

**Universidad del Aconcagua**  
**Facultad de Psicología**

**TESIS DE LICENCIATURA**

***“Alexitimia y Esquemas  
Cognitivos”***

***Alumna: María Laura Santos.***

***Director: Lic. Arturo Piracés.***

***Mendoza, 2010***

# **HOJA DE EVALUACIÓN**

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

## **Agradecimientos.**

*A mis padres por estar siempre y en cada momento, por apoyarme, creer en mí y ayudarme a crecer.*

*A mis hermanos Marian y Juan, por acompañarme en la vida, y darme aliento cada vez que lo necesité.*

*A mis amigas, Rosario, Eva, Ami, Bel y Lore, por estar siempre.*

*A mis amigas y compañeras entrañables de este largo camino, Caro, Pau, Laurita y Dani, por hacer de esta etapa un recuerdo hermoso e inolvidable.*

*A Paola Colli, por mostrarme una nueva forma de vida y el camino que quiero seguir en mi profesión.*

*A mi tía María Elena y mi prima Lorena por poner su “granito de arena”.*

*A mi madrina Mónica por creer siempre en mí.*

*Al Licenciado Piracés por la guía en este trabajo.*

## Resumen

El presente trabajo de investigación se basa en dos ejes fundamentales, por un lado la alexitimia, que es un constructo hipotético derivado de la observación de pacientes psicósomáticos, por lo que estará enmarcado teóricamente desde la perspectiva psicósomática. Por otro lado el eje de Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT), el cual es un concepto básicamente cognitivo.

El objetivo central es profundizar en el aspecto cognitivo de la alexitimia, investigando si hay EDT y formas de procesamiento de la información particulares a la base de esta perturbación, esto realizando una comparación con sujetos que no presentan alexitimia.

El diseño de investigación es no experimental, transeccional y descriptivo. Los instrumentos metodológicos utilizados fueron: “Escala de Alexitimia (UBA)” y el “Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos” de Jeffrey Young. Los mismos se aplicaron a una muestra de tipo no probabilística e intencional, conformada por doce personas divididas en dos grupos. Uno de los grupos formado por seis personas (tres mujeres adultas y tres hombres adultos) que puntuaron positivamente en la Escala de Alexitimia (UBA), y el otro grupo formado por seis sujetos (tres mujeres adultas y tres hombres adultos) que no presentan alexitimia.

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

- Explorar acerca de las diferencias más significativas entre los esquemas cognitivos presentes en los sujetos alexitímicos y aquellos que se encuentran presentes en los sujetos no alexitímicos.
- Describir características comunes en el tipo de esquemas cognitivos activados en las personas que padecen alexitimia.

Los principales resultados sugieren que existen diferencias entre el grupo de sujetos alexitímicos y el de los no alexitímicos, tales como que el grupo de sujetos alexitímicos presenta mayor cantidad de EDT activados y también se encuentran diferencias en relación a las dimensiones que abarcan tales EDT activados. También se encuentran características comunes en los EDT que se encuentran activados en la muestra de sujetos alexitímicos.

A través del presente trabajo de investigación, se realizará el recorrido a través del cual pudo arribarse a las conclusiones que arrojó el mismo, las cuales serán expuestas de modo abarcativo, al término de éste.

### **Abstract**

This research paper is based on two basic central themes. On the one hand, the *alexitimia*, that is a hypothetical construct that derives from the psychosomatic patients' observation. Due to this, the research will be kept from the theory point of view within the boundaries of the psychosomatic perspective. On the other hand, "Esquemas Desadaptativos Tempranos" (EDT/ Maladaptative Early Schemes)

The main objective is to deal with the cognitive aspect of the *alexitimia* in depth, investigating if there is EDT and ways to process the information that are characteristic of this disturbance, always making a comparison with subjects that do not have *alexitimia*.

The research design is non-experimental, transectional, and descriptive. The methodologic instruments that were used are: "The Alexitimia Scale (UBA)" and the "Esquemas Desadaptativos Tempranos Questionnaire" (Maladaptative Early Schemes Questionnaire), from Jeffrey Young. These instruments were applied to a non-probabilistic and intentional sample, made up of twelve people divided in two groups. One group was formed by six people (three adult women and three adult men) that got positive punctuations on the Alexitimia Scale (UBA). The other group was also formed by six subjects (three adult women and three adult men) that do not have Alexitimia.

The posed objectives were:

- To explore the more important differences between the cognitive schemes present on the subjects that have alexitimia and the subjects that do not have alexitimia.
- To describe common characteristics on the type of cognitive schemes activated on the people that suffer alexitimia.

The main findings suggest that there are differences among the group of subjects that have alexitimia and the subjects that do not have alexitimia. For instance, the group of subjects that have alexitimia has more quantity of activated EDT and there are also differences regarding the categories that cover such activated EDT. We can

also find common characteristics among the EDT that are activated among the sample of subjects that do have alexitemia.

Through this research paper, you will be able to appreciate all the steps that were taken in order to reach the present results, which will be exhibit at the end of this research paper.

## Índice

Título	1
Hoja de evaluación	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	9
Capítulo I: Alexitimia	11
I.1- Psicósomática	12
I.1.1- Concepto	12
I.1.2- El paciente psicósomático	15
I.2- El afecto	17
I.3- Alexitimia	19
I.3.1- Concepto	19
I.3.2- Antecedentes del concepto de alexitimia	21
I.3.3- Características de la alexitimia	22
I.3.4- Hipótesis etiológicas	24
I.3.5- Tipos de alexitimia	29
I.3.6- Alexitimia y factores socioculturales	30
I.3.7- Alexitimia y depresión	33
I.3.8- Alexitimia y estrés	35
I.3.9- Alexitimia y su relación con los mecanismos de defensa	38
I.3.10- Alexitimia y rasgos de personalidad	41
I.3.11- Evaluación de la alexitimia	42
I.3.12- Tratamiento de la alexitimia	48
Capítulo II: Esquemas Cognitivos	52
II.1- El concepto de esquema en la teoría cognitiva	53
II.1.1- El modelo cognitivo de Beck	54
II.2- Definición y características del concepto de esquema	59
II.3- Esquemas Desadaptativos Tempranos	62
II.3.1- La teoría de Young	62
II.3.2- Origen de los esquemas	63
II.3.3- Definición	64
II.3.4- Características de los EDT	64
II.3.5- Dimensiones	65
II.3.6- Procesos de los esquemas	69
II.3.7- Aplicación de la terapia cognitiva centrada en los esquemas	71
Capítulo III: Materiales, métodos y procedimientos	77
III.1- Diseño de investigación	78
III.2- Objetivos del trabajo	79
III.3- Descripción de la muestra	79
III.4- Sujetos de la muestra	80
III.5- Instrumentos y materiales de evaluación	80
III.5.1- Escala de alexitimia (UBA)	81
III.5.2- Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos	84
III.6- Posibles fuentes de error	86
III.7- Procedimiento	87
III.8- Definición conceptual de las variables estudiadas	87
III.8.1- Alexitimia	88
III.8.2- Esquemas Desadaptativos Tempranos	89
III.9- Definición operacional de las variables	90
III.9.1- Alexitimia	90
III.9.2- Esquemas Desadaptativos Tempranos	90
Capítulo VI: Presentación de resultados	92

VI.1- Introducción	93
VI.2- Características de los sujetos que conforman la muestra y resultados obtenidos	93
VI.2.1- Grupo de sujetos alexitímicos	93
VI.2.2- Grupo de sujetos no alexitímicos	96
VI.3- Grupo de sujetos en general	97
VI.3.1- Tabla y gráfico EDT comparativo entre ambas muestras	98
VI.4- Grupo de sujetos alexitímicos	99
VI.4.1- Tabla y gráfico EDT de sujetos alexitímicos	99
Capítulo V: Conclusiones	101
Capítulo VI: Propuestas	108
Bibliografía	110
Apéndice	112



## Introducción.

En la presente investigación se intenta realizar un aporte a la comprensión de la alexitimia en su aspecto cognitivo, realizando una descripción de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT) que se encuentran activados en mayor medida en sujetos que presentan dicha perturbación y viendo las diferencias más significativas con un grupo de sujetos no alexitímicos.

Considere a esta temática interesante, ya que la alexitimia es un concepto relativamente nuevo en la Psicología, este concepto es introducido en la década '70 por Sifneos. La misma se entiende como una perturbación tanto afectiva como cognitiva, los rasgos más característicos de dicha perturbación son: 1) Pensamiento práctico, utilitario y enfocado en detalles externos con dificultades para expresar estados internos y subjetivos, 2) Limitada capacidad para fantasear y 3) Dificultad para registrar y diferenciar estados emocionales de sensaciones corporales, así como dificultad para verbalizar dichos afectos. De esta manera se trata de un déficit cognitivo de las emociones.

En relación al aspecto cognitivo, más precisamente lo referido a esquemas cognitivos presentes en la perturbación, es poco lo que se sabe y se ha investigado, por lo cual me pareció interesante profundizar en este aspecto. Para este fin se tomó la variable de Esquemas Desadaptativos Tempranos, para de esta manera poder describir características comunes en los esquemas cognitivos y formas de procesamiento de la información que pueden estar presentes en la misma. Los Esquemas Desadaptativos Tempranos *“son aquellos esquemas que se relacionan con temas amplios, concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás. Se desarrollan prematuramente en la infancia y se extienden desde el principio hasta el final de nuestra vida, y son disfuncionales por significativas razones, son multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales que sirven como base para el procesamiento de la experiencia posterior”*. Están generalmente fuera de la conciencia, aunque las personas pueden ser entrenadas para identificarlos. (Caro, 1997; p. 224).

También resulta de gran interés la temática ya que alexitimia es un constructo derivado de la observación de pacientes psicósomáticos. Si bien la presencia de esta perturbación no deriva necesariamente en una enfermedad psicósomática, la misma puede ser un importante factor predisponente para el desarrollo de somatizaciones. Esto

resulta de gran importancia en la actualidad si tenemos en cuenta que las enfermedades psicosomáticas son cada más frecuentes.

Por otro lado la detección de esta perturbación puede resultar fundamental para realizar un adecuado tratamiento psicológico ya que la misma supone ciertas dificultades para la introspección y las terapias de insight.

El hecho de saber que esquemas cognitivos pueden estar a la base de esta perturbación puede ser de gran utilidad, ya que permite trabajar conjuntamente sobre el aspecto cognitivo y las dificultades para la discriminación y expresión afectivas, y de esta manera ir logrando una integración entre pensamiento y sentimiento.

Este trabajo es sólo una aproximación a la temática, pero considero que es un área en la cual hace falta investigar con mayor profundidad sobre los diferentes aspectos de la alexitimia y de que manera la misma afecta la calidad de vida del sujeto y la calidad de sus relaciones interpersonales, así como también de que forma se puede abordar el tratamiento de la misma.

# **Capítulo I**

## **Alexitimia**

## **Capítulo I: Alexitimia.**

Resulta fundamental, antes de profundizar en el tema de la alexitimia, esclarecer ciertos conceptos que se encuentran íntimamente relacionados y que son necesarios para llegar a un adecuado entendimiento de este constructo. Por lo cual desarrollaremos (aunque no de modo abarcativo ya que excede el propósito de esta tesina) el tema de la psicósomática por un lado, y de los afectos por el otro.

### **I.1- Psicósomática.**

#### **I.1.1- Concepto.**

Es importante esclarecer el concepto de psicósomática ya que, la alexitimia es un constructo hipotético derivado del trabajo clínico con pacientes psicósomáticos.

El surgimiento de la medicina psicósomática denuncia uno de los mayores fracasos de la medicina tradicional, ya que durante siglos se ha mantenido una disociación entre la mente y el cuerpo. De esta manera los pacientes que llegaban aquejados de un malestar corporal eran (y son actualmente en algunos establecimientos) atendidos en sus afecciones corporales sin tener en cuenta (ni el profesional de la salud ni el mismo paciente) la posible relación con la subjetividad del afectado.

En los últimos tiempos han crecido de forma vertiginosa las llamadas enfermedades psicósomáticas (de hecho las afecciones cardiovasculares son la mayor causa de mortandad). Existen siete enfermedades llamadas clásicas que son: asma, úlcera, colitis, hipertensión, artritis, eccema e hipertiroidismo; a éstas se han agregado patologías oncológicas, trastornos de la alimentación y psoriasis entre otras.

Por este estado de la cuestión, la medicina se ha encontrado con la urgencia de replantearse ciertos paradigmas y abordajes tradicionales que venían guiando su proceder; es así que se produjo el surgimiento de la Psiconeuroinmunoendocrinología, la cual trata básicamente de integrar en un todo los cuatro sistemas de control que tiene el organismo, a saber: el psicológico, el neurológico, el inmunológico y el endocrinológico; de manera que este enfoque pretende estudiar las enfermedades entendiendo a las mismas como la ruptura o desequilibrio de un sistema formado por partes indisolubles. Lutgendorf y Constanzo (2003, citado en Lunazzi, 2006) expresan: “Como un individuo interpreta y responde a su ambiente determina su respuesta al

estrés, influye en sus conductas saludables, contribuye a su respuesta inmune y neuroendócrina y puede, por último, afectar el desenlace saludable”. (p.25)

El primer planteo sería comenzar a ver al ser humano como una totalidad y una unidad indisoluble, y por lo tanto dejar de buscar unicausalidades discutiendo si la enfermedad se inicia en la mente o el cuerpo y rechazando de una vez por todas esta vieja disociación, cuando la experiencia demuestra que las afecciones afectan a la persona que las padecen en su totalidad. De hecho las divisiones se realizan a los fines de poder comprender a un organismo tan complejo como lo es el del ser humano, pero no por esto debemos olvidar que estamos tratando con una persona total y única.

Ya desde la antigüedad, se planteaba cómo la personalidad y los afectos, sobre todo cuando éstos se presentan en forma desmedida y excesiva, pueden influir en los estados de salud y enfermedad, tanto a nivel mental como corporal. Fue Hipócrates quien en el siglo IV (a.c) planteó una relación entre los temperamentos y cuatro orientaciones emocionales básicas (sanguínea, colérica, flemática y melancólica) esta relación como resultado del predominio de ciertos fluidos corporales.

Resultan de gran importancia, las investigaciones realizadas por la Escuela Psicósomática de París formada por: P. Marty, Michael Fain, Michael de M' Uzan y Christian David. Los estudios realizados por estos autores, llevaron a ciertas conceptualizaciones que definieron una especie de perfil del paciente psicósomático y desarrollaron un concepto que tomo una importancia significativa en este campo, este concepto fue el de “pensamiento operatorio”. El mismo refleja, principalmente, un desequilibrio del funcionamiento mental. “Las fallas de la vida fantasmática y onírica asociadas a la carencia expresiva de los afectos y al sobreinvertimiento de los procesos secundarios definirían clínicamente la organización clínica de estos pacientes” (Lunazzi, 2006, p.49). Estos autores plantean por otro lado, que los acontecimientos en la vida de una persona provocan excitaciones y que las mismas deben encontrar vías de descarga, ya sea, a través de lo sensorio-motriz o bien de la elaboración psíquica y es aquí donde se introduce el concepto de “mentalización”, para designar la vía regia para la descarga psíquica. A través de este trabajo, se evitaría que las mismas se vuelvan excesivas; ya que sería su exceso lo que propiciaría el terreno fértil para las somatizaciones.

