Alexitimia como Constructor de la Personalidad: Concepto, Clínica, Etiología y Enfoque Terapéutico

Eq. May.(R) Ps. Mabel Lusiardo, Ps. Marina Rodrigo.

El término alexitimia fue acuñado por el Dr. Peter Sifneos (1), psiquiatra de Harvard, para referir a un trastorno de la esfera cognitivo-afectiva que afecta la forma en que las personas experimentan y expresan sus emociones. Las primeras observaciones fueron hechas en pacientes con trastornos psicosomáticos, lo que condujo a la creencia errónea de que existía una relación etiológica entre alexitimia y la enfermedad psicosomática. También se ha observado alexitimia en pacientes con patologías tales como dolor psicógeno crónico (2), trastornos por abuso de sustancias (3,4), depresiones enmascaradas (4), perversiones sexuales (5), neurosis de carácter (6) así como asma de riesgo vital (7). Sin embargo, no todos los pacientes con patología psicosomática o de otro tipo exhiben características alexitímicas.

De esta forma, la alexitimia es considerada actualmente como un constructo de la personalidad que se encuentra ampliamente distribuido, tanto en personas sanas como patológicas. Por otra parte, la alexitimia sería el factor más importante capaz de disminuir el éxito de las terapias psicodinámicas y del propio psicoanálisis (38).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Alexitimia del griego: **a:** "carencia de", **lexis:** "palabra", **thymos:** "emoción".

Estas personas carecen de palabras para expresar sus sentimientos y describir los ajenos, tienen un vocabulario emocional muy limitado, por lo cual aburren a todo el mundo por su vacío y chatura emocional, dado que son emocionalmente sordos (37).

"Aunque en realidad puede deberse a su incapacidad para expresar emociones, más que a una ausencia de las mismas. No se trata de que nunca sientan nada, sino de que son incapaces de saber y especialmente de expresar en palabras, cuáles son exactamente sus sentimientos. Carecen absolutamente de la habilidad de la inteligencia emocional, la conciencia de uno mismo, que nos permite saber lo que sentimos mientras las emociones se agitan en nuestro interior. Esta confusión puede conducir a quejas somáticas indefinidas, cuando en realidad se trata de un trastorno emocional. El dilema del alexitímico: no tener palabras para los sentimientos, significa no apropiarse de ellos. La clave para una toma de decisiones personales más acertadas es, en resumen, estar en sintonía con nuestro sentimientos" (37).

Como lo formularon Nemiah y Sifneos (8), los aspectos esenciales de este constructo son: a) dificultad para identificar y describir sentimientos, b) dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, c) reducción de la imaginación evidenciada por una pobreza en las fantasías, y d) un estilo cognitivo concreto basado en la realidad.

Estas personas muestran una dificultad en reconocer y describir sus propios sentimientos, así como en discriminar entre un estado emotivo y sensaciones corporales. Se ha planteado que esta dificultad conduce a focalizar y amplificar el componente somático de la respuesta emotiva, tendencia que puede explicar la somatización e hipocondría de estas personas (9,10).

Los alexitímicos comunican pocos sueños y sus fantasías se encuentran empobrecidas. Cuando existe recuerdo de los sueños, estos presentan un contenido arcaico explícito, o se encuentran exentos de simbolismo y color.

La alexitimia implica un trastorno específico en el funcionamiento psíquico, el que se manifiesta principalmente por un estilo de comunicación caracterizado por una marcada reducción o ausencia de pensamiento simbólico, de forma que los sentimientos y actitudes no son revelados. El pensamiento literal, utilitario, preocupado por los eventos externos ha sido denominado "pensée opératoire" (pensamiento operativo) por Marty De M'Uzan (11).

Finalmente, si bien esas personas parecen adaptadas y muestran un alto grado de conformidad social, esto

ha sido catalogado como una “pseudonormalidad”; poseen escaso contacto con su propia realidad psíquica, así como también muestran una existencia “tipo robot”, progresando a través de la vida en una forma mecánica. Adicionalmente, su reducido funcionamiento emocional se revela por una pérdida de los movimientos faciales y afectación de la capacidad de empatía. (12).

TEORÍAS ETIOLOGÍCAS

De acuerdo con Sifneos (1), se pueden conceptualizar cinco posibles etiologías de la alexitimia.

