

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE
LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIOS
ENTRE LAS FACULTADES DE FILOSOFÍA DE LA
UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

LA ALEXITIMIA COMO RIESGO
PSICOSOMÁTICO

TRABAJO MONOGRÁFICO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICOLOGA CLÍNICA

ALUMNA: LORENA PESÁNTEZ

DIRECTOR: DR. PATRICIO CABRERA

CUENCA - ECUADOR

2005

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I

ALEXITIMIA

1.1 DEFINICIÓN.....	2
1.2 DESARROLLO HISTORICO DEL CONSTRUCTO ALEXITIMIA.....	2
1.3 CARACTERÍSTICAS.....	4
1.4 TIPOS DE ALEXITIMIA.....	5
1.4.1 LA ALEXITIMIA PRIMARIA.....	5
1.4.2 LA ALEXITIMIA SECUNDARIA.....	5
1.4.3 DIFERENCIA ENTRE LA ALEXITIMIA PRIMARIA Y LA SECUNDARIA.....	6
1.5 REFLEXIONES SOBRE ALEXITIMIA.....	6

CAPÍTULO II

HIPOTESIS SOBRE LA ALEXITIMIA

2.1 HIPÓTESIS NEUROANATÓMICAS.....	8
2.2 HIPÓTESIS PSICODINÁMICAS.....	9
2.3 HIPÓTESIS SOCIOCULTURALES.....	12

2.3.1 ESTUDIOS TRANSCULTURALES.....	12
2.3.2 ESTUDIOS DEMOGRAFICOS.....	13

CAPÍTULO III

VULNERABILIDAD SOMÁTICA

3.1 DEFINICIÓN.....	14
3.2 ANTECEDENTES.....	14
3.3COROLARIOS.....	15

CAPÍTULO IV

ALEXITIMIA Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

4.1 ALEXITIMIA Y DEPRESION.....	17
4.2 ALEXITIMIA Y ESCLEROSIS MULTIPLE.....	18
4.3 ALEXITIMIA E INFARTO.....	19
4.3.1 SOBREADAPTACIÓN.....	20
4.3.2 NEGACION.....	20
4.4 ALEXTIMIA Y ADICCIONES.....	21
4.5 ALEXITMIA Y PATOLOGÍAS DE RIESGO.....	22
4.5.1 ARTRITIS.....	22
4.5.2 COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDADES DE CROHN.....	22
4.5.3 ASMA.....	23
4.5.4 TRASTORMNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA.....	24

CAPÍTULO V.

ALEXITIMIA PREVENCIÓN - TRATAMIENTO

5.1 PREVENCIÓN.....	26
5.2 TRATAMIENTO.....	27
5.2.1 TERAPIA PSICOANALÍTICA.....	27
5.2.2 TERAPIA COGNITIVA.....	28
5.2.3 PSICOFARMACOS.....	29
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

DEDICATORIA

HONRARAS PADRE Y MADRE....

Si tuviste la dicha tan inmensa
De hallar de nuevo al que forjó tus días,
Adóralo, compréndelo, y piensa
Que, de no ser por él, no existirías.

Escucha sus consejos: son sagrados;
Debes de conservarlos en tu mente;
Y que nunca se vean empañados
Sus ojos por tu culpa; sé obediente...

Coloca, como notas melodiosas,
Tus besos en la pauta de su frente;
Y adorna con las flores más hermosas
Su efigie, cerca de ti o ausente.

Que sus trémulas manos te bendigan
Si sabes respetar su gran cariño,
Pues ni sueño sintiera, ni fatiga,
Mirándote dormir cuando eras niño.

Tal vez sufrió en silencio su pobreza
Y amantes besos prodigóte, en brazos;
Tornóse en alegría su tristeza
Al ver con emoción tus primos pasos.

Que su alma nunca el dolor taladre;
Dale todo tu amor filial, profundo;
Debes esto saber: ¡quien tiene aún padre y madre,
Tiene algo sublime aquí en el mundo!...

(José Rubén Guillén)

Este trabajo es un merito más de su noble trabajo,
Porque sin ustedes no habría podido llegar a este momento,
Porque han sabido apoyarme y darme
Las herramientas necesarias y ánimos
para levantarme.....

AGRADECIMIENTO

Tengo que agradecer en primer lugar a Dios por haberme bendecido con la familia que tengo, a mis padres; quiero agradecer también a mis abuelitas que me han apoyado siempre.....

Sin dejar de lado a mis tíos: Katty y Mario que han apoyado a esta “suca” en todos sus planes y metas....

No puedo ser ingrata y olvidarme de mi primita querida Mayra que hemos estado juntas en un sin fin de adversidades y alegrías Gracias por estar ahí y regalarme una ahijada tan bella como la Camila.

Como olvidarme de mis amigas que cada una ha aportado para mí un valioso tesoro, les agradezco por su amistad, ternura, cariño y apoyo incondicional....

A todas las personas que de una y de otra manera, me enseñaron a caer porque de esa manera he aprendido a levantarme y superar los retos.....

A mi hermana que me inspiro y enseñó que a veces los sacrificios son necesarios cuando se ama verdaderamente..... gracias por enseñarme y ser mi amiga en los pocos años que estuvimos juntas..... (+)

Cada uno de estas maravillosas personas constituye una gran parte de mí.....

ABSTRACT

La Alexitimia es un trastorno que siendo un constructo hipotético ha tomado fuerza actualmente y es ahora uno de los principales ejes para la explicación de fenómenos y síntomas en cuales la explicación médica no era suficiente. Por medio de la Alexitimia se ha estrechado más la relación Mente – Cuerpo.

Es necesario pues entender su origen, su desarrollo, su relación con otras patologías y su curso actual. Así mismo como sus avances en Terapia y Prevención.

