

ALEXITIMIA: CONCEPTO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Javier Fernández-Montalvo y Sagrario Yáñez
Universidad del País Vasco

Este artículo constituye una puesta al día de los conocimientos actuales sobre la alexitimia. Los autores realizan una revisión de la bibliografía sobre el concepto de alexitimia y las tasas de prevalencia. Se describen los principales instrumentos de evaluación y se analizan los abordajes terapéuticos propuestos por diferentes autores.

Alexithymia: Concept, assessment and treatment. This paper is a review of the present knowledge about the Alexithymia. The authors review the alexithymia concept and the prevalence rates. The main measurement methods are described and the therapeutic approaches are analysed.

El concepto de *alexitimia* fue introducido por Sifneos (1973) para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicósomáticas. De acuerdo con Sifneos (1973), este término significa literalmente *ausencia de palabras para expresar las emociones*; y denota una dificultad en identificar y describir emociones, así como una vida de fantasía interna empobrecida.

El concepto de alexitimia ha sido duramente criticado desde múltiples y variados campos, tachándose de inapropiado, poco representativo y no válido. No obstante, se considera, incluso por los mismos autores que lo critican, como un concepto ventajoso pues comunica, en una sola palabra, una serie de rasgos clínicos que subyacen en determinados trastornos o pacientes (Cerezo, García-Moja, Gándara y Hernández, 1988).

Sifneos no crea un concepto nuevo, sino que organiza las observaciones clínicas descritas en pacientes psicósomáticos en una entidad conceptual. Diversos autores habían

trabajado décadas antes en este sentido. Así, Polavsky (1945) hablaba ya del carácter *vago e impersonal* del discurso de los pacientes psicósomáticos que él estudiaba. Ruesch (1948) hacía hincapié en la *pobreza en simbolización* del paciente psicósomático, mientras que Groen y Bastiaans (1951) revelaban que estos pacientes no eran capaces de desprenderse del impacto afectivo en las situaciones de estrés emocional y que continuaban tratando estas situaciones como si fuesen situaciones normales. Freedman y Sweet (1954) hablan de *iletrados emocionales* para caracterizar a los pacientes psicósomáticos. También McLean (1949) hipotetiza que existe un déficit cerebral funcional entre el rinencéfalo y el área neocortical del lenguaje y, debido a ello, el paciente psicósomático sólo podía expresar su estado emocional a través del *lenguaje de los órganos*.

Posteriormente, los psicoanalistas franceses Marty y De M'Uzan (1963) introducen el concepto de *Pensée Operatoire* (pensamiento operatorio) para caracterizar las aparentes particularidades de los pacientes psicósomáticos, y que se refiere a un tipo de pensamiento que se limita a reduplicar la acción en sí misma. El sujeto describe sus acciones, hechos o gestos tal y como se producen pe-

Correspondencia: Javier Fernández-Montalvo
Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco
Apartado 1.249. 20080 San Sebastián. Spain

ro sin integrar ninguna connotación afectiva. Los problemas concretos del momento ocupan todo el campo de la conciencia, excluyendo totalmente la emergencia de representaciones afectivas ligadas a los recuerdos. Para estos autores existe una relación directa entre el pensamiento operatorio y los desórdenes psicósomáticos. Estos últimos serían la consecuencia de una incapacidad más o menos marcada para elaborar las emociones y afectos a nivel cognitivo.

Estos pacientes se mostraban refractarios a la psicoterapia psicodinámica por sus dificultades para verbalizar emociones y su incapacidad para fantasear. El síntoma psicósomático se interpretó como el resultado de las emociones no expresadas que se manifestaban a través de un lenguaje y un simbolismo somático (García-Esteve, Núñez y Valdés, 1988).

En la definición original de alexitimia, se pueden diferenciar 3 componentes:

- a) una dificultad marcada para describir sentimientos
- b) una ausencia o una reducción importante de la fantasía
- c) la manifestación del pensamiento operatorio.

A esta definición se le han ido añadiendo posteriormente nuevos elementos procedentes de otras investigaciones, cuya inclusión sigue siendo discutida en la actualidad.

