

Concepto de Alexitimia

Autores:

Constanza Lara
Manuel Sanchis
Alejandra Rodríguez
2008

Las bases del concepto alexitimia se encuentran en la corriente psicoanalítica, con autores como Alexander, Dunbar y Ruesch, entre otros; quienes observaron en los pacientes con enfermedades psicosomáticas una gran dificultad para expresar los afectos verbalmente. Esta característica se acompañaba de una coartación de la fantasía, dificultad para la expresión de las emociones y tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal (Otero, 1999).

El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas, que tienen una cualidad sensorio-perceptiva, a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representaciones de palabras. Estas permiten el acceso a la fantasía, la producción onírica y a los procesos de reflexión interna. Si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica.

El concepto de alexitimia y el de pensamiento operatorio, son diferentes, pero relacionados, planteándose el segundo como una característica del primero.

El concepto alexitimia fue introducido en la literatura por Sifneos, profesor de la Universidad de Harvard, en la década del 70; proviene del griego y significa: α (**a**); falta, $\lambda\epsilon\chi\iota\sigma$ (**lexis**); palabra y $\tau\eta\mu\omicron\sigma$ (**thymos**); afecto, es decir, la “ausencia de verbalización de los afectos”. (Sifneos, 1973 en Sivak, 1997, pág.17).

Si bien el autor no creó un concepto nuevo, ya que las características asociadas a éste habían sido señaladas anteriormente, es quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas hasta el momento en los pacientes psicosomáticos; definiéndola como un trastorno en el procesamiento emocional caracterizado por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional.

De esta manera, si bien fue Sifneos quien propuso el término alexitimia (utilizándolo por primera vez en la 7ª Conferencia Europea de Investigación en Psicopatología, en Roma, el año 1967), la historia del concepto se remonta a Freud en 1895 cuando establece las diferencias entre psiconeurosis y neurosis actuales. Pasando por Ferenczi (1924), Ruesch (1948), McLean (1949), Liberman (1959), Marty (1963), entre otros.

Las neurosis actuales, neurosis de angustia y neurastenia, implican altos montos de excitación sin descargar, la descarga es insuficiente, el deseo no se satisface; por lo tanto, la frustración libidinal pone en marcha la patología, dándose satisfacciones incompletas, parciales. A su vez, las neurosis de defensa o psiconeurosis, cuando la magnitud no puede descargarse, regresa en busca de representaciones para descargarse, busca otras vías, estos serían los síntomas, se produce la no satisfacción del deseo por la represión (Arrue, 2007).

Es importante recalcar que, si bien el concepto de alexitimia surgió paralelo a las investigaciones que empezaron a realizarse con pacientes psicopatológicos, no es un equivalente de *lo psicopatológico*, sino que puede observarse en otras psicopatologías y en traumatismos pasajeros.

Aunque, actualmente la alexitimia no se encuentra en los manuales de clasificación psiquiátrica y no es una noción universalmente aceptada, posee un valor heurístico que ha dado lugar a numerosas investigaciones (Otero, 1999). Se discute si debe ser considerada como rasgo o estado, estructura o defensa, precondition para la formación de un estado psicopatológico o síndrome psicopatológico por sí mismo, innata o adquirida, específica de un tipo de pacientes o potencialmente desarrollada en cualquiera, etc. En la presente tesis no entraremos en el detalle de dicha discusión, adscribiéndonos directamente a la teoría que plantea la alexitimia como un rasgo de personalidad.

Así, partiremos definiendo rasgo como una estructura mental que explica la uniformidad de las conductas, el cual se infiere a partir de la constancia de éstas ante el mismo estímulo, haciendo que el individuo habitualmente responda de la misma manera.

La conducta es una respuesta significativa frente a un estímulo y, cuando ésta es reiterada, se configura el rasgo. El rasgo es egosintónico, es decir, está en sintonía con el sujeto, arraigado y no molesta, a no ser que se rigidice y llegue a constituirse en extremo, provocando problemas internos, interpersonales o ambos.

Dentro de este contexto conceptual, Liberman (1959), plantea que la alexitimia pasaría a constituirse en un rasgo característico de pacientes con enfermedades psicosomáticas y pacientes con estilo de personalidad depresivo.

Retamales (1989) describe los rasgos presentes en la alexitimia, diferenciando los esenciales de los accesorios. Los esenciales constituyen el núcleo del trastorno siendo estos los siguientes: - pensamiento simbólico reducido o ausente – limitada capacidad para fantasear – dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras. A su vez, los rasgos accesorios presentes en la mayoría de los casos apuntan a: - alto grado de conformismo social (McDougall, (1987) “seudonormalidad”, Liberman (1982) “sobreadaptados”, Winnicott “normópatas”) – relaciones interpersonales estereotipadas – impulsividad como expresión de conflictos – personalidad inmadura – dificultad de introspección. (Retamales, 1989 en Sivak, 1997).