INTRODUCCIÓN

Se considera que la alexitimia es una disfunción psíquica en la que se reducen las expresiones de pensamiento simbólico y fantasía, la somatización es frecuente, se comunican los sentimientos pobremente, la empatía está disminuida, y las relaciones interpersonales íntimas son difíciles de mantener. El trastorno ha sido atribuido a varias causas, incluyendo variaciones en la organización cerebral (Nemiah 1977, Sifneos 1988) o trastornos en el desarrollo emocional durante la infancia temprana (Cristal 1974). Este constructo reúne varias categorías diagnósticas. Ocurre principalmente en pacientes psicósomáticos, en pacientes con dependencia a sustancias, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Debido a su incapacidad para identificar y elaborar sus propios sentimientos, se considera que los individuos alexitímicos se centran en las manifestaciones somáticas de la alerta emocional mientras minimizan los componentes afectivos de las emociones, lo que da lugar a una amplificación somato-sensorial y una mala interpretación de las sensaciones somáticas como signos de enfermedad física

Diversos estudios previos han encontrado evidencia de una asociación entre alexitimia y la presencia de síntomas somáticos funcionales. La alexitimia puede coexistir con la somatización, mediante un proceso en el que se experimentan síntomas somáticos en ausencia de cualquier enfermedad orgánica. Sin embargo, éstos son constructos separados e independientes.

Varios autores han enfatizado que la presencia de características alexitímicas puede predecir pobre respuesta a la psicoterapia, ya que una característica clave de los individuos alexitímicos es su incapacidad para involucrarse en relaciones sociales exitosas. Sin embargo, todavía se requieren ensayos terapéuticos controlados dirigidos al curso clínico de la alexitimia, así como a los síntomas de somatización, para aclarar completamente el papel potencial de la alexitimia para predecir los resultados del tratamiento en pacientes somatizadores.

CAPÍTULO I

LA ALEXITIMIA

1.1 DEFINICIÓN

“La alexitimia consiste en una especie de dislexia de los afectos. No se trata de que el sujeto no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a su intensidad, no discrimina matices” ¹Bodni.

Podemos decir que la alexitimia es la incapacidad para expresar verbalmente los sentimientos y conflictos, y la manera como estos se expresan es a través del canal somático.

1.2 DESARROLLO HISTORICO DEL CONSTRUCTO ALEXITIMIA

A principios de los años cincuenta, Horney informó de sus experiencias con un tipo de pacientes propensos a desarrollar síntomas psicósomáticos, que calificó como difíciles al abordaje psicoanalítico por su falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

Ruesch, caracterizó un tipo de personalidad psicósomática, describiendo a estos sujetos como personas con una detención en el desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias; algo que les expone repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar.

¹ “ALEXITIMIA LA DIFICULTAD PARA VERBALIZAR LOS AFECTOS”, SIVAK Roberto, pág.23. 1998.

La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

McLean, apoyándose en un modelo anatómico lo explicó desde el punto de vista neurofisiológico afirmando que: “Las emociones, en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traduciéndose en un tipo de “lenguaje de órganos”.”²

Todas estas observaciones y conceptualizaciones se empiezan a investigar sistemáticamente cuando Nemiah y Sifneos examinan 21 entrevistas transcritas con pacientes psicósomáticos en las cuales, se les estimulaba para la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados de sus estudios confirman que, a diferencia de los pacientes psiconeuróticos, muchos pacientes somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior. Nemiah y Sifneos, al igual que Marty y M’Uzan proponen un modelo de déficit estructural para comprender este estilo psicológico y los procesos psicósomáticos.

Sifneos, acuñó el término griego: “Alexitimia, que significa etimológicamente “sin palabras para los sentimientos”.³

Para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta. Aunque este autor no creó un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organizó en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicósomáticos.

² “ALEXITIMIA CONCEPTO Y MEDIDA. ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA”, AYUSSO, J. L., Pág. 56, 1993.

³ “ALEXITIMIA LA DIFICULTAD PARA VERBALIZAR LOS AFECTOS”, SIVAK Roberto, pág.35. 1998.

1.3 CARACTERÍSTICAS:

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales.

Las características alexitímicas más sobresalientes son:

1. Dificultad en identificar y describir sentimientos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional
3. Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
4. Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.
5. Apariencia de normalidad psíquica. Tienen una hiperadaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas.
6. Pensamiento operatorio. Es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos.
7. Relaciones objetales carentes de afecto. Su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. El psicósomático es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos.
8. Incapacidad de soñar. Entre las funciones del sueño podemos señalar la liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. Pues bien, en estos sujetos, dada la desvinculación abismal respecto a su inconsciente (por la ausencia de preconscious), no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio.
9. Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas.

Estas características de la presentación clínica han sido subrayadas repetidamente hasta la actualidad por varias investigaciones de diferentes orientaciones con sorprendente unanimidad de criterios.

1.4 TIPOS DE ALEXITIMIA

Podemos mencionar que existen dos tipos de alexitimia entre ellas tenemos:

1.4.1 LA ALEXITIMIA PRIMARIA

La alexitimia primaria es el resultado del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitiva-afectiva

1.4.2 LA ALEXITIMIA SECUNDARIA:

Freyberger, introdujo el término alexitimia secundaria a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, en trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante sus procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos.

En general podríamos decir que sufren un deterioro temporal en sus funciones cognitivas y afectivas. Este fenómeno ha sido observado igualmente en otros pacientes con enfermedades físicas. Este funcionamiento obedece a un factor de protección contra el significado emocional de la grave enfermedad, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se confronta así a esta experiencia.

Krystal, autor superviviente que ha dedicado su vida profesional a las víctimas

de la persecución nazi afirma que, gracias al mecanismo de la alexitimia secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de sus opresores.

1.4.3 DIFERENCIA ENTRE LA ALEXITIMIA PRIMARIA Y LA SECUNDARIA

La alexitimia primaria es considerada por la incapacidad de verbalizar los afectos causado por un bloqueo en el desarrollo afectivo del niño mientras que la alexitimia secundaria es una reacción transitoria específica que acompaña o permanece tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo importante o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto, que puede desaparecer cuando la situación remite (alexitimia secundaria aguda) o puede ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o cuyo traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico (alexitimia secundaria crónica).

1.5 REFLEXIONES SOBRE ALEXITIMIA:

La alexitimia, no solo se incluyen las dificultades que pueden tener estos pacientes cuando intentan describir sus estados afectivos sino también la incapacidad para distinguir un afecto de otro.

