



ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Beatriz Sánchez Muñoz

Psicólogo Clínico

Área Sanitaria III- Asturias

aleale24@gmail.com

Alexitimia, Hipótesis etiológicas, Comorbilidad, Evaluación

Alexithymia, Aetiology, Comorbidity, Assessment

RESUMEN:

A través de este trabajo, nos proponemos llevar a cabo un recorrido por la evolución del constructo alexitimia. Comenzando por las observaciones de los psicoanalistas franceses Marty y de M Uzan y las investigaciones de Nemiah y Sifneos sobre el estilo cognitivo de pacientes con enfermedades psicósomáticas. Estas investigaciones les llevaron a acuñar el uso del término "alexitimia" entendido como la "ausencia de palabras para expresar las propias emociones".

Estos autores interpretarán el síntoma psicósomático como el resultado de emociones no expresadas sino a través de un lenguaje somático.

Veremos como las aportaciones de diferentes autores han ido describiendo las características clínicas de los pacientes alexitímicos (Sifneos, Shipko, Taylor.)

Tras esta descripción, nos detendremos brevemente en las diferentes hipótesis etiológicas (psicoanalíticas, neurofisiológicas, genetistas, socioculturales)

Terminaremos analizando los diferentes estudios acerca de la comorbilidad en la clínica actual entre la alexitimia y otros trastornos mentales, así como las implicaciones que dicha comorbilidad tiene a la hora de abordar con éxito una psicoterapia con este tipo de pacientes

Introducción histórica

La idea de que las emociones y la personalidad pueden influir en las funciones corporales y contribuyen a la etiología y patogénesis de determinadas enfermedades, es la base en la que se fundamenta la medicina psicosomática. Los mecanismos por los cuales se dan estas interacciones o vínculos, han generado el desarrollo de diferentes modelos explicativos

En la primera mitad de este siglo, la medicina psicosomática se ha basado en el modelo psicoanalítico. Alexander (1952), propuso el término *lenguaje de los órganos*, los conflictos se expresarían a través del órgano más vulnerable.

Los psicoanalistas franceses Marty y de M.Uzan observaron que enfermos con trastornos psicosomáticos se comportaban en las entrevistas de forma distinta a los pacientes neuróticos. Estos pacientes se caracterizaban por un pensamiento concretista ausente de fantasías y simbolismos y por un discurso minucioso y detallista de los acontecimientos externos. Estos autores denominaron a estas características *pensée opératoire*. A principios de los años 70, Nemiah y Sifneos comenzaron a investigar sistemáticamente el estilo cognitivo de pacientes con enfermedades psicosomáticas clásicas. A partir de estas observaciones, Sifneos introduce el término alexitimia, con este concepto describe la sintomatología presentada por pacientes con enfermedades psicosomáticas.

De acuerdo con Sifneos (1973) con este concepto hace referencia a la ausencia de palabras para expresar emociones y la dificultad para identificarlas y describirlas.

La alexitimia puede considerarse un síndrome clínico formado por características psicológicas, cognitivas y conductuales. En la definición original se describen tres componentes:

- Dificultad marcada para describir sentimientos

- Ausencia o reducción importante de la fantasía

- Manifestación del pensamiento operatorio

- Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas

- Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo

- Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas,

El síntoma psicosomático se interpretó como el resultado de las emociones no expresadas, que se manifestaban a través de un lenguaje somático. A partir de aquí, el concepto de alexitimia quedó estrechamente relacionado con los modelos teóricos y explicaciones dadas a la formación del síntoma psicosomático.

Actualmente, la alexitimia se considera una característica psicológica que predispone al síntoma psicosomático, como factor iniciador y/o mantenedor del mismo; como factor pronóstico en la evolución de las enfermedades crónicas y como indicador de una mala respuesta terapéutica.

Características de la Alexitimia

Se caracteriza por una dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas (Nemiah y cols., 1976). El paciente presenta

dificultades para diferenciar una emoción de otra, siente las emociones de forma indiferenciada, su mundo emocional está tan desarraigado del control cognitivo que es frecuente que sus escasas manifestaciones sean explosivas y bruscas

Aparece además la tendencia a la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas.

Su estilo cognitivo hace que su discurso resulte estéril, monótono y carente de contenido afectivo.

ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Suelen ser poco expresivos a nivel no verbal y paraverbal, lo que suele producir fatiga y aburrimiento en el interlocutor.

Hipótesis etiológicas

-Teorías psicoanalíticas

Desde la escuela psicoanalítica los trastornos psicossomáticos se han basado en el modelo freudiano de la neurosis. LA esencia del conflicto intrapsíquico que origina estados prolongados de excitación emocional que a su vez conlleva efectos patogénico en el cuerpo.

