

Alexitimia: aproximaciones teóricas e influencias familiares y socioculturales¹

Silvia Fernández-Rivas

Universidad SEK (Segovia)

Antonio Sánchez Cabaco

Universidad Pontificia de Salamanca

Antonio Crespo

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid)

1. Introducción

A finales de la década de los cuarenta, liderado por Alexander, tiene lugar el apogeo de la investigación en medicina psicosomática. Desde sus puntos de vista originales se defendía la especificidad del conflicto psicodinámico en la génesis de estas enfermedades. Prevalecía la idea de que existían ciertas enfermedades orgánicas que podían explicarse por una demanda emocional excesiva, impuesta por uno mismo, por el medio o por una interacción entre ambos. Asimismo, se manejaba la idea de que un individuo no podía evitar las consecuencias físicas indeseables de las presiones emocionales si no eran moduladas o mediatizadas por la expresión verbal. Este clima ocasionó que un importante número de autores se interesasen sobre las carencias en la actividad simbólica encontradas en determinados tipos de alteraciones psicosomáticas. Así, Polavsky (1945) hablaba del carácter vago e impersonal del discurso de los pacientes con alteraciones

1 Correspondencia concerniente a este trabajo debe ser remitida a Silvia Fernández-Rivas, Facultad de Psicología, Universidad SEK, Segovia (España). E-mail: silviafr@teleline.es

Agradecimientos: diversos contenidos expuestos en este trabajo han sido posibles gracias a la ayuda para la realización de proyectos de investigación concedida por el Vicerrectorado de Investigación de la UNED, dentro del Plan de Promoción de la investigación en su convocatoria de 2002, y a la estancia de los primeros autores en el Departamento de Psicología Básica II de la UNED.

psicosomáticas. Ruesch (1948) observó cómo estos pacientes presentaban un trastorno de la expresión verbal y simbólica que él denominó *personalidad infantil*. De entre los rasgos más característicos de los pacientes destacaba la falta de habilidades interpersonales y la dificultad para la integración de experiencias. Los sujetos con personalidad inmadura manejaban las situaciones estresantes mediante síntomas físicos de una manera persistente, al contrario que las personalidades maduras. MacLean (1949) hipotetizó la existencia de un déficit cerebral funcional entre el rinencéfalo y el área neocortical del lenguaje, es decir, las emociones en vez de ser transmitidas al neocórtex para expresarse en el uso simbólico del lenguaje, encontraban su expresión inmediata a través de las vías autonómicas convirtiéndose así en lo que denominó *lenguaje de los órganos*. Finalmente, mientras que Groen y Bastiaans (1951) demostraban cómo estos pacientes, ante situaciones de estrés emocional, no eran capaces de desprenderse del impacto afectivo, Freedman y Sweet (1954) señalaban un desconocimiento y confusión de sus emociones debido a las somatizaciones de sus ansiedades, denominándolos como *iletrados emocionales*. Posteriormente, los psicoanalistas franceses Marty y de M'Uzan (1963) describieron ciertos rasgos cognitivos característicos como un estilo de pensamiento utilitario dirigido a lo externo, pragmático y detallista, con capacidad limitada de fantasía que designaron como *pensée opératoire*.

Fue Sifneos en 1972 quien utilizó por primera vez el concepto *alexitimia* para describir un conjunto de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes con alteraciones psicosomáticas. Etimológicamente significa ausencia de palabras para expresar las propias emociones y es considerado como un déficit cognitivo en el procesamiento y modulación de las emociones. El constructo *alexitimia* se describe como un trastorno específico en el procesamiento emocional que se manifiesta principalmente mediante: a) dificultad para explicar o describir sentimientos; b) dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales; c) falta de capacidad introspectiva; d) tendencia al conformismo social y e) empobrecimiento de la capacidad para fantasear (Martínez-Sánchez, 1998; Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976; Salminen, Saarijärvi y Äarela, 1995; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996; Taylor, 1984; Taylor y Bagby, 1988; Fernández-Rivas, 2001; Fernández-Rivas y Cabaco, 2002a).

Estas características han sido conceptualizadas en tres áreas de trastornos: a nivel cognitivo, a nivel afectivo y de las relaciones interpersonales (Krystal, Guiller y Cichetti, 1986). En primer lugar, los sujetos alexitímicos presentan un *trastorno cognitivo* caracterizado por una reducción de la capacidad de fantasear y de manejo de las emociones, y también un patrón de pensamiento literal y orientado por los detalles de los acontecimientos externos (García-Esteve, Núñez y Valdés, 1988; Martínez-Sánchez, 1995). Además, muestran una *alteración afectiva* consistente en la dificultad de

verbalizar las emociones, así como de diferenciar sensaciones corporales de estados emocionales. En tercer lugar, el *trastorno en las relaciones interpersonales* supone una alteración de la empatía, ya que los alexitímicos tienden a la dependencia o a una preferencia por el aislamiento, evitando el contacto con los demás.