La persistencia de estas características de personalidad, no tiene la misma gravedad según el órgano o aparato comprometido en la respuesta. El ejemplo más importante en relación a esto está dado en el aparato cardiovascular, único aparato cerrado, sin salida exterior a diferencia del respiratorio, del digestivo o de la piel y cuyas respuestas a la tensión crónica se transforman más rápidamente en trastornos estables: la hipertensión arterial o la enfermedad coronaria.

Estas personas suelen ser realistas, prácticas, concretas siempre muy preocupadas por cumplir con exigencias y obligaciones, rechazan vincular su afección a conflictos de la afectividad. Su ansiedad, inquietud y excitación están ligadas a las exigencias de la tarea, presentan dificultades en el manejo de la agresión, escaso o nulo registro de emociones y/o sensaciones corporales, modalidad adictiva de relación: trabajo, tabaco, etc. Diversos síntomas corporales estables y persistencia de síntomas.

Habitualmente cuando llegan a pedir ayuda, enviados por un médico o familiar, rechazan cualquier propuesta que vincule sus síntomas a un conflicto o sufrimiento psíquico.

Entonces, la presencia permanente de estas características en la modalidad de funcionamiento de un sujeto, configuran rasgos de personalidad predisponentes a un estallido somático. Son estas las modalidades de procesamiento psíquico que al encontrarse presentes junto a los denominados factores tradicionales de riesgo coronario, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, sedentarismo, se suman como un factor psicológico de riesgo, cuya incidencia junto a lo social puede constituirse en un predictor de riesgo coronario más el factor psicosocial.

Las características de la vida actual, con un fuerte incremento del stress, han generado pautas de funcionamiento personal que incrementan la dificultad de los individuos en la relación con su propio cuerpo y por lo cuál aparece aumentado el riesgo de producir enfermedades.

Las situaciones más frecuentes en las que se desencadena un episodio de estas características están vinculadas a las pérdidas: muerte de un ser querido, fracasos económicos o laborales, caída de valores, decepciones con los ideales. En estos casos las lesiones orgánicas son lo opuesto a una elaboración psíquica, anulando toda vivencia de duelo, evitando todo dolor psíquico con sus manifestaciones corporales: cansancio, insomnio, inhibición.

CAPÍTULO II

HIPOTESIS SOBRE LA ALEXITIMIA

2.1 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 psicósomáticos respondían a las situaciones emocionales con respuestas predominantemente físicas. Esto se debería a que existe una alteración en la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex 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 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 psicósomáticas. 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 Boggen (1977) ya que:

- no distingue claramente entre pacientes con enfermedades psicósomáticas 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 inter-hemisférica.

TenHouten, Hoppe y Bogen (1985) investigan directamente la hipótesis de Hoppe y Bogen (1977). Ellos compararon las respuestas verbales y escritas sobre una película con contenidos simbólicos de muerte y pérdida en pacientes que habían sido comisurotomizados y un grupo de control. 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.

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%.

2.2 HIPÓTESIS PSICODINÁMICAS

Los autores que han abordado psicodinámicamente el fenómeno de la alexitimia coinciden en señalar que su génesis se puede localizar en los cambios evolutivos del niño durante la temprana infancia y, más concretamente, en las vicisitudes de la relación madre niño. El niño 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 “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”⁴.

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 superficialmente 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

⁴ “ALEXITIMIA, CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS”, CASULLO, M. M, Buenos Aires, Pág. 90., 1989.

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.”⁵

Esta idea ha sido desarrollada por la escuela psicósomática 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 dividir 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 sentida como algo amenazador. Mediante mecanismos de

⁵ “APUNTES TOMADOS DE LA CLASE DICTADA POR: PSC. ALEJANDRA FERNADEZ.”

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 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 inadaptado e inmaduro y que su origen podría encontrarse en fallas tempranas en la relación madre hijo que impiden el desarrollo de la capacidad emocional en el niño. No obstante, no es fácil comprobar y determinar con claridad esta hipótesis etiológica.

2.3 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.

2.3.1 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 y en culturas orientales. 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 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 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.

2.3.2 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. destacan que los pacientes psicossomáticos 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.
- En la variable sexo Keltikangas-Järvinen encuentra que los hombres son más alexitímicos que las mujeres en un grupo de psicossomáticos, 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 psicossomática 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.

CAPITULO III

VULNERABILIDAD SOMATICA

3.1 DEFINICION

Desde el punto de vista psicoanalítico definimos el constructo vulnerabilidad como: “El predominio y ulterior cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido -es decir de lo irrepresentable-, cuyas manifestaciones se expresan clínicamente en el déficit de la actividad fantasmática, en la precariedad de recursos del yo para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somático.”⁶

3.2. ANTECEDENTES

El término "vulnerabilidad" proviene del latín *vulnus*, que significa herida, y en su uso amplio alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado (por ejemplo, vulnerable al frío). Como noción general es usado como tendencia o factores de riesgo (por ejemplo, vulnerable a padecer una enfermedad coronaria, si existe tabaquismo). Los adjetivos a veces aluden al origen de la vulnerabilidad (por ejemplo, vulnerabilidad social) y otras veces, como en el caso del constructo vulnerabilidad somática, al lugar donde ésta se manifiesta. Es un término muy usado en psicología de la salud, en psicología cognitiva y en psiconeuroinmunoendocrinología. En la historia del psicoanálisis, esta noción es parte del concepto de "disposición" dentro de las series complementarias freudianas. Todos los autores que se han ocupado del vínculo temprano han desarrollado ideas al respecto, pero el uso más específico de la noción de vulnerabilidad aparece en las investigaciones de Marty. Este autor describe los conceptos de vida operatoria, depresión esencial y, en general, el problema de la mentalización y sus déficit, base histórica del constructo vulnerabilidad descripto.

McDougall (1982) “Considera que la presencia de alexitimia sería el punto de partida de la vulnerabilidad somática en un psiquismo que sólo cuenta con palabras

⁶ “APUNTES TOMADOS DE LA CLASE DICTADA POR: PSC. ALEJANDRA FERNADEZ”.

escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva, señalando, además, que la escisión del polo psíquico del polo somático del afecto deja al soma encargado de resolver el conflicto a través de una solución orgánica, definiéndose así la vulnerabilidad somática.”⁷

3.3. COROLARIOS

- La noción de "vulnerabilidad somática" puede reemplazar a la de "psicosomática".