Así, la alexitimia puede definirse como un síndrome clínico formado por las siguientes características psicológicas, cognitivas y conductuales (García-Esteve et al., 1988):

a) Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas.

b) Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo.

c) Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas. Precisamente por su tendencia a la acción y su pragmatismo han sido rela-

cionados con el patrón de conducta tipo A, sin que hasta el momento existan estudios al respecto.

d) Pensamiento concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones.

e) Rigidez en la comunicación preverbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales.

Es importante tener presente que la alexitimia no es una categoría diagnóstica psiquiátrica incluida en el DSM-III-R (APA, 1987). Se trata más bien de una caracterización del tipo de pensamientos, sentimientos y procesos relacionados que pueden existir en las personas con una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos (Swiller, 1988). Así, según Lesser y Lesser (1983) la alexitimia es un concepto descriptivo que aglutina un número de conceptos clínicos en una forma fácilmente comunicada. La alexitimia no es una declaración sobre una enfermedad que tiene el paciente, sino más bien es una declaración sobre un paciente que puede tener una variedad de enfermedades.

Asimismo, la alexitimia es un concepto de rango. No todas las personas la tienen en el mismo grado, y en cantidades pequeñas puede ser bastante común. La alexitimia puede concebirse como un conjunto de dimensiones de habilidad en la expresión verbal del estado emocional de la persona (Swiller, 1988).

En este sentido, existe un debate abierto en torno a si la alexitimia debe ser conceptualizada como un *rasgo* de personalidad, a modo de constructo o variable graduada o continua en la que todas las personas pueden tener un mayor o menor grado de alexitimia, o como un *estado*, a modo de condición o trastorno que se tiene o no se tiene. Los resultados de algunas investigaciones (Horton, Gewirtz y Kreutter, 1992) muestran la necesidad de evaluar tanto la alexitimia-rasgo como la alexitimia-estado.

En cuanto a los estudios sobre la personalidad de los pacientes alexitímicos, se ha encontrado una correlación negativa entre alex-

xitimia y neuroticismo-extraversión (Fava y Baldaro, 1980). Asimismo, en el MMPI tienden a puntuar alto en la escala L (Sinceridad)(a mayor puntuación, menor sinceridad), y presentan también puntuaciones significativamente más bajas en Psicastenia, en comparación con otras poblaciones enfermas no alexitímicas (García-Esteve et al., 1988).

Desde una perspectiva etiológica, se han realizado numerosos intentos de buscar una posible causa de la alexitimia. Esto ha llevado a plantear hipótesis desde diferentes campos. Las principales teorías propuestas son: teorías neuroanatómicas, genéticas y psicológicas (psicodinámicas, psicológico-deficitarias, psicológico-evolutivas y teorías enfocadas desde el aprendizaje social). Sin embargo, en la actualidad se carece del apoyo empírico suficiente para ninguna de ellas. Una revisión amplia de los diversos modelos etiológicos propuestos puede encontrarse en Cerezo et al. (1988) y Páez y Velasco (1993).

Epidemiología

No existen prácticamente investigaciones sobre la tasa de prevalencia de la alexitimia en la población general. En la bibliografía sobre el tema se citan casi exclusivamente los estudios realizados por Blanchard, Arena y Pallmeyer (1981) y Shipko (1982). En dichos estudios, realizados con poblaciones estudiantiles, se obtienen unas tasas que oscilan entre el 8% y 10%. No obstante, estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a la ausencia de investigaciones que los corroboren.

En cuanto a la distribución por sexos, se ha encontrado una mayor tendencia por parte de los hombres a ser alexitímicos. Así, en los estudios anteriormente citados (Blanchard et al., 1981; Shiko 1982) se encontraron unas tasas del 8% de varones alexitímicos frente al 1,8% de mujeres. Estos datos son convergentes con los estereotipos sexuales que sugieren que los individuos del

sexo masculino dejan traslucir en menor medida sus emociones (Páez y Velasco, 1993).

Asimismo, se ha encontrado una mayor incidencia de la alexitimia en personas que pertenecen a un nivel socio-económico bajo y con un nivel intelectual y educativo también bajo (Cerezo et al., 1988). La edad constituye también un elemento importante a tener en cuenta, ya que los individuos de mayor edad obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas de alexitimia. La explicación puede radicar en que, a medida que el sujeto avanza en edad, se produce una reducción de la expresión espontánea, así como una acentuación del anclaje en la realidad inmediata que esto conlleva (Páez y Velasco, 1993).

