

Alexitimia: características e implicaciones terapéuticas. Informe de un caso clínico.

Dr. Sergio Toscano Islas*

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

RESUMEN. La alexitimia fue descrita por Sifneus en 1972 y se refiere a la dificultad que presentan los individuos en expresar y sentir sus emociones, así como una carencia de fantasías en su vida mental. Inicialmente fue descrita en pacientes psicósomáticos (somatoformes) y ahora con la explosión de interés al respecto (50 publicaciones en los dos últimos años) se le encuentra prácticamente en todas las enfermedades y hasta en los sujetos «normales». Su importancia deriva en que es la causa de muchos tratamientos psiquiátricos fallidos, y que el individuo sufre y no puede decir de qué se queja, y por lo tanto, lo hace de una manera somática. Socialmente se han descrito como robots, sin emociones lo cual los convierte en problema social porque actúan «delictivamente a sangre fría». Su etiología está en la lateralización del hemisferio izquierdo y en que las conexiones entre el sistema límbico y la corteza cerebral están hipodesarrolladas; tienen su origen en la infancia, en familias disfuncionales y en una mala relación madre-niño que evita la respuesta neural afectiva.

Este vacío emocional los invalida de por vida. Se proponen las posibilidades de tratamiento mediante psicoterapia y psicotrópicos, en especial los antidepresivos. Finalmente se ilustra con un caso clínico.

Palabras clave: alexitimia.

El propósito de este trabajo es llamar la atención hacia un tema de actualidad, del cual se está hablando mucho en el mundo médico psiquiátrico. Su importancia se destaca en dos puntos, en primer lugar porque abarca todas las edades

SUMMARY. Alexithimia was described by Sifneus in 1972, and it refers to the difficulty presented by individuals in expressing their feelings and emotions and also a lack of fantasies in their mental life. At first was notice in psychosomatic patients (somatoformom) and now with the explotion of interest (50 articles in the last two years) it is found even in the so called «normals». Its importance comes because it brings to failure many psychiatric treatments, due to the cause that the patient suffers and can not explain of what, then somatices. Socially they are described robots like and this could be a problem because if the act delincuently they do it at «cool blood». Its etiology is because of lateralitation of the left brain and poor conexions between the limbic system and the cortex; this is originated in infancy within a disfunctional family, where there is a poor relationship between the mother and child which avoids the normal neuroaffective response. The emotional vacuum invalidates them for life. It is being proposed the possibilities for their treatment though psychotherapy and medication, specially the antidepressants.

Finally it is illustrated with a clinical case.

Key words: alexithimia.

y en segundo, porque hay una explosión de la literatura al respecto en los dos últimos años.

Recientemente una famosa actriz mexicana declaró que cuando tenía cinco años, como consecuencia de la muerte de su padre (de quien era «una hija consentida») dejó de hablar y llorar durante un año después del cual se recuperó; se ignoran las circunstancias, pero investigando entre colegas descubrimos que éste no es el único caso.¹ Por otra parte en la búsqueda de la literatura reciente² encontramos que de 1995 a la fecha existen 50 artículos que abarcan cientos de pacientes y que la relacionan con las enfermedades psicósomáticas, desde la obesidad, asma, etc. hasta los jugadores compulsivos y más aún, con ciertos sujetos considerados normales.

Se han hecho diferentes baterías de pruebas psicológicas para su diagnóstico en Canadá, Francia y Estados Unidos, además de la literatura previa desde su reconocimiento.

Entonces estamos ante un fenómeno poco común en el cual también nosotros tenemos información que agregar.

*Psiquiatra de niños, adolescentes y adultos. Psicoanalista. Catedrático, Investigador y Autor.

Correspondencia:

Dr. Sergio Toscano Islas

Exjefe del Servicio de Neuropsiquiatría

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)

José Mirlo No. 2 Circ. Poetas, Cd. Satélite

CP 53100, Edo. de Mex.

Tel: 572-25-30

De tal suerte que el propósito del presente trabajo es el definir el concepto de alexitimia, su frecuencia, su diagnóstico y su tratamiento, en virtud de que se constituye como un problema clínico serio, tanto para su reconocimiento como para su tratamiento, especialmente desde el punto de vista psiquiátrico.

Según Greame³ alexitimia se refiere a un disturbio en el funcionamiento psíquico caracterizado por dificultades en la capacidad de verbalización afectiva y en la elaboración de fantasías, no obstante que inicialmente fue descrita en el contexto de los procedimientos psicossomáticos, las características alexitímicas se pueden observar en un amplio rango de enfermedades médicas y psiquiátricas, y hasta en algunos individuos llamados «normales».