La alexitimia ha sido considerada como un mecanismo explicativo de las alteraciones psicosomáticas, ya que se supone que la limitada conciencia sobre los estados emocionales —al igual que las alteraciones en el procesamiento cognitivo de los afectos— llevan al sujeto a focalizar, amplificar y prolongar los componentes somáticos de la activación emocional (Brasky y Klerman, 1983), y las dificultades en la modulación emocional contribuyen a la realización de conductas compulsivas que tienden a la reducción de la activación fisiológica displacentera. De esta manera, la alexitimia se considera un factor de riesgo que incrementa la susceptibilidad hacia la sintomatología funcional y la enfermedad somática (García-Esteve, Núñez y Valdés, 1988; Martínez-Sánchez, 1997; Parker, Bagby y Taylor, 1989).

Asimismo, la alexitimia es un concepto de grado, pues no todas las personas que presentan esta alteración la exhiben con la misma intensidad. En este sentido, existe una controversia en si la alexitimia puede ser conceptualizada como un rasgo, expresado a través de un continuo, de forma que todas las personas pueden tener un mayor o menor grado de alexitimia, o como un estado, condición o trastorno que se tiene o no se tiene con una manifestación más o menos puntual. A partir de lo expuesto, estas alteraciones pueden ser conceptualizadas por una parte como un rasgo de personalidad que correlaciona positivamente con el neuroticismo (Pandey y Mandaal, 1996), la depresión (Hendryx, Haviland y Shaw, 1991) y la ansiedad (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988) y por otra, como un estado consecuente con la depresión y/o ansiedad (Hendryx, Haviland, Shaw y Henry, 1994). En este sentido, podemos hacer una diferenciación entre alexitimia primaria —rasgo relativamente estable de personalidad— y secundaria —estado emocional transitorio de carácter reactivo— (Horton, Gewirtz y Kreutter, 1992). Otras dimensiones del constructo como la hipervigilancia o los sesgos atencionales han sido discutidas por nosotros en otro lugar (Fernández-Rivas y Cabaco; 2002b; 2002c).

2. Teorías explicativas

A pesar de no estar totalmente establecidos los factores etiológicos de la alexitimia se han desarrollado varios modelos teóricos, tales como los neuropsicológicos, los genéticos, los psicológicos, los sociológicos o de aprendizaje social y los cognitivos, que tratan de explicar este constructo (Cerezo, García-Moja, de la Gándara y Hernández, 1988; Martínez-Sánchez, 1995; Páez y Velasco, 1993). Un esquema general puede verse en el Cuadro 1.

CUADRO 1
TEORÍAS Y MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA ALEXITIMIA

TEORÍAS	FORMULACIÓN	AUTORES
1. Neuropsicológicas	Inhibición de la transmisión límbico-neocortical. Falta de conexión interhemisférica.	MacLean, 1949; Sifneos, 1988; Hoppe, 1988; Kyle, 1988; Montreuil, Jouvent, Carton, Bungener y Widlocher, 1991.
2. Genéticas	Componente hereditario a través del estudio de gemelos.	Heiberg, 1978.
3. Psicológicas <i>Psicodinámicas</i>	Mecanismo de defensa. Déficit de la organización psíquica. Internalización de conflictos. Déficit específico del ego.	Sifneos, Apfel y Frankel, 1977; Ahrens y Deffner, 1986
<i>Deficitario</i>	Incapacidad de expresar sentimientos y fantasías.	Marty y de M'Uzan, 1963.
<i>De desarrollo</i>	Coincidencia enfermedad infantil y conflicto psicológico genera un complejo que da lugar a síntomas en la adultez. Perturbación relaciones tempranas madre-hijo. Detección del afecto.	Ruesch, 1948; MacDougall, 1974; Krystal, 1968, 1979, 1982.
4. Sociológicas	Resultante de un proceso social y cultural.	Kirmayer y Robbins, 1993.
5. Cognitivas Tª Esquema cognitivo	Los desórdenes emocionales se caracterizan por los esquemas, las estructuras cognitivas que influyen en la percepción, la interpretación y la memoria del sujeto. Las experiencias se perciben con relación al esquema del sujeto y se distorsionan según lo consistentes que sean.	Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), Beck, Emery y Greenberg (1985)
Tª Red asociativa	Los eventos se representan en la memoria como configuraciones de conexiones asociativas (rutas) entre los diversos conceptos o nodos necesarios para describir el evento. Cada emoción posee un nodo específico en la memoria que comprende otros aspectos de la misma por asociación.	Bower (1981)
Tª Desarrollo del afecto	El origen de la simbolización y el progresivo aprendizaje del lenguaje llevan a la formación de esquemas cognitivos de las emociones.	Lane y Schwartz (1987)
Tª Codificación múltiple	Las emociones son representadas verbal y no verbalmente. Los esquemas no verbales de la emoción son los primeros en desarrollarse (procesos subsimbólicos e imágenes simbólicas). Después se desarrollan los esquemas verbales.	Bucci (1997a, 1997b)

Fuente: Fernández-Rivas (2001)