Hasta ahora se han señalado las tasas de prevalencia de la alexitimia en la población general. Sin embargo, dichas tasas se incrementan en determinadas poblaciones. Se ha encontrado un aumento de la prevalencia de la alexitimia entre los pacientes en tratamiento por trastornos psicósomáticos. Así, en este tipo de pacientes se dan tasas de prevalencia que fluctúan del 25 al 50% (Cerezo et al., 1988). Además de la mayor prevalencia de la alexitimia en trastornos clásicamente considerados como psicósomáticos (bronquitis, hipertensión, psoriasis, úlceras, asma, urticaria crónica, alteraciones cardiovasculares, etc.), se han realizado recientemente investigaciones sobre la prevalencia de la alexitimia en otros problemas de salud.

En este sentido, en un estudio comparativo de pacientes sometidos a diálisis en Japón y Estados Unidos (Fukunishi, Norris, Fahrion, Baer y Porter, 1992) se entrevistó a 54 pacientes con problemas de riñón utilizando para ello la Escala de alexitimia del MMPI (MMPI-AS) y el Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ). Las tasas de alexitimia observadas oscilaban entre el 32%-36% en los pacientes japoneses sometidos a diálisis y entre el 28%-35% en los pacientes americanos, sin que se observaran

diferencias estadísticamente significativas entre ambos países.

Se ha encontrado también una alta tasa de alexitimia entre los adictos a sustancias psicoactivas. En un estudio realizado con la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan y Bagby, 1985) con el objetivo de investigar la prevalencia de alexitimia entre pacientes dependientes de sustancias psicoactivas, de los 44 pacientes que componían la muestra el 50% eran alexitímicos (Taylor, James, Parker y Bagby, 1990). Asimismo, los pacientes alexitímicos estaban significativamente más ansiosos y deprimidos que los no alexitímicos, y presentaban un mayor número de quejas físicas y alteraciones psicológicas generales.

El hecho de que la alexitimia esté relacionada con una variedad de enfermedades psicósomáticas condujo a la asunción prematura y errónea de que existía una relación etiológica entre la alexitimia y la enfermedad psicósomática. Sin embargo, se ha observado que muchos de los pacientes psicósomáticos no son alexitímicos, mientras otros que sí son alexitímicos no padecen enfermedades psicósomáticas. En la actualidad se piensa que la alexitimia está extendida tanto en las poblaciones con trastornos psicósomáticos como en las que no padecen dichos trastornos (Rodrigo y Lusiardo, 1992).

Alexitimia y represión emocional

Tanto desde la teoría psicoanalítica clásica, como desde teorías cognitivas más recientes, se ha planteado la existencia de un fenómeno de represión emocional (Yárnoz, Romo, Carbonero y Páez, 1990). La represión serviría para mantener experiencias dolorosas o desagradables fuera de la conciencia. Los individuos la utilizan como una estrategia defensiva y tendrían, por lo tanto, menos acceso a recuerdos emocionales, especialmente a aquellos acontecimientos

negativos o desagradables (Páez, Vergara y Velasco, 1991).

Aunque el apoyo empírico de la represión es contradictorio, en la actualidad se acepta su existencia, ya sea como un mecanismo cognitivo o como una forma de afrontamiento —un estilo de *coping*—. Según esta última conceptualización, los sujetos represores afrontan los estímulos amenazantes mediante la represión, la denegación y la evitación cognitiva y conductual (Páez et al., 1991).

Los elementos definitorios de la represión son básicamente similares a los de la alexitimia. No obstante, no deben confundirse ambos conceptos puesto que existen importantes diferencias entre ambos. La diferencia fundamental radica en que mientras que los represores presentan una alta expresión a nivel expresivo-motórico, los alexitímicos la presentan baja. La conciencia de las emociones es aún menor en los alexitímicos, por un lado, y por otro los represores no perciben ni expresan tantos síntomas físicos. Por último, no hay datos sobre la relación entre alexitimia y memoria afectiva, y los datos disponibles sobre los represores muestran un déficit de memoria en estos últimos.