Volviendo al concepto de mentalización, éste se puede definir como un proceso y función de la elaboración mental. Su función es hacer un trabajo de ligazón y elaboración de excesos de excitación y de angustia provocados por vivencias traumáticas, de esta manera se evitaría la desorganización del aparato psíquico y el

impacto que esto puede producir a nivel somático. Por lo tanto el pensamiento operatorio estaría caracterizado por un déficit en el proceso de mentalización. Habría un déficit patognómico surgido de una falla en el vínculo con la madre, ya que ésta no pudo registrar y elaborar los deseos y afectos del bebé, de manera que promueve un vacío a nivel psicológico impidiendo el desarrollo del espacio simbólico de la fantasía y esto lleva a la acción directa a través del cuerpo. Es importante aclarar que en un mismo sujeto pueden existir procesos de buena mentalización y pensamiento operatorio.

Marty (1990, Lunazzi, 2006) ubica al preconscious como el punto central de la economía psicosomática, refiere que el mismo es una especie de reservorio de representaciones y el encargado de llevar a cabo procesos de elaboración de montos de energía pulsional y de afectos a través de pensamientos, sublimaciones, fantasías; de manera que el sujeto será mas vulnerable a enfermar cuando las funciones del preconscious se vean alteradas. Luego propone tres tipos de neurosis dependiendo del “espesor del preconscious” y de diversos grados de mentalización; de esta manera llama “*neurosis bien mentalizadas*” a aquellas en las que el sujeto posee capacidad para relacionar palabras y afectos, por lo que las representaciones se caracterizan por poseer profundidad; por otro lado las “*neurosis de mentalización intermedia*” son aquellas en las que las capacidades representativas varían y por momentos sufren de regresiones y desorganización, en este caso se pueden presentar enfermedades reversibles que tendrían un carácter funcional. Por último propone el nombre de “*neurosis mal mentalizadas*” en las cuales se encuentra pobre capacidad de mentalización, esto trae como consecuencia una desorganización pulsional progresiva lo que propicia el terreno para la evolución de enfermedades graves.

Por otro lado el mismo autor llamo “depresión esencial” a la etapa anterior a que se produzca la enfermedad (generalmente en el caso de las neurosis mal mentalizadas) esta etapa tiene características depresivas, pero se diferencia de la misma, ya que no posee autorreproches ni inculpamientos, aunque si aparecen herida narcisista y desvalorización personal.

En la actualidad el término psicosomática ha desatado todo tipo de controversias. Este concepto a pasado a formar parte del léxico habitual, por lo que para el entender popular cuando se habla de enfermedades psicosomáticas se entiende que la persona que padezca de este tipo de enfermedades es hipocondríaco o bien no está verdaderamente enfermo, por lo cual se le quita todo componente orgánico, negando su causalidad corporal y restándole importancia. Este tipo de concepciones, por lo tanto van

totalmente en contra de la esencia que pretende reflejar este nuevo concepto, ya que se prejuzga su causa como únicamente psíquica, arrastrando de esta manera la antigua disociación entre lo orgánico y lo psíquicos, más que acentuar su integración que es, en definitiva, a lo que alude el concepto de psicósomática.

Somos como seres humanos tanto mente como cuerpo, el cuerpo es el sostén de todas nuestras vivencias y experiencias, y la expresión del mismo es inevitable en nuestro decir y hacer cotidianos, a través de la postura, expresiones faciales, tono de voz, movimientos, etc. Y, llegando aún más lejos, cada una de las emociones que sentimos son registradas por nuestro cuerpo, aunque no tengamos conciencia de ello. Así cuando sentimos enojo podemos cerrar los puños o poner tensa la mandíbula, cuando nos sentimos angustiados sentimos una opresión en el pecho o cuando estamos ansiosos sentimos tensión en el estómago. Todas estas son expresiones somáticas, pero sólo estaremos en presencia de un “cuadro psicósomático” cuando la expresión somática implique un lugar sintomático estable y afecte la salud de los órganos o su funcionamiento.

Por otro lado, en el ámbito médico, el término psicósomático ha sido utilizado para designar afecciones orgánicas en las cuales es primordial el efecto de factores psíquicos. Sin embargo, los factores psíquicos son condición necesaria pero no suficiente, ya que, para hablar propiamente de cuadros psicósomáticos tienen necesariamente que entrar en juego factores orgánicos, inmunitarios, genéticos, etc.

Es así que, la psicósomática es un término de difícil connotación, ya que se refiere a una unidad indisoluble entre la pareja psique-soma pero, a pesar de esto, hablamos de dos términos que implican (por lo menos hasta ahora) formas de abordajes que los separan.

### **I.1.2- El paciente psicósomático.**

Se podría decir que todos los seres humanos en ciertos momentos de su vida han experimentado síntomas psicósomáticos. Personas que enferman frecuentemente durante períodos críticos, o bien aquellos que desencadenan o bien agravan enfermedades orgánicas frente a duelos, crisis de pareja, crisis laborales, etc.

El paciente psicósomático rara vez tiene real registro de lo que siente o desea. Hay un predominio del principio de realidad sobre el principio de placer. Existe también un predominio de un falso self adaptativo, mostrando generalmente una sobreadaptación,

por lo cual, muchas veces realizan actividades sin registrar cansancio hasta que el cuerpo se manifiesta enfermándose.

En la clínica, el paciente psicossomático, rara vez pide consulta por propia iniciativa, generalmente es derivado por el médico clínico al cual consulta por la afección corporal y se presenta totalmente pasivo ante ésta, espera que el profesional le solucione el problema que lo estorba, es decir su cuerpo, de modo que éste es tratado como un escenario ajeno a sí mismo. Existe un claro desmedro de la percepción interior, realizan pobres asociaciones y no identifican ninguna relación entre el síntoma y su subjetividad. Si bien el paciente esta presente, se siente distante en la relación terapéutica.

A pesar de la unidad entre mente- cuerpo que el término psicossomática implica, cuando hablamos de enfermos psicossomáticos, nos referimos a aquellos que ante una determinada afección orgánica, parecen no tener registro psíquico de la misma, por lo cual el cuerpo queda escindido o disociado de la mente. Esto resulta una paradoja, ya que, el paciente psicossomático, no puede reconocer la influencia de los factores psíquicos pero manifiesta con el cuerpo sus efectos.

D. Liberman y col. (1982, citado en Pelorosso, A.) describen 3 categorías de enfermos psicossomáticos:

- 1- Pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias con respecto al éxito y la responsabilidad, que hacen tripas su corazón. Suelen padecer enfermedades cardiovasculares.
- 2- Pacientes depresivos con cierto grado de impulsividad. Aparece la patología digestiva: colon irritable, colitis ulcerosa o patologías respiratorias como el asma. Son meticulosos, ordenados, controlados y autoexigentes.
- 3- Pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, autoinmunes, musculares, óseos, anorexia nerviosa, etc. (...) Se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación (...). (p. 7)

## **I.2- El afecto.**



Resulta de gran importancia dar un panorama en relación al concepto de afecto y sus alcances, ya que la alexitimia, como veremos más adelante, se relaciona con cierta dificultad en relación al desarrollo, percepción y comunicación del mismo.

Afecto viene etimológicamente del latín *afficere*, “afectar”, así como emoción viene del vocablo *emovere*, que significa “mover”, por lo cual lo emocional tiene que ver con lo que somos movidos y afectados en nuestra experiencia tanto a nivel psíquico como corporal.

Veremos, desde que perspectiva, desarrolla Freud (1915, citado en Sivak y Wiater, 1997) el afecto en su obra. Éste en “Pulsiones y destinos de pulsión” designa al afecto como elemento energético de la pulsión. De esta manera encontramos que los componentes de la pulsión se dividen en: Psicológicos, en los cuales encontramos el objeto y meta de la pulsión; y en: Corporales, formado por la fuente, y el *afecto*.

Freud cuando habla de *afecto*, se está refiriendo a un monto de energía, que implican cada uno de los sucesos de la vida psíquica. De esta manera cuando el monto energético (afecto) es excesivo y por lo tanto amenazante para la integridad del aparato psíquico, es el yo el que opera como “agente de ligazón” de ese afecto. Esta función de ligazón la realiza ya sea por vía de la motilidad, y en este sentido se realiza una descarga específica; o bien a través de un trabajo asociativo estableciendo lazos que le permiten ligar los montos excesivos de afecto, adhiriendo el mismo a representaciones enlazadas. Podemos ver como estas concepciones se pueden relacionar con lo que planteaba Marty cuando hablaba sobre las posibles vías de descarga de las excitaciones producidas por las experiencias, recordemos que éstas posibles vías eran: sensorio-motriz o elaboración psíquica o “mentalización”, y que en el caso de que no se realizara una adecuada descarga de estas excitaciones, se podían generar las somatizaciones.

Volviendo a lo planteado por Freud, el yo podía ejercer una acción de defensa, y en este caso los componentes psicológicos se separan del afecto tomando distintos destinos. Ahora bien, el destino del afecto nunca es la represión (que sólo puede ser destino de los elementos representativos, el objeto y la meta), sino la sofocación o supresión. Por último, plantea que el desarrollo del afecto está compuesto por tres elementos, estos son: a) la descarga; b) la percepción de la descarga; c) Matiz afectivo, que es la capacidad de discriminar los afectos. Como veremos más adelante, la alexitimia se relaciona con una dificultad en este último sentido.

Sifneos (1973-1975, citado por Sivak y Wiater, 1997) el creador del constructo de alexitimia, diferencia el afecto, la emoción y el sentimiento. Así el aspecto biológico y

expresivo del afecto corresponde a la emoción, tiene que ver con sensaciones viscerales mediatizadas por el sistema límbico; las emociones también se encuentran en los animales aunque éstos no tienen sentimientos. Los sentimientos son la dimensión psicológica del afecto y necesitan de la actividad neocortical. Por lo tanto el afecto es un estado interno formado por aspectos tanto biológicos como psicológicos, que son la emoción y los sentimientos respectivamente.

Por otro lado existe el acuerdo de que la respuesta afectiva en los humanos implicaría tres procesos interrelacionados, a saber:

- 1) Procesos neurofisiológicos: es decir procesos del sistema nervioso autónomo y activación neuroendocrina.
- 2) Procesos expresivos (conductuales y motores): que corresponden a expresiones faciales, cambios en la postura, movimientos corporales, tono y matiz de voz, etc.
- 3) Procesos cognitivo-vivenciales: discriminación, reconocimiento y verbalización, a nivel subjetivo, del estado vivencial como sentimiento.

Por lo tanto los sentimientos tienen que ver con la “idea”, pensamiento o percepción subjetiva, de lo que se registra en el cuerpo y el impacto a nivel corporal que produce un afecto determinado. El cerebro tiene cierta información sobre estados del cuerpo que se equiparan con determinadas “ideas” en relación a los mismos; así el sentimiento surge cuando existen suficientes detalles e información en relación a las percepciones corporales. Por ejemplo el cerebro acumula información en relación a los estados cuando los músculos están tensos y una diferente cuando están relajados, así también en cuanto a la frecuencia en los latidos del corazón y del sistema respiratorio, etc. Como vimos anteriormente, los enfermos psicósomáticos tienen una dificultad en relacionar sus afecciones orgánicas con su subjetividad, por lo cual podemos ir adelantando que, se verán alterados los procesos relacionados con la dimensión psicológica del afecto, es decir los sentimientos.

Antonio Damasio, (2003, citado en Lunazzi, 2006) habla de los efectos saludables y adaptativos, de la conexión que puede tener una persona con sus propios sentimientos, y dice:

Cuando los sentimientos se vuelven conocidos por uno mismo (self), dentro del organismo que los posee, los sentimientos

mejoran y amplían el proceso de darle curso a la propia vida. La maquinaria por detrás de los sentimientos capacita las correcciones biológicas necesarias para sobrevivir ofreciendo explícita y relevante información sobre el estado de los diferentes componentes del organismo en cada momento. Los sentimientos designan los mapas neuronales relacionados, con una estampilla que dice: ¡marcar eso!” (p.23)

Los sentimientos por lo tanto, resultan de gran importancia ya que corresponden a la dimensión mental, y es a éste nivel que se puede llegar a una coherencia en relación a pasado, presente y futuro en la vida y subjetividad de una persona, y es además, de este modo que se puede llegar a una reflexión sobre uno mismo como sujeto y el propio proceder.

### **I.3- Alexitimia.**

#### **I.3.1- Concepto.**

El concepto *alexitimia* fue introducido por P. Sifneos (citado en Sivak y Wiater, 1997) en la década '70 (1973-1975). Este es un constructo hipotético que surge de la observación de ciertas características en pacientes psicósomáticos. Los mismos presentaban ciertas dificultades a nivel afectivo, principalmente dificultad para la expresión de estados afectivos e incapacidad para discriminar sensaciones corporales y utilizarlas como indicadores de afectos. P. Sifneos junto con J. Nemiah consideraron a la alexitimia como una perturbación tanto cognitiva como afectiva.

Alexitimia viene del griego, a: “falta”; lexis: “palabra” y thymós: “afecto”. El término significa literalmente “ausencia de verbalización de afectos”.

Sifneos (1973, citado en Fernández-Montalvo y Yáñez) al crear el concepto de alexitimia, organiza observaciones tomadas de pacientes psicósomáticas, categorizando un conjunto de síntomas que reflejarían principalmente una marcada dificultad en el procesamiento, discriminación y expresión de estados afectivos. Se relaciona con un estilo cognitivo caracterizado por cierta inhabilidad para expresar sentimientos, y una tendencia a respuestas de acción poco reflexivas, es decir que presentan un estilo de afrontamiento orientado a la acción. Recordemos que el afecto estaba formado por una

dimensión biológica que corresponde a la emoción y una dimensión psicológica que corresponde al sentimiento, de esta manera en los sujetos alexitímicos habría cierto detrimento de la dimensión psicológica del afecto por una pobre discriminación e integración de ambas partes, de modo que expresarían los afectos mayormente a un nivel biológico o dicho de otro modo expresan a través del cuerpo lo que no pueden verbalizar con palabras.

El concepto de alexitimia ha generado muchas controversias, inclusive ha sido criticado y considerado no válido por algunos autores; sin embargo no hay dudas de que es un concepto ventajoso ya que, reúne en un solo vocablo un conjunto de características que aparecen en determinados trastornos, entre otros se pueden nombrar las psicopatías, trastornos de la alimentación, adicciones, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático y pacientes psicósomáticos.

Siguiendo a J. Kristal (1979, citado por Sivak y Wiater, 1997), la alexitimia implicaría tres áreas de trastornos, a saber:

- 1) Trastorno cognitivo: presencia de pensamiento operatorio, lo cual se refleja en que se expresan, sin integrar los símbolos en un contexto personal y afectivo, con una clara falta de creatividad, y presentan un pensamiento orientado a lo concreto y externo.
- 2) Trastorno afectivo: dificultad para diferenciar sensaciones corporales de afectos y de verbalizar dichos afectos.
- 3) Trastorno en las relaciones personales: Se refiere a cierta alteración en la capacidad empática.