El constructo vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De allí cualquier enfermedad puede ser "psicosomática" o no serla, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto.

- El constructo vulnerabilidad es un articulador interdisciplinario.

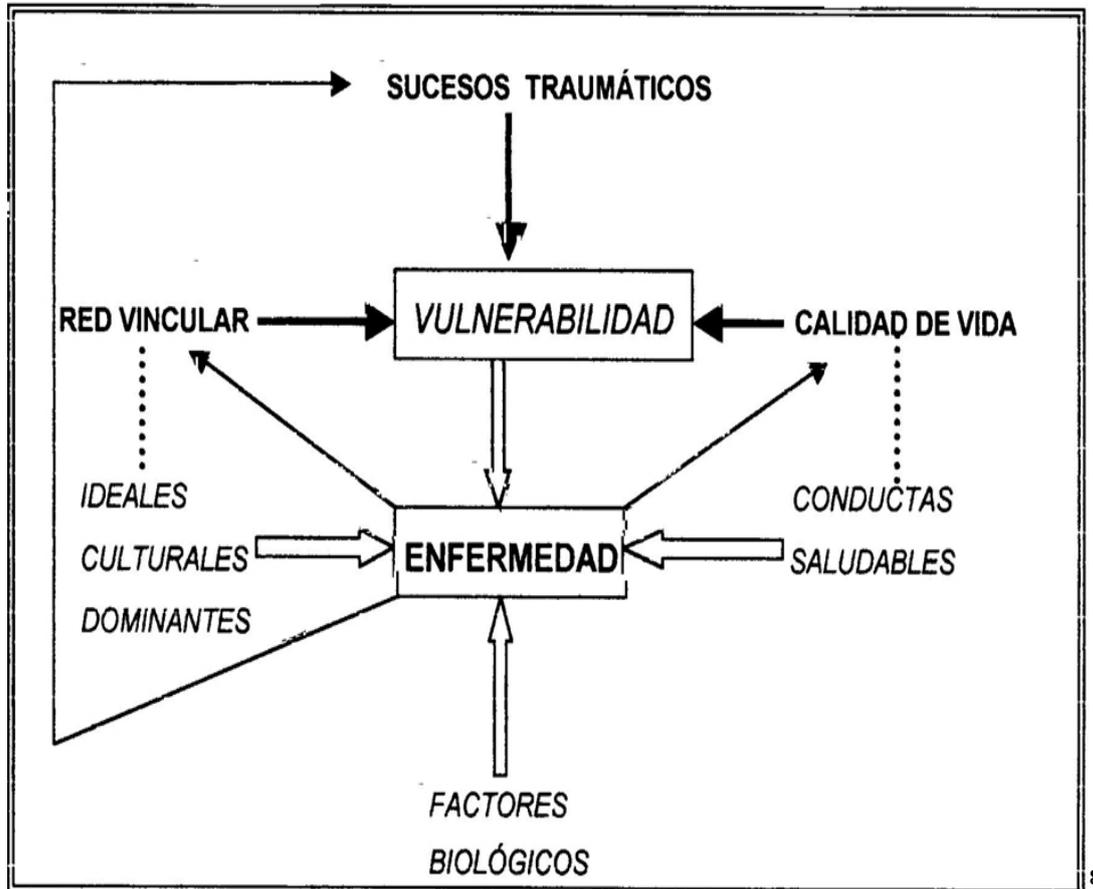
Se trata de una noción que conjuga desarrollos del psicoanálisis actual con los de otras disciplinas. Es operacionalizable y evaluable, de modo tal que puede ser utilizada en la actividad clínica y en la investigación sistemática en la interfase psicoanálisis-ciencias de la salud.

- La vulnerabilidad es un potencial.

Como tal se diferencia de la clásica noción de disposición determinista o que alude a una suerte de tendencia definida, siendo en realidad más una probabilidad que puede cambiar de signo en determinadas circunstancias asociadas a nuevos vínculos intersubjetivos y/o nuevos ambientes facilitadores.

⁷ “APUNTES TOMADOS DE LA CLASE DICTADA POR: PSC. ALEJANDRA FERNADEZ”

FIGURA 1. MODELO GENERAL DE LA VULNERABILIDAD



CAPÍTULO IV

⁸ "GRAFICO TOMADO DE LA CLASE DICTADA POR: PSC. ALEJANDRA FERNADEZ"

ALEXITIMIA Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

El abordaje de la patología mental podría beneficiar de una mayor aplicación a la neurología de la conducta y de las emociones. La infrautilización de esta disciplina da lugar a deficiencias en el diagnóstico y tratamiento de las perturbaciones de la vida emocional, alteraciones que por otro lado pasan desapercibidas y podrían situarse en el origen de numerosos trastornos psicósomáticos.

No basta con limitar el abordaje de las lesiones cerebrales al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones motoras e intelectuales, sino que las deficiencias de la vida emocional juegan un papel fundamental y no son atendidas como sería necesario.

4.1 ALEXITIMIA Y DEPRESION:

A. Heerlein, G. Lawer y P. Richter (1989) estudian 21 pacientes internados con depresión unipolar endógena y 21 pacientes con depresión neurótica reactiva. Fueron evaluados mediante el sistema de análisis de contenido verbal de Gottschlk-Gleser y el BIAQ (Cuestionario de alexitimia de Beth Israel de Sifneos). Este grupo experimentó mayores niveles de alexitimia en el BIAQ que en el grupo con depresión neurótica.

Wise, Mann y Randell investigaron la estabilidad de la alexitimia en pacientes depresivos. Administraron el TAS a 50 pacientes depresivos internados. El coeficiente test-retest del TAS sobre un periodo de 5 días fue de 0.57 ($p = <0,001$). Los resultados parecen indicar que la alexitimia es un constructo estable de personalidad.

