

Salud Mental
ISSN: 0185-3325
perezrh@imp.edu.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México

Alonso-Fernández, Francisco
La alexitimia y su trascendencia clínica y social
Salud Mental, vol. 34, núm. 6, noviembre-diciembre, 2011, pp. 481-490
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Distrito Federal, México

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221291002

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud Mental 2011;34:481-490

La alexitimia y su trascendencia clínica y social

Francisco Alonso-Fernández[1]

Artículo original

SUMMARY

Alexithymia (AL) is characterized as an emotional communicative deficit, associated with operational thinking, impulsivity and heavy bodily sensations. AL is a frequent male profile (prevalence of 10%). Cerebroorganic, psychic or social factors take part in its etiology.

A differential diagnosis is essential with blocking of affect and atypical depression. The new concept of pseudoalexithymia is introduced here.

AL disturbs seriously the dyadic adjustment into the couple and increases the susceptibility to somatic or mental diseases. Some orientations for diagnosis and treatment are given.

In conclusion, this study supports the great importance of AL in society, family and clinic.

Key words: Alexithymia, pseudo alexithymia, atypical depression, somatic and mental pathology.

RESUMEN

La alexitimia (AL) se define como un déficit comunicativo emocional, asociado con el pensamiento operacional, alta impulsividad y copiosas sensaciones corporales. AL es un frecuente perfil masculino (prevalencia del 10%). En su etiología participan factores cerebroorgánicos, psíquicos o sociales.

Se plantea su diagnóstico diferencial con el bloqueo emocional y la depresión atípica. Se propone aquí el nuevo concepto de seudoalexitimia.

AL impide gravemente el ajuste diádico de la pareja e incrementa la susceptibilidad para la patología somática o mental. Se aportan orientaciones para su diagnóstico y tratamiento.

En conclusión, este estudio apoya la gran importancia de la AL en la sociedad, la familia y la clínica.

Palabras clave: Alexitimia, pseudoalexitimia, depresión atípica, patología somática y mental.

I. ANTECEDENTES PSICOSOMÁTICOS DE LA ALEXITIMIA

El neologismo «alexitimia» es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente «ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos» (*a*– la partícula negativa no, *lexis*- palabra o acción de hablar, *thymos*-* emoción). Este término fue introducido en la bibliografía médica en 1972 por Sifneos, un médico de Chicago de raigambre griega, a menudo citado como médico grecoamericano, para designar la dificultad que tenían muchos enfermos psicosomáticos para expresar verbalmente sus emociones o sus sentimientos.

La primera vez que se cita la palabra «alexitimia» fue en un manual editado por la Universidad de Harvard titulado *Short-term psychotherapy and emotional crisis*.[1]

Casi desde el principio se observó que la presencia de la Alexitimia (AL) en los enfermos psicosomáticos no era constante y que tampoco era un dato específico, puesto que además de alcanzar en la población general una tasa de cierto relieve, su prevalencia era aún más alta en diversos tipos de enfermos físicos o psiquiátricos no encuadrados en la esfera de los enfermos psicosomáticos clásicos.

El descubrimiento de Sifneos fue obtenido mediante el estudio de los enfermos psicosomáticos con el método fenomenológico. Este ha sido su gran mérito. El antecedente histórico del descubrimiento se encuentra en los trabajos de Felix Deustsch, Franz Alexander y Flander Dumbar, los padres de la patología psicosomática americana, fundadores en 1939 de la revista *Psychosomatic Medicine*, cuando atribuyeron la determinación del trastorno psicosomático a los conflictos psíquicos no expresados verbalmente y por ello descargados a través de los canales somáticos. Sobre esta observación se montó la indicación de tratar a los enfermos psicosomáticos con psicoterapia. La experiencia cobrada con el tratamiento psicoterapéutico profundo de enfermos con colitis ulcerosa, ulcus péptico, asma bronquial y otros procesos psicosomáticos clásicos fue rotundamente negativa, mientras que las técnicas más elementales, a base de sugestión, catarsis o soporte emocional, se mostraron más útiles.

*En las obras de Homero, «*timos*» era el órgano del movimiento y «*psique*» el órgano vital.

[1] Catedrático Emérito de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense (Madrid) y Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

Correspondencia: Prof. Francisco Alonso Fernández. Blasco de Garay 75-1°, Madrid 3, España. E-mail: franciscoalonsofernandez@hotmail.com

Recibido: 18 de Julio de 2011. Aceptado: 30 de septiembre de 2011.

El fracaso de la psicoterapia verbal en los enfermos psicosomáticos fue atribuido por Rüsch, en un trabajo publicado en 1948 en la revista americana de medicina psicosomática,[2] a que estos enfermos tenían una especial falta de habilidad para descargar sus tensiones emocionales por medio de la palabra, el símbolo o el gesto, porque eran especialmente propensos a utilizar los canales somáticos como única vía disponible para la descarga de sus emociones. Atribuyó esta falta de habilidad a una inmadurez emocional enmarcada en una personalidad infantil. Otros antecedentes importantes del concepto de AL se encuentran en la exposición del cerebro emocional (Paul MacLean)[3] y en la descripción del pensamiento operativo (Marty y Uzan).[4]

II. EL PERFIL DE LA PERSONALIDAD ALEXITÍMICA

El concepto AL fue tomando gradualmente, a partir del radical etimológico señalado, un sentido más global, en forma de un *perfil de personalidad*, que abarca datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos. He aquí la enumeración de los rasgos personales más importantes:

- Incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos.
- Pobreza en la expresión verbal, mímica o gestual de las emociones o los sentimientos.
- Falta de captación de las emociones o los sentimientos ajenos (trastorno de la empatía).
- Pensamiento muy concreto y pragmático, con dificultades para el pensamiento abstracto.
- Pensamiento centrado en detalles externos, sin conexión con el mundo vivencial interno.
- Reducción o anulación de la fantasía, los sueños o ensueños y la vida imaginativa.
- Falta de capacidad para la introspección y la creatividad.
- Psicomotilidad rígida, áspera, austera o desequilibrada y escasamente expresiva.
- Tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o los conflictos.
- Descripción prolija de los hechos.
- Discurso verbal monótono, lento, pobre en temas, detallista y enormemente aburrido.
- Dificultades para establecer contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas y rígidas, enmarcadas en la subordinación o en la dependencia.
- Inclinación al aislamiento, sin tener sensación de soledad.
- Impresión generalizada de una personalidad seria, adusta o aburrida.
- Registro de que el aburrido o serio es el otro (un mecanismo de reduplicación proyectiva)*, lo que les lleva a ver a los demás con sus propias características.
- Maestros en esgrimir la defensa proyectiva.
- Descarga de las emociones o los sentimientos a través de los canales vegetativos corporales, lo que provocaría la disfunción o la lesión tisular de los órganos somáticos más vulnerables.
- Dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.
- Existencia regida por proyectos de corto alcance y programada o mecanizada como si fuese un robot.
- Alto grado de conformidad social, rasgo catalogado por su sentido como una «seudonormalidad».
- Reducción de porcentaje del sueño REM.