La alexitimia también se caracteriza por cierta incapacidad para utilizar la fantasía, lo cual les dificulta poder relacionar su discurso con recuerdos o proyecciones hacia futuro o bien recuerdos a nivel de sensaciones subjetivas. Parecería que los sujetos alexitímicos se ven limitados en sus procesos de adaptación por el hecho de que la fantasía es un importante recurso a la hora de afrontar situaciones críticas. También se ven limitados por su dificultad en verbalizar sus estados internos y sentimientos, como es de suponer esta dificultad trae consecuencias en la calidad de las relaciones interpersonales que establece el sujeto, pero también suponen una limitación ya que el contacto y la expresión de los sentimientos propios a personas significativas son un importante regulador de los estados internos. La verbalización de lo que nos pasa por

dentro, de nuestras sensaciones y sentimientos son un recurso fundamental ya que, la palabra nos permite elaborar la angustia, miedos, ansiedades. El lenguaje es la vía regia para regular y manejar los afectos, de esta manera se dificulta la desomatización de los mismos. El paso previo para poder comunicar un afecto es transformarlo en material de representación, que es en lo que falla el sujeto alexitímico, es decir en integrar en un afecto, emociones y sentimientos.

### **I.3.2- Antecedentes del concepto de alexitimia.**

Si bien fue Sifneos quien introduce este constructo en la literatura científica, sus características asociadas a enfermos psicósomáticos tienen sus antecesores.

Freud (1895, citado en Sivak y Wiater, 1997) en su obra realiza una diferenciación entre las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría) en las cuales el síntoma se encuentra localizado anatómicamente pero no es susceptible de ser interpretado, y las psiconeurosis (narcisísticas y de transferencia) en las cuales el síntoma se disuelve a través de la interpretación de lo inconsciente reprimido; por lo tanto los síntomas psicósomáticos se relacionan con las neurosis actuales ya que los mismos no presentan una determinación simbólica, no ceden a la interpretación de lo reprimido, que es lo que caracteriza a los enfermos psicósomáticos, los cuales toman su cuerpo y su afección como algo “ajeno” que les estorba, sin poder relacionarlo con sus conflictos a un nivel personal.

Por otro lado S. Ferenczi (1924, citado en Sivak y Wiater, 1997) desarrolla algunas ideas que se pueden asimilar a ciertas características de la alexitimia. Este autor refiere haber encontrado en algunos pacientes que la fantasía carecía de investimiento a nivel afectivo y postula un modelo defensivo en el cual las representaciones psíquicas eran reprimidas y el afecto suprimido.

G. Zilboorg (1933, citado en Sivak y Wiater, 1997) plantea que el hecho de que el afecto se encuentre desprovisto de representaciones cognitivas se debe fundamentalmente, a un estado de regresión en donde no hay diferenciación mente-cuerpo junto con defensas de represión y negación. Polavsky (1945, citado en Fernández-Montalvo y Yáñez, 1994) hacía referencia al estilo superfluo e impreciso del discurso que presentaban por lo general sus pacientes con síntomas psicósomáticos. J. Ruesch (1948, citado en Sivak y Wiater) partiendo de la base de que el intercambio social ayuda al desarrollo de habilidades sociales, habla de que los pacientes

psicosomáticos presentarían una “personalidad infantil” en este sentido, ya que existe una merma en el desarrollo de estas capacidades, que se refleja en dificultades en la comunicación, cierta tendencia a establecer relaciones de tipo dependientes y una sobreadaptación social.

Por otro lado P. McLean (1949, citado en Sivak y Wiater, 1997) refiere que los pacientes psicosomáticos presentan cierta predilección por expresar sus emociones y tensiones a través del cuerpo, debido a un déficit funcional en el cerebro entre el sistema límbico y el neocortex. Freedman y Sweet (1954, citado en Fernández-Montalvo y Yárnoz, 1994) proponen el concepto de “iletrados emocionales” para referirse al estilo que observaron en los mismos. J. Kristal y H. Raskin (1979, citado en Sivak y Wiater) tras realizar estudios e investigaciones en sujetos con trastornos adictivos y sobrevivientes de campos de concentración, encontraron y describieron características parecidas a las planteadas en la alexitimia.

Finalmente fue Marty (1990, citado en Sivak y Wiater, 1997) desde las investigaciones realizadas en el Escuela Psicosomática de París quien propone primero el concepto de *pensamiento operatorio*, que es una de las características del concepto de alexitimia. A través de este concepto Marty designaba un déficit en el procesamiento cognitivo por el cual el sujeto presentaba dificultad para elaborar afectos y estados internos a un nivel cognitivo, por lo tanto el discurso refleja poca expresividad emocional, pobre gesticulación, y las temáticas se refieren a acontecimientos y detalles externos más que internos. El pensamiento operatorio es un pensamiento que lleva a la acción irreflexiva e implica también la pobreza en la actividad de fantasía, la atención se reduce a los problemas del presente sin poder unir recuerdos a un nivel afectivo.

### **I.3.3- Características de la alexitimia.**

Los rasgos de la alexitimia se pueden dividir en esenciales, que serían los centrales y más característicos del trastorno; y en rasgos accesorios, que corresponden a aquellos que, si bien se dan en la mayor parte de los casos no constituyen el núcleo del trastorno.

#### **Rasgos esenciales:**

- *Pensamiento simbólico reducido o ausente*: el pensamiento es práctico, utilitario y enfocado en detalles del entorno, de esta manera se centran

mayormente en características y situaciones externas sin implicarse como sujetos ni expresar estados internos, sentimientos, motivaciones ni deseos.

- Limitada capacidad para fantasear: en los sujetos alexitímicos existe una merma de la utilización de la fantasía, esto les dificulta poder tener una representación de sus deseos, tensiones e impulsos antes de actuar.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: este es el rasgo más característico de la alexitimia y se refiere a cierta dificultad en poder registrar y diferenciar estados emocionales, y por lo tanto poder expresarlos, esto influye en que la vía de expresión fundamental sea a través del cuerpo.

### **Rasgos accesorios:**

- Alto grado de conformismo social: esta característica se puede relacionar con la sobreadaptación a la cual nos referimos con anterioridad al hablar del paciente psicossomático. Presentan un comportamiento rígido y estereotipado, siguiendo al pie de la letra las exigencias y convenciones sociales, pero actuando de forma mecánica.
- Relaciones interpersonales rígidas: establecen relaciones infantiles y van de la extrema dependencia a la evitación del contacto, también presentan dificultades para sentir empatía en sus vínculos.
- Impulsividad como expresión del conflicto: presentan una tendencia a actuar impulsivamente ya que no realizan una adecuada elaboración previa del conflicto.
- Personalidad inmadura: este trastorno se puede encontrar habitualmente relacionado a personalidades introvertidas, pasivo-agresivas, pasivo-dependientes.
- Resistencia a la psicoterapia tradicional: presentan cierta incapacidad para relacionar sus síntomas a nivel orgánico con sus conflictos a nivel psicológico, también tienen dificultad en realizar un adecuado análisis introspectivo, por lo cual se dificulta la obtención de resultados positivos de psicoterapias que trabajan descubriendo mecanismos profundos.

### **I.3.4- Hipótesis etiológicas.**

Existen tres modelos que desde sus respectivos enfoques teóricos proponen una explicación de la alexitimia, éstos son: el modelo neuropsicológico, el modelo psicodinámico y el modelo sociocultural.

Desarrollaremos cada uno de ellos, basándonos en lo expuesto por Sivak y Wiater (1997).

#### **1) Modelo neuropsicológico.**

Dentro de este enfoque se pueden diferenciar dos modelos, a saber:

- a) Modelo vertical: Referido a una deficiencia en la comunicación neuronal entre el neocórtex y el sistema límbico.
- b) Modelo transversal: se centra en la especialización hemisférica.

Los primeros desarrollos de la escuela de Boston (Sifneos y Nemiah) apoyan el modelo vertical y por lo tanto proponen que, el trastorno de alexitimia se debería a posibles dificultades en la conexión entre el lugar de las emociones, es decir el sistema límbico y el neocórtex que es donde se ubican anatómicamente los procesos del lenguaje, esto debido a un defecto en la anatomía estructural del cerebro o bien a una deficiencia marcada por factores hereditarios.

Nemiah por otro lado postula que la alexitimia podía estar relacionada a fallas en la transmisión de los centros neuronales encargados del afecto, o bien a una ausencia de dichos centros. Por lo cual, según esta propuesta, se produciría una interrupción en el camino de los impulsos nerviosos del sistema límbico hacia la corteza cerebral, por esta razón el sujeto no llegaría a ser conciente de sus emociones.

Con respecto al modelo transversal, es sabido que las funciones del hemisferio derecho e izquierdo del cerebro son bien diferentes. Así el hemisferio izquierdo se encarga de funciones como la praxis, la gnosia, es analítico y discursivo por lo que se relaciona con lo gramatical, lo lógico y secuencial, también dirige el lenguaje escrito y hablado, habilidad numérica, memoria verbal, discriminación fonética, memoria a largo plazo y el costado derecho del cuerpo. El hemisferio derecho cumple funciones relacionadas a los sentimientos y estados emocionales, así se encarga de la comprensión



y expresión de los afectos, del pensamiento creativo, percepción tridimensional, sentido artístico, imaginación, sentido musical y control del lado izquierdo del cuerpo.

En general las hipótesis etiológicas que apoyan el modelo transversal refieren que la alexitimia se debería a una falla en la transferencia de información entre ambos hemisferios, o bien a una merma en el funcionamiento del hemisferio derecho, ya que la alexitimia devela cierta dificultad en el registro interno y posterior expresión de los estados emocionales.

J.Flannery y G. Taylor (1981, citado en Sivak y Wiater, 1997) luego refieren que algunas características de los sujetos alexitímicos, como cierto predominio del pensamiento concreto y utilitario así como una limitación en la fantasía, se podían deber a una lateralización del hemisferio izquierdo. Por otro lado Zeitlin, Lane, O' Leary y Schrift (1989, citado en Fernández-Abascal, 1999) llevaron a cabo investigaciones con alexitímicos estudiando su funcionamiento al desarrollar tareas que reflejan la especialización hemisférica, y evaluando esto en relación a una posible desconexión funcional de los hemisferios cerebrales, concluyen apoyando la hipótesis de que el trastorno puede ser explicado por una lateralización del hemisferio izquierdo

C. Kaplan y M. Wogan (1976, citado en Sivak y Wiater, 1997) aportan datos significativos ya que refieren que el hemisferio izquierdo está relacionado con una percepción más aguda al dolor y el derecho asociado a una mengua del dolor y mayor actividad de fantasía. Resulta significativo ya que siguiendo la hipótesis de que los alexitímicos tuvieran una predominancia del funcionamiento del hemisferio izquierdo, se puede deducir que van a ser más sensibles a afecciones y dolencias somáticas.

Sifneos (1988, citado en Sivak y Wiater, 1997) luego de su primera propuesta en relación a la etiología de la alexitimia (que recordemos coincidía con el modelo vertical, planteando dificultades en las conexiones entre el sistema límbico y el neocórtex) realiza una reformulación de las hipótesis etiológicas y plantea una variedad de posibilidades para explicar el surgimiento de la alexitimia, entre ellas plantea un mal funcionamiento en lo que respecta a la comunicación interhemisférica.

Los pacientes comisurotomizados (los cuales son sujetos a los cuales mediante una intervención quirúrgica se les divide el cuerpo caloso rompiendo la conexión interhemisférica) y los sujetos alexitímicos presentan los mismos síntomas y dificultades. W. Tenhouten y col. (1987, citado en Sivak y Wiater, 1997) realizaron una investigación comparando estudios electroencefalográficos entre un grupo de pacientes comisurotomizados y un grupo control, y su relación con el grado de alexitimia; refieren

que la sección del cuerpo calloso interfiere en la comunicación interhemisférica. De hecho Kyle (1988, citado en Fernández-Abascal, 1999) denomina “comisurotomizados funcionales” a los sujetos que presentan alexitimia, por lo cual esta hipótesis parece tener bastante peso en la comprensión de la etiología de este trastorno.

En relación a las hipótesis neuropsicológicas expuestas, existen fuertes indicadores de que personas que han sufrido accidentes y traumatismos presentan niveles considerables de alexitimia, por lo cual resultaría importante profundizar las investigaciones en este sentido.

## 2) **Modelo psicodinámico.**

Este modelo propone una explicación a la alexitimia basada fundamentalmente en un mecanismo de defensa o bien un déficit en la organización psíquica.

Krystal (1979, citado en Sivak y Wiater, 1997) propone que la etiología de la alexitimia se debería a una irrupción en el desarrollo de las capacidades emocionales. La misma puede estar provocada por dos tipos de traumatismos.

Uno de estos traumatismos se relaciona con el vínculo con una madre incapaz de sostener y calmar al niño en su desamparo inicial y la angustia que esto le provoca. Según este autor, la relación madre-hijo sentaría las bases para llevar a cabo procesos que permiten finalmente poner las emociones en palabras. El desarrollo de este proceso se continúa en la adolescencia y elaborar adecuadamente los duelos que implica esta etapa de cambio, presupone la capacidad de sobrellevar las emociones. “El traumatismo infantil provoca una detención en el desarrollo de los afectos y no se crean así objetos transicionales y del desarrollo de la simbolización y de la creatividad” (Sivak y Wiater, 1997, p. 40). Luego plantea una relación entre la psicosis y la alexitimia, ya que refiere que en el caso de la alexitimia sucedería lo inverso que en la psicosis, por lo cual el imaginario estaría reemplazado por la realidad; esto es ya que, en vez de desarrollarse la capacidad fantasmática, el sujeto tiende al control de objeto rechazando la fantasía, esto tiene sentido si pensamos en la tendencia al pensamiento concreto y la practicidad características del alexitímico.

El déficit planteado en el traumatismo infantil se relaciona con lo que plantea Bion (1959-1962, citado en Lunazzi, 2006) cuando habla de la función *alpha* reverie, en la cual la madre a través de su procesamiento cognitivo y emocional, transforma los sentimientos indiscriminados del bebé en material discriminado y representativo y de

esta manera ayuda a su hijo a ir aprendiendo sobre su mundo afectivo. Por otra parte Winnicott (1953, citado en Lunazzi, 2006) refiere que una madre empática es indispensable para que el niño pueda desarrollar adecuadamente sus capacidades imaginativas.

El otro tipo de traumatismo por el cual puede surgir la alexitimia se refiere a una catástrofe traumática en la vida adulta, por lo que se produciría un bloqueo de la capacidad de registrar las emociones como un acto defensivo, al no poseer el sujeto los recursos necesarios para enfrentar una situación traumática que termina desbordándolo; ahora bien la desconexión con las emociones y afectos no se reduciría a los aspectos dolorosos, por lo cual el sujeto cae en una especie de anhedonia privándose de esta manera de experimentar también satisfacción y afectos positivos. Respecto a esta teoría y dándole respaldo, existe evidencia de que los veteranos de guerra presentan altos grados de alexitimia.