M. Haviland y colaboradores (1988) estudiaron la presencia de alexitimia y depresión en alcohólicos, y según ellos sólo la dimensión “dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales” pudo correlacionar con depresión. Propuso la conveniencia de profundizar los estudios, sugiriendo evaluar en alexitimia a pacientes con depresión mayor.

Para R. Fisch la alexitimia puede presentarse en personas víctimas de situaciones vitales traumáticas en forma concomitante a la depresión, provocando así un “enmascaramiento” de la depresión a través de síntomas somáticos.

Según M. Hendrix y colaboradores (1991), la alexitimia es un constructo multidimensional que corresponde a estresores situacionales. Después de estudiar alexitimia y depresión en 110 estudiantes propone que ciertas dimensiones de la alexitimia, en particular la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, se relacionan con ansiedad y depresión.

4.2 ALEXITIMIA Y ESCLEROSIS MULTIPLE

La esclerosis múltiple (EM) es un tipo de patología que cursa en ocasiones con alexitimia, incapacidad para expresar las emociones. El interés de los psiquiatras por este proceso ha permitido poner sobre la mesa la hipótesis de que los sujetos con esta dificultad presentan un mayor riesgo de desarrollo de trastornos psicosomáticos.

En consecuencia, la EM ha proporcionado un modelo para estudiar esta cuestión, a partir de la atrofia del cuerpo calloso que permite la comunicación de los dos hemisferios. Las emociones son interpretadas por el hemisferio cerebral derecho, pero esa información no es bien transmitida al hemisferio izquierdo relacionado con el habla. Este conocimiento permite "avanzar en el estudio del trastorno de alexitimia y el origen y consecuencias del desequilibrio entre los hemisferios".

Cuando la EM cursa con alexitimia podría encontrarse este trastorno en el origen de los brotes de la patología. "La dificultad de expresión de las emociones aumenta el estrés y éste da lugar a una exacerbación de la enfermedad; el brote constituye en estos casos un modo de expresión del cuerpo de las emociones que no ha verbalizado".⁹

⁹ “ALEXITIMIA LA DIFICULTAD PARA VERBALIZAR LOS AFECTOS”, SIVAK Roberto, pág.70, 1998.

4.3 ALEXITIMIA E INFARTO

Un deficiente registro de las percepciones impide que los síntomas del IAM sean percibidos o reconocidos, lo cual acentúa la creencia mencionada y también inhibe seguimientos de los tratamientos.

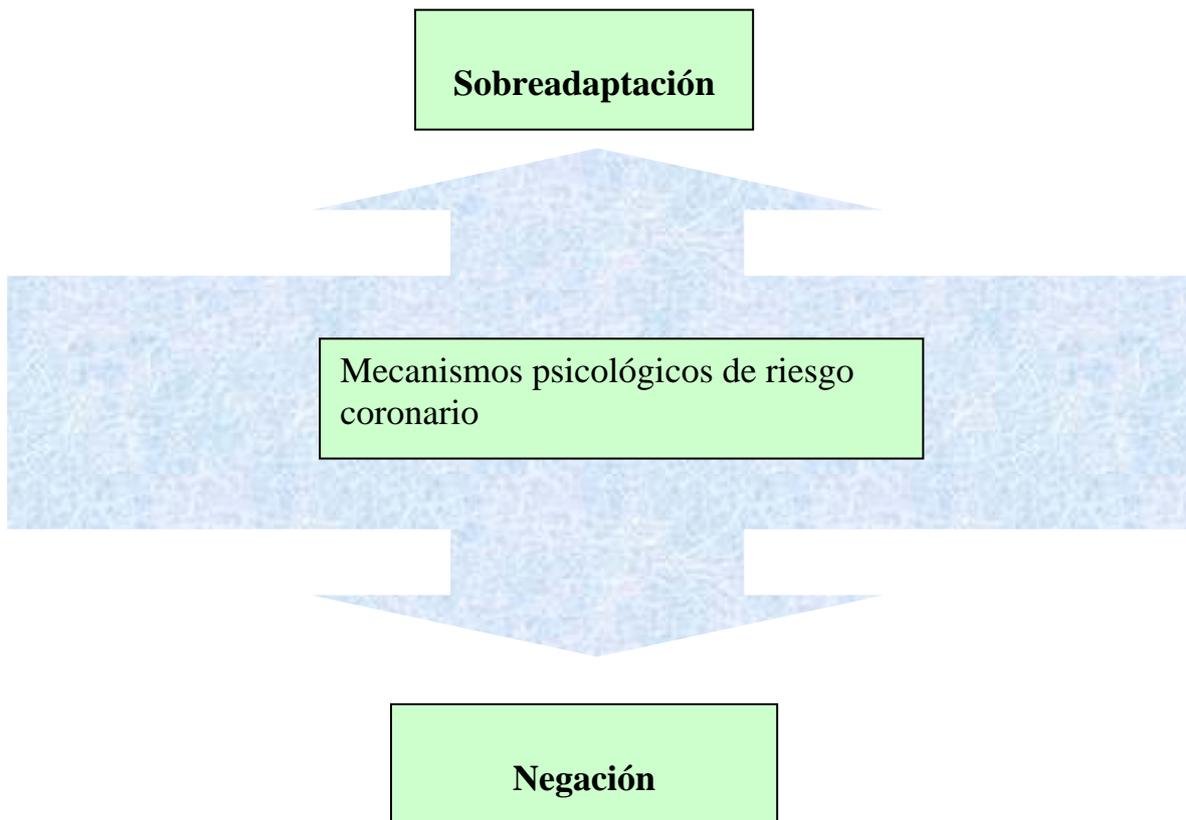
A estas personas, además, les cuesta experimentar satisfacción y placer (Anhedonia).

Según M Theisen muchas veces el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) no es percibido por el paciente.

Se comparó un grupo de pacientes con IAM documentado, con otro en el cual se había encontrado en un examen de rutina. Los pacientes con IAM no reconocido mostraron alexitimia o falta de conciencia de sus síntomas y una mayor creencia que factores casuales determinan su salud.