Según la investigación de Páez y Velasco (1993), los alexitímicos tienen tanto baja expresividad como baja instrumentalidad, por lo que es poco probable que sean represores, ya que estos se definen por baja ansiedad manifiesta y alta deseabilidad social, mientras que la alexitimia tiene una asociación negativa con la deseabilidad social y positiva con la ansiedad. Además, se encontró que los represores no mostraban puntuaciones altas en la dimensión de lenguaje afectivo deficitario en la escala de Noël, por lo que la represión y la alexitimia pueden responder a fenómenos diferentes.

Evaluación de la alexitimia

A pesar de las evidencias empíricas del concepto de alexitimia y de que en la prácti-

ca clínica es fácilmente identificable como el conjunto de rasgos ya descritos, no es fácil cuantificar el fenómeno de manera objetiva y parece que no se ha descubierto ningún instrumento de medida que sea suficientemente fiable y válido para estos propósitos (Cerezo et al., 1988; García-Esteve et al., 1988). En la tabla 1 figura una relación de los principales instrumentos utilizados en la evaluación de la alexitimia.

Escalas y cuestionarios

El instrumento más utilizado para medir características alexitímicas es el *Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ)* en sus dos versiones de uso clínico (Sifneos, 1973). La primera (BIQ1) está formada por 21 ítems a cumplimentar por el terapeuta, por lo que se

ha puesto en duda su objetividad, ya que la posibilidad de obtener respuestas de contenido emocional puede variar enormemente según la experiencia del entrevistador. El BIQ2 (Sifneos, Apfel y Frankel, 1977) es una escala de autoevaluación para el paciente, en respuesta a preguntas semiestructuradas que se suponen darán al clínico información no contenida durante la entrevista sobre las características alexitímicas del paciente.

La *Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (SSPS)* (Sifneos, 1973) es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems puntuables de 1 a 4 según el grado de presencia del ítem. La puntuación total, por tanto, puede llegar a 80 y el punto de corte para la alexitimia se considera en 60. Fue desarrollada para obviar los problemas interrelacionales

Tabla 1
Instrumentos de evaluación de la alexitimia

ESCALAS Y CUESTIONARIOS			
Instrumento	Autores	Año	N.º Ítems
BIQ-1	Sifneos	1973	21
BIQ-2	Sifneos, Apfel y Frankel	1977	17
SSPS	Apfel y Sifneos	1979	20
MMPI-AS	Kleiger y Kinsman	1980	22
Escala del MMPI	Shipko y Noviello	1984	20
Escala de Alexitimia de Noël	Noël	1989	12
TAS	Taylor, Ryan y Bagby	1985	26
ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS			
Instrumento	Autores	Año	N.º Ítems
APRQ	Krystal, Giller y Cichetti	1986	17
TÉCNICAS PROYECTIVAS			
Instrumento	Objeto de estudio		
TAT	Capacidad de fantasear y de expresar emociones		
AT-9 (SAT-9)	Función simbólica		

que surgen en la aplicación de los tests heteroadministrados. Recoge el funcionamiento cognitivo-emocional del paciente. Es interesante por ser una escala corta, de contenidos cognitivos, con ítems fáciles de contestar y contaminaciones socio-culturales mínimas (Martin, Pihl y Dobkin, 1984).

En los estudios factoriales realizados con esta escala (Blanchard et al., 1981) se ha puesto en evidencia la existencia de tres factores: 1) dificultad en la expresión de los sentimientos y de las experiencias; 2) importancia de los sentimientos y 3) ensueño diurno. Esta estructura factorial se ha confirmado en trabajos posteriores (Martin et al., 1984; Shipko y Noviello, 1984) y mantiene una buena coherencia con la definición de alexitimia (Noël y Rimé, 1988).

La *Escala de Alexitimia del MMPI (MM-PI-AS)* fue elaborada por Kleiger y Kinsman (1980) a partir del MMPI. Está compuesta por 22 ítems del MMPI que correlacionan con las puntuaciones de alexitimia en el BIQ. El punto de corte es 14. Los ítems específicos de esta subescala no reflejan directamente los mismos fenómenos clínicos que los ítems del BIQ, sino que la escala está basada en correlaciones con las puntuaciones del BIQ. No obstante, esta escala ha sido criticada por no correlacionar ni con las medidas de la capacidad de expresión verbal de las emociones, ni con las medidas de capacidad de imaginación (Noël y Rimé, 1988). Falta, por tanto, argumentos válidos en su favor.