Por lo tanto, en el caso de un traumatismo infantil se provoca un bloqueo en el desarrollo de la función afectiva, y en el caso de que el sujeto sufra un evento traumático en la vida adulta se produciría una regresión en el desarrollo del mismo.

McDougall (1982-1987, citado en Sivak y Wiater, 1997) propone a la alexitimia como un modo defensivo frente a acontecimientos de importante impacto traumático para el aparato psíquico. Plantea también que este trastorno se debería a una dificultad en la interacción entre madre e hijo, de modo que la misma no logra comprender los signos que expresa su hijo y proyecta sus propios deseos en él, esto produce angustia y frustración en el niño quien al no poseer los recursos psíquicos necesarios, se defiende rechazando el afecto. Por lo que en la vida adulta, la alexitimia, tendría la función de proteger frente a lo irrepresentable y frente a terrores primitivos y angustias psicóticas. Por lo tanto, según lo que refiere esta autora, la alexitimia actuaría como una defensa ante el dolor psíquico y el desbordamiento a nivel imaginario. Ahora bien, el mecanismo de defensa fundamentalmente utilizado no se trataría de la represión sino de un repudio o forclusión del afecto, en este mecanismo el afecto y su representante psíquico son escindidos, pero el representante verbal desaparece como si el sujeto nunca hubiera sabido de él, de esta manera el afecto se abre camino a lo somático y queda reducido a una expresión fisiológica, por lo que la emoción no es procesada ni elaborada a un nivel cognitivo. Este mecanismo de defensa se ve reflejado en el mencionado estilo de discurso característico del paciente psicósomático, que es un discurso impersonal y totalmente desafectado.

McDougall propone esta hipótesis basada en su experiencia como psicoanalista y refiere que, como pacientes, los sujetos alexitímicos provocan una aguda sensación de aburrimiento y la sensación de querer reavivar el curso de la sesión, generalmente poseen una postura rígida y poca expresividad a nivel no verbal. También agrega que este trastorno termina influyendo en las relaciones interpersonales del sujeto, ya que muestran incapacidad para ponerse en el lugar del otro y llegar a comprender sus sentimientos y deseos. Caracteriza a los sujetos alexitímicos como “normópatas” al referir que aparentan normalidad pero, en realidad, viven de una forma mecánica y estereotipada, cumpliendo con las convenciones sociales rígidamente.

### **3) Modelo sociocultural.**

La hipótesis que propone este modelo se refiere a que la alexitimia sería el resultado de factores culturales y procesos de socialización.

Según L. Kirmayer y col. (1993-1987, citado en Sivak y Wiater, 1997) no todas las culturas entienden las emociones relacionándolas a sentimientos y procesos psíquicos, por lo cual plantean que el trastorno podría deberse a una forma de interacción social, enfocando su etiología en procesos que tendrían que ver con lo social y cultural más que con deficiencias o dificultades orgánicas o psíquicas.

R. Prince (1987, citado en Sivak y Wiater, 1997) observó que se puede encontrar un estilo de discurso característico en los sujetos de bajos recursos, este discurso refleja un estilo de pensamiento más concreto y carece casi de adjetivos calificativos, adverbios y términos que representen sentimientos o estados afectivos; como es también el caso de los alexitímicos. A esto refuta Pedinielli (1992, citado en Sivak y Wiater, 1997) fundamentándose en las conclusiones de varios estudios que indican que existe independencia entre la variable de clase social y las puntuaciones de alexitimia.

Prince también resalta la importancia de tener en cuenta que, en ciertas culturas no disponen de vocablos suficientes para expresar ciertos afectos. Teniendo en cuenta estas relaciones, propone que en realidad son la excepción los sujetos que, como lo designa el mismo autor de una manera despectiva, presentan “lexorrea o timorrea” refiriéndose a una especie de diarrea emocional, y que si bien es lo anhelado generalmente por el analista que lleva a cabo una psicoterapia verbal, no es necesariamente lo esperable. Por último plantea que las terapias verbales no surten

efecto en algunos pacientes como sujetos de un estrato social bajo, personas de culturas orientales, y también en pacientes que presentan síntomas psicosomáticos.

Por otro lado S. Ahrens, H. Gyldenfeld y P. Runde (1979, citado en Sivak y Wiater, 1997) expresan algo similar, y tomando el marco de la psicoterapia refieren que el surgimiento de la alexitimia como constructo está más relacionado a la frustración del analista al no ver los resultados esperados, que a un trastorno en sí mismo. Por lo tanto, no ponen a la alexitimia a la altura de un trastorno psicopatológico y refieren que las características señaladas en los sujetos alexitímicos son el reflejo de la sociedad industrial y los procesos de socialización secundaria que la misma implica.

En el diagnóstico de la alexitimia es importante tener en cuenta que, se han realizado investigaciones relacionando diferentes culturas en relación a la expresión emocional y concluyen que en algunos países (como Japón, China y Corea) lo esperable culturalmente es no contar los problemas personales fuera del grupo primario de pertenencia como familia y amistades, y el analista no entraría dentro de este grupo. Estos datos resultan relevantes ya que tal vez un sujeto podría calificarse de alexitímicos cuando en realidad sólo pertenece a un grupo cultural diferente.

### **I.3.5- Tipos de alexitimia.**

De lo planteado sobre las hipótesis etiológicas anteriormente, se desprenden dos tipos de alexitimia. La diferenciación fundamental entre una y otra es que, la alexitimia primaria se relaciona con las hipótesis etiológicas neurofisiológicas y la alexitimia secundaria tendría su origen en factores psicológicos.

Así la *alexitimia primaria*, se refiere a aquel déficit en la elaboración a nivel cognitivo de los estados emocionales, que se produce por una falla neurológica a nivel funcional de las vías conectivas entre sistema límbico y neocórtex, de esta manera se produciría un bloqueo en el impulso nervioso, por lo cual el sujeto no llegaría al procesamiento adecuado de los afectos, de esta manera las emociones permanecerían reducidas a un lenguaje corporal.

La *alexitimia secundaria* en cambio no tiene que ver con una deficiencia neurológica sino que sería de etiología psicológica. Es decir que este tipo de alexitimia se desenvuelve estando las conexiones neurológicas inalteradas, y se puede deber a dos tipos de traumatismos. Así, se hablaría de *alexitimia secundaria como rasgo de personalidad*, cuando el trastorno se debe a traumatismos en la vida infantil, debido a

falencias en el vínculo con una madre que presenta dificultades para interpretar los estados emocionales del bebé y ponerlos en palabras, por lo tanto no puede ayudar al niño a elaborarlos, esta incapacidad de la madre termina interfiriendo en el desarrollo emocional del niño produciéndole más tarde dificultades en el registro, elaboración y verbalización de sus afectos. Por otro lado existiría un tipo de *alexitimia secundaria de carácter situacional*, la misma se produciría como respuesta adaptativa frente a un evento traumático en la vida adulta, se trataría de un modo defensivo en el cual el sujeto bloquea su capacidad emocional provocando una regresión en el desarrollo emocional anteriormente logrado, esto con el fin de evitar las emociones demasiado dolorosas que resultan intolerables para el aparato psíquico. Éste sería el tipo de alexitimia que presentan sujetos que padecen enfermedades crónicas graves y también el que se encuentra en trastornos por estrés postraumático y aquellos sujetos que sufren de ataques de pánico.

### **I.3.6- Alexitimia y factores socioculturales.**

Varios autores realizan críticas al constructo de alexitimia aduciendo que, se trataría de un fenómeno relacionado a factores sociales y culturales más que un trastorno psicopatológico.

Por otro lado diversas investigaciones han hallado correlaciones positivas entre la pertenencia a un estrato social bajo y la presencia de alexitimia. Según algunos autores es importante tener en cuenta factores como clase social a la cual pertenece el sujeto, nivel educativo y sofisticación intelectual, de esta manera la alexitimia no contaría con una única interpretación para considerarla un trastorno.

Algunos autores consideran que el origen de la alexitimia se encontraría relacionado al grado de sofisticación del sujeto, y por lo tanto se trataría de un fenómeno sociocultural. Otros plantean que la alexitimia sería el resultado de procesos de socialización característicos de las sociedades industriales, por lo cual sería el producto final de factores socioculturales que afectan la forma en la cual se expresa el sujeto.

Casullo (1996, citado en Sivak y Wiater, 1997) refiere que existen importantes diferencias entre los grupos culturales en relación a que se expresa, de que manera y en que contextos, por lo cual existen diferencias en las formas de expresión adecuadas y aceptadas socialmente. Estas consideraciones pueden poner a las praxis del cuerpo en

primer plano como una forma de lenguaje, en contextos en los cuales la expresión verbal queda coartada por convenciones sociales y culturales, de esta manera las somatizaciones se pueden convertir en la única vía de expresión.

Por otro lado cada uno interpreta lo que le pasa a nivel físico de acuerdo a las experiencias vividas, y según códigos personales que no necesariamente tienen que coincidir con lo que espera el profesional. Por lo tanto debemos tener cuidado y estar atentos para no imponer modos específicos de explicación o expresión, y de esta manera negar o desestimar el modelo explicativo que utiliza el paciente para dar cuenta de su afección o padecer. También es importante tener en cuenta que dependiendo del grupo cultural al cual se pertenezca, existen diversas creencias en relación a las causas del malestar, así puede ser atribuido a mala suerte, mal de ojo, problemas económicos, etc.

Brede, Wolff, Zepf (citado en Sivak y Wiater, 1997) plantean la importancia del aprendizaje de habilidades sociales y de simbolización. Refieren que el aprendizaje y desarrollo de este tipo de recursos está íntimamente ligado al ambiente sociofamiliar y a posteriores procesos de socialización secundaria.

Paéz y Casullo (2000, citado en Lunazzi, 2006) realizan una diferenciación entre las formas expresivas de las culturas individualistas y colectivistas. Las culturas individualistas contarían con un léxico más elaborado y diferenciado, y serían capaces de relacionar experiencias somáticas y psíquicas, mediante un lenguaje altamente expresivo a un nivel afectivo, generalmente las clases sociales altas son las que presentan un mayor individualismo y la educación les permite poseer un léxico más amplio y elaborado para la expresión de estados subjetivos y emociones; en cambio las culturas colectivistas se caracterizarían por contar con menos recursos para la expresión emocional, reflejando un pensamiento más concreto y una expresión de las emociones a nivel somático fundamentalmente, sin poder relacionar expresiones biológicas con estados subjetivos o sentimientos intrapsíquicos, por otro lado éste tipo de culturas centran su atención en las relaciones y roles sociales, lo importante es la pertenencia a un grupo social, por lo que subordinan las necesidades personales en post del bienestar social. Refieren que, las formas poco expresivas de las emociones, características de las culturas colectivistas, se encuentran generalmente en las clases populares de las sociedades occidentales y en las culturas asiáticas, de hecho éstas últimas desvalorizan la verborrea y aprecian las formas más escuetas de comunicación.

Hay otra variable que puede influir en las formas de expresión, que es cuando existe una distancia de jerarquía significativa, esto se puede ver claramente en algunas

culturas asiáticas, como la cultura china, que coarta la expresión de emociones para mantener el orden social entre los superiores y subordinados, valorando la inhibición de las emociones. En la cultura India, por otro lado, existe mucho control social, por ejemplo de la sexualidad, y se prohíben las manifestaciones de los afectos, inclusive dentro de la familia.

Para M. Bach (1995, citado en Sivak y Wiater, 1997) lo importante es el hecho de que la presencia de alexitimia predice de forma significativa un posible desarrollo psicossomático, más allá de las variables sociodemográficas que se encuentren en juego.

Finalmente y siguiendo la postura tomada por Sivak y Wiater (1997) sobre estas consideraciones, los mismos autores expresan:

La alexitimia es un indicador observable, de índole dinámica y no estática, presente en distintos grados en diversas estructuras psicopatológicas.

Es asociable a situaciones traumáticas de alto estrés psicossocial y muestra ciertos cambios a partir de un vínculo terapéutico adecuado.

Es posible relacionarla con ciertas determinaciones culturales, pero no de modo concluyente; también es posible relacionarla con una mayor vulnerabilidad a somatizar. (p. 54)

Por otro lado pueden establecerse ciertas relaciones entre alexitimia y género. Culturalmente la femineidad se relaciona a una mayor expresión de las emociones, de hecho la mujer dentro del núcleo familiar tiene la función de contener afectivamente. Sin embargo una investigación que implemento la TAS-20 (instrumento para la evaluación de alexitimia) con muestras de ocho países, concluyó que las mujeres mostraban más dificultades que los hombres en diferenciar sentimientos de sensaciones corporales y en utilizar dichas sensaciones como indicadores de estados subjetivos. Pero en relación a la expresión de sentimientos los hombres muestran una mayor dificultad que las mujeres. Por otro lado con respecto a la dimensión de pensamiento operatorio, los hombres muestran más tendencia a presentar pensamiento orientado a lo externo y concreto mientras que las mujeres focalizan más en componentes internos.

### **I.3.7- Alexitimia y depresión.**



El constructo de alexitimia también ha generado controversias con respecto a ciertas relaciones que se pueden establecer con el diagnóstico de depresión.

Primero que nada, resulta fundamental describir la depresión esencial y la depresión enmascarada.

La *depresión esencial* fue planteada por Marty (1963, citado en Sivak y Wiater, 1997) cuando describió un tipo de depresión que se relacionaba a lo que el mismo autor planteó como pensamiento operatorio. La misma, se caracterizaría por no poseer autoacusaciones ni sentimientos de culpa, se trataría de una depresión sin objeto en donde la herida narcisista se reflejaría fundamentalmente en la dimensión somática. Marty plantea las características sobresalientes de esta depresión relacionada al pensamiento operatorio, pero es recién en el año 1966 cuando le da el nombre de “depresión esencial”, aduciendo que la misma refleja la esencia de la depresión, es decir una reducción del tono libidinal pero sin contrapartida económica, y plantea que la misma precede al desarrollo de enfermedades de considerable gravedad. Este tipo de depresión se diferencia de la neurótica o psicótica fundamentalmente en el hecho de que no presenta el aferramiento libidinal regresivo característico de aquellas, de esta manera la desorganización excede el dominio mental para centrarse principalmente en lo somático.

En la depresión esencial se ponen en funcionamiento mecanismos defensivos como la renegación y supresión del afecto, este mecanismo se caracterizaría por ser un mecanismo arcaico y primitivo, en donde aún no hay suficiente discriminación entre lo psíquico y lo somático. El empleo de este modo defensivo tendría como consecuencia un estado de desligazón de energía, vacío a nivel psíquico, aplanamiento afectivo, y desgano a nivel comportamental; esto a diferencia del mecanismo de la represión en donde si hay ligazón de energía psíquica, de hecho este mecanismo sucede entre instancias intrapsíquicas y existe cierta posibilidad de que el sujeto tome conciencia del conflicto.

En la *depresión enmascarada* el sujeto tiene dificultades para registrar y expresar sus sentimientos, pobre uso de la fantasía para la gratificación de impulsos, y un malestar físico leve y difuso, el sujeto a pesar de las señales no puede tomar entera conciencia de su estado de tristeza y desinterés por el mundo.