El término alexitimia, fue elaborado por Sifneus⁴ en 1972, utilizando del Griego *a* privativa, *lexis* palabra, *timos* emoción. Refiriéndose a un problema en la manera que los individuos experimentan y expresan sus emociones, el cual se encuentra en muchísimos pacientes no somáticos, pero por otra parte se le considera posiblemente el factor más importante para el fracaso de una psicoterapia o del psicoanálisis.

Más aún, la alexitimia ha estimulado a tratar de entender cómo las experiencias psicológicas tempranas y las sensaciones corporales se representan mentalmente como emociones y pensamiento, los cuales eventualmente resultan en un lenguaje emotivo.

El concepto de la alexitimia resulta de las observaciones clínicas, en 1948 Ruesch⁵ encuentra la dificultad entre la expresión verbal y la simbólica de pacientes psicossomáticos, lo cual denominó propio de personalidades psicossomáticas. MacLean calificó esto también de lenguaje orgánico.

Nemiah y Sifneus en 1970 exploraron 20 pacientes psicossomáticos y encontraron que 16 mostraron una gran dificultad en expresar y describir sus emociones, así como una falta de fantasía. La alexitimia fue definida más precisamente en el Décimo Primer Congreso Europeo sobre la investigación psicossomática efectuado en Heidelberg en 1976.⁴

Caso clínico

Conocí a Ismael cuando tenía once años y entraba en la adolescencia, sus padres lo trajeron a tratamiento por bajo rendimiento escolar; temían que no terminara la instrucción primaria y por su actitud indiferente ante la vida, nada le importaba, ni la escuela, los amigos (no tenía), ni los esfuerzos, regaños y castigos que sus padres utilizaban para que reaccionara, estaba inscrito en la escuela de más alto costo, recibía atención de maestras especiales, tenía viajes al extranjero, motocicletas lujosas, vestía a la última moda europea, además de que se le cumplían toda clase de caprichos. La escuela muy atinadamente llamó la atención a los padres, quienes intentaron fallidamente arreglarlo con dinero y además les fue recomendado un tratamiento psiquiátrico para el niño y orientación para ello.

El chico tenía buena experiencia, vestía impecable, era bien comportado, orientado en tiempo y espacio y persona,

«tieso» en su apariencia, sin expresión emocional y carente de fantasías y sueños, juicio limitado e introspección nula. Asistió a psicoterapia tres veces por semana.

En su historia clínica psiquiátrica resaltó el hecho de que cuando nació, su madre lo sintió extraño y ajeno a la familia, pensaba que se lo habían cambiado en el Hospital y todo su maternaje, fue hecho en forma mecánica y principalmente por personal de servidumbre, quienes lo cambiaban con frecuencia y lo atendían con suficiencia. La madre notó que sus sentimientos hacia el paciente eran extraños, cuando tres años después del nacimiento de éste tuvo otro hijo con quien se sintió diferente y ella lo cuidó con esmero y cariño; pero esto no le ayudó para modificar su actitud emocional con el paciente, quien en estas circunstancias estuvo privado del cariño materno por once años, la madre desarrolló poco a poco un sentimiento de culpa importante.

Inicialmente el tratamiento fue difícil porque el chico no quería venir, lo cual fue utilizado para enseñarle que tenía emociones, en este caso negativas. Posteriormente en un hotel, junto con dos amigos coetáneos causó destrozos en 2 habitaciones de lujo por lo que sus padres pagaron elevadas sumas de dinero. En su psicoterapia no demostró ni justificación por lo hecho ni emoción alguna durante la destrucción, ni tampoco cuando lo interrogué al respecto, por supuesto que todo el incidente fue utilizado para enseñarle las raíces emocionales de su comportamiento.

A medida que el tiempo transcurría, el chico mejoraba en la escuela y como premio le fue comprado prematuramente un automóvil de lujo, todo ello sin conocimiento del médico. En poco tiempo y acompañado de otros tres compañeros se accidentó, de los cuales sólo dos sufrieron lesiones sumamente graves mientras que el paciente y otro pasajero resultaron ilesos. Al interrogársele al respecto no reportó emociones de ninguna especie en relación al incidente, no se asustó, no le dio miedo ni pesar por sus compañeros heridos y para él significaba lo mismo tener automóvil o no tenerlo. Por supuesto que a raíz del accidente les fue recomendada prudencia a los padres y que se le impidiera manejar al chico hasta que tuviera mayor edad y fuera diestro para tal efecto. Naturalmente el hecho fue utilizado para ayudar al chico a reconocer sus emociones y ligarlas con el incidente.