La *Escala del MMPI de Shipko y Noviello* (1984) está compuesta por 20 ítems y se realizó previo pase del MMPI a grupos de sujetos categorizados como alexitímicos mediante la SSPS. No es una escala muy utilizada y presenta como ventaja su brevedad. En un estudio reciente de Bornstein y O'Neill (1993) se ha encontrado que esta escala correlaciona negativamente con la MM-PI-AS, por lo que se puede cuestionar su validez como medida de la alexitimia.

La *Escala de Alexitimia de Noël* consta de 12 ítems elaborados a partir de los tres ele-

mentos que componen la definición original de alexitimia. Cada ítem dispone de cinco categorías que oscilan entre el 1 (totalmente falso) y el 5 (muy verdadero). Cuando el sujeto contesta totalmente falso a una afirmación positiva o totalmente verdadero a una afirmación negativa, su respuesta se considera como alexitímica y se le dan cuatro puntos. Se han extraído tres factores que explican el 45 % de la varianza: 1) dificultad en verbalizar las emociones o de traducir en palabras los sentimientos; 2) pobreza de fantasía y 3) pensamiento operatorio (De la Vía, Echebarría, Yáñez y Páez, 1989).

La *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS)* (Taylor et al., 1985) es una escala autoaplicada de 26 ítems, con 5 posibilidades de respuesta. El punto de corte, sobre una puntuación máxima de 130, está situado en 74. El cuestionario se elaboró teniendo como referencia cinco características de la definición de alexitimia: a) la dificultad para describir los sentimientos; b) la limitación de las aptitudes introspectivas; c) el conformismo social; d) la dificultad para diferenciar sus sensaciones corporales y e) la pobreza de fantasía y de ensoñaciones descritas por el sujeto.

El análisis factorial de la escala ha dado lugar a cuatro factores: 1) capacidad para describir los sentimientos y poderlos distinguir de las sensaciones corporales, 2) capacidad de comunicar los sentimientos a los demás, 3) ensoñaciones diurnas, y 4) pensamiento orientado hacia el exterior, más que hacia las experiencias internas.

Los autores informan de coeficientes test-retest de $r = .82$ tras una semana y de $r = .75$ tras cinco semanas. El coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) es de .75. Esta escala ha mostrado tener un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Mann, Wise y Shay, 1992; Rodrigo et al., 1989, Rodrigo et al., 1992).

La *Interoceptive Awareness Subscale of Eating Disorders Inventory (IASEDI)* fue elaborada por el grupo de Garner (Páez y Velasco, 1993). Consta de 10 ítems que

miden características alexitímicas pero sólo en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia.

Entrevistas estructuradas

Existe una entrevista estructurada realizada por Krystal, Giller y Cichetti (1986) llamada *Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ)*. Consta de 17 ítems que pretenden «provocar» al paciente a responder emotivamente a través de técnicas de inoculación de estrés. Su administración es sencilla y, a diferencia del BIQ, la variabilidad dependiente del entrevistador se reduce notablemente. La APRQ correlaciona significativamente con el BIQ ($r=.72$), pero no con la MMPI-AS, ni con la SSPS.

Técnicas proyectivas

Algunas de las formas del *Thematic Apperception Test (TAT)* han sido utilizadas para medir la capacidad de fantasear y de expresar emociones del sujeto (Taylor, 1984). Los estudios realizados con esta técnica muestran características alexitímicas en sujetos con patrón de conducta tipo A, lo que concuerda con las descripciones que se hacen de estos sujetos negadores que utilizan la acción como estrategia básica de afrontamiento, pragmáticos y con nula capacidad para fantasear (García-Esteve et al., 1988).

No obstante el test proyectivo más utilizado ha sido el *AT-9, Test de los 9 arquetipos*. Es un test grafo-proyectivo con el que se intenta estudiar la función simbólica en los sujetos alexitímicos. Existe un método de cuantificación (SAT-9) destinado a medir la interpretación proyectiva de la prueba.