El núcleo semiológico del perfil de la personalidad alexitímica reside en la afectividad, en forma de una incapacidad para identificar, reconocer, describir o nombrar los sentimientos o las emociones propias y de una dificultad para captar los estados emocionales ajenos, o sea, en conjunto una *conciencia emocional precaria*. Por ello, los alexitímicos han sido también denominados «afásicos de sentimientos», «afásicos afectivos» o «analfabetos emocionales». Al tiempo, tienen un pensamiento concreto, detallista, apegado a lo inmediato, desprovisto de fantasías, de abstracciones y de dudas, y conducente con rapidez a la acción, por lo que se le define como un pensamiento operativo o instrumental, enmarcado en un *estilo cognitivo pragmático y directo*. En su expresividad sobresale la penuria en la mímica, la gesticulación y la palabra, y la utilización de un lenguaje lento, aprosódico (sin cambios en el tono de la voz), detallista y reiterativo, todo lo cual se traduce en una *pobreza comunicacional*. Su corporalidad es el escenario que acoge una amplia repercusión de las emociones en forma de somatizaciones, de suerte que el lenguaje vegetativo sustituye al lenguaje verbal y amenaza a los órganos más vulnerables con la producción de una disfunción o una lesión, como consecuencia de una c*orporalidad somatizada*.

Hoy, el concepto global de AL posee una especial trascendencia social y clínica.

III. LA TRASCENDENCIA SOCIAL DE LA ALEXITIMIA

La AL opera como una variable perturbadora de la interacción social. La *trascendencia social* de la AL consiste en actuar como fuente de problemas en las relaciones interpersonales por razón del trastorno comunicacional y

* La reduplicación proyectiva consiste en ver a los otros con unas características personales equivalentes a las suyas, ignoradas por ellos, como si fueran su réplica, utilizando el mecanismo de proyección.

la penuria emocional o la falta de empatía, a lo que se agrega con frecuencia la descarga de emociones negativas o una acción impulsiva. Todo lo cual denuncia al sujeto alexitímico como responsable del sufrimiento de los demás y poco dotado para el éxito en la vida social.

Dado que la prevalencia de la AL en la población masculina es del 8 al 10% y se asocia con su parvedad en el género femenino, queda justificado hablar de un trastorno propiamente masculino que, al incapacitar para la comunicación afectiva con los demás, comporta rasgos perturbadores para la convivencia y se traduce en un sufrimiento tremendo para las mujeres que comparten su vida con un compañero alexitímico.

De todos modos conviene tener presente la observación de Haywell-Fantini y Pedinielli (2008)[5] acerca de la presencia de profundas diferencias en la AL entre el género masculino y el femenino, diversidad que podría alcanzar su máxima expresión, en mi opinión, en el plano social.

La relativa preservación de la población femenina ante la AL se debe a la concurrencia de estos tres factores: un cerebro con la integración interhemisférica más completa o unitaria que la del cerebro masculino, por disponer de un cuerpo calloso (la comisura de unión entre ambos hemisferios) de mayor volumen; una personalidad de mayor riqueza afectivoemocional, con una disponibilidad comunicacional para sus emociones sumamente elevada, a veces tan elevada que la mujer maneja la comunicación como un instrumento engañoso y manipulador, como si fuera un resorte de chantaje al servicio del alma femenina; y finalmente, una instalación social más cimentada en el apoyo de otras personas y en las referencias externas, con un estereotipo sociolaboral basado en la *expresividad* desempeñada, mediante una puesta en relación con los demás, mientras que el correspondiente estereotipo masculino se define por la *instrumentalidad*, un ejercicio de vida dominado por la acción, la autoafirmación o la búsqueda de poder.

El desequilibrio genérico de la incidencia de la AL, fustigando casi exclusivamente a la población masculina, está en pugna con lo que sucede en muchas especies animales, en las que el macho ofrece el comportamiento más juguetón o sociable o es el sexo del ave dotada del circuito neuronal del canto.

La abrumadora desproporción de la tasa de prevalencia de AL registrada en ambos géneros justifica que revise a continuación con una referencia masculina exclusiva las figuras sociales de Al encarnadas en la pareja, el trabajador, el jefe y el médico.

En la relación de pareja el hombre alexitímico, con un comportamiento habitual serio, reservado e independiente, se convierte en un agente frustrante para su compañera. Aunque su pareja en principio le alaba como un santo en casa, a poco que se profundice pasa a calificarlo como un «santo endiablado» que no ofrece comunicación afectiva ni la más ligera muestra de cariño o apoyo, ni es capaz de abandonar la actitud autoritaria, elementos a los que se agrega, como señala Moral (2005)[6] desde México, la expresión habitual del mal humor o de un estado emocional negativo. En estas condiciones, un ajuste diádico amoroso ni siquiera satisfactorio con el varón alexitímico se vuelve imposible. A todo lo más que llega la mujer en este trance, embargada por la soledad emocional, es a un ajuste convencional o aparente, desprovisto de cohesión afectiva, mantenido con el propósito implícito de evitar la ruptura de la familia, hasta que a una edad por lo general entre los 40 y los 50 años, cada vez más baja, cuando los hijos han crecido y comienzan a abandonar el hogar, sorprende con una solicitud de separación o divorcio.

Ella misma puede sentirse sorprendida por el coraje que supone adoptar la desesperada actitud de la separación, al ser incapaz de quedarse a solas en el hogar con un hombre huraño, silencioso y despótico y explica la tolerancia hacia la pareja mantenida hasta ese momento en función del alimento emocional aportado por los hijos. Sólo excepcionalmente el varón alexitímico es protagonista de un enlace amoroso definido en la línea de la satisfacción recíproca.