1) Un defecto neuroanatómico o neurobiológico (bioquímico o neurofisiológico) debido a trastornos hereditarios, que interrumpe la comunicación entre el sistema límbico y el neocortex. Esto ha sido designado como alexitimia primaria. Los hemisferios cerebrales y la especialización hemisférica parecen jugar un rol fundamental en este tipo de alexitimia. Debido a que esta involucra una incapacidad para asociar fantasías y pensamientos con emociones, así como en el uso apropiado del lenguaje para expresar sentimientos, en una persona diestra, el hemisferio cerebral izquierdo que implica el uso de las palabras y su articulación, se encuentra íntimamente asociado a este proceso. Además, una interrupción de las aferencias del hemisferio derecho puede ser importante debido a que dicho hemisferio juega un rol fundamental en la modulación del componente afectivo, dándole al lenguaje un colorido especial, entonación, melodía y cadencia, lo que se denomina “prosodia” (13). Otras investigaciones sugieren la existencia de una organización anatomo- funcional de los componentes del lenguaje y del comportamiento, en la que se enfatiza el rol del hemisferio derecho en la modulación de las emociones (14). Así, pacientes con daño de su hemisferio derecho son incapaces de evaluar sus emociones, además de presentar una dificultad en la comunicación emocional en la forma de una “aprosodia” (15).

2) Por otro lado, la alexitimia secundaria puede asociarse a tres posibles factores: a) trauma psicológico masivo durante la niñez, b) agresión traumática mayor en el adulto, presentando una regresión masiva como forma de ajuste, resultando en un entumecimiento parcial o total de los sentimientos (campos de concentración, experiencia de guerra, etc.), y c) factores socioculturales y psicodinámicos, como un uso excesivo de ciertos mecanismos de defensa como represión y negación. Como se verá posteriormente, estas diversas etiologías pueden ser importantes en el momento de establecer el tratamiento más adecuado (38).

MEDIDA DE LA ALEXITIMIA

La alexitimia es un concepto difícil de operacionalizar. Los métodos para medir este constructo incluyen cuestionarios evaluados por observadores, escalas de autoevaluación, así como técnicas proyectivas (16). Mientras que algunos de estos métodos evalúan aspectos aislados de la alexitimia, otros pretenden medir todos los componentes de este constructo multidimensional. Como veremos mas adelante, los análisis correlacionales y factoriales juegan un rol de gran importancia en el desarrollo de métodos confiables y válidos de medida de la alexitimia.

1) Cuestionarios evaluados por observadores.

Inicialmente, la medida más usada de alexitimia fue el Cuestionario Psicosomático del Hospital de Beth Israel (Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire, BIQ), desarrollado por Apfel y Sifneos (17), sobre la base de observaciones clínicas de pacientes con enfermedad psicosomática clásica. Este cuestionario ha mostrado en diferentes estudios una consistencia interna satisfactoria, así como una estructura factorial congruente con el constructo alexitimia (18). Sin embargo, la confiabilidad inter-observador parece altamente dependiente de la experiencia y estilo del observador (19).

2) Escalas de autoevaluación.

Este tipo de medida posee la ventaja de la facilidad con que puede administrarse, así como no presentar el problema de la confiabilidad inter-observación. Existen varios instrumentos.

A) La Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (Schalling-Sifneos Personality Scale) Es un cuestionario de autoevaluación de 20 ítems graduados en una escala de Likert de 4 puntos (17). Al no ser construida en base a un análisis de los ítems, no puede sorprender que los resultados obtenidos sean erráticos; la confiabilidad es baja y su estructura factorial se ha mostrado inestable (20).

B) La Escala de Alexitimia del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI Alexithymia Scale) desarrollado por Kleifer y Kinsman (21) en base a la selección de 22 ítems de los 566 del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.

De acuerdo con esto, no sorprende la ausencia de validez del constructo, así como una pobre consistencia interna.

C) La Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS) consiste en 26 items, cada uno graduado en una escala de Likert de 5 puntos, desarrollado por Taylor, Ryan y Bagby (22) mediante un análisis factorial. Múltiples estudios lo muestran como presentando una consistencia interna elevada (0.75 — 0.80), así como una confiabilidad test-retest en períodos comprendidos entre una semana y tres meses de alrededor de 0.80. La validez del constructo y del criterio se encuentra apoyada en múltiples estudios que examinan la relación entre la escala y otras medidas de la personalidad (20,23-25). El análisis factorial del TAS produce una solución de cuatro factores congruentes con el constructo alexitimia (26). La replicabilidad y la estabilidad de esta solución de cuatro factores han sido demostrados en estudios, tanto en muestras clínicas como no clínicas (20).

De acuerdo con estos datos, el TAS resulta ampliamente superior a otras medidas de alexitimia. Si bien en el momento actual se desarrollan nuevos estudios con este instrumento, tanto su confiabilidad como su validez lo hacen recomendable para su uso en el ámbito clínico-asistencial y en la investigación.