En Tokio, Fukunishi, Numata y Hattori (1994) publicaron un trabajo sobre la relación entre alexitimia y los mecanismos de defensa en 66 pacientes con infarto de miocardio, con edades comprendidas entre 40 y 74 años. Tomaron el Defense mechanisms Inventory y el TAS. La alexitimia fue mayor en los 23 pacientes con infarto agudo de miocardio con respecto a los 43 pacientes con un antiguo infarto; por otra parte, se correlaciona con los mecanismos de defensa de la negación y la adaptación como los más representativos en esta patología. La alexitimia es menos evidente cuando los mecanismos de coping son utilizados para minimizar la severidad de la percepción amenazante de los conflictos.

FIGURA 2. ALEXITIMIA E INFARTO



4.3.1 SOBREADAPTACIÓN.- Modo de funcionamiento observado en algunos sujetos con tendencia a la aceptación ilimitada de las exigencias que provienen del mundo externo sin resistencia ni reflexión. Estas personas establecen un vínculo adictivo a la realidad externa, al trabajo y a la valoración social a expensas de un alto costo psíquico y corporal.

4.3.2 NEGACIÓN.- Se rechazan las percepciones que resultan intolerables al individuo, postergando o cancelando decisiones.

4.4 ALEXTIMIA Y ADICCIONES

Se han observado niveles significativos de alexitimia en adicciones como toxicomanía, alcoholismo o actividad sexual compulsiva.

M. Haviland y colaboradores (1988) encuentran que un 50 % de los pacientes con abuso de sustancias puntúan alto en alexitimia. Las puntuaciones altas en el TAS correlacionaron positivamente con el Inventario de Beck, y negativamente con la variable étnica.

En relación con la presencia de alexitimia en pacientes de consulta externos, los resultados difieren según los autores. R. Feiguine, N. Jones y P. Kassel (1988) utilizando la escala del MMPI encuentran un 7,64 % con rasgos de alexitimia (10,61 % en los hombres y 5,13 en las mujeres).

En una investigación sobre alexitimia, reconocimiento del afecto y factores de personalidad en adictos (Mann y col., 1995) se evaluaron 80 adultos (40 sujetos voluntarios normales y 40 adictos) utilizando el TAS y el Five Factor Inventory. Los sujetos puntuaron más alto en alexitimia.

Ziolowski, Gruss y Rybakowski (1995) publicaron en Polonia un trabajo sobre si la alexitimia en hombres alcohólicos constituye un factor negativo para mantener la abstinencia. Para ello evaluaron la prevalencia de la alexitimia en 60 hombres ambulatorios con dependencia alcohólica en abstinencia. Completaron el TAS y se descubrió alexitimia en el 48 % de los sujetos. En personas con una corta duración de abstinencia la puntuación total del TAS y de 3 subescalas fue significativamente más alto que la puntuación de los sujetos con abstinencia mayor a un año. Los resultados sugieren una correlación negativa entre alexitimia y el mantenimiento de la abstinencia en hombres alcohólicos externos.

Taylor (1984) evaluó a pacientes alcohólicos, toxicómanos o con las dos patologías y observó que el 50 % de los pacientes son alexitímicos, con una fuerza del yo inferior, un nivel más elevado de quejas somáticas y de ansiedad y menos comportamientos defensivos represivos. Taylor indica que la alexitimia podría ser una condición que predispone a estas adicciones.

4.5 ALEXITMIA Y PATOLOGÍAS DE RIESGO

4.5.1 ARTRITIS

Se han citado como rasgos característicos de la personalidad en los pacientes con artritis reumatoide: la agresividad contenida y tendencias depresivas. Otros, siguiendo la hipótesis de Beck (1971), afirman que en la etiología y desarrollo de la artritis reumatoide se establece la secuencia siguiente: personalidad – estrés – alteración inmunitaria – artritis.

4.5.2 COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN.

En una investigación realizada en Suiza (Smith y col., 1995) se estudiaron a 61 pacientes de enfermedad de Crohn y a 24 enfermos de colitis ulcerosa, utilizando una entrevista y una serie de test que describían: ansiedad, estrategias defensivas y autoimagen. Se compararon los resultados con el grupo de control, compuesto por 43 sujetos. La atención se centró en un subgrupo de pacientes con la enfermedad de Crohn con una inflamación el colon, que mostraban más características alexitímicas.

Otro estudio publicado por Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze y Taylor, realizado en Italia (1995), muestra la relación entre alexitimia y patologías inflamatorias del intestino. Se evaluó a 112 pacientes (89 con colitis ulcerosa y 23 con la enfermedad de Crohn) utilizando el TAS-20. Se utilizó una muestra control homogénea en edad y educación. La muestra con trastornos inflamatorios intestinales puntuó como más alexitímica que la muestra control. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (35,7 %). Aunque la tasa de alexitimia en el grupo de Enfermedad de Crohn (35,7 %) fue significativamente más alta que la del grupo control (4,5 %).

En una investigación realizada por S. Hartmann en Hamburgo (1995), se evaluó la conducta verbal alexitímica en pacientes con la enfermedad de Crohn, utilizando un método lingüístico, desarrollado por M. Von Rad (1978). El autor observó que los

enfermos de Crohn utilizaron un lenguaje más generalizado y con menos palabras de contenido emocional con respecto al lenguaje de pacientes neuróticos. Los resultados confirmaron la hipótesis de que el lenguaje en los enfermos de Crohn es alexitímico.

4.5.3 ASMA

Ekman y col. (1983) demuestran cómo el incremento de la tensión de los músculos faciales da como resultado la reducción de la corriente de aire o el incremento en la resistencia a la corriente de aire en los sujetos sanos.

Baker (1987) publica una revisión de las investigaciones sobre los efectos del estrés sobre distintas afecciones de tipo inmunitario y encuentra una alta incidencia de procesos como son el asma y la fiebre de heno, en pacientes afectivos.

González de la Rivera (1993) formuló la “Ley General del Estrés”, según la cual “cuando el grado de estimulación ambiental supera o no llega a los niveles en que el organismo responde con eficacia idónea, el individuo percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol”.¹⁰ El índice de reactividad al estrés (IRE), se considera un marcador de inestabilidad psicosomática ante el estrés

Después de los últimos descubrimientos en el campo de la Psicoimmunobiología, se ha puesto de manifiesto cómo factores psicosociales generan reacciones emocionales que pueden dar lugar tanto a déficit como a incrementos de la respuesta inmunológica. Las características cuantitativas y cualitativas de estos factores psicosociales, determinaran el tipo de cambio y provocar anomalías como el asma, Fenández Teruel y col. (1988).