El trabajador alexitímico inspira recelo a sus compañeros como el más antipático y distante del grupo y el más amenazado por razones obvias por la pérdida del empleo. La elevada prevalencia de AL en el estrato socioeconómico medio-bajo o bajo de la población se entiende por la existencia de un vínculo causal de doble sentido: la insuficiencia financiera impone una limitación instructiva o cultural, lo que implica una especial vulnerabilidad para la AL y, a su vez, la AL es origen muchas veces de fracaso laboral con el consiguiente descenso económico.

El jefe alexitímico es una figura laboral poco estimada por lo general por sus subordinados, al ejercer su función con despotismo y desafecto y al tiempo mostrarse poco competente al ser incapaz de asumir y desarrollar proyectos de largo alcance.

La AL es asimismo un serio riesgo para el mismo médico por dos serias razones. En primer lugar, porque la AL y el narcisismo –con algunos rasgos comunes entre ambos– son los dos perfiles personales más incompatibles para el ejercicio de la medicina, puesto que ambos hacen imposible la actitud altruista, que, como yo mismo he puesto de relieve en el libro *¿Por qué trabajamos?*,[7] es la esencia del espíritu médico.

A ello se agrega que la sobrecarga de responsabilidad que gravita sobre todo médico clínico, se convierte en ciertas especialidades acompañadas de una alta incidencia de muerte o de deficientes resultados terapéuticos, en un auténtico distrés traumático crónico, que puede conducir al médico a hacer una AL secundaria. En cualquier caso, un médico atenazado por la AL primaria o secundaria no reúne las condiciones personales para desempeñar la actividad sanitaria con el sentido altruista propio del ejercicio médico clínico.

El médico alexitímico, distante del enfermo, gruñón y parco en palabras que no sean tecnicismos, es incapaz de mantenerse fiel al espíritu esencial de la medicina clínica, condensado en la actitud altruista. Al tiempo, conducido por el mecanismo de la reduplicación proyectiva, tiende a ver a los pacientes como individuos secos, reservados o aburridos. En estas condiciones la relación médico-enfermo se tiñe de hostilidad recíproca. En aras de la exigencia de un distrés crónico de responsabilidad, el ejercicio de la Medicina, como hemos visto, encierra el riesgo de generar en cierta medida la alexitimización del médico. En la novela de la picaresca española «La Pícara Justina», de autor desconocido, probablemente un médico o un fraile, se critica con mucho humor al médico que no habla, que no dice gracias, que no se burla, porque no sabe hacerlo, y se le tiene, sin embargo, por discreto y sabio, cuando, según la pícara asturiana, no hay ninguna universidad que dispense el título de «doctor en callar». Concluye este largo pasaje irónico con un interrogante: «¿Qué tiene que ver hablar poco con ser buen médico?».[8]

En un libro sobre la relación humana en Medicina que ha aparecido en Francia, los autores, Hoermi y Bénézech (2010) mantienen que la mayoría de los médicos clínicos europeos modernos no sólo no son alexitímicos, sino que, a despecho de la avalancha de la biotecnología y de la proliferación de burocracia, «poseen casi de una manera innata empatía y simpatía, generosidad y disponibilidad, inteligencia y gusto por los otros».[9]

¿Y qué decir de la presencia de la AL en los enfermos?

IV. EL ENFERMO ALEXITÍMICO

Innúmeros trabajos científicos vienen poniendo en evidencia una tasa de prevalencia puntual masculina de AL particularmente elevada en ciertas patologías. Al tratarse de patologías físicas y mentales diversas, se ha venido confiriendo a la AL el carácter de un dato patogénico transnosográfico. Desde un principio debo reconocer que en la mayor parte de estos trabajos sobre la correlación estadística positiva de la AL y la enfermedad, se ha prescindido de discriminar si la supuesta AL era una concausa de la enfermedad o una consecuencia suscitada como respuesta protectora contra el sufrimiento en forma de un bloqueo afectivo o un descenso depresivo de la conciencia emocional. Es preciso estar muy advertido para no confundir la causa con la consecuencia en toda clase de patología asociada a la AL. La confusión es un deslizamiento fácil puesto que la AL, y en general toda clase de alteración deficitaria de la conciencia emocional, ofrece especiales dificultades a la recolección de la anamnesis y a la exploración de la personalidad, lo que implica una seria dificultad incluso para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del proceso mórbido fundamental.

La AL interviene como una *variable de riesgo*, predisponente, determinante o precipitante, para el enfermar psíquico o físico, utilizando una de estas cuatro vías: la somatización o expresión de las emociones o los sentimientos en forma de signos somáticos; el predominio de la experiencia emocional elemental negativa, tipo hostilidad; la mala calidad de vida, y la degradación de las experiencias interaccionadas con los otros.

El alexitímico es el sujeto somatizador por excelencia. No sólo vierte con preferencia o de modo exclusivo sus emociones y sentimientos por un canal somático, sin ser capaz de diferenciar la emoción en sí de sus signos somatizados, ni de discriminar el sufrimiento emocional del dolor físico, dado que por su condición hiperestésica, experimenta todos los fenómenos corporales de un modo especialmente mortificante.

Se acumula en la bibliografía internacional la densa serie de trabajos publicados coincidentes en señalar la prevalencia de la AL entre el 20 y el 40% en un amplio sector de *patología física*, especialmente representado por los enfermos digestivos inflamatorios o con la enfermedad de Crohn, los enfermos bronquiales inflamatorios o con insuficiencia respiratoria y los aquejados por dolor crónico, además de una dilatada representación de los enfermos pisocosomáticos clásicos (asma bronquial, colitis ulcerosa, migraña y otros). La presencia de la AL se acredita la más de las veces por la precariedad de la comunicación afectiva y la dificultad para reconocer las emociones propias, o sea una conciencia emocional inhibida o anulada, rasgo asimismo presente en el bloqueo emocional y en un amplio grupo de cuadros depresivos.[10-13]

El *bloqueo emocional* es la respuesta dada por muchos enfermos a un padecimiento vivido como amenazador o grave, reflejada en la dificultad para reconocer y regular las emociones propias, con objeto de autoprotegerse contra el sufrimiento. Su principal diferencia con la AL consiste en que la pobreza emocional es universal, extendida incluso a los sentimientos negativos y además no se acompaña de otros elementos propios de la AL como el discurso verbal monótono y la impulsividad.

En los procesos físicos crónicos de extrema gravedad, como la insuficiencia renal, la reacción de bloqueo emocional se impone con asiduidad a otros comportamientos reactivos frecuentes en trances patológicos más ligeros, como la impulsividad agresiva o la regresión infantil.