El **TAS** ha sido traducido a diversos idiomas (además del inglés original). Así, Rodrigo, Lusiardo y Normey (27) aplicaron una versión en español del TAS a una muestra de 111 estudiantes universitarios, obteniendo una consistencia interna y una confiabilidad de tipo test-retest para tres semanas de aproximadamente 0.80, así como correlaciones con otras medidas de la personalidad que apoyan su validez del constructo (convergente y divergente). Finalmente, esta versión en español del TAS fue aplicada a una muestra de 185 estudiantes universitarios, obteniéndose mediante análisis factorial una solución de cuatro factores similares a los obtenidos con la muestra original (27,28).

3) Técnicas proyectivas.

El empleo de técnicas proyectivas para evaluar las características de la alexitimia comenzó con Ruesch (29,30), quien descubrió que los pacientes con “personalidades infantiles” producen únicamente fantasías “primitivas, inimaginativas, y estereotipadas” en respuesta al Rorschach y al Test de Apercepción Temática (TAT). Si bien estos hallazgos se encuentran a favor de la impresión clínica de Ruesch, de que estos pacientes poseen una reducida expresión simbólica, los tipos de respuestas que estos sujetos dan a las técnicas proyectivas pueden estar influenciadas por el examinador y por la interpretación de las respuestas.

Acklin y Bernat (31) han comunicado un estudio en que utilizan el Rorschach para investigar las relaciones entre la depresión, la alexitimia y el dolor crónico psicógeno. Estos investigadores minimizaron la posibilidad de error de medida administrando e interpretando el Rorschach de acuerdo con el sistema desarrollado por Exner (32).

Otra técnica proyectiva con posibilidad de convertirse en una medida válida del constructo alexitimia es el SAT-9 (Scored Archetypal Test with 9 elements) introducido por Cohen y col. (33) quienes lo desarrollaron a partir de la teoría de Durand sobre la estructura de la imaginación. El SAT-9 aporta una medida directa de la función simbólica, la que aparece afectada en los pacientes alexitimicos. Los estudios preliminares han mostrado resultados promisorios.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

¿Qué tipo de ayuda se puede brindar a las personas alexitímicas? Se han estudiado diversos enfoques, existiendo consenso de la utilidad de las intervenciones psicoterapéuticas en las que se intenta hacer comprender al paciente sus conflictos con el mundo exterior resultantes de sus defectos en el área de los sentimientos, especialmente cuando se llevan a cabo junto a medicaciones psicotropas. Este tipo de enfoque parece ser el más adecuado para aquellos que presentan alexitimia primaria.

Por otro lado, una variedad de intervenciones psicodinámicas pueden ofrecer algo de ayuda a individuos con alexitimia secundaria (34). En estos pacientes, la terapia de grupo utilizando un enfoque educativo y feedback visual, se ha postulado como efectiva por Apfel-Savitz y colaboradores (35).

Finalmente, para el 20 % de los pacientes cuyas dificultades alexitímicas pueden ser debidas a una excesiva utilización de la negación y represión, la psicoterapia de orientación psicoanalítica o el psicoanálisis pueden ofrecer cierta mejoría (36).

CONCLUSIÓN

La alexitimia, constructo de la personalidad conceptualizado como un disturbio específico en el funcionamiento psíquico, caracterizado por dificultades en la capacidad de verbalizar los afectos y de elaborar fantasías, posee especial importancia por las múltiples implicancias que posee en la terapéutica médica, psiquiátrica y psicológica. En esta revisión, se consideran sus características clínicas, las posibles etiologías, sus formas de medida y los diversos enfoques terapéuticos. Más estudios serán necesarios para esclarecer sus distintas facetas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) SIFNEOS PE. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge; Harvard University Press, 1972.

(2) BLUMER D, HEILBRONN MI. Chronic pain as a variant of depressive disease. J Ner Ment Dis, 1982;170:381- 406.

(3) KRYSTAL H. Alexithymia and psychotherapy. Am J Psychotherapy 1979; 33:17-31.

(4) WUMNSER L. Psychoanalitic considerations of the etiology of compulsive drug use. J Am Psychoanal Assoc 1974;22:820-843.

(5) MCDOUGALL J. Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. Psychotherapy and Psychosomatics 1982;38:81-90.

(6) KRYSTAL H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. Int. J. Psychoanal. Psychother 1982; 9:353-378.

(7) PLAZA V GINER J, PICADO C, SUREDA B, SERRANO J, CASAN P, ET AL. Control of ventilation, breathlessness perception and alexithymia in near-fatal asthma. Journal of Asthma 2006;43:1-6.

(8) NEMIAH JC, SIFNEOS PE. Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In 0. W. Hill Modern trends in psychosomatic medicine 2. London: Butter-worths, 1970.