Tratamiento de la alexitimia

Cuando se revisa la bibliografía de la alexitimia llama la atención la escasez de publicaciones sobre su tratamiento. Los pacientes alexitímicos rara vez buscan terapia por su propia voluntad. Generalmente cuando buscan tratamiento es debido a la presión

de alguna persona importante para ellos. Este tipo de presión es ejercido principalmente por el cónyuge o pareja que se queja de la pérdida de comunicación en su relación, o por parte del médico, que se siente incapaz de encontrar una explicación a las quejas físicas vagas, cambiantes y refractarias al tratamiento médico (Swiller, 1988).

Swiller (1988) propone un tratamiento para la alexitimia, que combina la terapia individual con la terapia grupal, y se basa en la teoría del desarrollo cognitivo de la conciencia emocional de Lane y Schwartz (1987). Lane y Schwartz (1987) proponen la existencia de una secuencia de desarrollo cognitivo en 5 pasos, que varían desde el más primitivo (reflexivo sensorio-motor) al más avanzado (operacional-formal). Aunque su trabajo se extiende más allá de la alexitimia, tiene implicaciones directas para el tratamiento de los pacientes alexitímicos. Los alexitímicos tienen un nivel bajo de experiencias emocionales diferenciadas e integradas. En ellos, la activación o *arousal* emocional se experimenta como algo global, amenazante y básicamente somático. Desde su punto de vista, el nivel de conciencia emocional aumenta con el desarrollo de capacidades progresivamente más sofisticadas para diferenciar e integrar los contenidos de la actividad mental.

Con este objetivo, en el tratamiento propuesto por Swiller (1988), el grupo ofrece un ambiente en el que los otros evocan y demuestran afectos más pequeños y más manejables de lo que es posible en la situación diádica de la terapia individual. En la parte individual de la terapia, el terapeuta persigue activamente el desarrollo de un procesamiento cognitivo más avanzado. Este procesamiento cognitivo más avanzado permite la experiencia de emociones más diferenciadas e integradas. En Swiller (1988) se presenta un ejemplo de un caso utilizando este procedimiento terapéutico.

Sin embargo, si bien parece prometedora esta forma de terapia, en la actualidad no se

dispone de estudios que analicen su eficacia. Parece, pues, necesario abrir nuevas líneas de investigación que estudien abordajes terapéuticos efectivos para esta problemática.

Warnes (1988) propone que en la selección de estrategias para el tratamiento de los alexitímicos se deben tener en cuenta varios factores, entre los que destacan la magnitud de los acontecimientos de vida estresantes, los estilos habituales de afrontamiento, la presencia o ausencia de enfermedad psicósomática, el equilibrio familiar y el ajuste social.

Conclusiones

El concepto de alexitimia se ha visto ampliado desde la definición original de Sifneos (1973). A medida que avanzan las investigaciones, se añaden nuevos elementos que contribuyen a aumentar el conjunto de características globalmente designadas como alexitimia. Sin embargo, puede resultar poco operativo el estudio de la alexitimia sin hacer referencia a cada uno de sus componentes. Estos pueden manifestarse de forma diferente en distintos sujetos, todos ellos alexitímicos. La alexitimia, por tanto, es un constructo politético y, como tal, deben ser estudiadas las manifestaciones diferenciales de cada uno de sus elementos. En este sentido, podría encontrarse una comprensión más completa de la alexitimia, si hubiera una mejor conocimiento de sus componentes (Mann et al., 1992).

La alexitimia se ha considerado inicialmente como un factor de predisposición a la

enfermedad psicósomática (Warnes, 1988). Sin embargo, tal conclusión quizá haya sido precipitada, pues sus relaciones con el síntoma psicósomático distan de estar comprobadas empíricamente. Se ha observado que muchos de los pacientes psicósomáticos no son alexitímicos, mientras otros que sí son alexitímicos no padecen enfermedades psicósomáticas. En la actualidad se piensa que la alexitimia está extendida tanto en las poblaciones con trastornos psicósomáticos como en las que no padecen dichos trastornos (Rodrigo y Lusiardo, 1992).

Los métodos de evaluación adolecen de escasa fiabilidad y validez, sin que se disponga en la actualidad de un instrumento ideal para la evaluación de la alexitimia (Nöel y Rimé, 1988). En este sentido, la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) ofrece datos esperanzadores (Mann et al., 1992; Rodrigo et al., 1989, 1992), por lo que cada vez es más utilizada en las diferentes investigaciones sobre el tema.