Las *teorías neuropsicológicas* atribuyen la alexitimia a una inhibición de la transmisión límbico-neocortical o a una falta de conexión interhemisférica. Estos modelos proponen las siguientes hipótesis etiológicas: a) defecto anatómico estructural o deficiencia neurobiológica determinada por factores hereditarios que provocan una interrupción entre el sistema límbico y la corteza; b) déficit en la transmisión interhemisférica; c) traumatismo en el desarrollo infantil que produce una incapacidad de expresar los sentimientos; d) traumatismo ligado al entorno que puede implicar una regresión y e) factores socioculturales o psicodinámicos (Sifneos, 1988; Sivak y Wiater, 1997). Otra de las explicaciones que dan estos modelos sobre la alexitimia es que podría deberse a una imposibilidad de transferencia correcta de información entre el hemisferio derecho y el izquierdo y también a limitaciones o hipofuncionamiento del hemisferio derecho. Basándose en esta evidencia, Kyle (1988) denominó a los alexitímicos como «comisurectomizados funcionales».

Por su parte las *teorías genéticas*, propuestas por Heiberg (1977), sostienen la existencia de un componente hereditario en el trastorno alexitímico. Sus estudios se llevaron a cabo con dos series de gemelos, monocigóticos y dicigóticos, a los que se les midieron los niveles de alexitimia. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las dos series, lo que sugería la existencia de un componente hereditario.

Otras tendencias teóricas son las *psicológicas*, dentro de las cuales son descubribles tres orientaciones: la psicodinámica, la deficitaria y la que hace referencia a factores de desarrollo. Los modelos *psicodinámicos* entienden la alexitimia como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica, es decir, la resultante del conflicto entre las fuerzas psicológicas que actúan en una persona. Marty y de M'Uzan (1963), mediante la propuesta de un *modelo deficitario*, explican la formación de síntomas psicósomáticos como el resultado de un déficit específico del ego, sobre todo de la incapacidad de experimentar sentimientos y fantasear. Otro grupo de teorías son las que enfatizan los *factores propios del desarrollo*. Así, Ruesch (1948) propuso que cuando una enfermedad de la infancia que afecta a un órgano determinado, coincide con un conflicto psicológico entonces ambos quedan unidos en un complejo estable y persistente por lo que, cuando en la adultez se active el conflicto, de igual forma se activarán los síntomas psicósomáticos.

Las *teorías sociológicas o de aprendizaje social* propuestas por Kirmayer (1987) y Kirmayer y Robbins (1993) consideran la alexitimia como la resultante de un proceso social y cultural, en la que influyen las expresiones lingüísticas de las emociones y los patrones culturales de las sociedades.

Por último, y centrándonos en la perspectiva cognitiva de los desórdenes emocionales, podemos hablar de las siguientes teorías

principales: *teoría de los esquemas cognitivos de Beck*, *teoría de red asociativa de Bower*, *teoría del desarrollo del afecto de Lane y Schwartz* y *teoría de codificación múltiple de Bucci*. Beck propone una de las primeras teorías cognitivas de los desórdenes emocionales, siendo una de las que más importancia ha tenido por estar basada en observaciones clínicas y relacionada directamente con el tratamiento. Su teoría presenta varias versiones: Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) para depresión y Beck, Emery y Greenberg (1985) para ansiedad. El autor considera que los desórdenes emocionales están caracterizados por los esquemas, es decir, por las estructuras cognitivas que influyen en la percepción, interpretación y memoria de la persona. Las experiencias son percibidas con relación al esquema del sujeto que se distorsiona según lo consistente que sea con las mismas. Según esta teoría, la diferencia cognitiva entre los desórdenes de ansiedad y depresión estaría en el esquema diferente que predomine. Así, en la depresión el principal esquema es la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, mientras que en la ansiedad es la vulnerabilidad y el peligro.

El primer objetivo de la teoría de Beck no es tanto probar a nivel experimental las predicciones, sino guiar el tratamiento. Sin embargo, un acercamiento fundamentado más explícitamente en psicología cognoscitiva, preocupado por procesos como la atención selectiva, la codificación y recuperación, da una mayor información de los procesos cognitivos que caracterizan los desórdenes emocionales. Una de las mayores ambigüedades que presenta esta teoría es saber si un esquema relacionado con una emoción particular sólo entra en funcionamiento cuando una persona está en el estado emocional pertinente o si éste está de antemano presente y contribuye al desarrollo de la condición emocional. De hecho, la evidencia de que el esquema disfuncional está presente antes de que alguien se ponga ansioso o deprimido no es correcta del todo. Hay más apoyo por la idea de que una vez que alguien tiene la experiencia de un desorden emocional, los esquemas pertinentes pueden reactivarse fácilmente (Williams, 1992).