Según Walcher (citado en Sivak y Wiater, 1997) la depresión enmascarada plantea ciertas dificultades en relación a su diagnóstico, por lo cual este autor propone entender

a la depresión enmascarada como aquella de carácter endógeno, en la cual lo central es la aparición de síntomas físicos.

Ahora pasaremos a identificar claramente las diferencias entre estos dos tipos de depresión, ya que las mismas presentan algunas similitudes, como ausencia de inculpamiento y autorreproches, y presencia de manifestaciones a nivel físico. En relación al grado de somatización, la depresión esencial presenta somatizaciones de mayor alcance que en el caso de la depresión enmascarada en la cual las enfermedades son más leves, difusas y de carácter funcional. La depresión esencial presenta mayores dificultades en relación al uso de la mentalización como elaboración cognitiva de las emociones. En lo que respecta al uso de antidepresivos, en el caso de la depresión enmascarada éstos han probado tener una respuesta favorable, mientras que en la depresión esencial no existen suficientes pruebas en relación al uso de los mismos, se creería que el tratamiento terapéutico tendría mayor efectividad que el uso de fármacos. En la depresión esencial se pondrían en funcionamiento mecanismos defensivos más arcaicos como la renegación, desmentida y supresión, en el caso de depresión enmascarada se utilizan la negación, desmentida, conversión y aislamiento como modos defensivos. En lo que respecta a la relación terapéutica el paciente con depresión esencial genera aburrimiento y perplejidad a nivel contratransferencial, en cambio el paciente que presenta depresión enmascarada establece una relación de características narcisistas y se presenta demandante, el terapeuta generalmente siente angustia y preocupación por el mismo. Por otro lado en la depresión esencial hay una ausencia de relación con objetos mentales, hay un vacío a nivel psicológico y el sujeto no puede registrar lo que manifiesta su cuerpo, de modo que son los demás los que se preocupan por el mismo, en cambio en la depresión enmascarada el sujeto establece una relación significativa con el “objeto cuerpo” con una queja somática persistente. La depresión esencial se relaciona con altos grados de alexitimia mientras que la enmascarada sólo presenta alexitimia en un grado moderado-alto. Finalmente la depresión esencial presenta un pronóstico más desfavorable.

En lo que respecta a las posibles relaciones entre depresión y alexitimia, algunos autores plantean que las sintomatologías de una y otra coinciden, y otros plantean que la alexitimia es un constructo independiente al de depresión.

Según J. López Ibor Aliño (1972) y R. Montanari (1987) (citado en Sivak y Wiater, 1997) la sintomatología de la depresión coincide con las características de la alexitimia. Por otro lado M. Haviland y col. (1988, citado en Sivak y Wiater) refieren

que sólo coinciden en lo que respecta a la dificultad para diferenciar sensaciones corporales y afectos. R. Fish (1989, citado en Sivak y Wiater) refiere que la alexitimia puede presentarse en forma conjunta con la depresión, por lo cual se produce un enmascaramiento del estado depresivo usando como pantalla manifestaciones somáticas.

Una investigación realizada con pacientes psicósomáticos del Hospital General de Agudos T. Álvarez, de Buenos Aires (que luego fue presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría y el Congreso Argentino de Psiquiatría, realizado en Bariloche en el año 1995), se propuso evaluar las correlaciones entre depresión y alexitimia. Los resultados mostraron baja correlación entre alexitimia (evaluada con la Escala de Alexitimia UBA) y depresión (evaluada con la Escala de Depresión de M. Hamilton), estos resultados permitieron inferir que se trataría de dos constructos diferentes a pesar de que pueden encontrarse superpuestos en algunos casos.

### **I.3.8- Alexitimia y estrés.**

Las relaciones entre alexitimia y estrés, se pueden referir a dos temas. Por un lado la alexitimia como reacción posterior a un evento estresante (por lo tanto alexitimia como modo defensivo) produciendo bloqueo emocional y una regresión en el desarrollo afectivo por resultar dicho evento desbordante para el aparato psíquico, lo cual fue planteado anteriormente en el apartado sobre hipótesis etiológicas, más específicamente en lo que se refiere al modelo psicodinámico, en el que se trataría de una alexitimia secundaria de carácter situacional. La otra vinculación posible entre alexitimia y estrés se refiere a la influencia que puede tener la misma en la reactividad al estrés a nivel fisiológico y por lo tanto la respuesta hacia el mismo.

Atendiendo a las influencias de la alexitimia en la reactividad al estrés, resulta fundamental primero exponer de qué manera se desarrollan los procesos de activación emocional.

Por proceso de activación emocional se entiende aquellos cambios que sufre el organismo al recibir una serie de estímulos, estos cambios terminan por generar una respuesta emocional. Este es un proceso de carácter multifactorial y cada uno de sus factores implica ciertos efectos, a saber:

- Experiencia o efecto subjetivo: se refiere a las sensaciones o sentimientos que desencadena una situación determinada, así puede causar diversas sensaciones y a partir de esto se realiza una valoración, fundamentalmente catalogando a la situación como placentera o displacentera.
- Expresión corporal o efecto social: al experimentar cierta sensación se desencadenan cambios en nuestro cuerpo que expresan lo que sentimos, por ejemplo un cambio en la postura, en la tonalidad de la voz, gestos faciales, etc. Todas estas comunicaciones que emitimos a un nivel no verbal tienen un efecto en el receptor y lo orientan sobre como debe comportarse en tal situación.
- Afrontamiento o efecto funcional: son todos aquellos cambios que se producen por esfuerzos de ajuste que realiza el organismo y que pone en marcha cuando percibe a una determinada situación como potencialmente desbordante o amenazante para su bienestar. Es un proceso psicológico en el cual el sujeto utiliza sus recursos a nivel cognitivo y conductual para adaptarse a los cambios y demandas tanto internas como externas.
- Soporte fisiológico: se refiere a las modificaciones y alteraciones que sufre el sistema nervioso central, endocrino y periférico a raíz del proceso de activación emocional, por ejemplo cambios en la frecuencia cardíaca, cambios en la presión arterial, elevaciones en la tensión muscular, etc.

En lo que se refiere a la influencia de la alexitimia en la reactividad al estrés, Martin y Phil (1985, Fernández-Abascal, 1999) plantean la “hipótesis del estrés” mediante la cual proponen la idea de que la presencia de alexitimia supone un riesgo y un factor de vulnerabilidad, por lo cual las repercusiones patógenas pueden llegar a ser serias en el caso de un sujeto que presente síntomas de alexitimia.

De acuerdo a lo que plantean estos autores hay ciertas dificultades en los sujetos alexitímicos que influyen en su forma de responder a situaciones estresantes. Estas dificultades son las siguientes:

- La etapa de activación somática se ve extendida y amplificada por la dificultad que presentan en relación a discriminar sentimientos de sensaciones a nivel corporal, también se ve afectada por su pobre nivel de

conciencia de los afectos, todo lo cual genera cierta tendencia a la acción como estrategia de afrontamiento.

- Presentan dificultades en la modulación de la activación simpática, lo cual obstaculiza el logro de la homeostasis para poder responder de una manera adecuada a la situación amenazante pudiendo integrar las señales fisiológicas con el plano cognitivo y conductual.
- La incapacidad para poder integrar los componentes fisiológicos de la activación emocional y la evaluación subjetiva de los mismos, le dificultan al sujeto poder utilizarlos como señales internas y así poner en marcha procesos de adaptación, por lo cual el sujeto al no poder registrar la situación como potencialmente peligrosa para su bienestar se expone a perpetuar dicha situación y por lo tanto el organismo no pone en funcionamiento los mecanismos necesarios de afrontamiento.

Fundamentalmente, las diferencias entre la reacción adaptativa al estrés y la alexitímica están en que, en el proceso adaptativo se realiza una integración de los componentes afectivos y la valoración cognitiva de los mismos y en el caso de los sujetos alexitímicos hay una escasa integración por lo cual el organismo no posee la información suficiente para desencadenar los procesos de ajuste y adaptación necesarios para restituir la homeostasis del sistema. De esta manera el organismo no puede autorregularse adecuadamente lo que puede producir una extensión de la etapa de hiperactivación simpática que resulta en un factor de riesgo para la salud del sistema. Por lo tanto, este modelo propone entender a la alexitimia como un déficit a nivel cognitivo de los procesos afectivos y plantea a la misma como factor de riesgo más que como síntoma relacionado a las enfermedades psicosomáticas.

Los autores que proponen esta hipótesis realizaron diversos estudios en relación a las respuestas fisiológicas al estrés en los sujetos alexitímicos, las conclusiones mostraron que aquellos con alto grado de alexitimia mostraban un desajuste ya que el nivel de activación simpática se mantenía intacto tanto en las fases de exposición al estresante como de recuperación del mismo, a diferencia de los sujetos que presentaban bajos grados de alexitimia que en la fase de recuperación mostraban una preeminencia de la actividad parasimpática.

En conclusión, los sujetos alexitímicos presentan dificultades que terminan influyendo en la valoración de situaciones estresantes como tales y por lo tanto están

expuestos a presentar altos niveles de activación fisiológica lo que resulta en un importante factor de riesgo para la salud del organismo.

### **I.3.9- Alexitimia y su relación con los mecanismos de defensa.**

Cuando hablamos de mecanismos de defensa nos referimos a las operaciones psíquicas realizadas con el fin de reducir el impacto y la angustia que pueden provocar ciertas experiencias traumáticas que el aparato psíquico no puede elaborar, por lo cual operan alterando su percepción. Es decir, que las defensas protegen al mismo de las consecuencias negativas de los estados afectivos, disminuyendo de esta manera la disonancia cognitiva y ayudando a amortiguar el impacto de cambios muy bruscos en la vida psíquica.

Los grados de madurez de las defensas sirven para diferenciar el funcionamiento de la estructura de personalidad, por lo cual son un importante recurso diagnóstico. En este sentido el sujeto que alcanza un buen nivel de madurez en su funcionamiento defensivo, es aquel que tiene la capacidad de discriminación yo-mundo externo y que posee más recursos para habérsela con el medio. La neurosis supone la instrumentalización de la represión como mecanismo de defensa principal y mecanismos auxiliares como la negación, formación reactiva, conversión, aislamiento, etc. El predominio en la utilización de alguna de estas defensas auxiliares va marcando las diferencias entre uno y otro tipo de neurosis. Por otro lado la utilización de defensas inmaduras supone pobre sentido de realidad, dificultad en la discriminación yo-no yo y la presencia de una personalidad menos integrada. El mecanismo de defensa primitivo de base es la escisión y sus derivados: idealización, desvalorización, identificación proyectiva, proyección y negación aunque a un bajo nivel; las estructuras de personalidad que se caracterizan por un nivel inmaduro de defensas son fundamentalmente, la Personalidad límite y la Psicótica. Por último las personas que utilizan defensas más evolucionadas gozan de una mejor salud mental, y cuentan con mejores medios para habérselas con las demandas del mundo externo, así como también pueden establecer relaciones interpersonales más estables que aquellas personas con tendencia a las defensas primitivas.

Como fue expuesto anteriormente el paciente psicossomático trata sus afecciones corporales como algo ajeno que viene a estorbarlo en su vida robotizada y sin contacto, no tiene la capacidad de relacionar sus síntomas somáticos con sus estados subjetivos,

por lo cual se produce una disociación entre mente y cuerpo. Siguiendo esta idea se hace patente la utilización de la escisión como mecanismo de defensa primitivo. Por otro lado Kuchenoff (1993, citado en Lunazzi, 2006) define el mecanismo de defensa de “negación primitiva” y lo vincula con la alexitimia, define a este mecanismo como: “la exclusión radical de la experiencia intrapsíquica, de insoportables afectos y pensamientos” (p.82). Este autor refiere que este mecanismo de defensa causa montos excesivos de energía psíquica, de tal forma que no pueden llegar a transformarse en simbolizaciones, por lo cual las experiencias afectivas quedan fundadas en un nivel preconceptual ya que no llegan a ser material de representación.

Bond (1983, citado en Lunazzi, 2006) elabora un instrumento para la medición de los mecanismos de defensa y lo denomina Defense Style Questionnaire (DSQ), luego Andrews y col. (1989, citado en Lunazzi) hacen una revisión de dicho instrumento recategorizando sus variables y elaboran a partir de esto tres variedades de estilos defensivos, que son el estilo de defensa maduro, inmaduro y neurótico. Utilizan dicho instrumento en conjunto con la escala TAS de alexitimia, los resultados obtenidos permitieron concluir que la alexitimia se correlaciona positivamente con el estilo defensivo inmaduro. Shaffer, Parker y Taylor (1993, citado en Lunazzi) también correlacionaron los resultados de la TAS 20 y el DSQ (de Andrews) y los resultados refieren que la alexitimia se correlaciona positivamente con estilo de defensa inmaduro, débilmente con estilo neurótico y negativamente con el estilo defensivo maduro.

El sujeto alexitímico, por lo tanto, utiliza mecanismos de defensa primitivos e inmaduros y esto se comprende si tenemos en cuenta que, los mecanismos primitivos se implementan cuando fracasan mecanismos más maduros y adaptativos, y cuando montos de afecto excesivo no son representados mentalmente y por lo tanto quedan a un nivel somático sin poder ligarse a mentalizaciones, lo cual sucede en el caso del sujeto alexitímico.

La formulación inicial de Freud sobre las defensas inconcientes tomaba como eje la represión de eventos traumáticos, luego en formulaciones posteriores se habla de la represión en relación a inhibición en la experimentación de las emociones, es una no confrontación con hechos estresantes para el sujeto. El concepto de represión y el de alexitimia si bien tienen cosas en común como la pobreza en la vida imaginaria y un estilo de pensamiento orientado a lo concreto, son dos conceptos diferenciados. De hecho la alexitimia presenta marcadas diferencias con el funcionamiento neurótico, y la neurosis como estructura se organiza a partir de la defensa de la represión.

Describiremos las principales diferencias entre los sujetos neuróticos y los alexitímicos, planteadas por Henry (1977, citado en Sivak y Wiater, 1997) a saber:

- Si bien ambos presentan quejas, las mismas están referidas a distintas problemáticas, los sujetos alexitímicos realizan una descripción exhaustiva de sus síntomas físicos, mientras que los neuróticos hacen más énfasis en estados subjetivos y conflictos psicológicos.
- Los sujetos alexitímicos generalmente tienen sensaciones no muy discriminadas de tensión, ansiedad, dolor, aburrimiento, inquietud, agitación, entre otros; por otro lado los neuróticos presentan más sentimientos de culpa, depresión, ansiedad pero relacionada más a pensamientos y fantasías que a sensaciones corporales, y las sensaciones que verbalizan se encuentran más discriminadas.
- En relación al contenido del pensamiento, los alexitímicos presentan pensamiento operatorio práctico y orientado hacia detalles externos, así como un marcado detrimento del uso de la fantasía; los sujetos neuróticos poseen gran capacidad para describir y expresar de forma florida sus estados afectivos prestando atención a detalles internos y poseen una rica vida de fantasía.
- En los sujetos alexitímicos es infrecuente el llanto y cuando se presenta lo hace disociado del afecto y sin relación alguna con él, el sujeto llora pero no sabe bien por qué; en el caso del neurótico el llanto esta vinculado con el afecto correspondiente.
- Los alexitímicos no sueñan con frecuencia a diferencia de los sujetos neuróticos.
- En cuanto a las relaciones interpersonales los alexitímicos no establecen relaciones estables y presentan cierta tendencia a tener relaciones dependientes o bien a aislarse; el neurótico puede establecer relaciones estables y satisfactorias, si bien puede tener dificultades en sus relaciones estas son específicas.
- El alexitímico provoca aburrimiento en el interlocutor, mientras que el neurótico provoca preocupación y su discurso resulta más interesante.