La alexitimia se identificaría con unas características de personalidad que nacen en la infancia con una fijación del yo en una etapa pregenital. Mecanismo de negación y regresión explicarían la formación de los síntomas

Marty y de U'zan entienden la formación del síntoma psicossomático sería la ausencia de fantasías y el déficit en expresión de los sentimientos.

-Teorías neurofisiológicas

Intentan explicar el concepto de alexitimia desde dos modelos, el de la transmisión de información entre el sistema límbico y el neocortex y el de la especialización hemisférica.

Nemiah (1976) se centra en una desconexión límbico-neocortical, que afecta al reconocimiento de las emociones.

Desde el modelo de la especialización hemisférica, la alexitimia tendría su origen en una falta de comunicación interhemisférica.

-Teorías psicométricas

Partiendo de la definición de la alexitimia como una incapacidad para leer y expresar emociones, algunos autores hipotetizan una inteligencia verbal inferiores en los sujetos alexitímicos. Otros autores creen que el déficit se situaría en el estilo comunicacional, de dichos pacientes.

Actualmente no se han alcanzado resultados concluyentes en este aspecto, ya que en grupos de pacientes alexitímicos las puntuaciones en inteligencia verbal eran menores de los pacientes no alexitímicos, pero sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

-Hipótesis de la regulación afectiva

Taylor entiende la alexitimia como una alteración de la regulación afectiva. En dicha regulación serían tres los sistemas implicados:

El cognitivo experiencial: dimensión psicológica del afecto

El conductual expresivo

El neurofisiológico: dimensión biológica del afecto

La interrelación entre los tres sistemas haría que el cambio en uno de ellos, module la activación de los otros dos. Además de la activación entre sistemas, las interacciones sociales de un sujeto y su entorno pueden dar lugar a una regulación interpersonal de tipo positivo o perturbador.

Goleman (1995) introdujo el término de *inteligencia emocional* para referirse a las habilidades cognitivas necesarias para el control y autorregulación emocional. La capacidad de ser consciente de las emociones propias, de entender las de los demás, la empatía serían las habilidades deficitarias en las personas alexitímicas.

ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Desde este modelo, se entiende la alexitimia como el fracaso de la autorregulación afectiva en términos de habilidades cognitivas.

Instrumentos de evaluación

La alexitimia es un concepto difícil de objetivar. Diferentes autores intentan medir la función simbólica del sujeto a través de escalas de autoobservación, tests proyectivos y cuestionarios.

Escalas

- Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) en sus dos versiones de uso clínico (Sifneos, 1973). Al inicio, constaba de 17 ítems de elección forzada y cumplimentado por el entrevistador. SE estableció en seis el punto de corte. Para clasificar a los individuos en alexitímicos y no alexitímicos.

.Posteriormente, aparece la BIQ1, formada por 21 ítems a cumplimentar por el terapeuta, pero este hecho, ponía de nuevo en duda la objetividad de la escala, ya que las respuestas de contenido emocional durante la entrevista pueden variar enormemente en función de la experiencia del investigador y de la interacción de este con el paciente. Será el BIQ2, el instrumento que ofrezca una escala de autoevaluación para el paciente, en respuestas a preguntas semiestructuradas.

- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (Taylor et al., 1985). Consta de 26 de ítems autoaplicados con 5 posibilidades de respuesta. La puntuación máxima es de 130, y el punto de corte está en 74. Su elaboración parte de cinco rasgos definitorios del concepto de alexitimia:

La dificultad para describir sentimientos

Limitaciones en las aptitudes introspectivas

Conformismo social

Dificultad para diferenciar las sensaciones corporales

Pobreza en fantasía y ensoñaciones descritas por el sujeto

Tras el análisis factorial de la escala se hallaron cuatro factores:

I: Capacidad en la descripción de sentimientos y distinción de las sensaciones corporales

II: Capacidad para comunicar los sentimientos propios

III: Ensoñaciones diurnas

IV: Pensamiento orientado hacia al exterior, más que hacia las experiencias internas

La fiabilidad y validez de esta escala han mostrado tener un alto nivel para la investigación clínica (Mann, Wise y Shay, 1992)

- Escala de alexitimia del MMPI (MMPI -AS) (Kleiger y Kinsam, 1980) Se compone de 22 ítems del MMPI que correlacionan con las puntuaciones de alexitimia en el BIQ. El punto de corte es 14. LA escala recibió diferentes críticas, especialmente por el hecho de no correlacionar con las medidas de expresión verbal de emociones no con las de capacidad de imaginación.

Posteriormente, Shipko y Noviello (1984) crearon una escala de 20 ítems tras la administración del MMPI a grupos de sujetos categorizados como alexitímicos. Presenta carencias como su predecesora en cuanto a la validez como medida para la alexitimia.