En resumen, los sujetos alexitímicos presentarían las siguientes características:

1. Dificultad para identificar afectos: Estas personas tienen problemas para diferenciar una emoción de otra. Por ejemplo, no saben con seguridad si lo que sienten es miedo o ira. Esta incapacidad no se da sólo respecto a los propios sentimientos, sino que también tienen dificultades para identificar las emociones en los demás (en sus voces, expresiones faciales, posturas).

2. Dificultad para describir afectos: Les resulta imposible describir lo que sienten y describir a otras personas todo lo referente al ámbito subjetivo y de los afectos.

3. Dificultad para diferenciar los afectos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional: Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardiaco, etc. Los alexitímicos atribuyen estas manifestaciones fisiológicas a síntomas vagos o los confunden con la emoción misma. Cuando siente emociones intensas, esta persona describe simplemente un malestar físico de un modo impreciso.

4. Reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico: Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma

de hablar es monótona, parca y sin matices afectivos. Apenas gesticulan ni introducen cambios en el tono de voz, se sientan de forma rígida y su semblante es inexpresivo.

5. Preocupación por los detalles y acontecimientos externos: En su lenguaje apenas existen referencias abstractas y simbólicas, sino que se limitan a describir detalles concretos, sin un tono afectivo.

6. Utilizan la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto: El modo de resolver un estado emocional desagradable en estas personas, consiste en la realización de conductas directas. Tienen una orientación de tipo práctico y un escaso contacto con su realidad psíquica.

Además de las distintas conceptualizaciones de la alexitimia, nos encontramos con distintas etiologías posibles de ésta, habiendo hipótesis neuroanatómicas, psicodinámicas y socioculturales que intentan dar una explicación de su origen.

Las hipótesis neuroanatómicas tienen como fundamento el hecho de que las emociones se localizan en el hemisferio derecho en la mayoría de los sujetos diestros normales; y la expresión verbal se localiza en el hemisferio izquierdo. Así, la falta de comunicación entre los hemisferios en los individuos produciría un déficit en la capacidad para verbalizar las emociones. Esta hipótesis fue planteada originalmente en 1949 por McLean; quien observó que los enfermos psicósomáticos respondían a las situaciones emocionales con respuestas predominantemente físicas. Para este autor esto se debe a que existe una alteración en la conexión entre el sistema límbico (“vísceral brain”) y el neocórtex (“word brain) de estos pacientes (Otero, 2000).

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 lo autónómico del afecto, pero no la vivencia psíquica. Justamente es “la amígdala la que responde a la emoción, se gatilla frente a la emoción y es la corteza prefrontal la que piensa sobre lo que sentimos” (Clarkin, 2008).

Actualmente, se plantea que toda conducta tiene una predisposición genética sobre las cuales se dan las experiencias. Los afectos son “sistemas psicofisiológicos determinados por la actuación de hormonas neuromoduladoras que están representadas en diferentes sistemas como el dopaminérgico, noradrenalérgico” (Kernberg, 2008).

Inclusive, los neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina) tienen una relación clara con las dimensiones neurobiológicas de evitación de riesgo, búsqueda de novedad y dependencia de recompensa, estableciéndose como factores predisponentes en la configuración de la personalidad (Risco, 2008).

En cuanto a las hipótesis psicodinámicas, los autores coinciden en señalar que su génesis se encuentra en la infancia temprana, concretamente en las vicisitudes de la relación madre-hijo. El bebé, incapaz de hablar u organizar sus experiencias emocionales es, por definición, alexitímico. Depende de otra persona que maneje por él sus estados emocionales y les dé un nombre (McDougall, 1991).

Krystal (1997), en su teoría sobre el desarrollo genético del afecto, describe la transformación de las emociones infantiles a las adultas como una consecuencia epigenética de naturaleza dimensional representada por la capacidad de diferenciar las emociones entre sí, la posibilidad de verbalizarlas y, consecuentemente, la progresiva desomatización de sí mismas.

Desde la etiología psicodinámica, la alexitimia se plantea en términos estructurales y dimensionales. Desde la perspectiva estructural se asume que existe una estrecha relación entre alexitimia y una estructura psicósomática de la personalidad. Así, se propone un modelo de déficit, que se entendería desde el déficit en la función simbólica, que lleva al individuo psicósomático a experimentar una afectividad empobrecida, adherida a una realidad factual, concreta y simplificada.

Lo dimensional apunta a entender a la alexitimia como un continuo en donde las personas se pueden ubicar en determinado punto del continuo de acuerdo a la cantidad de esa cualidad. Entendida la alexitimia como rasgo, se comprende mejor esta característica de dimensional ya que los rasgos en sí son dimensiones continuas y no dicotómicas. De esta manera, todas las personas puede actuar de modo operatorio o alexitímico, frente a situaciones difíciles todos podemos desconectarnos de áreas de nuestra realidad psíquica, ya que se nos puede hacer en extremo difícil contener las vivencias que nos acosan y

reflexionar sobre ellas. Por esto, en ocasiones podemos dar salida a nuestros afectos a través de la acción o el síntoma somático.