El siguiente evento substancial se presentó cuando intempestivamente el ahora joven anunció a sus padres que se quería matar, acto impresionante y sorprendente ante la aparente normalidad de las cosas. Al interrogarlo encontré de nuevo bajo rendimiento escolar y temía que sus padres le quitaran el carro que usaba sin que yo supiera. Se le recetó imipramina 75 mg por día, la cual fue de gran ayuda, junto con la guía a los padres y naturalmente el incidente se usó para demostrar al paciente que sufría de una depresión severa y también para ligar sus emociones con el incidente.

En lo que podríamos considerar la etapa final del tratamiento, el paciente mejoró, generó amistades, lo cambiaron a otra institución escolar en la que su rendimiento también mejoró, al mismo tiempo que incrementó su movilidad

emocional y sus fantasías; su conducta era adecuada y en general, el panorama familiar, especialmente la madre se relacionaba mejor con él y lo sentía «más suyo».

Finalmente es importante señalar que el tratamiento terminó abruptamente. La madre del paciente se comportó intolerante ante mi retraso en el horario para su atención médica psiquiátrica. Su decisión fue abandonar el tratamiento.

Esta actitud se considera equivalente a la desempeñada por la madre ante el nacimiento de su hijo. Ello denota una estructura afectiva deficiente como fondo que condicionará un patrón de reacción y de conducta práctica fuera de proporción y de congruencia con su entorno.

Se le recomendó reincorporarse a un tratamiento psiquiátrico intensivo en beneficio de la evolución tanto personal como de su hijo.

Discusión

Conceptos clínicos y demográficos. La alexitimia es un problema de funcionamiento psíquico del paciente que se manifiesta principalmente en el estilo de su comunicación. Ésta se caracteriza por una reducción marcada o ausencia del pensamiento simbólico, por lo tanto, sus actitudes internas, emociones, deseos, etc., no pueden revelarlo, su pensamiento es lineal, práctico, dirigido a minucias y procesos externos, una característica que fue señalada por Marth P. M'Uzan como «pensé operatorie» (pensamiento operativo).⁸

Los alexitímicos reportan pocos sueños y escasos de fantasías, cuando los sueños son recordados revelan contenido mental arcaico o un proceso secundario, sin color, bizarro y el simbolismo característico del proceso primario onírico.

Estos pacientes tienen gran dificultad en reconocer y describir sus emociones, así como también tienen problemas para discriminar entre sus estados emocionales y sus sensaciones corporales, a veces tienen explosiones de rabia o llanto, pero no pueden explicar su causa, socialmente aparentan buena adaptación, pero es sólo superficial porque no tienen contacto con su realidad psíquica, son como robots que van por la vida en forma mecánica como si se guiaran por un libro de instrucciones, a veces su aspecto es tieso, con falta de expresiones faciales y carecen de la capacidad de empatía.

Esta carencia afecta la relación médico-paciente en la cual este último experimenta al médico como un duplicado de sí mismo. Nemiah⁹ distingue al alexitímico del de personalidad histérica o del obsesivo de la siguiente manera: la ausencia de afecto y fantasías están limitadas al conflicto en el histérico, mientras que el obsesivo revela una riqueza de fantasías que indica la naturaleza subyacente del problema.

Demográficamente se encontró que no sólo los pacientes psicósomáticos presentan alexitimia, sino que más del 30% de la consulta psiquiátrica está compuesta de pacientes con este sufrimiento.

Etiología. Se inicia en el ambiente familiar y aparecerá la sintomatología floreciente en cualquier momento.

Neurológicamente el padecimiento se explica de la siguiente manera: 1) hay lateralización del hemisferio iz-

quierdo, 2) las interconexiones entre el sistema límbico y la corteza están hipodesarrolladas, 3) *pensamos que puede haber posibilidades de que estas conexiones sean susceptibles de tener reactivación funcional*, y 4) en caso de que existan reacciones explosivas (ira, llanto, etc.) se pueden controlar con psicotrópicos, lo que implica realmente la existencia de mediadores químicos.

Psicoanalíticamente son prevalentes en familias disfuncionales en las que existe un vacío profundo en las relaciones afectivas en el entorno del paciente, desde el inicio de su vida hasta el momento, siendo las primordiales las iniciales en la relación madre-niño que impidieron el desarrollo de la *respuesta neural efectiva*, el desarrollo adecuado del ser bipolar y con una autoestima muy pequeña, incapaz de evolucionar de acuerdo con la edad y por supuesto ineficaz en la adolescencia. (Pérdida de la dignidad y de la identidad como valores morales).