Técnicas proyectivas

Algunas de las formas del TAT, se han empleado como medida de la capacidad de fantasear y expresar emociones del sujeto. EN la investigación con esta técnica, se ha encontrado características alexítimicas en sujetos con patrón de conducta Tipo A. Esto concuerda con la descripción habitual de este tipo de sujetos negadores que presentan estrategias de afrontamiento de tipo dirigidos a la acción y con nula capacidad para fantasear. (García – Esteve et al. 1988)

Entrevistas estructuradas

El Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ) creado por Krystal Giller y Cichetti (1986), consta de 17 ítems. Busca la respuesta emotiva en el paciente a través de técnicas de inoculación de estrés. Correlaciona significativamente con la escala BIQ.

Comorbilidad: Alexitimia y otros trastornos

Sivack y Wiater realizan un recorrido sobre la relación entre alexitimia y diversas entidades clínicas

Depresión:

En 1989, Heerlein, Lawer y Richter estudiaron a 21 pacientes internados con un diagnóstico de depresión unipolar endógena y 21 pacientes con depresión neurótica reactiva (criterio CIE 10) tras administrarle a ambos grupos el BIAQ, el primer grupo evidenció mayor nivel de alexitimia que el grupo con depresión neurótica.

Parker y Taylor (1991) administraron a muestras de estudiantes universitarios y de pacientes psiquiátricos ambulatorios el BDI y el TAS. Determinaron que depresión y alexitimia eran dos constructos diferentes y separados.

Estudios posteriores, investigaron la estabilidad de la alexitimia en pacientes depresivos a través del TAS, los resultados sugirieron que la alexitimia era un constructor estable de la personalidad (Wisse y Mann, 1995)

Otros autores, han intentado aproximarse al estudio de la interrelación entre alexitimia, ansiedad y depresión. Para ello, emplearon como instrumentos de medida el Tas, el BDI y el STAI. Los resultados indicaron que la TAS evalúa dimensiones independientes, si bien las dificultades de identificar y comunicar sentimientos correlacionan positivamente con la depresión y ansiedad. La evidencia empírica confirma que la alexitimia es un concepto multidimensional

Adicciones

En adicciones como toxicomanías, alcoholismo y actividad sexual compulsiva, se han observado niveles significativos de alexitimia.

Taylor (1984) observó que el 50% de los pacientes con diagnóstico de toxicomanía eran alexítimicos. Presentaban una fuerza del yo inferior, más quejas somáticas y ansiedad y menos comportamientos defensivos represivos. Esto llevó al autor a suponer que la alexitimia podría ser una condición que predispone a estas adicciones.

Haviland (1988) halló que un 50 % de sujetos con abuso de sustancias puntuaban alto en alexitimia. En 1995, Mann lleva a cabo una investigación en la que, de nuevo, los sujetos adictos puntuaban más alto en alexitimia, empleando como medida la TAS y NEO Five Factor Inventory.

ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

En 1995, Ziolkowski, Gruss y Rybakowski, plantearon en si la alexitimia en pacientes alcohólicos resultaba un factor negativo para mantener la abstinencia. LA muestra se compuso de 60 hombre en tratamiento ambulatorio por dependencia alcohólica en abstinencia. El 48% de los sujetos presentaba alexitimia tras administrarle la TAS. En personas con un corto periodo de abstinencia, la puntuación de la TAS era significativamente más alto que en sujetos con abstinencia superior a un año. Los resultados sugirieron una correlación negativa entre alexitimia y el mantenimiento de la abstinencia en hombre alcohólicos en tratamiento externo.

Trastornos somatoformes

Es uno de los campos en Iso que mas se ha investigado dentro de la relación dentre la alexitimia y psicopatología

Barsky y Klerman (1983) plantearon que la limitada conciencia de los estados emocionales y las dificultades en el procesamiento cognitivo de los afectos que presentan los sujetos alexitímicos, favorecía la aparición estilo perceptivo y cognitivo que denominaron estilo somático amplificador; estaría muy presente en personas que presentan hipocondría e implicaría varios elementos (Barsky, 1992):

- 1) hipervigilancia corporal con aumento de la focalización atencional en las sensaciones corporales desagradables
- 2) tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones infrecuentes
- 3) propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas e indicadoras de enfermedad

Bach y Bach (1995) evaluaron a 30 pacientes con trastorno somatoforme (evaluado mediante el SCID,) con dos medidas (pre-antes d iniciar el tratamiento- y post -dos años después)

Los paciente con trastornos somatoformes indiferenciados mostraron mayores niveles de alexitimia antes del tratamiento (medido con la TAS) comparados con los que mostraron remisión de su trastorno somatoforme. Parece que el alto nivel de alexitimia predice la persistencia de la somatización, de forma independiente de otras variables sociodemográficas o psicopatológicas

Trastornos de la conducta alimentaria

Laquatra y y Clopton (1994) estudiaron las características de alexitimia en estudiantes mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y obesidad), Para ellos emplearon la TAS y el EDI (Eating Disorders Inventing) .Obtuvieron correlación entre las puntuaciones en ambas escalas.

