELTON, M.R.: Alexithymia: a disruption in a cortical network?. An EEG power and coherence analysis. *Journal of Psychophysiology*. 1997, 11 (2): 147-157.

- INFRASCA, R.: Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism: an experimental study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997, 66 (5): 276-280.
- JOUKAMAA, M., SAARIJAERVI, S., MUURIAISNIEMI, M.L. y SALOKANGAS, R.K.: Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*. 1996, 37 (2): 144-147.
- KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L.: Concept of alexithymia I. The prevalence of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1985, 44: 132-138.
- KLEIGER, J.H. y JONES, N.F.: Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1980, 168: 465-470.
- KLEINBERG, J.L.: Working with the alexithymic patient in groups. *Psychoanalysis and Psychotherapy*. 1996, 13 (1): 76-85.
- KLEINMAN, A.M.: Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Soc. Sci. Med.* 1976, 10: 1-8.
- KOOIMAN, C.G., SPINHOVEN, P., TRIJSBURG, R.W. y ROOIJMANS, H.G.: Perceived parental attitude, alexithymia and defense style in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1998, 67 (2): 81-87.
- KRYSTAL, H.: Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of Child*. 1978, 33: 81-116.
- KRYSTAL, H.: Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1979, 33 (1): 17-31.
- KRYSTAL, H.: Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*. 1997, 17 (2): 126-150
- LANE, R.D.: Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*. 1996, 58 (6): 581.
- LANE, R.D. y SCHWARTZ, G.E.: Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 1987, 11: 133-143.
- LANE, R.D., AHERN, G.L., SCHWARTZ, G. y KASZNIAK, A.W.: Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?. *Biological Psychiatry*. 1997, 42 (9): 834-844.
- LESSER, I.M. y LESSER, B.Z.: Alexithymia: examining the development of a psychological concept. *American Journal of Psychiatry*. 1983, 140 (10): 1305-1308.
- LIN, K.M. (1980). Traditional chinese medical beliefs and their relevance for mental illness and psychiatry. En A.M. Kleinman, T.Y. Lin, D. Boston y Reidel (Eds), *Normal and abnormal behavior in chinese culture*. Publishing Co.
- LINDEN, W., LENZ, J.W. y STOSSEL, C.: Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996, 41 (6): 575-583.
- LOLAS, F., DE LA PARRA, G., ARONSOHN, S. y COLLIN, C.: On the measurement of alexithymia behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1980, 33: 139-146.
- MARTY, P.: El orden psicósomático: los movimientos individuales de vida y de muerte. *Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro, 1995.
- MARTY, P. y M'UZAN, M.: La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*. 1963, 27 (suppl): 1345-1356.
- MCDUGALL, J.: Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1982, 38: 81-90

MCDUGALL, J.: *Théâtres du je*. Paris: Gallimard, 1982. (Traducción castellano: *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yébenes. 2ª ed., 1994).

MCLEAN, P.D.: Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosomatic Medicine*. 1949, 11 (6): 338-353.

MENDELSON, G.: Alexithymia and chronic pain: prevalence, correlates and treatment results. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1982, 37: 154-164.

NEILL, J.R. y SANDIFER, M.G.: The clinical approach to alexithymia: a review. *Psychosomatics*. 1982, 23 (12): 1223-1231.

NEMIAH, J.C.: Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1975, 26: 140-147.

NEMIAH, J.C.: Alexithymia: present, past and future?. *Psychosomatic Medicine*. 1996, 58 (3): 217-218.

NEMIAH, J.C. y SIFNEOS, P.E.: Psychosomatic illness. A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1970, 18: 154-160.

OTERO, J.: Alexitimia: una revisión. *Revista de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría*. 1999, 27: 587-596.

PARKER, J.D., TAYLOR, G.J. y BAGBY, R.M.: Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*. 1998, 39 (2): 91-98.

PIERLOOT, R.A. y VINCK, J.: A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977, 28: 156-166.

RUESCH, J.: The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1948, 10: 134-144.

SHIPKO, S.: Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1982, 37: 193-201.

SIFNEOS, P.E.: The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1973, 22: 255-262.

SIFNEOS, P.E.: Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1975, 26: 65-70.

SIFNEOS, P.E.: Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1983, 40: 66-73.

SMITH, G.R.: Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*. 1983, 140 (1): 99-101.

SRIRAM, T.G., CHATURVEDI, S.K., GOPINATH, P.S. y SHANMUGAM, V.: Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1987, 47: 11-17.

TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. y PARKER, J.D.A.: The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 1991, 32 (2): 153-164.

TENHOUTEN, W.D., HOPPE, K.D., BOGEN, J.E. y WALTER, D.O.: Alexithymia: An experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *American Journal of Psychiatry*. 1986, 143 (3): 312-316.

VOGT, R., BURCKSTÜMMER, G., ERNST, L., MEYER, K. y VON RAD, M.: Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28: 98-105.

VON RAD, M.: Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1984, 42: 80-89.

ZEITLIN, S.B., LANE, R.D., O'LEARY, D.S. y SCHRIFT, M.J.: Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *American Journal of Psychiatry*. 1989, 146 (10): 1434-1439

5.912.866 visitas

---