Diagnóstico. Para su establecimiento, las entrevistas por un médico especialista experimentado son de primera importancia; en ellas deberá buscar los signos y síntomas antes mencionados, en seguida podrá hacer uso de las pruebas psicológicas aplicadas por psicólogos clínicos de probada capacidad; entre estas pruebas las cuales están el Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire, la Schelling-Sifneus Personality Scale, la Escala de 22 puntos de la prueba de Minnesota (MMPI) de Kleigor y Kinsman, y el contenido verbal de la entrevista, usando el Gottschalk Glosier Test, en los cuales se desprende que los alexitímicos tienen una gran limitación en su vocabulario emotivo. La prueba SAT9 de Demers-Desrosiers parece prometedora porque mide directamente la función simbólica de los pacientes alexitímicos.

Tratamiento. La alexitimia tiene importantes implicaciones para el tratamiento tanto médico como psiquiátrico, debido a la dificultad del paciente para verbalizar emociones, distinguir entre las sensaciones corporales y los estados emocionales, a menudo los comunican a través de síntomas físicos, dando lugar a exagerados estudios y tratamiento que a la postre son inadecuados o innecesarios y con alta posibilidad de producir iatrogenia.

Una vez diagnosticado el problema, se recomienda psicoterapia de apoyo y enfoques educativos, también dosis bajas de tranquilizantes resultan de utilidad, así como fármacos antidepresivos.

Por otra parte, han sido de ayuda las técnicas de relajación, meditación, incremento de la imaginación y la hipnosis, la psicoterapia y el psicoanálisis encuentran dificultad debido a las limitaciones expresivas y emocionales, creando problemas contra transferenciales. Dichos pacientes frecuentemente presentan conducta adictiva y perversiones sexuales, como erotomanía, promiscuidad, desviaciones, etc.

Kristal¹⁰ modificó la técnica, cambió el foco de la psicoterapia del contenido a la forma de la comunicación y recomienda que el psiquiatra primero ayude a su paciente a observar la naturaleza y efectos de su problema alexitímico, a

reconocer sus emociones como señales en sí mismas puesto que están limitadas en tiempo e intensidad. Como lo hace un padre con su hijo, el médico enseña al paciente a entender y verbalizar sus emociones.

Winnicott dijo que el terapeuta que «informalmente» ayuda a su paciente a aplicar su imaginación logrará en él incrementar su capacidad para manejar pensamientos, ideas o imágenes.

Se concluye con los siguientes conceptos: la alexitimia es un padecimiento psiquiátrico evidente que se presenta en el 30% de los enfermos.

No sólo se presenta en los enfermos psicósomáticos.

Su diagnóstico se basa en la incapacidad o nulidad de verbalización efectiva y la elaboración de fantasías a pesar de una pseudo-normalidad del paciente.

La etiología demuestra neurológicamente lateralización en el hemisferio izquierdo o en un defecto en la modulación de los impulsos del sistema límbico a la corteza cerebral, psicoanalíticamente se atribuye a una profunda falla temprana en la relación madre-niño.

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas antes dichos, con la ayuda de pruebas psicológicas específicas.

El caso expuesto demuestra una falla grave en el maternaje que pudo afectar al paciente por las dos vías: la neurológica y la psíquica.

Los antidepresivos fueron de gran valor en este caso.

La madre repitió en el tratamiento de su hijo su problema con el nacimiento del mismo.

Que estos casos son difíciles de tratar y que hay que usar todos los recursos médicos, psiquiátricos, psicoanalíticos y medicamentos.

Referencias

1. Amor-Villalpando A. Comunicación personal, 1994.
2. Toscano S, Amor-Villalpando A. Alexitimia, características e implicaciones terapéuticas. Un caso Clínico. XI Congreso de Psiquiatría Infantil. México, Sept. 1996.
3. Alexithymia Concept Measurement and Taylor GJ. Implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 725-732.
4. Sifneus PE. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge Harvard University Press, 1972.
5. Ruesch J. The infantile personality. *Psychom Med* 1948; 10: 134-144.
6. Mac Lean PD. Psychosomatic disease and the «visceral brain». *Psychosom Med* 1963; 11: 338-368.
7. Brautigam W, Von Rad M. Toward a theory of psychosomatic disorders. Basel, Karger, 1977.
8. Marth P, De Uzan M. La «Pensee Operatorie» *Revue Francaise de Psychanalyse (Suppl)* 1963; 27: 1345-1356.
9. Nemiah JC. Psychology and psychosomatic illness: Reflections on theory and research methodology. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 106-111.
10. Kristal H: Alexithymia and Psychotherapy. *Am J Psychoter* 1979; 33: 17-31.