Otra teoría que ha tenido una enorme influencia en el desarrollo de la investigación cognitiva en los desórdenes emocionales es la teoría asociativa de Bower, inicialmente presentada por Bower (1981) y desarrollada por Bower y Cohen (1982), Gilligan y Bower (1984) y Bower (1987), cuyo planteamiento está basado en la teoría de la Red de Memoria Asociativa Humana de Anderson y Bower (1973). Los eventos se representan en la memoria como configuraciones compuestas de conexiones asociativas (rutas) entre los diversos conceptos o nodos necesarios para describir el evento. La activación se extiende de un nodo a otro, creando una nueva ruta, por lo que para recordar los eventos es necesario usar las señales para que examinen la localización en la memoria hasta que se identifique la ruta correcta. Uno de los aspectos más importantes de su teoría es la

idea de que cada emoción tiene un nodo específico en la memoria que recopila muchos otros aspectos de la emoción conectados a ella por los indicadores asociativos. El aprendizaje está encaminado hacia el material congruente con la codificación del estado emocional y la memoria está dirigida hacia el material que es congruente con la recuperación del estado emocional. El estado de ánimo aumenta el nivel general de activación de los nodos asociados con éste, por lo que el material activado tenderá a favorecerse. Además, si el recuerdo del estado emocional es congruente con la codificación del mismo, entonces la búsqueda se dirigirá a lo largo de las mismas rutas asociativas, facilitando así el recuerdo.

Por último, la alexitimia refleja un déficit tanto en el componente cognitivo experiencial del sistema de respuesta emocional como en los niveles de regulación interpersonal de la emoción. Este déficit que subyace a la alexitimia es atribuido a una interrupción en el desarrollo afectivo del niño. Lane y Schwartz (1987) proponen una *teoría del desarrollo del afecto* según la cual el origen de la simbolización y el progresivo aprendizaje del lenguaje lleva a la formación de los esquemas cognitivos de las emociones de mayor complejidad, que gradualmente elevan la experiencia consciente de las emociones desde un conocimiento de las manifestaciones periféricas de la activación emocional (a través de las sensaciones corporales o una tendencia a la acción) a un conocimiento combinado de las emociones y la habilidad para distinguir matices de las mismas. Este modelo ha sido recientemente modificado por Bucci (1997a) quien argumenta que los estados tempranos los niveles de procesamiento lógico y formal. Este autor propone una *teoría de codificación múltiple* en la que las emociones son representadas tanto verbal como no verbalmente (Bucci, 1997b). Los esquemas no verbales de la emoción son los primeros en desarrollarse e incluyen los procesos subsimbólicos o precategoriales (sensorial, visceral, sensaciones kinésicas) así como las imágenes simbólicas. Posteriormente, se desarrollan los esquemas verbales de la emoción que son organizados de acuerdo a las formas simbólicas del lenguaje. Según Bucci, los esquemas verbales y no verbales se conectan entre sí por vínculos referenciales, existiendo una mayor distancia para las representaciones subsimbólicas, tales como experiencias sensoriales o patrones de activación autonómica que pueden requerir conexiones con imágenes específicas dentro del dominio no verbal antes de que puedan conectarse al lenguaje en el dominio verbal.

Por lo tanto, este autor sugiere que el problema de la alexitimia es más complejo que el simple hecho de la dificultad en poner palabras a las emociones ya que el sujeto no tiene símbolos (ni verbales ni no verbales) para los estados somáticos. Como explica él, la disociación entre lo subsimbólico y lo simbólico dentro de los esquemas no verbales de la emoción puede permitir que la activación fisiológica ocurra durante la activación emocional, sin una

correspondiente activación cognitiva. Además, sin foco simbólico ni regulación, la activación parece ser prolongada y repetitiva y los efectos últimos en el sistema fisiológico pueden ser más severos.

A pesar de las diferencias conceptuales analizadas en este apartado, cabe entender la alexitimia como un trastorno específico del procesamiento de la información emocional cuyos rasgos cognitivos definitorios son los siguientes: a) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan la activación emocional; b) dificultad para describir sentimientos a los demás; c) constricción en los procesos simbólicos o reducida capacidad para fantasear y d) patrón de pensamiento orientado a lo externo (Martínez-Sánchez, 1995 y Fernández-Rivas, 2001).

3. Variables familiares

Como hemos desarrollado ampliamente en otro trabajo (Cabaco, 1995) de los tres campos donde se desarrolla el proceso educativo del individuo (familia, escuela y ámbito social), la familia es el primero no sólo en el tiempo, sino también en importancia. Así, el ambiente familiar determina en el individuo los procesos de su constitución personal y de su primera socialización. Los adolescentes que consiguen una mayor adaptación escolar son aquellos en cuyas familias existe una mayor cohesión, libre comunicación y expresión, y menor conflictividad. Además, hay que tener en cuenta que el medio familiar se ve influenciado y determinado, en parte, por el marco social. Aspectos muy diversos (las condiciones materiales de la vivienda, su ubicación en un ambiente rural, urbano o suburbano; la subcultura de clase social; el grado en que la familia está relacionada o no con grupos comunitarios externos...) pueden favorecer o perjudicar el proceso y condicionan la acción socializadora paterna.