Por su parte, el *enfermo depresivo* muestra una profunda afinidad sintomatológica con la AL, tanta que muchas veces podría considerársele como el alexitímico espurio arquetípico. La abundancia de síntomas somáticos primarios –que no son somatizaciones pero pueden confundirse con ellas–, el predominio de las emociones negativas y la pérdida de la sintonización con los demás o con el espacio exterior son un trío sintomatológico que convierte a muchos enfermos depresivos en supuestos alexitímicos transitorios. A su vez, el

alexitímico es especialmente propenso a padecer la forma de depresión conocida como la depresión larvada somatomorfa.

El alto porcentaje de AL en la población femenina registrado en algunos estudios epidemiológicos pudiera deberse a haber descuidado establecer las diferencias entre la mujer alexitímica y la mujer depresiva.

La presentación de sintomatología depresiva en pacientes con una patología somática crónica, según la reciente experiencia obtenida en la psiquiatría de enlace por el psiquiatra francés Consoli (2010),[14] oscila entre el 20 y el 50%. La morbilidad depresiva todavía es más alta cuando se trata de procesos orgánicos que cursan con dolor crónico.

En más de del 60% de los enfermos somáticos existe una sobrecarga psicopatológica distribuida especialmente entre estas tres rúbricas:

- El síndrome depresivo que puede intervenir en la causalidad del proceso orgánico, ser una consecuencia suya o constituir una dolencia asociada.
- El bloqueo emocional, un modo de reaccionar ante un proceso somático, que proporciona cierta protección contra el sufrimiento implicado en la enfermedad orgánica.
- El perfil de personalidad alexitímica –u otro trastorno de personalidad–, que asume un papel concausal en más del 25% de ciertos enfermos somáticos crónicos.

La alta tasa epidemiológica de comorbilidad entre la patología orgánica y el trastorno psíquico exige la prestación de una revisión psiquiátrica sistemática a todo enfermo somático encronizado sospechoso de tener una alteración psíquica, con objeto de comprenderlo y asistirlo, después de haber resuelto el problema diagnóstico diferencial entre la AL, el bloqueo emocional y el síndrome depresivo, tres cuadros copiosamente traslapados entre sí.

Dejando aparte la depresión, sobresalen las enfermedades adictivas a un objeto social o a una sustancia psicoactiva como el sector de la patología psiquiátrica vinculado a la AL con la correlación positiva más elevada. Según Jouanne, Edel y Corton (2005),[15] la AL está presente en el 30 al 60% de los enfermos adictivos químicos o sociales.

La acumulación de AL entre los enfermos adictivos pudiera atribuirse, según estos autores, a que «la dependencia por un objeto humano se sustituye por la dependencia por un objeto exterior, gracias a la disponibilidad inmediata de este objeto como fuente de placer autárquico». También podría especularse con la idea de que el sujeto alexitímico recurre al objeto adictivo, lanzado por la búsqueda de sensaciones para compensar su falta de capacidad para experimentar emociones.

La afirmación de Corcos, Girardon, Nezelof et al. (2000),[16] de que «la alexitimia parece ser una dimensión común a todas las conductas adictivas», hay que computarla a través del análisis de la matriz adictiva.

La matriz adictiva se representa en mi libro *Las nuevas adicciones* (2003)[17] como una ligazón de subordinación anaclítica (del griego, *anaclisis*, apoyarse en) del enfermo adictivo al objeto. Tal ligazón implica la subordinación absoluta del sujeto al producto adictivo, una subordinación análoga a la mantenida por el niño con relación a la madre, que sólo puede establecerse en una persona un tanto infantil: «Resulta difícilmente concebible que una persona joven o adulta haya sido absorbida en tal grado por el objeto adictivo, sin el concurso de la debilitación personal suscitada por la intervención de un elemento infantil regresivo».

Esta debilitación regresiva de la conciencia emocional resulta extraordinariamente facilitada por el concurso de la AL, la depresión o un trastorno de la personalidad.

En cuanto a la posible intervención de la AL como un factor adictógeno en las adicciones psicosociales patológicas, se concentra, según los conocimientos actuales, en los tipos adictivos siguientes: el obeso asociado con hiperfagia adictiva, el subtipo de adicto al sexo promiscuo o anónimo, el adicto al cibersexo, el ludópata adictivo y el adicto al trabajo.

En el campo del alcoholismo, Loas et al. (1997)[18] encuentran más alcohólicos con AL que sin AL, llegando la prevalencia de la AL al 67%. Aunque no se puede discutir la intervención concausal de la AL sobre un cierto porcentaje de enfermos adictivos químicos, en cuya órbita se inscriben los alcohólicos, sí es de apuntar la acumulación progresiva de la sintomatología seudoalexitímica entre ellos como consecuencia de la desorganización cerebral inducida por la intoxicación química. El cuadro psíquico del alcoholismo crónico, el mejor estudiado en este aspecto, se compone de dos alteraciones degradantes básicas: el deterioro intelectual y el descenso del nivel de personalidad en un sentido de primitivización, alteraciones que se configuran al modo de una réplica de la AL. Los datos de personalidad manejados en estos estudios coinciden en líneas generales con mi descripción de la personalidad prealcohólica, cuyo primer trabajo publiqué en la añorada Revista Clínica Española.

Le asiste toda la razón a Corcos et al. (2007)[16] para considerar a la AL como la imagen negativa del cuadro neurótico. La AL y la neurosis no sólo tienen una naturaleza independiente, sino que están sujetas a una cierta incompatibilidad clínica. De modo que resulta muy raro ver a un sujeto alexitímico afectado por los fenómenos psiconeuróticos básicos, como las fobias, las representaciones obsesivas o los síntomas histéricos de conversión. En el otro costado, no puede haber persona más distante del perfil alexitímico que la personalidad neurótica, definida por la inseguridad de sí mismo, la sobrecarga de ansiedad o la hipersensibilidad emocional. En la moderna transformación, acaecida en el siglo pasado, de la gran histeria clásica en neurosis visceral, la AL debió de haber desempeñado un importante papel propulsor porque hay indicios suficientes para mantener que la incidencia de la AL se ha incrementado en los últimos tiempos.

Aunque la AL no se acompaña siempre de somatizaciones, hay un amplio sector de alexitímicos somatizadores o polarizados en una actitud hipocondriaca. Por tanto, hay que contar con una nutrida presencia de la AL entre los hipocondriacos genuinos.