(9) BARSKY AJ, KLERMAN GL. OVERVIEW: Hypochondriasis, bodily and complants and somatic styles. American Journal of Psychiatry 1983;140:273-283.

(10) LANE RD, SCHWARTZ GE. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. American Journal of Psychiatry 1987; 144: 133-144.

(11) MARTY P, DE M'LJZAN M. La pensée opératoire. Rev Fr Psychoanal 1956;(Suppl 27):1345-1356.

(12) TAYLOR GJ. Alexithymia: Concept, measure and implications for treatment. American Journal of Psychiatry 1984;141:725-732.

(13) ROSS ED, MESULAM MM. Dominant language functions of right hemisphere? Arch. Neurol 1979;36:144- 149.

(14) ROSS ED, RUSH AJ. Diagnosis and neuroanatomical correlates of depression in brain-damage patients. Arch. Neurol 1981; 38:1344-1355.

(15) ROSS ED. The aprosodias. Arch. Neurol 1981; 38:561-570.

(16) TAYLOR GJ, BAGBY RM. Measurement of alexithymia: Recomendations for clinical practice and future research. Psychiatric Clinics of North America 1988; 11:351-366.

(17) APFEL RJ, SIFNEOS PE. Alexithymia: Concept and measurement. Psychotherapy and Psychosomatics 1979;32:180-190.

(18) GARDOS G, SXHNEIBOLK S, MIRIN SM, WOLK PC, ROSENTHAL K. Alexithymia: Towards validation and measurement. Compreh Psychiat 1984; 25:278-282.

(19) TAYLOR GJ, DODDY K, NEWMAN A. Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. Can J Pshychiat 1981;26:470-474.

(20) BAGBY RM, TAYLOR GJ, ATKINSON L. Alexithymia: A comparative study of three self-report measures. Journal of Psychosomatic Research 1988; 32:107-116.

(21) KLEIFER JH, KINSMAN RA. The development of an MMPI alexithymnia scale. Psychotherapy and Psychosomatics 1980; 34:17-24.

(22) TAYLOR GJ, RYAN DP. BAGBY RM. Toward the development of new self-report alexithymia scale. Psychotherapy and Psychosomatics 1985; 44:191-199.

(23) BAGBY PM, TAYLOR GJ, PARKER JD. Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale.

Psychotherapy and Psychosomatics 1988;50:29-34.

(24) BAGBY PM, TAYLOR GJ, RYAN, D. Toronto Alexithymia Scale: Relattion ship with personality and psycho-pathology measures. Psychotherapy and Psychosomatics 1986; 45 : 207-215.

(25) TAYLOR G J, BAGBY PM, RYAN DP, PARKER JD, DOODY KF, KEEFE P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosomatic Medicine 1988; 50 : 500-509.

(26) TAYLOR GJ, BAGBY PM, PARKER J, RYAN DP, CITRON K. Factor validity of the Toronto Alexithymia Scale with a clinical sample. Psychosomatic Medicine 1988; 50 : 205-206.

(27) RODRIGO G, LUSIARDO M, NORMEY L. Alexithymia: Reliability and validity of the Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. Psychotherapy and Psychosomatics 1989; 51:162-168.

(28) RODRIGO G, LUSIARDO M. Factor structure of a Spanish version of Toronto alexithymia scale. Psychother Psychosomatics 1992; 58:197-201.

(29) RUESCH J. The infantile personality. Psychosomatic Medicine 1948;10:134-144.

(30) RUESCH J. Disturbed communication: The clinical assessment of normal and pathological communicative behavior. New York: Norton, 1957.

(31) ACKLIN MW, BERNAT E. Depression, alexitymia and pain prone disorder: A. Rorschach study. Journal of Personality Assessment 1987;51:462-479.

(32) EXNER J E. The Rorschach: A comprehensive system (Vol. 1: Basic Foundations). New York: Wi¬ley & Sons, 1986.

(33) COHEN K, DEMERS-DESROISIERS LA, CATCHLOVE RFH. THE SAT 9: A quantitative scoring system for the AT9 test as a measure of symbolic function central to alexithymic presentation. Psychotherapy and Psychosomatics 1983;39:77-88.

(34) SIFNEOS PE. Alexithymia and its relationship to hemisphere specialitation, affect, and creativity. Psychiatric Clinics of North America 1983; 11 : 287-292.

(35) APFEL-SAVITZ R, SILVERMAN 0, BENNETT MI. Group psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexitymia. Psychotherapy and Psychosomatics 1977;28:323-329.

(36) STEPHANOS SA. Concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics 1972; 20 : 170- 187.