### **I.3.10- Alexitimia y rasgos de personalidad.**

Diversos estudios han encontrado relación entre la alexitimia y ciertos rasgos de personalidad. Los modelos de personalidad basados en rasgos se proponen el estudio de la personalidad en función de cualidades o “rasgos”, es importante tener en cuenta que en este tipo de evaluaciones se realiza una abstracción de dichas cualidades para su estudio, es decir que la evaluación se realiza sobre los rasgos y no sobre el individuo. Los *rasgos* son aquellas cualidades de la personalidad que se caracterizan por ser principales, substanciales, características y estables.

Parker, Bagby y Taylor (1989, citado en Lunazzi, 2006) correlacionaron rasgos de personalidad y alexitimia utilizando el modelo de los tres factores de Eysenck. Las conclusiones mostraron que la alexitimia correlaciona positivamente con neuroticismo y negativamente con extraversión, por otro lado la correlación con psicotismo fue positiva aunque muy leve.

Ahora estableceremos ciertas diferencias existentes entre neuroticismo e introversión y alexitimia. Como anticipamos anteriormente hay marcadas diferencias entre los neuróticos y los sujetos alexitímicos. Hay todavía otras diferencias, por ejemplo, los neuróticos presentan vulnerabilidad fisiológica a todo tipo de agentes, al igual que los alexitímicos, pero los neuróticos tienen mucha capacidad de expresar cómo los afectan dichos factores y a transmitir sus emociones a diferencia de los alexitímicos que se caracterizan por tener importantes dificultades en este sentido.

En lo que respecta a las relaciones entre características alexitímicas e introversión, ambos comparten la dificultad en expresar a los demás sus sentimientos y emociones y son vistos en sus relaciones interpersonales como personas frías y distantes, pero presentan una diferencia marcada que es que, los sujetos introvertidos son muy reflexivos con respecto a sus emociones, de hecho tienen tendencia a “meterse para adentro” y a inspeccionar sobre su mundo interno, en cambio el sujeto alexitímico tienen muy poco contacto con sus sentimientos y subjetividad y están orientados generalmente a hechos externos y no internos.

Por lo cual se puede concluir que a pesar de que se pueden encontrar ciertas relaciones entre el constructo de alexitimia y el de neuroticismo e introversión, estos constructos no poseen ciertas características esenciales que hacen al concepto de alexitimia.

### **I.3.11- Evaluación de la alexitimia.**

A partir del surgimiento de la alexitimia como constructo hipotético se hizo necesaria la elaboración de instrumentos para su evaluación siguiendo los requerimientos científicos pertinentes. Luego del desarrollo del concepto surgieron diversas técnicas para su evaluación, pero resultó difícil idear una que fuera lo suficientemente confiable. Según el mismo Sifneos, la evaluación de la alexitimia se encontraba con algunas limitaciones, como eran la diferenciación entre alexitimia primaria y secundaria, y la limitación propia de las técnicas de autoinforme, en las cuales el sujeto debe responder a ciertas preguntas según la visión que tiene de sí mismo y sus respuestas pueden verse influenciadas por el factor de deseabilidad social, por lo cual los resultados no son del todo decisivos. El mismo autor recomendaba la utilización de tomografía de emisión de positrones (PET) ya que permiten acceder a las desconexiones entre sistema límbico y la corteza, sin embargo el acceso a este tipo de estudios resulta muy costoso y de difícil acceso.

A continuación se expondrán algunos de los instrumentos existentes para la evaluación de la alexitimia y sus alcances.

#### **1- Métodos indirectos de evaluación.**

Los métodos indirectos se refieren, en su mayoría, a técnicas proyectivas. No son tan adecuados para el marco de investigaciones científicas, aunque pueden servir como complemento de técnicas directas de alexitimia. También pueden resultar de gran utilidad, como elementos diagnósticos en el ámbito clínico.

- ***Índices de Alexitimia del Rorschach.***

Acklin y Bernat (1987, citado en Lunazzi, 2006) realizaron una investigación utilizando esta técnica para evaluar las correlaciones existentes entre alexitimia, depresión y dolores lumbares. Estos autores realizan una evaluación de la técnica y proponen un conjunto de índices del Test de Rorschach, que se vincularían con las características del constructo. Los indicadores que proponen muestran coherencia con alguna de las características de la alexitimia, como son incapacidad para utilizar la fantasía, conformismo social y sobreadaptación o adaptación rígida.

- ***Test Arquetípico de los nueve elementos (SAT9)***

Técnica diseñada por Demers-Desrosiers (1982, citado en Lunazzi, 2006). Esta técnica se encuentra basada en la teoría de Durand sobre la estructura de la imaginación. El sujeto tiene que dibujar uniendo nueve elementos y luego relatar una historia sobre el dibujo. Evalúa capacidad para fantasear y función simbólica. Se supone que los sujetos alexitímicos realizarán dibujos menos elaborados, creativos y originales que los no alexitímicos, también los alexitímicos presentan dificultades para desarrollar el relato. Es una técnica que toma a la alexitimia como un concepto unidimensional y se desconoce su validez y propiedades psicométricas.

- ***Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).***

Puede resultar útil para evaluar el nivel de fantasía utilizándolo en el marco clínico. No es aconsejable como medidor de alexitimia porque sus resultados comparados con otras medidas del constructo no han resultado suficientemente consistentes.

- ***Análisis de Contenido Verbal de Lolos.***

Lolas (1997, citado en Lunazzi, 2006) propone evaluar la alexitimia mediante el análisis del contenido del lenguaje, por lo cual desarrolla un conjunto de categorías de contenido verbal referente a la expresión emocional y afectiva. Por otro lado plantea la importancia de utilizar más de un método para su evaluación para obtener resultados concluyentes.

## **2-Métodos directos de evaluación.**

- ***Cuestionario del Beth Hospital de Boston (BIQ).***

Este cuestionario fue elaborado por Sifneos (1973, citado en Sivak y Wiater, 1997). Consta de 17 ítems con opciones dicotómicas. Sifneos desarrolla este cuestionario a partir de observaciones clínicas sobre diferentes estilos afectivos de pacientes que presentaban trastornos psicossomáticos y afectivos. Los ítems son completados por el entrevistador basándose en sus observaciones y ocho de estos ítems evalúan la presencia de alexitimia. Se hicieron posteriores modificaciones de la versión original. Recientemente este cuestionario obtuvo mayor validez al evaluar su concurrencia con la TAS.

- ***La Shalling-Sifneos Personality Scale (SSPS).***

Desarrollado por Sifneos en 1979, (citado en Sivak y Wiater, 1997) en el año 1986 el mismo autor realiza una revisión de esta técnica. Esta escala es autoadministrable y esta formada por 20 ítems que el sujeto responde según una escala de cuatro valores. El puntaje máximo que se puede obtener es de 80 puntos y el mínimo es de 20 puntos. Siendo los puntajes mínimos indicadores de alexitimia, si la persona consigue un puntaje menor de 50, se puede considerar que la misma presenta características alexitímicas. La validez de esta técnica es dudosa y su estructura factorial no es estable aplicada a distintas muestras, carece de consistencia interna y homogeneidad.

- ***El cuestionario provocador de Alexitimia (APRA).***

Diseñado por Krystal (1979, citado en Sivak y Wiater, 1997) con la intención de elaborar una entrevista estructurada que redujera los posibles sesgos del entrevistador. Esta formado por 17 preguntas derivadas de los ítems de autoinforme del BIQ. Lo que pretende es evaluar el lenguaje afectivo utilizado por un sujeto, cuando se imagina en ciertas situaciones estresantes. Muestra una alta correlación con los puntajes del BIQ, lo que sugeriría una validez aparejada al de aquel.

- ***Escala de Alexitimia del MMPI.***

Consta de 22 ítems, de los 556 del MMPI. Esta escala fue desarrollada por Kleiger y Kinsman en 1980 (citado en Lunazzi, 2006). Fue muy criticada por tener pobre consistencia interna y respuestas sesgadas por el factor de deseabilidad social. Además se considera poco representativa del constructo teórico, principalmente ya que no tiene suficiente vinculación con las variables de verbalización de sentimientos y capacidad de fantasear. Por todo esto no se considera un instrumento confiable para la evaluación de la Alexitimia.

- ***California Q-Set Alexithymia Prototype.***

Diseñada por Haviland y Reise en 1996 (citado en Lunazzi, 2006). El desarrollo de la misma se basó en los rasgos característicos de la alexitimia. Resulta interesante ya que se pueden derivar descriptores de personalidad vinculados con el constructo.

- ***Escala de Alexitimia Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS)***

Se realizara una explicación más exhaustiva de esta técnica por consistir en el instrumento más confiable y validado para la evaluación de la alexitimia y, ya que será una versión de la misma la que se utilizará en esta tesina.

Esta escala autoadministrable surge al comienzo de la década de 1980, fue desarrollada por G. Taylor y M. Bagby (1987-1988, citado en Sivak y Wiater, 1997)

quienes, inundados por las limitaciones de las técnicas existentes se vieron impulsados a elaborar un instrumento suficientemente válido y confiable para la evaluación del constructo de alexitimia. Para esto primero elaboraron cinco ejes que reflejarían la esencia del constructo, a saber:

- 1- Dificultad para describir sentimientos.
- 2- Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.
- 3- Incapacidad para la introspección.
- 4- Conformismo social.
- 5- Pobre vida de fantasía e incapacidad para recordar sueños.

**TAS-26:** En un principio los autores elaboran 41 ítems, de los cuales 20 estaban formulados de forma afirmativa y 21 de forma negativa. Luego realizan una versión de 26 ítems, en donde el sujeto debía contestar eligiendo una de cinco opciones de respuesta, estas opciones son:

- 1- Totalmente en desacuerdo.
- 2- Un poco en desacuerdo.
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4- Algo de acuerdo.
- 5- Totalmente de acuerdo.

Se hicieron modificaciones de la primera versión para conseguir una adecuada validez y confiabilidad de la técnica. Luego de realizar análisis factorial llegaron a la obtención de 4 factores con una consistencia interna de 0,74 y se eliminaron ítems quedando sólo 33, luego se eliminaron 7 más que no lograron la suficiente correlación con el total de ítems de la escala. De esta manera quedaron un total de 26 ítems que fueron agrupados en 4 factores:

Factor 1: este factor evalúa la capacidad para distinguir entre sensaciones corporales de afectos, y la capacidad para discriminar y describir sentimientos. Expone el 12,3 % de la variancia total. Consta de los siguientes ítems:

- 1) Cuando lloro, siempre sé por qué lo hago.
- 4) Muchas veces me confundo y no se bien qué estoy sintiendo.
- 8) Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.
- 10) Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender.

- 12) Puedo contar lo que siento sin problemas.
- 14) Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.
- 17) Muchas veces me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo.
- 20) Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras.
- 22) Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.
- 25) No sé que está pasando adentro mío.
- 26) Generalmente no sé por qué estoy enojado.

Factor 2: Evalúa capacidad de comunicar los sentimientos. Explica el 7% de la variancia. Los ítems correspondientes son:

- 3) Quisiera ser menos tímido.
- 6) Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos.
- 8) Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.
- 9) Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado por algo.
- 12) Puedo contar lo que siento sin problemas.
- 22) Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.
- 23) La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos.

Factor 3: Los ítems se refieren a la capacidad para fantasear e imaginar. Refleja el 6,4 % de la variancia. Está formado por los siguientes ítems:

- 2) Ponerse a fantasear es perder el tiempo.
- 5) Muchas veces fantaseo sobre el futuro.
- 15) Uso mucho mi imaginación.
- 16) Cuando no tengo nada que hacer me pongo a soñar despierto.
- 18) Me pongo a fantasear.

Factor 4: Se refiere a poseer pobre capacidad instrospectiva y a focalizarse más en detalles externos. Explica el 6,1 % de la variancia.

- 7) Saber resolver un problema es más importante que saber por qué se lo resolvió de ese modo.
- 11) No me alcanza con saber que una tarea está hecha; necesito saber cómo y por qué se hizo.
- 13) Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos.

19) Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender por qué suceden de esa forma.

21) Es importante tener emociones, poder sentir cosas.

24) Uno debería buscar explicaciones más profundas.

La primera versión (TAS 26) luego de numerosas investigaciones, resulta poseer una buena confiabilidad y una apropiada consistencia interna.

Los autores prosiguen con sus investigaciones hasta realizar una nueva versión de la técnica, la que se explicará a continuación.

**TAS-20:** En esta nueva versión los ítems son reducidos a 20. También se descarta el factor correspondiente a la evaluación de vida de fantasía, quedando sólo los tres factores restantes. Esta versión cuenta con una buena consistencia interna, así como buena fiabilidad test- retest.

La escala TAS en sus diferentes versiones, fue sometida a diversas investigaciones con la intención de buscar un mayor rigor científico y obtuvo tras las mismas un importante valor psicométrico. Es un instrumento de fácil uso que ha obtenido reconocimiento y validación a nivel internacional, es reconocida por su elevada validez y confiabilidad. Es importante tener en cuenta, que al tratarse de una técnica autoadministrable es necesario estar presente en la toma del mismo, esto para poder disipar dudas que puedan presentarse en el sujeto sobre los ítems que componen la misma.

Se realizó en Argentina en 1990 una adaptación de la TAS al castellano, esta versión fue realizada por M.M.Casullo, A.Wiater y M.Maristany. Esta adaptación fue llamada *Escala de Alexitimia (UBA)*. Se consideró una versión fiel a la original. Se realizaron algunas adaptaciones lingüísticas para facilitar su comprensión cuidando de mantener el contenido de las mismas; también se realizaron algunas modificaciones tras realizar algunos estudios y con la intención de facilitar la comprensión y administración de la misma. Algunas de estas modificaciones fueron la reducción de cinco alternativas de respuesta a tres, por lo cual quedaron como respuestas posibles las siguientes opciones: 1) Generalmente-Sí, 2) A veces, y 3) Nunca-No. Por otro lado se modificó el formato de la técnica poniendo las alternativas de repuesta en columnas. También se modificó la consigna, ya que la anterior entorpecía la comprensión sobre el modo de respuesta, la misma de modificó quedando de esta manera: “*Lea con atención las siguientes 26 frases. “Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas,*

*teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible”.*

Las puntuaciones de los ítems se realizan de la siguiente manera: a las respuestas correspondientes a la columna “Generalmente-Sí” se les asigna un valor de 5, las respuestas de la columna “A Veces” se les da un puntaje de 3 y las de la columna “Nunca-No” un valor de 1 punto. Algunos ítems se puntúan de forma inversa, es decir que un puntaje de 1 se transforma en 5, al valor de 3 no se modifica y una respuesta de valor 5 se transforma en 1. Los ítems que se puntúan inversamente son: 1,5,6,9,11,12,13,15,16,18,21 y 24. Sumando los valores asignados se obtiene un puntaje bruto que se transforma en un valor T que supone una desviación estándar de 10 y un valor promedio de 50. Los puntajes iguales o mayores de un valor T de 65 implican la presencia de alexitimia, un puntaje T de 60 a 65 se considera un nivel leve de alexitimia, mientras que un valor T igual o inferior a 35 refleja baja presencia de la misma.