Una de las dimensiones más importantes, en relación con la temática de este artículo, es la de los estilos educativos paternos que han sido abordados desde marcos teóricos y metodologías dispares. En la propuesta, que está siendo utilizada en investigaciones aplicadas (Lamborn, 1991), se distinguen cuatro estilos fundamentalmente: autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. Estos estilos hacen referencia, entre otras dimensiones, a la intensidad del control paterno y, como se ha señalado reiteradamente en la literatura, las prácticas paternas de control aminoran la interiorización y autorregulación deseadas, tanto si no llegan a dicho umbral —control insuficiente— como si lo sobrepasan —control excesivo—. El control insuficiente transmite el mensaje implícito de que la conducta prescrita o recomendada no tiene justificación interna y de que acaso los mismos padres no crean en ella. Como consecuencia, los hijos ni interiorizan ni obedecen lo mandado. El control

excesivo produce conformismo exterior y rebelión interna. Vamos a analizar las repercusiones de estos cuatro estilos en la mayor probabilidad de desencadenar conductas alexitímicas en los hijos.

El primero (autoritario-recíproco), se caracteriza porque los padres ejercen un control firme, consistente y razonado. Ellos establecen con claridad el principio de «reciprocidad», pues parten de la aceptación de los derechos y deberes de los hijos, pero exigen a la vez que los hijos acepten también los derechos y deberes paternos. Es el patrón más positivo dadas las consecuencias potenciadoras en la prevención de déficits de inteligencia emocional ya que los hijos de hogares con estilo autoritario-recíproco consiguen altas puntuaciones en autoconcepto, autoestima, competencia social, motivación de logro y responsabilidad.

El segundo (autoritario-represivo), presenta como aspecto definidor un control paterno fuerte, como en el estilo autoritario-recíproco, pero se convierte en rígido al combinarse con la falta de reciprocidad y de diálogo. Recurren menos a las alabanzas y más a los castigos —incluidos los físicos—, y ni los mandatos ni las alabanzas son generalmente razonados. Los efectos son claramente perjudiciales y generadores de la mayor vulnerabilidad: alta ansiedad, ubicación externa del control y conformidad externa no interiorizada. La labilidad emocional que se genera como resultado de este patrón educativo es el resultado más predecible.

El tercero (permisivo-indulgente) es el polo opuesto al de los padres autoritarios-represivos en cuanto a las formas de control. Como características fundamentales aparecen: no acentuar la autoridad paterna, no dirección ni asertividad de poder acceder fácilmente a los deseos de los hijos y no establecer normas estrictas ni minuciosas ni en la distribución de tareas ni en los horarios dentro del hogar. El resultado es un tanto paradójico ya que los efectos socializadores son en parte positivos (autoestima, prosocialidad, soporte paterno en las dificultades de entrada a la adolescencia) y en parte negativos (falta de autodominio, autocontrol y de logros escolares).

El último estilo (permisivo-negligente), se caracteriza porque los padres son permisivos prácticos o por comodidad. El patrón comportamental más característico es la no implicación afectiva en los asuntos de los hijos y por el dimisionismo educativo. Dejar que los hijos hagan lo que quieran con tal de que no les compliquen la existencia. Generalmente se encuentran absorbidos por otros compromisos y reducen la responsabilidad paterna a sus mínimos imprescindibles. Los resultados en el déficit de habilidades emocionales es patente: carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad, autoconcepto negativo, escaso autodominio y sentido del esfuerzo personal y trastornos psicológicos con desviaciones graves de conducta que pueden desencadenar alcoholismo, delincuencia o drogadicción.

Las intervenciones, sean preventivas o rehabilitadoras, deben enfatizar los aspectos considerados, ya que son un elemento favorecedor o mantenedor del problema (Cabaco, 1999). Si además consideramos las relaciones del constructo alexitimia con la aparición de otros trastornos (depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, etc) su integración en los programas debería ser tenido muy en cuenta. En el número anterior de esta misma revista hemos señalado la relación de vulnerabilidad entre trastornos alimenticios y alexitimia (Cabaco, Capataz, Fernández, González y Fernández-Rivas, 2003) y su relación con variables contextuales (Cabaco y Capataz, 2002; Cabaco, Capataz, González, Fernández-Rivas y Fernández, 2002; Cabaco, Capataz, Bonantini y Hage, 2002). Según Ríos (1991) las líneas de actuación en el marco familiar se podrían sistematizar en tres niveles: educativo, asesoramiento y terapéutico. Para finalizar esta parte del apartado vamos a reflejar su finalidad y referenciar algunos ejemplos.

El primero, nivel educativo, está dirigido a una formación sistematizada y planificada de los padres y de los hijos para prevenir la aparición de problemas. La finalidad iría dirigida a la formación básica de los padres y a proporcionarles unos contenidos mínimos para educar. El segundo, nivel de asesoramiento, está dirigido a potenciar las capacidades básicas del sistema familiar para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital. La finalidad iría dirigida al descubrimiento de situaciones que impiden el desarrollo educativo normal y a ofrecer criterios de funcionamiento para la familia en situaciones normales y en momentos evolutivos significativos o de crisis. Por último, el nivel terapéutico, que responde a la necesidad de elaborar nuevas pautas funcionales en el dinamismo del sistema familiar. Los objetivos de este tercer nivel se centrarían en hacer posible la estabilidad y el progreso frente a amenazas disgregadoras y enseñar estrategias que aseguren la cohesión familiar. Como paliativo en situaciones de conflictividad familiar y desventaja sociocultural hemos cubierto de forma satisfactoria los objetivos de los tres niveles en una experiencia en la que se determinó la influencia positiva de este tipo de intervenciones (Cabaco, 2001), donde se hizo especial énfasis en las habilidades emocionales que son tan relevantes en el déficit alexitímico.