V. LA ETIOLOGÍA DE LA ALEXITIMIA

Sobre la base de que hay sujetos con AL ya en el curso del desarrollo infantojuvenil y otros que adquieren la AL en la edad adulta o involutiva, Freyberger (1977)[19] distinguió dos modalidades esenciales de AL: la *AL primaria* y la *AL secundaria*. Se les ha adjudicado después las designaciones respectivas de AL estructural y AL funcional, pero sin un fundamento fáctico, al basarse erróneamente en que la primaria era biológica y la secundaria psicológica, cuando en ambas hay cuadros de las dos estirpes y además toda verdadera AL constituye un perfil personal específico asentado sobre un sustrato neurofisiológico que reúne ciertas características.

La clave neurobiológica de la AL reside en una conexión funcional insuficiente entre ambos hemisferios cerebrales. El funcionamiento global del cerebro, asentado en la coordinación interhemisférica, se desarrolla habitualmente a través del cuerpo calloso. Por eso se ha llamado a los alexitímicos «comisurectomizados funcionales u orgánicos», o «individuos de dos cerebros». Una quiebra funcional u orgánica de esta comisura medial cerebral originaría la AL al imposibilitar que las emociones registradas en el hemisferio derecho en las personas diestras puedan tomar una expresión verbal, función localizada en el hemisferio izquierdo. Al menos esto es lo que se pensaba hasta no hace mucho tiempo y que aquí vamos a rebatir.

Las causas infantojuveniles de la alteración funcional u orgánica del cuerpo calloso se distribuyen entre la herencia, el proceso cerebral orgánico y la carencia afectiva.

Los estudios de gemelos homocigóticos han mostrado una concordancia para la AL más alta que la existente entre los hermanos comunes. Pero ello no puede tomarse como una prueba de la intervención del factor genético puesto que se trataba de gemelos criados juntos (isoperistáticos) que no sólo participaban del mismo ambiente sino que estaban sujetos a la identificación recíproca continuada. De todos modos no puede descartarse la intervención genética en la determinación de la AL mediante la agenesia congénita del cuerpo calloso o la organización cerebral con una hipotrofia callosa prenatal o al menos mediante una predisposición congénita a la AL. Por otra parte, el predominio masculino de la AL se ha atribuido a la presencia del cromosoma Y o a la disponibilidad de un solo cromosoma X.

La lesión cerebral determinante de AL primaria puede acontecer durante el desarrollo intrauterino en la figura de una displasia cerebral genética o adquirida, o en la primera edad infantil, en forma de un traumatismo craneoencefálico, una encefalitis, un tumor cerebral o un proceso neurodegenerativo.

La carencia afectiva o la falta de cuidado maternal durante los dos o tres primeros años de vida es un factor que puede inhibir o perturbar el desarrollo cerebral perpetuando la escisión parcial o total entre ambos hemisferios. Debemos tener presente para no dejarnos sorprender por este dato que en el momento del nacimiento sólo existe el 10% de las conexiones neuronales y que el 90% restante se constituye y desarrolla progresivamente en función de las estimulaciones exteriores, sobre todo en función de la interacción entre la madre y el niño en la primera fase de la vida.

Aparte del mecanismo clave integrado por la desconexión interhemisférica responsable de un estado de hemisfericidad (independencia de los dos hemisferios), se ha barajado la intervención de otros dos mecanismos neurofisiológicos en el origen de la AL: la desconexión entre el sistema límbico y el neocórtex, o sea la interferencia de la transmisión de inervación entre el cerebro emocional y el cerebro de la palabra, y la lateralización cerebral en forma de un predominio derecho o izquierdo. La alteración funcional u orgánica de la conexión cortico-subcortical mencionada puede actuar en algunos casos como el sustrato neurofisiológico de la AL. En el modelo cerebral de organización vertical esta conexión representa el eje coordinador del funcionamiento neurofisiológico, mediante la circulación de impulsos desde el sistema límbico a la corteza cerebral, por lo que el bloqueo de esta transmisión hace difícil o imposible el reconocimiento de las emociones propias.

La hipótesis de la lateralización cerebral en forma de un predominio del hemisferio derecho o del izquierdo, ha suscitado una polémica notable sobre las diferencias funcionales entre ambos hemisferios. A este respecto, resulta apasionante indagar cómo se establece en el alexitímico la relación entre ambos hemisferios cerebrales.

En principio, Flannery (1981)[20] y Taylor (1984),[21] partiendo de la integración de los datos neurobiológicos y psicodinámicos disponibles, pensaban que en la AL, dada su pobreza de fantasías y su penuria emocional, existía una lateralización cerebral hacia la izquierda. Entraba dentro de la lógica que, una vez incomunicadas ambas mitades del cerebro, se revalidase la imposición del hemisferio izquierdo dada su categoría de hemisferio dominante.

A despecho de todo ello, los trabajos basados en los «movimientos oculares laterales conjugados», o sea los desplazamientos oculares que el individuo realiza cuando está pensando responder a alguna pregunta, considerados como indicadores de mayor activación de uno de los hemisferios, denotan por el contrario, según Cole y Bakan (1985),[22] que los alexitímicos son «marcadores izquierdos», lo que corresponde a un predominio cerebral derecho, o sea una hemisfericidad derecha.

La acumulación de AL entre los zurdos, atribuida a que en ellos hay partes del cuerpo calloso de extrema del-

gadez, podría hacer suponer, como señalan Rodenhauser et al. (1986),[23] que al menos en los alexitímicos zurdos se impone el dominio del hemisferio derecho.

La idea de que el hemisferio cerebral derecho está más afectado que el izquierdo en todos los tipos de procesos afectivos, ha entrado en bancarrota en el estado depresivo. Los hallazgos volumétricos y estructurales registrados en la depresión y en la hipomanía-manía han permitido a Clark y Sahakan (2006)[24] emitir la hipótesis de que en tanto la actividad del hemisferio izquierdo está reducida en la depresión, experimenta una exaltación en el estado maníaco. Los datos anómalos neurofisiológicos y neuroanatómicos detectados por Frodl et al. (2008)[25] en los estados depresivos mediante la resonancia magnética y otras técnicas de neuroimagen, se localizan exclusivamente en el hemisferio cerebral izquierdo con la distribución siguiente: el descenso funcional sináptico y metabólico asociado a la reducción morfológica del volumen de la corteza gris (pérdida de neuronas y de glía y descenso del número y longitud de las ramas dendríticas) en la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, la circunvolución cingulada anterior, el polo temporal, el hipocampo y la amígdala (aumento de volumen). Tamaña acumulación de alteraciones en el hemisferio izquierdo de los enfermos depresivos, corroborada por diversos autores, recogidos en mi monografía *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo* (2009),[26] obliga a poner en cuarentena el estereotipo clásico de definir el cerebro derecho como el sustrato emocional y el izquierdo como el sustrato logicorracional.