Sifneos, Jimerson y Wolfe en 1994, evaluaron mediante el uso de la TAS a un grupo de pacientes no hospitalizadas con peso normal con bulimia nerviosa y otro grupo de mujeres voluntarias sanas. ALS mujeres con bulimia obtuvieron mayor puntuación en la TAS, especialmente en el factor de déficit afectivos.

Troop, Schmidt y Trasure (1995) , administraron la TAS a pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, anorexia con un subtipo de bulimia y estudiantes.

Tras el análisis factorial de los resultados, los tres grupos con trastornos de la conducta alimentaria fueron menos capaces de identificar sus sentimientos, y las pacientes con anorexia nerviosa tuvieron mayor disminución de fantasías y ensoñaciones que el grupo con bulimia y el de estudiantes.

ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

En Canadá , Groot Rodin y Olmsted (1995) evaluaron la alexitimia en mujeres diagnosticadas de bulimia nerviosa y su relación con el trastorno depresivo y los síntomas somáticos. Se plantearon como objetivo analizar si un programa de psicoterapia intensivo contribuía a reducir el nivel de alexitimia. Mediante las puntuaciones obtenidas en la TAS, encontraron que un amplio número de mujeres eran alexitímicas antes del tratamiento. (61,3 %) y después del mismo (32,2%) frente aun 5% del grupo control.

La reducción del número de episodios purgativos se asoció con una reducción significativa de la alexitimia. Se encontró además una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de la TAS, depresión y frecuencia de vómitos.

Otros trastornos

Wise y Mann (1995) estudiaron los síntomas somáticos en 100 pacientes psiquiátricos ambulatorios. Se observó una tendencia tener mas quejas somáticas en los pacientes que eran mas depresivos y alexitímicos.

Stanghellini y Ricca investigaron la relación entre alexitimia y esquizofrenia, centrándose en la relación entre las mayores puntuaciones en la TAS correlacionaban con la prevalencia de síntomas negativos sobre los positivos. Encontraron que la dificultad en la capacidad lingüística y la alexitimia tenían una relación relevante.

Bagby (1994) tomo una muestra de sujetos con diferente psicopatología: trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, esquizofrenia y otras psicosis.

Como conclusión general, hallaron que estos pacientes tenían un nivel de alexitimia mayor que grupos de sujetos adultos sanos y estudiantes.

Bibliografía

Apfel, R.J. y Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(1-4): 180-190.

Ayuso, J.L. (1991). Alexitimia y sintomatología afectiva en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis doctoral: Universidad Autónoma de Madrid.

Gutierrez Maldonado, J y Arbej Sánchez, J Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 2002: 17 (1), 15-19.

Jodar,I, Valdes, M, Sureda, B Alexitimia: Hipótesis etiológicas e Instrumentos de Medida. *REv. Psiquiatría Fac. Med. Barna* 2000; 27 (3): 136-146.

Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1): 19-32.

Martinez Sánchez, F, Montero Martinez, J.M. Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 2002, 14 (2): 344-349

Sivak, R y Wiater, A (1997) Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós

Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141: 725- 732

Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. y Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating

Paez, D, Casullo, M. M. (2000) Cultura y alexitimia; ¿Cómo expresamos aquello que sentimos? Buenos Aires: Paidós

APENDICE

Cuestionario adaptado TAS20: Escala de alexitimia de Toronto

Señale, con un círculo, el grado en que estas características se ajusten a su modo de ser habitual. En caso de equivocarse tache con una cruz y ponga un círculo en la opción correcta. Conteste lo más sinceramente posible.

Valores:

-3: Muy en desacuerdo	-2: En desacuerdo	-1: Ligeramente en desacuerdo
+3: Muy de acuerdo	+2: De acuerdo	+1: Ligeramente de acuerdo

Características	Valores
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	-3 -2 -1 +1 +2 +3
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	-3 -2 -1 +1 +2 +3
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	-3 -2 -1 +1 +2 +3
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar	-3 -2 -1 +1 +2 +3
10. Estar en contacto con las emociones es esencial	-3 -2 -1 +1 +2 +3
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	-3 -2 -1 +1 +2 +3
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
13. No sé qué pasa dentro de mí	-3 -2 -1 +1 +2 +3
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado	-3 -2 -1 +1 +2 +3

ALEXITIMIA: HISTORIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	-3 -2 -1 +1 +2 +3
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	-3 -2 -1 +1 +2 +3
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	-3 -2 -1 +1 +2 +3