4. Variables sociales y culturales

Pero la actuación de la familia está en parte condicionada por el contexto socio-cultural en el que se desenvuelve. Por lo tanto la consideración de los aspectos sociales y culturales es imprescindible para ofrecer una panorámica completa del prisma. Así entre las dimensiones transculturales en la alexitimia, según Páez y Casullo (2000), las emociones, cogniciones y rasgos de personalidad son productos de procesos históricos, culturales y ontogenéticos. Es por tanto exigible analizar el tejido social (red de relaciones con otros sujetos y sus

emociones) y el entramado cultural (guiones, valores, y formas de lenguaje culturalmente determinados), pues la persona expresa lo que siente no sólo como individuo, sino también como actor social, siendo en sí misma un microsistema social. Los seres humanos necesitamos expresar nuestras emociones (alegría, tristeza...) y lo hacemos conforme a normas culturales y sociales concretas.

La dimensión social puede ser analizada desde un doble punto de vista: el microsocioal, aspectos de la conducta intrapersonal, y el macrosocioal, funciones interpersonales y grupales. Las emociones forman parte de los procesos emocionales que se organizan en una secuencia temporal a través de dos procesos. En primer lugar los primarios, donde el estímulo es el que da lugar a una evaluación de la situación y a respuestas subjetivas, expresivas y fisiológicas. En segundo lugar los procesos secundarios, que son los que elaboran a nivel cognitivo y social las informaciones derivadas de la evaluación y los procesos primarios. De acuerdo a todo lo expuesto es incuestionable la influencia que la cultura tiene sobre la vivencia emocional puesto que tanto los procesos secundarios de comunicación como el afrontamiento de la emoción se hallan fuertemente influidos por la misma.

Por su parte, la dimensión cultural contempla una serie de dimensiones analizadas en diversas investigaciones en las que se ha demostrado cómo las primeras pueden favorecer la sintomatología alexitímica. Uno de los estudios más significativo es el de Fernández, Zubieta y Páez (2000). En su investigación participaron un total de 4785 personas de 21 naciones: Alemania, Argentina, Bélgica, Bolivia, Brasil, Chile, China, El Salvador, España, Estados Unidos, Francia, Guatemala, Irán, México, Panamá, Perú, Portugal, Singapur, Suiza, Taiwán y Venezuela. En su estudio manejaron diferentes dimensiones culturales (colectivismo-individualismo, masculinidad-feminidad, distancia al poder y evitación a la incertidumbre) de trabajos anteriores de Hofstede (1991) para analizar su influencia en la aparición de síntomas alexitímicos.

La primera de ellas es la referente al *colectivismo-individualismo*. Según estos autores, las culturas colectivistas, caracterizadas por la valoración de la armonía social y un tipo de comunicación sutil e indirecta, manifiestan un mayor déficit en la comunicación verbal de las emociones. Asimismo analizan las diferencias en expresión verbal de las emociones en ambos tipos de culturas encontrando que las culturas individualistas muestran una mayor expresión verbal en las emociones de tristeza y enojo, mientras que en las culturas colectivistas no se aprecian diferencias en la expresión verbal de las emociones positivas. Un segundo aspecto dentro de esta diferenciación es el nivel de mentalización de las emociones negativas y la respuesta fisiológica indiferenciada. Dado que los sujetos de culturas colectivistas valoran menos los aspectos internos de la persona, incluyendo las emociones, entonces practicarán menos la introspección, aumentando así el uso

de los indicadores contextuales interpersonales y externos para vivir y controlar sus emociones. Según esto, los sujetos darán informaciones menos exactas sobre la activación fisiológica de sus emociones y también tendrán una menor elaboración de los aspectos subjetivos, mentales o internos de la emoción.

Un segundo ámbito donde se comprueba el impacto de las variables culturales es la dimensión *masculinidad-feminidad*. Las culturas masculinas se caracterizan por una mayor dureza y competencia; por eso estos sujetos expresan y experimentan menos las emociones. Sin embargo, en las culturas femeninas se valora más el apoyo social, que incluye el emocional, por lo que las mujeres presentarán mayor expresión de las emociones, mayor reacción mental así como una mayor activación fisiológica indiferenciada. Estos perfiles son congruentes con los encontrados en cuanto al género que indican que las mujeres muestran mayores índices de expresión verbal emocional y de pensamiento y sentimientos, mientras que los hombres tienen un pensamiento más concreto y orientado a lo externo y mayor dificultad para hablar de las emociones. Sin embargo, las mujeres revelan mayor dificultad para reconocer y diferenciar con precisión sus reacciones fisiológicas y declaran mayores reacciones físicas indiferenciadas.