Benadhira, Braha y Januel (2010)[27] ofrecen una síntesis funcional concluyente: las técnicas de imagen cerebral (SPECT, PET, IRM) han puesto en evidencia en los enfermos depresivos una disminución del caudal sanguíneo cerebral y del consumo de oxígeno y glucosa en las zonas prefrontales y la región cingulada anterior del hemisferio izquierdo, lo que contrasta con el hipermetabolismo registrado en las mismas zonas del hemisferio derecho.

El examen de la repartición de funciones entre ambos hemisferios, a la luz de las últimas observaciones clínicas y morfológicas, permite mantener que el hemisferio izquierdo está más especializado en los sentimientos positivos y el derecho más implicado en los sentimientos negativos. Algo así, como si el hemisferio izquierdo fuera el órgano de la euforia y el placer, y el hemisferio derecho la sede de la tristeza y el displacer.

La técnica de la estimulación magnética transcraneal repetida se atiene a tratar a los enfermos depresivos con la aplicación de impulsos magnéticos de alta frecuencia y acción estimulante sobre las estructuras frontolímbicas del hemisferio izquierdo, y el impacto de estímulos inhibidores, de escasa frecuencia, sobre el lóbulo prefrontal derecho, con la pretensión de reducir su actividad, y restablecer así el equilibrio perdido entre ambos hemisferios.

Para apoyar esta nueva idea sobre la repartición de funciones entre ambos hemisferios, se agolpan los datos clínicos y morfológicos que denotan en los alexitímicos y en los depresivos la presencia de un hemisferio izquierdo hipoactivo o hipoexcitable asociado con un hemisferio derecho sobreactivo o dominante.

Por tanto, puede hoy admitirse que una vez interrumpida la conexión interhemisférica se invierte el grado de actividad proporcional entre los hemisferios convirtiéndose en dominante el hemisferio derecho.

El concepto de la *AL secundaria,* aquella de aparición tardía, se ha manejado en ocasiones con escaso rigor, sin tener en cuenta que la AL no tiene una naturaleza estructural reactiva o neurótica. Así tenemos a Krystal (1979)[28] que incluye entre «los enfermos alexitímicos» a los sujetos empobrecidos emocionalmente por haber sufrido un trauma psíquico durante la infancia o en la edad adulta. Consiguientemente, la AL secundaria se ha vuelto «un cajón de sastre». Parte de mí mismo la propuesta de depurar el concepto de AL secundaria apartando de sus dominios los cuadros transitorios distribuidos entre el bloqueo emocional, la represión psíquica y la sintomatología depresiva y crear para ellos el nuevo distrito semiológico de la *AL espuria.* Hay un brusco contraste entre la gran resistencia terapéutica ofrecida por la AL auténtica, y la sujeción de los cuadros seudoalexitímicos a remitir fielmente al compás de modificarse las circunstancias ambientales o mejorar el estado depresivo. El bloqueado, el reprimido y el depresivo participan del denominador común de la transitoriedad, que se contrapone a la perdurabilidad o la permanencia propia del estado alexitímico.

El bloqueo emocional representa una reacción vivencial defensiva contra el sufrimiento proporcionado por una situación de amenaza vital o por una enfermedad orgánica grave, con vistas a protegerse contra el sufrimiento o los afectos dolorosos. El perfil transversal del bloqueado se diferencia del alexitímico en que no sólo no está presente el estilo cognitivo operativo ni la hipertrofia de la vivencia corporal, sino que su bloqueo se extiende también al pensamiento y a la corporalidad. El bloqueo afectivo suele extinguirse espontáneamente al cesar la situación amenazadora o mejorar en un grado suficiente la grave enfermedad.

La enfermedad depresiva cursa muchas veces con rasgos alexitímicos, dimanados de la falta de sintonización con el ambiente. La asintonización o discomunicación es una de las dimensiones semiológicas y estructurales distinguidas en el modelo tetradimensional del síndrome depresivo. La distinción de la depresión con la AL se obtiene con toda facilidad a través del análisis de los síntomas distribuidos en las cuatro dimensiones señaladas, apoyándose en la aplicación del cuestionario CET-DE (Alonso-Fernández).[29] Volveremos sobre la relación entre la AL y la depresión.

Un grupo familiar muy cohesionado o coherente puede adquirir características alexitímicas cuando afronta cir-

cunstancias materiales extremadamente difíciles, llevado por el común esfuerzo de ajustarse a la situación. El embargo de una comunidad familiar por elementos alexitímicos se debe casi siempre a la hiperadaptación a un ambiente sumamente desfavorable o al sometimiento al mismo, y no a un factor hereditario como pudiera presuponerse.

Entre la AL genuina y la AL espuria se interpone la AL situativa, producto de una situación distresante, como puede ser el caso del médico sometido a emergencias negativas reiteradas.

La AL secundaria, una vez expurgados los cuadros alexitímicos espurios y los situativos, se distribuye en dos agrupaciones etiológicas: la AL orgánica y la AL psicopostraumática.

En la serie de la AL tardía orgánica los factores intervinientes actúan alterando la integridad del cuerpo calloso. Sus causas más frecuentes son las tres siguientes: un proceso expansivo intracraneal situado en la proximidad de la línea media; una esclerosis en placas con degeneración de las fibras nerviosas al nivel del cuerpo calloso, y la intervención quirúrgica que suprime o secciona parcial o totalmente el puente calloso, operación indicada sobre todo en el tratamiento de la epilepsia rebelde o intratable. La comisurectomía o callosotomía quirúrgica determina la separación de ambos hemisferios y consiguientemente conduce al establecimiento de un perfil alexitímico bastante completo.

La AL secundaria postraumática constituye una de las secuelas clínicas más graves integradas en el síndrome de estrés postraumático. Habitualmente, en los estados postraumáticos la personalidad se vuelve constrictiva, con un notable estrechamiento en sus intereses. La instauración postraumática del perfil alexitímico sólo acontece en los casos de estrés traumático que alcanzan una envergadura excepcional. Así se entiende por qué el mayor contigente de las AL secundarias postraumáticas se ha descrito en los supervivientes de los campos de concentración nazis y en los veteranos de la guerra del Vietnam.