¹⁰ “ALEXITHYMIA AND ITS RELATIONSHIP TO HEMISPHERIC SPECIALIZATION, AFFECT, AND CREATIVITY, PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA”, Sifneos, PE, Vol. 11, No. 3, 1988.

4.5.4 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA

T. Laquatra y J. Clopton (1994) estudiaron en Texas Tech University las manifestaciones alexitímicas en estudiantes de sexo femenino con trastornos de conducta alimentaria. Evaluaron una muestra de 308 chicas estudiantes, utilizando el TAS y el EDI. Las puntuaciones del TAS se correlacionaron con los del EDI.

Otro trabajo publicado en 1994 por D. Jimerson, B. Wolfe, D. Franco, N. Covino y P. Sifneos, alude al interés de investigar la relación entre bulimia y alexitimia. El estudio evaluó a pacientes con bulimia nerviosa (n=20) y 20 mujeres voluntarias sanas. Se administró el TAS, comprobándose que las pacientes con bulimia obtuvieron puntuaciones más elevadas en alexitimia que la muestra control. En comparación con el grupo control, las pacientes bulímicas mostraron puntuaciones altas en el TAS en factores que reflejan déficit de afecto y puntuaciones normales en factores relacionados con imaginación y pensamiento abstracto.

Los resultados obtenidos indican que algunas pacientes con bulimia nerviosa presentan características alexitímicas.

En un trabajo titulado “Alexitimia y psicopatología en una muestra clínica de sujetos obesos” (1995), Molinari, Morosín y Riva estudiaron la relación entre obesidad y alexitimia, administrado a una muestra de 200 mujeres (100 mujeres obesas y 100 mujeres de peso normal) el TAS, el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), la escala ASQ (Ipat Anxiety Scale) y el Test EAT (Eating Attitude Test). Los datos obtenidos indicaron que desde el punto de vista psicopatológico la obesidad no es un fenómeno unitario, que es posible identificar distintos fenómenos psicopatológicos y rasgos psicológicos. El 35 % de la muestra presentó personalidad borderline.

Troop, Schmidt y Treasure (1995) estudiaron la alexitimia en pacientes con trastornos de conducta alimenticia y compararon los resultados con población normal. Se administró el TAS a pacientes con anorexia nerviosa (n=29), bulimia nerviosa (n=83), anorexia con un subtipo de bulimia (n=15) y 79 mujeres estudiantes. Se llevó a cabo un análisis factorial. Los tres grupos con trastorno de conducta alimenticia fueron menos capaces de identificar sus sentimientos, y las pacientes con anorexia nerviosa

tuvieron mayor disminución de la fantasía que las pacientes con bulimia y las estudiantes.

Groot, Rodín y Olmsted (1995) evaluaron la alexitimia en mujeres con bulimia nerviosa y su relación con depresión y síntomas somáticos. Los autores quisieron comprobar si un programa intensivo de psicoterapia de grupo ayuda a reducir el grado de alexitimia. Una muestra de 31 mujeres de 50 años con bulimia (62 %) que completaron el Toronto Hospital Day Program for Eating Disorders fue evaluada antes y después del tratamiento. Se cotejaron los resultados con una muestra control (n=20). Utilizando el TAS se encontró que una parte significativa del grupo de mujeres bulímicas eran alexitímicas antes del tratamiento (61,3 %) y después del tratamiento (32,3 %) en comparación con el grupo control (5 %). La abstinencia en la purga episódica fue asociada con una significativa reducción de la alexitimia, aunque existió una correlación significativa entre las puntuaciones del TAS, depresión y frecuencia de vómitos.

CAPITULO V

ALEXITIMIA: PREVENCION TRATAMIENTO

5.1 PREVENCIÓN

Si partimos de que el fundamento básico de la alexitimia parte de que el sujeto tiene incapacidad para verbalizar los afectos, y que esta puede originarse psicológicamente hablando desde la relación madre-bebé ya que el bebé es incapaz de hablar o de organizar sus experiencias emocionales a causa de su inmadurez verbalizadora. Depende entonces de otra persona el manejo de sus estados emocionales y el aprender a denominarlos. Podemos decir entonces que la maduración y la enseñanza de cariño de quienes lo rodean permiten al niño expresarse al mismo tiempo que va creciendo mentalmente, por tanto las fallas constantes en la comunicación madre-hijo, e incluso padre-hijo, son factores de riesgo para el desarrollo de esta alteración.

Con esto lo que queremos decir es que podríamos prevenir desde el inicio mismo de la vida humana de un ser humano pero para esto tendríamos que hacer campañas a padres.

Otra manera de prevenir sería socioculturalmente, tales como los modelos de comunicación familiar y de aprendizaje social. Partiendo de esa idea, un ambiente familiar o social determinado puede tener una influencia negativa en la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con fantasías y sentimientos. Ciertas actitudes determinadas por las culturas y razas se acompañan de una disminución de la comunicación emocional.

En nuestra cultura se da un valor importante a la posibilidad de expresar verbalmente las emociones, y eso es tomado como signo de salud y madurez. Por el contrario, en ciertas sociedades ésta no es una característica manifiesta y mucho menos relevante en términos de salud mental. Aunque este es un campo que continúa investigándose, diversos estudios demuestran que la incapacidad para la expresión verbal de los sentimientos puede también estar relacionada con el nivel socio-económico y cultural de las personas.

Es por esto que deberíamos promover que en el principal núcleo de la sociedad es decir en la familia, la comunicación entre sus miembros sea favorable, enseñando a

hijos a decir desde temprana edad las cosas a sus padres a la vez que ellos sepan escuchar a sus hijos.

Otra manera de prevención sería la comunicación en los centros de estudio, para esto se debe instruir a los maestros y a promover que enseñen a expresar a sus alumnos de una manera adecuada sus sentimientos y no reprocharlos cuando ellos no estén en conformidad con las cosas que suceden a su alrededor.