Otro aspecto estudiado es *la influencia de la distancia de poder*. Según Fernández, Zubieta y Páez (2000) asociar ésta con una menor intensidad emocional supone que los sujetos aprenden un estilo caracterizado por comunicar poco las emociones así como una tendencia a minimizar las reacciones internas. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que aquellos países con mayor distancia al poder declaran menos reacciones verbales de tristeza y enojo, informan sobre menos reacciones mentales y muestran mayor presencia de reacciones fisiológicas indiferenciadas.

Por último, la dimensión cultural de *evitación de la incertidumbre* pone de manifiesto que las culturas caracterizadas por esta dimensión muestran más reacciones expresivas y mentales ante las emociones negativas mientras que las de baja evitación a la incertidumbre tendrán más reacciones de emociones positivas.

Además, Fernández, Zubieta y Páez (2000), comparando continentes entre sí, comprueban que Europa Occidental y los Estados Unidos de Norteamérica se caracterizan por una mayor expresión en las emociones negativas, y también por una mayor subjetivación de las emociones. Sin embargo, Latinoamérica es el que muestra menor expresión de emociones negativas, aunque obtiene mayores puntuaciones en expresión y reacciones mentales de pensamiento y sentimiento. Con respecto a las reacciones fisiológicas indiferenciadas son, en primer lugar, las culturas americanas las que tienen un mayor peso seguidas por las europeas y las asiáticas. En definitiva, según lo expuesto se puede concluir que la alexitimia dependiente de factores socioculturales es mayor en aquellas sociedades caracterizadas por el

colectivismo, en culturas masculinas en las que existe mayor dureza y, por tanto, menor expresión y experimentación de emociones, en aquellas en las que existe mayor distancia al poder que hace que se presente una mayor dificultad para expresar verbalmente emociones, mayor respuesta fisiológica y menor nivel de mentalización de las emociones negativas, y también en aquellas culturas con gran sensibilización en el área de las emociones negativas (culturas con alta evitación de la incertidumbre).

En conclusión, podemos afirmar que la alexitimia se encuentra íntimamente relacionada con los factores socioculturales, modelos de comunicación familiar y de aprendizaje social. 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 formativo de las personas. Lo que plantea posibilidades de optimización tanto desde el marco social pero también desde el plano familiar y escolar (Cabaco, Izquierdo y Franco, 1996; Fernández-Rivas y Cabaco, 2002d).

Referencias

- Ahrens, S. y Deffner, G. (1986). Empirical study of alexithymia. Methodology and results. *American Journal of Psychotherapy*, 3, 430-447.
- Anderson, J. y Bower, G. H. (1973). *Human Associative Memory*. Washington, D. C.: Winston.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. y Atkinson, L. (1988). Alexitimia: A comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research Therapy*, 25, 443-455.
- Bower, G. H. y Cohen, P. R. (1982). Emotional influences in memory and thinking: data and theory. In S. Fiske y M. Clark (eds.), *Affect and Cognition*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Brasky, A. J. y Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatics styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Bucci, W. (1997a). Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Bucci, W. (1997b). *Psychoanalysis and cognitive science: a multiple code theory*. New York: Guilford.
- Cabaco, A. S. (1995). *Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia*. Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
- Cabaco, A. S. (1999). Influencias del estrés, afrontamiento y apoyo social en la salud. *Investigación en Salud*, 2 (1-2), 62-72.
- Cabaco, A. S. (2001). Eficacia de los programas cognitivo-instruccionales en la prevención de la inadaptación infanto-juvenil. *Temas de Psicología*, 7, 229-247.
- Cabaco, A. S., Izquierdo, C. y Franco, P. (1996). Prevenzione ed educazione: nuove alternative dall'ambito educativo. *Pedagogía e Vita*, 2, 88-97.
- Cabaco, A. S., Capataz, I., Bonantini, C. y Hage, S. (2002). Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: estudio transcultural (España-Argentina-Brasil). *Revista Iberoamericana en Educación, Salud y Trabajo*, 2-3, 211-228.
- Cabaco, A. S., Capataz, I., González, S. Fernández-Rivas, S. y Fernández, L. M. (2002). Factores de riesgo psicológicos y socio-culturales en los trastornos alimenticios: una revisión. *Temas de Psicología*, 9, 289-305.
- Cabaco, A. S., Capataz, I., Fernández, L. M., González, S. y Fernández-Rivas, S. (2003). Variables familiares predictoras de vulnerabilidad