VI. DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN TERAPEÚTICA DE LA ALEXITIMIA

Contando con que el médico examinador no sea alexitímico, y como hemos visto no suele serlo porque si tal aconteciera todos los enfermos le parecerían secos y aburridos, la impresión de encontrarse ante un paciente que habla lentamente, con una tremenda monotonía y se pierde en detalles transmitiendo pesadez, es un dato muy válido para sospechar en principio que nos encontramos ante un paciente alexitímico.

En todo enfermo sospechoso de AL, el médico dispone para verificar su sospecha de la captación de cuatro constructos objetivables, que son como los pilares clínicos de la AL: la falta de verbalización de las emociones; la incapacidad para ofrecer reacciones emocionales, salvo la hostilidad o el enfado; el tipo de pensamiento lento, exterior y prolijo, y la ausencia de imaginación asociada con la escasez de ensoñaciones diurnas o de sueños nocturnos.

El examen de los cuatro constructos señalados experimenta una tremenda precisión mediante el planteamiento de cuestiones o pensamientos *ad hoc*. A continuación exponemos una relación de ítems de alta significación específica para el constructo correspondiente:

- Verbalización emocional: 1. Dificultad para encontrar las palabras exactas para describir o enumerar el sentimiento o la emoción. 2. No saber hablar de sentimientos.
- Reactividad emocional: 1. No saber por qué se siente enfado o se está enojado. 2. ¿Cómo se sentiría si alguien le llamase ladrón? 3. ¿Cómo se sentiría si alguien le amenazase con un cuchillo? 4. ¿Cómo se sentiría si viese venir sobre él un camión a 150 km. por hora? (A estas preguntas el alexitímico suele dar una contestación motora: «lo niego», «me defiendo», «me aparto»).
- Pensamiento exterior concreto o instrumental: 1. Se pierde en detalles cuando trata de decir algo. 2. Pensamiento basado en la convicción de tener una transparencia global basada en «o blanco o negro».
- Fantasía escasa o nula: 1. No entender ni gustarle la poesía. 2. Escasez de ensoñaciones o sueños.
- Somatización: Convicción de tener sensaciones corporales molestas que ni los médicos las comprenden.

La precariedad de la conciencia emocional puede alcanzar en el alexitímico distintos niveles, para cuya determinación el índice más fiable se encuentra en la dificultad para encontrar las palabras adecuadas al tratar de describir o enumerar el sentimiento o la emoción experimentada por él o por otra persona. Se dispone hoy de una serie de escalas o cuestionarios para la evaluación psicométrica de la AL.

Entre éstos sobresalen la «Escala Modificada de Toronto para la Alexitimia» (veinte ítems), entre otras razones porque existe una versión en lengua española, validada y estandarizada en México por Pérez-Rincón, Cortés, Ortiz et al. (1997).[30] Está distribuida esta escala en tres subescalas que evalúan, respectivamente, la dificultad para identificar los sentimientos o describir las emociones y la tendencia a elaborar el pensamiento con una orientación externa.

Es este un momento muy oportuno para insistir por mi parte en el rechazo del manejo autoadministrado o autoevaluado de cualquier test. Toda prueba psicométrica de AL manejada o evaluada sin la presencia o el control directo de un experto ofrece unos resultados carentes de fiabilidad. Incluso, el manejo de estas pruebas en la investigación epidemiológica exige la intervención directa del experto durante su realización y al final en la evaluación de los resultados.

Por otra parte, las pruebas psicométricas disponibles para la AL no han conseguido librarse hasta el momento de críticas sobre sus propiedades clinimétricas. En cambio, la aplicación de algún instrumento de este tipo o de un test

proyectivo tipo TAT o el Rorschach, como complemento de la entrevista clínica, es una fuente de información muy útil para determinar el grado y el subtipo clínico de la AL, a tenor del nivel de la conciencia emocional y la extensión de la sintomatología en las esferas emocional, cognitiva, comunicacional y somática.

El inicio del tratamiento del alexitímico requiere la existencia de una motivación o una solicitud. La demanda de tratamiento puede partir del médico, de algún familiar muy machacado por el alexitímico o de él mismo para poner remedio a sus somatizaciones o a la patología asociada de tipo físico o mental. Pero si no existe la petición propia o ajena referida, la terapia del alexitímico no podrá concretarse en nada, ante un sujeto que no se queja ni reclama nada.

Los precursores del concepto de AL ya habían observado el carácter refractario del trastorno psicosomático ante todo tipo de psicoterapia verbal. Taylor (1984)[21] subrayaba que el enfermo alexitímico no es un buen candidato para la psicoterapia dinámica. La psicoterapia selectiva para el alexitímico queda limitada a estas dos modalidades de psicoterapia breve: la psicoterapia interpersonal o al análisis introspectivo.

Con la psicoterapia interpersonal se persigue la reducción de los conflictos personales presentes en una proporción abrumadora en la vida del alexitímico y con el análisis introspectivo se pretende mejorar la restricción de la conciencia emocional (nombrar y expresar las emociones) y enriquecer el pensamiento y la vida imaginaria con la aportación de reflexiones. En los alexitímicos más sensibles a la psicoterapia, reclutados con preferencia entre los alexitímicos funcionales jóvenes y no en los secundarios estructurales, puede obtenerse hasta resultados espectaculares con una psicoterapia breve comprensiva estimuladora de la capacidad de comunicación. A medida que avanza la edad la AL se va recubriendo de impermeabilidad al influjo de los factores psicoterapéuticos. La terapia de expresión corporal o las técnicas de relajación, como formas de psicoterapia no verbal, pueden resultar de una utilidad coadyuvante en algunas ocasiones.

En el plano de la socioterapia, el alexitímico puede beneficiarse con el concurso de los contactos personales y la asistencia asidua a un club recreativo para participar en sus actividades. La sujeción a un plan de vida regular, distribuido de forma equilibrada, entre el sueño, el trabajo, la relación con los familiares o los amigos y el ejercicio físico, puede reportarle grandes beneficios, sobre todo si este plan de vida lo comparte con su pareja. No debe olvidarse que la alta susceptibilidad del alexitímico para la patología física proviene en una amplia medida de llevar una vida de mala calidad.