5.2 TRATAMIENTO

Cabe señalar que por lo general es fácil aceptar tratamientos para cualquier padecimiento físico, casi nadie que sabe de la existencia de alguna enfermedad rehúsa la ayuda, sin embargo, en casos de padecimientos psicológicos es difícil para el afectado admitirlo. Por ello, el tratamiento para la alexitimia requiere, en primer lugar, de la aceptación por parte del afectado de la existencia de este padecimiento y, en segundo lugar, que como tal necesita apoyo psicológico o psiquiátrico.

Entre las terapias podemos incluir a las psicodinámicas, cognitivas y los psicofármacos.

5.2.1 TERAPIA PSICOANALÍTICA

Entre estas tenemos:

Aquí el terapeuta debe explicar al paciente que él es distinto a los demás y que tiene emociones y sentimientos y que él puede expresar y reaccionar ante la presencia de estos. Además debería explicar en qué consiste la alexitimia para que el paciente sepa en qué reside su padecimiento y cómo la alexitimia puede provocar en él otros trastornos.

Se le debe enseñar a observar la naturaleza de su trastorno y los mecanismos que llevan a respuestas inadecuadas. Así como indicar al paciente que tolere los afectos, ayudándole a observar cómo experimenta sus emociones y su modo de reaccionar.

Se le indica además la responsabilidad de sí mismo de la verbalización y el reconocimiento de los afectos, al verbalizar los afectos se dan una liberación de los modos de expresión del sujeto fuera del cuerpo y de sus manifestaciones patológicas.

5.2.2 TERAPIA COGNITIVA

Dar información sobre un estilo cognitivo consistente en una dificultad para traducir las emociones a términos verbales. Puede ser útil para diseñar intervenciones dirigidas a la "clarificación" de emociones.

La terapia cognitiva puede aplicarse en dos sentidos

1. el tratamiento de la alexitimia en sí misma.
2. o de rasgos ligados a ella.

El sujeto debería aprender a observar y notar sus reacciones y a reconocer los límites que le son impuestos.

La terapia debe enseñar al paciente a notar la debilidad de su actividad imaginaria, sus reacciones a las situaciones de estrés, así como el sujeto debería lograr adquirir la capacidad de nombrar emociones y enriquecer su vida imaginaria.

Entre algunas técnicas cognitivas están el role playing, el aprendizaje por imitación, el refuerzo, la reestructuración cognitiva, entre otros:

1. *el role playing*.- Es una técnica que permite trabajar la empatía y la comprensión con los demás; con la práctica continua el paciente podrán reconocer sus sentimientos, actitudes, valores y qué caracteriza en algunos casos su conducta. Asimismo permite aceptar a los demás, resolviendo conflictos y asumiendo con responsabilidad la toma de decisiones.
2. *aprendizaje por imitación*.- el paciente ejecuta los actos físicos de las tareas, pero al mismo tiempo los verbaliza. Ello permite que no solamente observe la conducta deseada, sino oír los pensamientos (monólogo interior) que puede o debe guiar su conducta.
3. *la reestructuración cognitiva*.- procura que el paciente adquiera recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que

surgen día a día. En la reestructuración cognitiva el terapeuta utiliza diferentes métodos para flexibilizar esos pensamientos negativos haciendo que el paciente se dé cuenta del tipo de cogniciones o lenguaje empleados para así, tras la percepción, poder introducir OTROS además de los negativos.

5.2.3 PSICOFARMACOS

Entre los psicofármacos que se pueden utilizar están los neurolépticos, los ansiolíticos, y los antidepresivos.

CONCLUSIONES

Después de la aparición del concepto alexitimia surgieron algunas críticas que ponían en entredicho el propio concepto en sí por la insuficiencia de datos empíricos y la relación entre alexitimia y enfermedad psicosomática. A partir de estos cuestionamientos, la investigación se ha dirigido al estudio de individuos no psicosomáticos.

Se ha demostrado empíricamente que no todos los sujetos que sufren enfermedades psicosomáticas poseen características alexitímicas. Es por ello necesario separar la igualdad alexitimia-psicosomática.

El concepto de alexitimia se caracteriza por: 1- dificultad marcada para identificar y describir los sentimientos, 2- dificultad para distinguir entre sentimientos y las sensaciones corporales, 3- proceso imaginativo limitado o pobreza de fantasía, y 4- estilo cognitivo orientado hacia los detalles externos.

Todas estas características ratifican un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones. Este déficit de asimilación y procesamiento intra e interpersonal de la vivencia afectiva funcionaría como un factor de riesgo en los siguientes aspectos: 1- potenciaría la respuesta ante el estrés, aumentando la respuesta fisiológica, 2- se asociaría a un estrés relacionado con el trabajo de inhibición, y 3- obstaculizaría la asimilación cognitiva del hecho emocional.

La alexitimia hoy día ha traspasado ampliamente el campo de los trastornos psicosomáticos. Así se ha encontrado que las características que comprende la alexitimia aparecen en pacientes de estrés post-traumático, en sujetos con trastornos hipocondríacos y somatoformes, en pacientes con trastornos en la conducta alimenticia y en sujetos adictos a drogas.

Es por lo tanto un constructo que debe seguir siendo estudiado y conocido por todos quienes trabajan en Salud Mental. Para que en el futuro se pueda prevenir y disminuir este trastorno y sus consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

Ayuso, J.L., “*Alexitimia: concepto y medida. Archivos de Neurobiología*”, Paidós, Buenos Aires, 1993

Casullo. M..M. “*Alexitimia, consideraciones Teóricas y Empíricas*”. Feckne, Buenos Aires, 1989.

Copiados de material didáctico dictados por la catedrática Alejandra Fernández.

Sivak, R. y Wiater, A., “*Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*”., Paidós, Buenos Aires, 1997.

Perez. G. P., “*La no Palabra, La Modulación de Las Emociones y La Ambigüedad*”. Gedisa, Barcelona, 1998.

Sifneos, P.E. “*Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, and Creativity*”, Psychiatric Clinics of North America, Vol. 11, No. 3, 1988.