- a trastornos alimenticios. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 26, 31-48.
- Cabaco, A. S. y Capataz, I. (2002). Selectividad atencional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: aspectos transculturales. Póster presentado al II Simposio de Motivación y Emoción, celebrado en Salamanca del 25-27 de abril.
- Fernández, I., Zubieta, E. y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez y M. M. Casullo (Eds.), *Cultura y alexitimia* (pp. 73-98). Barcelona: Paidós.
- Fernández-Rivas, S. (2001). *Atención selectiva y emoción: influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de la información*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández-Rivas, S. y Cabaco, A. S. (2002a). Procesamiento de información emocional en la alexitimia. Comunicación presentada al II Simposio de Motivación y Emoción, celebrado en Salamanca del 25-27 de abril.
- Fernández-Rivas, S. y Cabaco, A. S. (2002b). Hipervigilancia emocional en la alexitimia: una revisión. *Temas de Psicología*, 8, 127-148.
- Fernández-Rivas, S. y Cabaco, A. S. (2002c). Sesgos atencionales en el procesamiento de información emocional de sujetos alexitímicos. Comunicación presentada en la IV Semana de Investigación en Psicología. Organizada por la UNED y celebrada en Madrid del 18 al 22 de abril.
- Fernández-Rivas, S. y Cabaco, A. S. (2002d). Deterioro de las habilidades emocionales en la alexitimia: implicaciones educativas. *Papeles Salmantinos de Educación*, 1, 151-181.
- 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.
- Gilligan, S. C. y Bower, G. H. (1984). Cognitive consequences of emotional arousal. In C. Izard, J. Kagan y R. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognitions and Behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Gotlib, I. H. y McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: An examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 427-439.
- Groen, J. y Bastiaans, J. (1951). *Grondslagen der klinische psychosomatiek*. Haarlem: Bohn.
- Heiberg, A. (1978). Alexithymia: An inherited trait? A study of twins. *Psychotherapy and Psychomatics*, 30, 205-210.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G. y Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), 227-237.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., Shaw, D. G. y Henry, J. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2), 124-128.
- Hofstede, G. (1991). Un réexamen des cultures nationales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2-3, 43-64.

- Hoppe, K. D. (1988). Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatry Clinical*, 11 (3), 303-315.
- Horton, P. C., Gewirtz, H. y Kreutter, K. J. (1992). Alexithymia-state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58 (2), 91-92.
- Kirmayer, L. J. (1987). Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24, 119-136.
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34 (1), 41-52.
- Kleiger, J. H. y Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychomatics*, 34, 17-24.
- Krystal, H. (1968). *Massive psychic trauma*. New York International Universities Press.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic. *Psychotherapy and Psychomatics*, 9, 353-378.
- Kyle, N. L. (1988). Emotions and hemispheric specialization. *Psychiatric Clinics of North America*, 11 (3), 367-381.
- Lamborn, (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child development*, 62, 1049-1065.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). *Levels of emotional awareness: A cognitive developmental theory and its application of psychopathology*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- MacDougall, J. (1974). The psychosomatic and psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 437-459.
- MacLean, P. D. (1949) Psychosomatic disease and the «visceral brain». *Psychosomatic Medicine*, 1, 338-353.
- Martínez-Sánchez, F. (1995). La alexitimia: un constructo potencialmente útil para la investigación de las relaciones entre emoción, cognición y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 34-35, 46-54.
- Martínez-Sánchez, F. (1997). La alexitimia: un factor de riesgo para el padecimiento de los efectos patógenos del estrés. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emoción y salud*. Barcelona: Ariel.
- Martínez-Sánchez, F. (1998). Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares? *Psicología COM IOnline*, 2 (1), 23 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_7.htm [21 Febrero 1999].
- Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). Le pensèe operatorie. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 1345-1356.
- Montreuil, M., Jouvent, R., Carton, S., Bungener, C. y Widlocher, D. (1991). Parallel Visual Information Processing Test. An experimental assesment of alexithymia. *Psychotherapy and Psychomatics*, 56(4), 212-219.

- Nemiah, J. C., Freyberger, M. y Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatics process. In Hill OW (Ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, London, Butterwoths, 3, 430-439.
- Páez, D. y Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Barcelona: Paidós.
- Pandey, R. y Mandaal, M. R. (1996). Eysenckian personality dimensions and alexithymia: Examining the overlap in term of perceived automatic arousal. *Personality and Individual Differences*, 20, 499-504.
- Parker, J. D., Bagby, R. M. y Taylor, G. J. (1989). Toronto Alexithymia Scale, EPQ and Self-report measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10 (6), 599-604.
- Polavsky, A. (1945). Over psychosomatiesche toestanden. *Geneesk*, 42-215.
- Ríos (1991). *Orientación Familiar*. Madrid: Universidad Complutense.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S. y Äarela, E. (1995). Two decades of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (7), 803-807.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Jiménez, P. (1996). Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis*, 17 (1), 37-45.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge. Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 287-292.
- Sifneos, P. E., Apfel, S. R. y Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of alexithymia. Observations in psychosomatics patients. *Psychotherapy and Psychomatics*, 28, 47-57.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, G. J. y Bagby, M. R. (1988). Measurement of alexithymia: Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North American*, 3, 351-365.
- Velasco, C. y Páez, D. (1996). Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Williams, J. M. G. (1992). *The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Theory and practice of Cognitive Behaviour Therapy*. London: Routledge.