Lo anterior se podría además pensar en términos de la “unidad mente-soma”. Evidentemente que frente a estímulos afectivos la respuesta incluya aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos. Estos tres componentes de los afectos están presentes siempre, de esta manera, “somatizar” es una respuesta normal frente a los afectos. Otra cosa es que una persona responda principal y habitualmente vía somática sin poder verbalizar los afectos y mentalizarlos.

Finalmente, 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. De esta manera, un determinado ambiente social familiar puede tener una influencia negativa en la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con fantasías y sentimientos y, por lo tanto, conducir a características alexitímicas (Otero, 2000). Existirían familias *facilitadoras*, en donde se verbalizarían los afectos, estableciéndose un modelo de comunicación emocional en donde se entrenan las habilidades para expresar y verbalizar los afectos, a diferencia de las familias llamadas *supresoras*, en donde no se habla de los afectos, se suprime la verbalización de ellos, fomentando la verbalización de lo carente de afecto; esto llevaría a desarrollar niños “emocionalmente mudos” como se han llamado.

McDougall (1991) plantea que el origen de la alexitimia como el de la enfermedad psicósomática surge en el vínculo primario que se tiene con la madre. La relación materna resulta de vital importancia para la estructuración del bebé en cuanto a la constitución de su propio Yo, ya que es la madre quien puede interpretar las emociones del niño y responder a ellas, permitiendo además la diferenciación.

La dificultad de la madre de contener y traducir los estímulos afectivos del bebé sería central, lo que nos llevaría a pensar que existiría una falla en la internalización de una imagen materna capaz de contener la angustia y proporcionar la sensación de protección al sujeto en situaciones de tensión. La madre que es incapaz de comprender las emociones que el niño trata de comunicar, también resulta incapaz de hacerlo con sus propias emociones.

La capacidad del niño de dormirse y mantenerse dormido, nos ilustra el funcionamiento psíquico como modelo de toda la patología psicósomática precoz. El sueño infantil debe caracterizarse porque el niño experimente un sentimiento de satisfacción y de fusión con la madre, llevándolo a un estado libidinal de paz interior que podemos llamar *narcisismo primario*. (Fain, 1971 en McDougall, 1991) La calidad de la investidura narcisista de la madre es lo que determina la calidad del sueño de su bebé.

En síntesis, en el vínculo primario el origen de la alexitimia se daría en la incapacidad de la madre de contener y traducir las emociones del bebé. Desde la teoría del apego, la madre o cuidadora no cumpliría con la capacidad de regular el estrés del bebé, se produce una descoordinación y deficiencias comunicativas en la relación, alterándose funciones fisiológicas como el sueño. Cuando lo anterior se da, nos encontraríamos frente a una alexitimia primaria.

La alexitimia *primaria* sería el resultado del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitivo-afectiva, mientras que la alexitimia *secundaria* sería 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) (Otero, 1999).

Desde el modelo etiológico de la alexitimia centrado en la defensa, McDougall (1991) considera a la alexitimia, en sus estados graves, no necesariamente como una anomalía o déficit, sino como una defensa, que estaría destinada a evitar la fantasía primaria de intrusión o abandono, o el retorno a un estado traumático de desvalimiento o desesperanza en el que la existencia psíquica es sentida como algo amenazador. Mediante mecanismos de defensa, tales como la escisión e identificación proyectiva, el psiquismo trata de hacer frente a temores primitivos de aniquilación o pérdida de ser, que están más cercanos a la psicosis que a la neurosis. Este es el modelo etiológico de la alexitimia basado en la defensa.

La autora propone la siguiente hipótesis: “las fantasías aterradoras que no encuentran salida por el lado de los sueños se bloquean por no tener la psique acceso a las

palabras que podrían expresarlas, precisamente porque están asociadas a experiencias precoces ocurridas antes de la adquisición de la palabra. Las palabras que podrían hacerlas decibles en la vida cotidiana y en las sesiones analíticas están privadas de su verdadera impregnación afectiva y de valor simbólico. Cuando las palabras cumplen su función simbólica, resultan ser extraordinarios continentes para representaciones de ideas fuertemente cargadas de afectos. Cuando el sujeto dispone de ellas libremente, las palabras pueden permitir la descarga de un modo no devastador en el funcionamiento somático y en el actuar” (McDougall, 1991, pág.68).

Freyberger (1977) 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. Krystal (1997), sobreviviente que ha dedicado su vida profesional a las víctimas de la persecución nazi, afirma que, gracias al mecanismo de defensa de la alexitimia secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de los opresores.

La alexitimia secundaria sería un mecanismo de defensa, consistente en la negación de la fantasía y el afecto. Defensa que aparece a raíz de situaciones traumáticas. Consecuencia de esta negación de la fantasía y del afecto resulta la pobreza interior, la falta de vivencia afectiva y la vulnerabilidad para somatizar las tensiones emocionales... (Moral de la Rubia y cols, 2001).

(2008) “*Discurso en pacientes con SII*”. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología clínica, UDD, Santiago.