La indicación de psicofármacos en los alexitímicos se ajusta al logro de estos cuatro objetivos: primero, activar los sentimientos positivos; segundo, reducir la hostilidad y los sentimientos negativos, sendos objetivos cubiertos por la administración de un producto inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, como la venlafaxina o la duloxetina; tercer objetivo, inhibir la impulsividad o facilitar el autocontrol, y el cuarto, amortiguar las somatizaciones, dos metas accesibles al empleo de ciertas moléculas psicorreguladoras, en especial la lamotrigina, el topiramato, la gabapentina o la pregabalina. El tratamiento psicofarmacológico del alexitímico queda representado, por tanto, en su primera línea, por la asociación de un psicorregulador, que es al tiempo un antisomatizador, y un propulsor de los sistemas serotonérgico y noradrenérgico, el par de neurotransmisores que son el carburante del sistema límbico.

La mejoría del alexitímico es accesible, pero exige un gran empeño terapéutico desplegado en los tres frentes comentados: la aplicación de los medicamentos adecuados, la entrega a la modalidad de psicoterapia breve efectiva señalada y una estrategia de vida debidamente planificada.

Tres apretadas conclusiones:

- 1ª. La recomendación de retener en la memoria las pistas que hemos dado para reconocer al alexitímico a través del trato familiar, social o laboral, o la entrevista clínica.
- 2ª. El giro copernicano registrado en la repartición de funciones entre el cerebro derecho y el izquierdo.
- 3ª. La exigencia de efectuar un examen psiquiátrico en la mayor parte de los enfermos somáticos cronificados. En más del 60% de los enfermos somáticos crónicos existe una sobrecarga psicopatológica, distribuida en estas tres rúbricas:
- El síndrome depresivo, que puede ser causa o consecuencia del trastorno somático o, en menos casos, constituir una dolencia asociada.
- El bloqueo emocional, un modo de reaccionar ante un grave proceso somático, que proporciona cierta protección contra el sufrimiento implicado en la enfermedad orgánica.
- El perfil de personalidad alexitímico, que asume un papel concausal, tal vez en más del 25% de los enfermos somáticos crónicos.

En atención a esta elevada tasa de comorbilidad entre la patología mental y la patología orgánica crónica, se establece el alto interés actual de realizar una revisión psiquiátrica sistemática en todo enfermo somático cronificado.

La AL tiene una conexión compleja con la depresión, distribuida en tres direcciones:

- La AL como campo propicio para la depresión larvada somatomorfa.
- La sintomatología depresiva discomunicante como el arquetipo de la AL espuria.
- La potenciación sinérgica de la AL o de la depresión como vía para crear una elevada morbilidad de patología orgánica o de enfermedades adictivas.

REFERENCIAS

1. Sifneos PE. Short-term psychotherapy and emocional crisis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1972.
2. Ruesch J. The infantile personality. Psychosom Med 1948;10:134-144.
3. MacLean P. The triune brain in evolution. New York: Plenum Press; 1990.
4. Marty P, M'Uzan M. La pensée opératoire. Revue Française de Psychanalyse 1963;27(suppl.):1345-1356.
5. Hauwelk-Fantini C, Pedinielli JL. De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression. Ann Méd Psychol 2008;166:277-284.
6. Moral J. La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. Revista Institucional Ciencias Sociales Humanidades 2005;15:147-166.
7. Alonso-Fernández F. ¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
8. Ubeda F: Ubeda, F. Libro de entretenimiento de la pícara Justina. Bruselas: Fuente de Oro; 1608.
9. Hoermi B, Bénézech M. La relation humaine en médecine. París: Editions Glyphe; 2010.
10. Lumley MA, Lumley Asselin LA, Norman S. Alexithymia in chronic pain patients. Comprehensive Psychiatry 1997;38:160-165.
11. Maisondieu J, Tarrieu C, Razafimamonjy J, Arnault M. Alexythymie, depression et incarceration prolongée. Ann Med Psychol 2008;166:664-668.
12. Pedinielli JL. Psychosomatique et alexithymie. París: PUF; 1992.
13. Shipko S. Alexithymia and somatization. Psychoter Psychosom 1982; 37:193-201.
14. Consoli SM. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives? Ann Med Psychol 2010;168:198-204.
15. Jouanne C, Edel Y, Carton S. Déficits emotionnels chez des patients polytoxicomanes. Ann Méd Psychol 2005;163:625-630.
16. Corcos M, Guilbaud O, Loas G. Métapsychologie de l'alexithymie dans les addictions. Neuro-Psy 2007;6:74-79.
17. Alonso-Fernández F. Las nuevas adicciones. Madrid : Tea Ediciones; 2003.
18. Loas G, Fremaux D, Otmani O et al. Is alexithymia a negative factor for maintening abstinence? A follow study. Compr Psychiatry 1977;38:296-299.
19. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymic. Psychother Psychosom 1977;28: 337-342.
20. Flannery J, Taylor G. Toward integrating psychoe and soma: psychoanalysis and neurobiology. Can J Psychiatry 1981;26:15-23.
21. Taylor GJ. Alexthymia: Concept, measurement and implications for treatment. Am J Psychiatry 1984;141:725-732.
22. Cole G, Bakan P. Alexithymia, hemisphericity, and conjugate lateral eye movements. Psychother Psychosom 1985;44:139-143.
23. Rodenhauser P, Khamis HJ, Faryne A. Alexithymia and handedness. Psychoter Psychosom 1986;45:169-173.
24. Clark KL, Sahakan BI. Neuropsychological and biological approaches to understanding bipolar disorder. En: Jones SH, Bertal RP (eds.). The psychology of bipolar disorder. Oxford: University Press; 2006; pp. 139-178.
25. Frodl T, et al. Depression-related variation in brain morphology over 3 years. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(10):1156-1165.
26. Alonso-Fernández F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Instituto de España, Madrid, 2009. (Versión portuguesa: As quatro dimensões do doente depressivo. Lisboa: Editorial Gradiva; 2010).
27. Benadhira R, Braha S, Januel D. rTSM dans le traitement des troubles de l'humeur. Ann Med Psychol 2010;168:387-393.
28. Krystal H. Alexithymia and Psychotherapy. Am J Psychother 1979;33:17-31.
29. Alonso-Fernández F. El cuestionario estructural tetradimensional para el diagnóstico y la clasificación de la depresión. Cuarta edición. Madrid: Publicaciones Tea; 1998.
30. Pérez-Rincón H, Cortés J, Ortiz S et al. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. Salud Mental 1997;20:30-33.

Artículo sin conflicto de intereses