### **I.3.12- Tratamiento de la alexitimia.**

El tratamiento de la alexitimia es en muchos sentidos aún una incógnita. Debido a la dificultad que presentan los sujetos alexitímicos para poder sacarle provecho a las terapias de insight por sus limitaciones en relación a la actividad introspectiva, es que se hace necesaria la búsqueda de otras alternativas para su tratamiento terapéutico.

Por otro lado la efectividad de un tratamiento psicológico se ve limitada ya que rara vez buscan este tipo de ayuda por propia decisión, generalmente son derivados por su médico al no poder lidiar con sus afecciones o bien son empujados por personas que pertenecen a su grupo primario de referencia. En este sentido se plantea un problema a nivel ético porque en muchas ocasiones no se tiene realmente un paciente enfrente, ya que el sujeto no padece sufrimiento psíquico y por lo tanto el mismo se encuentra en egosintonía con su afección. Para ellos su único problema es la afección orgánica que viene a estorbarle, su órgano es el que está enfermo no él. Esto se plantea como una seria dificultad ya que la mayoría de las veces no hay demanda por parte del sujeto.

Salvando estas dificultades, diferentes autores han propuesto algunas alternativas para el tratamiento del sujeto alexitímico o bien una modificación de terapias ya existentes.

La eficacia del tratamiento psicoanalítico en este tipo de trastornos sigue en discusión. Las terapias de insight pueden llegar a causar un incremento en las



somatizaciones ya que, el modo de abordaje genera en el paciente un aumento de la respuesta ansiosa. Por otro lado las dificultades que presentan los alexitímicos en relación al uso de la fantasía y la experiencia onírica resultan otra limitación, ya que dificulta el trabajo de interpretación.

Según Krystal (citado en Sivak y Wiater, 1997) la terapia psicoanalítica puede conseguir resultados efectivos si se realizan algunas modificaciones. Propone un proceso que consta de seis fases. En la primera fase el trabajo se centra en psicoeducación, de esta manera el profesional educa al paciente en relación a sus dificultades para diferenciar sensaciones corporales de afectos y la relación que tiene esto con sus afecciones orgánicas; la segunda fase consta en mostrarle al paciente la naturaleza de sus conflictos y los modos propios de su funcionamiento; en la tercera el terapeuta debe dirigir el trabajo a lograr avances en relación a percibir y tolerar los afectos; la cuarta parte consta de guiar al paciente en la comprensión de sus afectos transmitiendo la importancia de tomarlos como señales internas para adaptarse a las demandas tanto externas como internas; la fase número cinco supone un progresivo avance del paciente para distinguir y luego expresar sus afectos, el trabajo se enfoca en esta fase en la toma de responsabilidad sobre éstos afectos expresados; finalmente en la sexta fase el autor refiere un proceso de des-somatización, lo cual se puede lograr gracias a una progresiva verbalización de sentimientos.

Según plantea McDougall (1992-1989, citado en Sivak y Wiater, 1997) la eficacia del tratamiento psicoanalítico implica cierto trabajo que en el caso del alexitímico se ve dificultado. Como primer paso requiere egodistonia y por lo tanto padecer sufrimiento a nivel psíquico, también tolerar las emociones que implica el conocimiento de sí mismo. Como ya fue planteado los alexitímicos poseen escasa conciencia de lo que les pasa y sienten, no relacionan estados subjetivos con recuerdos lo que limita el proceso de autoconocimiento. Este autor plantea ciertas tareas que el psicoanalista debe realizar a fin de obtener resultados del tratamiento, así refiere que el sujeto alexitímico utilizará el mecanismo defensivo de la identificación proyectiva, por lo cual el terapeuta deberá primero devolver las proyecciones ayudando al sujeto a elaborar sus emociones inexpresadas y luego contener al sujeto frente al desbordamiento emocional. Plantea que el terapeuta actuará desde el rol de “aparato pensador”, ayudando al sujeto a mentalizar las emociones y afectos que no puede registrar.

El tratamiento de la alexitimia se trataría en principio de un aprendizaje a nivel emocional correctivo de experiencias pasadas. Por otro lado es muy importante

establecer una buena relación terapéutica de modo de ir logrando un adecuado holding que le permita al paciente depositar su confianza en el profesional. Esto puede presentar sus dificultades si tenemos en cuenta que el alexitímico tiene tendencia a establecer relaciones que oscilan entre la dependencia y la desconfianza.

Las terapias grupales parecen ser una alternativa eficaz, ya que el grupo sirve de contención y ayuda a elaborar ansiedades, por otro lado los miembros expresan afectos que pueden resultar más manejables para el sujeto que en el caso de la relación diádica terapeuta-paciente.

Las terapias cognitivas podrían dar resultados más eficaces al tratarse de un enfoque no analítico. Los objetivos en el caso del sujeto alexitímico se centrarían en lograr que el sujeto pueda aprender a percibir sus reacciones a situaciones que le producen ansiedad así como identificar dichas situaciones y sus efectos negativos, también notar sus limitaciones a nivel de actividad imaginaria e ir adquiriendo paulatinamente una forma de expresar sus emociones y nombrarlas. También es importante trabajar sobre la aseveración del sujeto lo cual se refiere a la capacidad para expresar emociones y de transmitir a los demás acerca de lo que opinan y desean, esto con el fin de desarrollar recursos para expresarse verbalmente. Existen variadas técnicas que pueden ayudar a estos fines, como por ejemplo la técnica del refuerzo, role playing o reestructuración cognitiva, entre otras. Judith S. Beck (1995) plantea un “cuadro de emociones” para ayudar al sujeto a clasificar las mismas, de esta manera propone un método para discriminar las emociones partiendo de una situación específica en la cual el sujeto tuvo una emoción particular, a partir de esta tarea el paciente puede ir aprendiendo a discriminar que emociones le generan determinado tipo de situaciones y que pensamientos hay por debajo de las mismas.

Samir Stephano (1988, citado en Sivak y Wiater, 1997) realiza una propuesta desde una experiencia realizada en el centro hospitalario de la Universidad de Ulm en Alemania, en la cual los pacientes eran atendidos por un grupo interdisciplinario conformando una “familia terapéutica”, este equipo cumplía la función de contener y brindar un espacio seguro y coherente, todo el personal estaba avocado a cumplir con la función de sostén. Esta propuesta implica un abordaje integrado en el cual el sujeto recibe terapia tanto individual como grupal y su caso es seguido por un grupo de profesionales, por todo esto requiere de un importante apoyo por parte de la institución, lo cual en la mayoría de los casos resulta difícil. En su propuesta, este autor cree posible

llegar a la transformación del paciente ya que refiere que las dificultades se presentan a causa de un detenimiento en el desarrollo de la integración psicosomática.

Sifneos realiza una diferenciación del tratamiento según se trate de alexitimia primaria o secundaria. En el primer caso el origen biológico del trastorno trae aparejado serias dificultades para la introspección y la verbalización lo cual dificulta la psicoterapia, por esto el autor aconseja una psicoterapia de apoyo y la administración de psicofármacos, en el caso de alexitimia secundaria sugiere terapias de insight por su etiología psicodinámica y la utilización de mecanismos de defensa arcaicos. Según plantea Sivak (1997) y de acuerdo a las experiencias realizadas junto a sus colaboradores, en relación a la utilización de psicofármacos plantean que en los casos con grados altos de alexitimia, estables en el tiempo y resistentes a psicoterapias, se preciso la administración de neurolépticos durante períodos largos. A diferencia de aquellos sujetos que presentaban alexitimia secundaria, los cuales respondieron mejor a la psicoterapia, y sólo se les administró ansiolíticos y antidepresivos durante períodos cortos, y rara vez neurolépticos.

# **Capítulo II**

## **Esquemas Cognitivos**

## **Capítulo II: Esquemas Desadaptativos Tempranos.**

### **II.1- El concepto de esquema en la teoría cognitiva.**

En la teoría de la terapia cognitiva resulta esencial la función del procesamiento de la información, especialmente en lo que se refiere a la adjudicación de significados. De esta manera sirve para la comprensión de los procesos y la conducta patológica, haciendo hincapié en aquellas conceptualizaciones que se activan en determinadas ocasiones resultando desadaptativos para el sujeto.

La importancia del concepto de *esquemas* se refleja inclusive en los axiomas formales de la teoría cognitiva, a saber: “ 1) El camino central para el funcionamiento o adaptación psicológica consiste de estructuras de cognición constructoras de significado, denominadas Esquemas. “Significado” se refiere a la interpretación que hace la persona de determinado contexto y de las relaciones del contexto con el self. 2) La función de Asignación de Significado” (Piracés, 2002, p.2)

Por lo tanto el concepto de esquema ha sido fundamental en la teoría y práctica de la terapia cognitiva. Tiene su historia y se remonta a lo planteado por Piaget (1926, citado en Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter, 2005) y Bartlett (1932, citado en Castrillón, et al.). El primer autor se refiere al concepto en relación a los procesos de pensamiento en los niños planteando distintas etapas de desarrollo cognitivo, el segundo autor para explicar en contextos sociales, las funciones de comprensión y memoria.

Fue Beck (1983) el primero que utilizó este concepto en el marco de una teoría psicopatológica, de esta manera desarrolla un modelo cognitivo de la depresión para luego ampliar lo propuesto a los casos de ansiedad y trastornos de personalidad, aunque fue Young (1989, citado en Piracés, 1997) quien se focalizó específicamente en este último tema.

El autor retoma lo planteado por Beck y completa el modelo de la terapia cognitiva del mismo. Se centra especialmente en la necesidad de aumentar la eficacia clínica en los casos de trastornos de la personalidad por lo que plantea una innovadora forma de terapia. Al igual que Beck pone al concepto de esquema como piedra angular para la comprensión del funcionamiento a nivel cognitivo de los trastornos psicopatológicos, pero se centra especialmente en el contenido maladaptativo de los esquemas, así como en su desarrollo temprano. De esta manera desarrolla los supuestos

teóricos de los esquemas desadaptativos tempranos y los distintos dominios de los esquemas (mantenimiento, evitación y compensación).

### **II.1.1- El modelo cognitivo de Beck.**

Beck (1983) al definir la terapia cognitiva desde su modelo teórico dice:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (...) (p. 13).

Por otro lado las técnicas terapéuticas están dirigidas al conocimiento y modificación de estas cogniciones o esquemas, a través de un trabajo de confrontación del sujeto con las mismas. Estas modificaciones se realizan a partir de una reevaluación de los pensamientos y cogniciones, lo que permite al sujeto aprender a enfrentar las demandas, tanto internas como externas de una manera más adaptativa, erradicando de esta manera los síntomas. Beck (1983) plantea que: “El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.” (p. 13)

La terapia centrada en la modificación de las cogniciones distorsionadas, permite al paciente ir aprendiendo cómo identificar y someter a prueba lógica todos los pensamientos que están a la base de su forma de comprender el mundo y accionar sobre él. De esta manera las técnicas terapéuticas pasan a ser un recurso del paciente extendiéndose sus efectos del consultorio a situaciones externas al mismo. El

aprendizaje por parte del paciente se logra, ya que el mismo es un agente activo en su propio proceso, el terapeuta debe alentar al paciente para que tome partido en el mismo, inclusive haciéndolo partícipe del diseño de su propia terapia.

Beck (1983) refiere que la terapia cognitiva se diferencia de otro tipo de terapias en el hecho de que presta mayor atención a los procesos mentales. Sobre esto expresa: “La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la *investigación empírica* de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.”(p 16). Se trata de una investigación empírica ya que los pensamientos o inferencias del paciente se toman como hipótesis y luego se tratan de refutar (o bien comprobar su validez) a través del pensamiento lógico y la experiencia directa del paciente.

En el modelo cognitivo de Beck, el concepto de esquemas es un elemento central, y el tratamiento terapéutico se focaliza en la modificación de los mismos. La importancia que tiene este concepto en la propuesta de Beck (1983), se puede ver en los supuestos generales de la terapia cognitiva que propone el mismo autor, a saber:

- 1) La percepción y, en general, la experiencia son procesos *activos* que incluyen tanto datos de inspección como de introspección; 2) Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- 3) El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales); 4) Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro; 5) Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta; 6) Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas; 7) La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica. (p. 17)

Beck (1983) propone un modelo cognitivo de la depresión y desarrolla el mismo a partir de tres ejes, que son: el concepto de triada cognitiva, la organización estructural

del pensamiento depresivo y los errores en el procesamiento de la información. A continuación se desarrollara cada uno de estos conceptos.

#### 1- Concepto de Tríada Cognitiva:

Consiste en una manera particular e idiosincrática del sujeto de evaluarse a sí mismo, a las experiencias que atraviesa y a su futuro.

En relación al primer elemento de la tríada, el sujeto posee una visión negativa de sí mismo, sintiéndose inútil, desgraciado, torpe, incompetente y sin valor, de esta manera se siente incapaz de enfrentarse a las demandas del medio. Por todas estas concepciones sobre sí mismo, el sujeto piensa que él es el responsable de todas las situaciones desgraciadas que le pasan y tiende a subestimarse y desvalorizarse a sí mismo.

El segundo componente se relaciona con el hecho de que el sujeto realiza una interpretación subjetiva de sus experiencias, esta interpretación es negativa de modo que cree que el mundo está contra él y que se le presentan situaciones injustas y desgraciadas, también interpreta los intercambios con el entorno como fracasos así como sus relaciones interpersonales se ven teñidas de estas interpretaciones negativas.

Por último el tercer componente de la tríada cognitiva se trata de la visión negativa que tiene el sujeto acerca de su futuro. Tanto cuando realiza planes a corto o a largo plazo lo hace de una manera pesimista sosteniendo que su padecimiento y problemas seguirán presentes en un futuro y se visualiza sufriendo frustraciones y fracasos.

La interpretación negativa que realiza el sujeto en cada una de estas áreas tiene consecuencias a otros niveles. Tanto a nivel motivacional como conductual y afectivo estas cogniciones tienen sus efectos. Así la escasa energía y fuerza de voluntad se relacionan con el pesimismo y los pensamientos negativos, así como también influyen la conducta del sujeto, ya que el mismo se comporta como si todas estas premisas fueran verdaderas.

#### 2- Organización Estructural del Pensamiento Depresivo:

Este componente del modelo cognitivo de Beck se refiere al concepto de *esquemas cognitivos*, y es a través del mismo que el autor explica por qué el sujeto



depresivo mantiene formas de accionar en el mundo que son claramente desventajosas para él.