La atención dedicada por los diferentes autores al tratamiento de la alexitimia es escasa. Si bien se han propuesto algunas alternativas de tratamiento (Swiller, 1988), no se ha realizado ningún estudio riguroso de comparación diferencial de tratamientos que ofrezca pistas sobre a dónde deben dirigirse los esfuerzos terapéuticos. Asimismo, desde el punto de vista de la prevención, sólo cuando se conozcan los factores de predisposición a la alexitimia podrán desarrollarse intervenciones preventivas adecuadas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. rev.)*, Washington, DC: APA.
- Apfel, R. J. y Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Blanchard, E. B., Arena, J. G. y Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35(1), 64-71.
- Bornstein, R. F. y O'Neill, R. (1993). Construct validity of a self-report measure of alexithymia

- in a psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 841-847.
- Cerezo, P., García-Moja, C., Gándara, J. J. y Hernández, H. (1988). Aspectos teóricos, clínicos y evaluación de la alexitimia. *Psiquis*, 9(6-7), 19-29.
- De la Vía, L. R., Echebarría, L. Yárnoz, S. y Páez, D. (1989). Alexitimia, represión emocional y trastornos psicósomáticos: la Escala de Alexitimia de Noël. En A. Echebarría y D. Páez. (Eds.). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Fava, G. A. y Baldaro, B. (1980). Towards a self-rating scale for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 34-39.
- Freedman, M. B. y Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implication for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 355-368.
- Fukunishi, I., Norris, P., Fahrion, S., Baer, C. y Porter, T. (1992). A comparison of alexithymia in American and Japanese dialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 75-80.
- García-Esteve, L., Núñez, P. y Valdes, M. (1988). Alexitimia: análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico. *Psicopatología*, 8(1), 55-60.
- Groen, J. y Bastiaans, J. (1951). *Grondslagen der klinische psychosomatiek*. Haarlem: Bohn.
- Horton, P. C., Gewirtz, H. y Kreutter, K. J. (1992). Alexithymia-State and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 91-96.
- Kleiger, J. H. y Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
- Krystal, H., Giller, B. L. y Cichetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lesser, I. M. y Lesser, B. Z. (1983). Alexithymia: examining the development of a psychological concept. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1305-1308.
- Mann, L. S., Wise, T. N. y Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: elucidation of a polythetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Martin, J. B., Pihl, R. O. y Dobkin, P. (1984). Schalling-Sifneos Personality Scale: findings and recommendations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 169-176.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 345-356.
- McLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain. Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Noël, M. P. (1989). Escala de Alexitimia de Noël. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.) *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Noël, M. P. y Rimé, B. (1988). Pensée opératoire, alexithymie et investigation psychosomatique: revue critique. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 8(6), 573-599.
- Páez, D. y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Páez, D., Vergara, A. y Velasco, C. (1991). Represión, alexitimia y conocimiento social de las emociones. *Boletín de Psicología*, 31, 7-39.
- Polavsky, A. (1945). Over psychosomaticsches toestand. *Geneesk*, 42-215.
- Rodrigo, G. y Lusiardo, M. (1992). Factor structure of a spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 197-201.
- Rodrigo, G., Lusiardo, M. y Normey, L. (1989). Alexithymias: Reliability and validity of the Spanish version of the T.A.S. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 162-168.
- Ruesch, J.E. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10-13.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatisation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 193-201.
- Shipko, S. y Noviello, N. (1984). Psychometric properties of self report scales of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 85-90.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithy-

- mic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E., Apfel, S. R. y Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of alexithymia. Observations in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.
- Swiller, H. I. (1988). Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38 (1), 47-61.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-731.
- Taylor, G. J., Ryan, D. P. y Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, G. J., James, C. B., Parker, J. D. y Bagby, R. M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1228-1230.
- Warnes, H. (1988). Alexithymia and related states. *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 13(3), 127-135.
- Yárnoz, S., Romo, I., Carbonero, A. y Páez, D. (1990). Alexitimia, represión emocional y trastornos psicósomáticos: represión, recuerdo afectivo y su relación con las teorías de las emociones. En A.A.V.V. *Comunicaciones del II Congreso del COP. Área 7*, 278-281.

Aceptado el 21 de marzo de 1994