Dice Beck (1983) “Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables” (p. 20). De esta manera el sujeto realiza una evaluación de las situaciones atendiendo a estímulos específicos y a partir de esto interpreta de manera subjetiva. El sujeto va a presentar la tendencia de conceptualizar las situaciones de una manera particular. El modo en que un sujeto enfrenta un estímulo es a través de esquemas cognitivos idiosincrásicos y mediante éstos es que percibe, evalúa e interpreta las situaciones que se le presentan.

Según plantea este autor la dimensión y funcionalidad que alcanzan algunos esquemas inadecuados es creciente. Cada sujeto posee esquemas particulares y codifica los estímulos en relación a estos, pero un esquema puede estar fuera de actividad durante largo tiempo y ser activado por una situación específica. En los estados psicopatológicos éstos esquemas inadecuados se hacen presentes cada vez con más continuidad y frecuencia, y son evocados por cada vez más estímulos y situaciones, de modo que se van generalizando y perdiendo la coherencia lógica con la situación específica. Esto limita al sujeto a poder responder de una forma más adaptativa a su entorno, el pensamiento se vuelve rígido y el sujeto no puede interpretar los estímulos mediante esquemas más adecuados con la situación.

### 3- Errores en el procesamiento de la información:

Beck plantea 6 tipos de errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del sujeto depresivo. A partir de éstos plantea modos maduros y primitivos de procesar la información, a saber:

- 1) Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Este error se da cuando el sujeto determina una conclusión a pesar de no tener la información suficiente o inclusive a pesar de que la información existente vaya en contra de esta conclusión.

- 2) Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Se refiere a conceptualizar una situación en base a un único estímulo, sin tener en cuenta otros más significativos y pertinentes a la situación.
- 3) Generalización excesiva (relativo a la respuesta): el sujeto procesa una conclusión como regla a partir de varios hechos que no guardan relación entre sí y de la misma manera aplica estas conclusiones indiscriminadamente.
- 4) Maximización y minimización (relativo a la respuesta): al realizar la evaluación de la situación el sujeto comete el error de atribuirle una magnitud, ya sea mayor o menor a la que realmente tiene.
- 5) Personalización (relativo a la respuesta): el sujeto se atribuye y toma responsabilidad por hechos externos, aún cuando no hay ninguna información disponible para realizar tal relación.
- 6) Pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta): se realiza una evaluación de todas las situaciones en base a dos concepciones opuestas; por ejemplo bueno- malo, responsable-irresponsable. En el pensamiento del sujeto depresivo se destaca la interpretación en base al polo negativo de los opuestos.

El autor conceptualiza el desorden del pensamiento en términos de modos primitivos y maduros de pensamiento. El pensamiento primitivo se caracteriza por un modo rígido, absolutista y extremo. El sujeto interpreta las situaciones de una manera global y el contenido del pensamiento tiende a ser extremo y negativo, así como la respuesta emocional concomitante. Por otro lado el pensamiento maduro es multidimensional, es decir que evalúa teniendo en cuenta la totalidad de la situación (en lugar de tener en cuenta una única categoría) y sin emitir juicios de valor, el pensamiento es más relativo que absoluto. También presenta la característica de la reversibilidad, al no ser absolutista y rígido.

Así es como con su propuesta teórica llega a una hipótesis fundamental sobre el funcionamiento cognitivo en los trastornos mentales. Esta hipótesis plantea que, cada trastorno psicológico va a estar caracterizado por un tipo particular de esquemas y también va a presentar un funcionamiento característico a nivel de procesamiento sesgado de la información y de pensamiento negativo automático.

## **II.2- Definición y características del concepto de esquema.**

Para Beck (1967, citado en Piracés, 1997) el esquema es *“una estructura cognitiva para captación, codificación y evaluación de un estímulo que influye sobre el organismo. Sobre la base de la matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse en relación al tiempo y al espacio, y también de categorizar experiencias e interpretarlas en una forma significativa”*. (p.5)

Refiere una relación directa entre el concepto de esquema y el de personalidad, y expresa que los esquemas se pueden considerar como estructuras que están por debajo de estos rasgos, que son su expresión. De estas estructuras (esquemas) van a depender los procesos afectivos, cognitivos y conductuales.

“Los esquemas son estructuras de interpretación de la realidad relativamente estables que resultarían activadas ante ciertas situaciones con las que mantendrían relaciones de significación. Suponen la conformación de una unidad de procesamiento en la que hay un aspecto fisiológico, un aspecto ideativo, un aspecto motivacional y uno emocional. Es un patrón de pensamiento estable y durable que se desarrolla durante la infancia y es elaborado a través de toda la vida del individuo. Vemos al mundo a través de nuestros esquemas. Al aspecto observable de la activación de los esquemas Beck lo denomina: pensamientos automáticos”. (Keegan, 2001, citado en Barrera, 2002; p. 92)

Así el modo en el cual un sujeto evalúa una situación depende de las creencias idiosincrásicas que se encuentran por debajo, estas creencias sobre uno mismo y el contexto están sostenidas por estructuras estables que son los esquemas, es a través de éstos que se seleccionan e interpretan los datos que ingresan. A sí mismo, estas creencias son muy estables y el individuo las acepta sin cuestionarlas, son autoperpetuadoras y resistentes al cambio. Por lo cual un esquema no se supera fácilmente y se requiere de un trabajo terapéutico para su modificación. El esquema es mantenido rígidamente a pesar de que los datos de la realidad lo contradigan.

El sujeto se vuelve selectivo en la captación de estímulos y presta particular atención a aquellos que confirmen al esquema cognitivo presente, de modo que los esquemas van a orientar nuestra interpretación de las situaciones consistentemente. Con respecto a esto expresa Beck (1991): “Los esquemas más idiosincrásicos y disfuncionales desplazan a los esquemas más adaptativos y orientados hacia la realidad en funciones tales como procesamiento de la información, recuerdo y predicción”. (p.32)

Los esquemas se pueden referir a contenidos relacionados con la persona, como a creencias sobre uno mismo y/o hacia los demás, o a contenidos impersonales, es decir actitudes hacia objetos, ya sean concretos (un auto) o abstractos (la libertad).

“Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales, tales como amplitud (sean ellos estrechos, anchos o discretos), flexibilidad o rigidez (su capacidad para la modificación) y densidad (su relativa prominencia en la organización cognitiva). También pueden ser descritos en términos de su valencia, el grado en el cual son energizados en un determinado momento. El nivel de activación (o valencia) puede variar de latente a hipervalente. Cuando los esquemas son latentes, no participan en el procesamiento de la información; cuando son activados, canalizan el procesamiento cognitivo desde las etapas primeras a las finales (...)” (Beck, 1991, p.32)

Cuando los esquemas se encuentran hipervalentes impiden el funcionamiento de otros esquemas más adaptativos y concordantes con la situación, por lo que permanentemente actúan introduciendo sesgos en el procesamiento de la información y en la interpretación de los estímulos.

“Cuando ciertos esquemas son hipervalentes, el umbral para la activación de los subesquemas constitutivos es bajo: Los pone en marcha con facilidad un estímulo remoto o trivial. Son también “predominantes”; es decir que en el procesamiento de la información desalojan con facilidad a esquemas o configuraciones más apropiadas (...)” (Beck, 1991, p.33).

Cuando cierta situación provoca la activación de un esquema, el mismo domina nuestros pensamientos y emociones, así como también dirigen la interpretación que hacemos de lo que nos sucede de una manera consistente.

Por otro lado Beck (1991) expresa en relación a los esquemas:

La personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la formación de una respuesta adaptativa dependen de esos sistemas entrelazados de estructuras especializadas. En la memoria, la cognición, el afecto, la motivación, la acción y el control, participan sistemas separados pero relacionados. Las unidades básicas de

procesamiento, que son los esquemas, están organizadas según sus funciones (y también según su contenido). Diferentes tipos de esquemas tienen diferentes funciones. Por ejemplo, los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con los deseos; los esquemas instrumentales preparan para la acción, y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición o dirección de las acciones.

Algunos subsistemas compuestos por esquemas cognitivos apuntan a la autoevaluación; otros, a la evaluación de las otras personas. Hay subsistemas destinados a almacenar recuerdos y a proporcionar acceso a ellos. Y aun otros subsistemas preparan para situaciones futuras y proporcionan la base de las expectativas, previsiones y proyectos de largo alcance. (pp. 32-33)

El procesamiento de la información se realiza a través de los esquemas, de modo que el sistema cognitivo selecciona al esquema de acuerdo al input estimular, una vez activado el esquema, éste va a guiar la atención a ciertos estímulos y posteriormente va a dirigir la interpretación del mismo. Por lo cual sólo será procesada la información que concuerde con el esquema activado. Los esquemas organizan la información entrante de una manera estructurada y de forma estereotípica, de esta manera proporcionan información y ayudan a resolver la ambigüedad estimular, son estructuras que integran y dan significado a las situaciones y estímulos.

Los esquemas que se encuentran en los trastornos de personalidad son activados con mucha más continuidad que los que se encuentran en los síndromes como la depresión, en el primer caso forman parte del procesamiento de la información de una manera habitual y continua.

### **II.3- Esquemas Desadaptativos Tempranos.**

### **II.3.1- La teoría de Young.**

La teoría de Young (1989, citado en Piracés, 1997) es una ampliación de lo planteado por Beck. Reconociendo la efectividad de la terapia cognitiva a corto plazo, realiza modificaciones centrándose especialmente en el abordaje de los trastornos de personalidad y en lograr una mayor eficacia clínica en el tratamiento de los mismos.

El autor plantea ciertas modificaciones a la tradicional terapia cognitiva a corto plazo planteada por Beck. El mismo, le da mayor importancia a la relación terapéutica ya que lo considera fundamental para el tratamiento de los pacientes con trastorno de personalidad, esto es ya que, una de las características de estos trastornos son las dificultades en ésta área.

Lo que lo impulsa a proponer una teoría de los esquemas y las modificaciones al modelo de Beck, es el hecho de que tropieza con una serie de dificultades al tratar casos crónicos con el protocolo original de Beck. Las dificultades con las que se encuentra son las siguientes:

- 1) La terapia cognitiva breve da por sentado que los pacientes cuentan con cierta flexibilidad, así el terapeuta sólo tiene que ayudar al mismo a ver el error en sus pensamientos; este supuesto no concuerda con una de las características fundamentales de los trastornos de personalidad, los cuales se caracterizan por poseer rasgos rígidos, inflexibles y de difícil modificación. Además los rasgos de personalidad son egosintónicos lo que hace aún más difícil su modificación.
- 2) Otro de los obstáculos que encontró Young se relaciona con la evitación o bloqueo de algunos pensamientos y emociones que se da en los trastornos de personalidad, esto resulta una dificultad ya que la terapia cognitiva breve asume que los pacientes tienen facilidad para acceder a sus pensamientos y sentimientos y luego transmitirlos al terapeuta, y por lo tanto la terapia cognitiva breve no cuenta con las estrategias necesarias para tratar con esta evitación.
- 3) Un supuesto de la terapia cognitiva breve es que las dificultades que se dan en la relación terapéutica no son un obstáculo para la mejoría del paciente, esto se transforma en una dificultad ya que

una de las aspectos que caracteriza a los trastornos de personalidad es presentar relaciones interpersonales disfuncionales y la relación terapéutica es uno de los lugares más importantes para trabajar dichas dificultades.

### **II.3.2- Origen de los esquemas.**

El origen de los esquemas está relacionado con las cinco tareas básicas que un niño debe “negociar” para desarrollarse de una manera saludable.

Estas tareas representan 4 áreas de funcionamiento de los esquemas, estas áreas son:

- 1) Autonomía.**
- 2) Conexiones.**
- 3) Valoración.**
- 4) Límites y estándares.**

- Autonomía: Donde uno puede funcionar independientemente en el mundo sin apoyo constante de los otros. Los individuos pueden expresar sus necesidades individuales, intereses, preferencias, opiniones y sentimientos. Tienen una sensación de integridad y control de sí. Finalmente creen que su ambiente es seguro y no están hipervigilantes ante posibles amenazas.
- Conexiones: Significa el sentido en que uno está conectado a otra gente de manera confiable, estable y duradera. Una de sus formas implica la intimacia, que son los lazos emocionales estrechos con otros. Otra es la integración social, donde se da un sentimiento de pertenencia y ajuste dentro de un grupo.
- Valoración: Sentimiento de que uno es querible, competente, aceptable y deseable para los demás, merecedor de respeto, atención y cariño.
- Expectativas razonables: Capacidad para establecer estándares logrables y realistas tanto para uno como para los demás, especialmente en el terreno de la performance y el logro.
- Límites realistas: Los límites realistas hacen referencia a la capacidad de disciplinarse, de controlar los propios impulsos y de tomar en cuenta las necesidades de los demás, todo en un grado apropiado. (Young, 1992, citado en Piracés, 1997)

El hecho de que el niño pueda llevar a cabo estas tareas de forma adaptativa depende de varios factores. Por un lado se le da mucha importancia a los procesos cognitivos e interaccionales, en este sentido el triunfo en la realización de estas tareas básicas estará relacionado con la capacidad de los padres y el carácter del ambiente social. Cuando estos factores son adecuados y funcionan de forma adaptativa, los niños podrán desarrollarse y llevar a cabo estas tareas de forma adecuada, sin embargo cuando no es así, el niño posiblemente desarrollará uno o más esquemas desadaptativos los cuales se mantienen hasta la vida adulta y organizan de manera consistente tanto el funcionamiento emocional como conductual; así, el niño no contará con los recursos para funcionar adaptativamente en su entorno. Por otro lado también juegan un papel fundamental los factores biológicos y temperamentales.

En conclusión los factores que influyen en el logro o no de estas tareas básicas son varios, tanto el temperamento como el ambiente social del niño y los estilos parentales irán determinando el desarrollo cognitivo en este sentido.

### **II.3.3.- Definición.**

Los esquemas desadaptativos tempranos (E.D.T) *“son aquellos esquemas que se relacionan con temas amplios, concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás. Se desarrollan prematuramente en la infancia y se extienden desde el principio hasta el final de nuestra vida, y son disfuncionales por significativas razones, son multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales que sirven como base para el procesamiento de la experiencia posterior”*. Están generalmente fuera de la conciencia, aunque las personas pueden ser entrenadas para identificarlos. (Caro, 1997; p. 224)

### **II.3.4- Características de los E.D.T.**

- 1) Son creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación al ambiente.
- 2) Se originan prematuramente en la vida y son crónicos a menos que sean tratados. Normalmente se desarrollan por la acumulación de interacciones negativas tempranas con otras personas significativas (padres, hermanos, etc.), más que por un único acontecimiento traumático.



- 3) Están ligados a altos niveles de afecto, llevan a emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas, o perjudican a los demás.
- 4) Por definición, deben ser disfuncionales de una manera significativa y recurrente, interrumpen poderosamente la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas incluyendo: autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad y límites realistas. Además pueden llevar directa o indirectamente a diversos trastornos.
- 5) Se mantienen rígidamente y son difíciles de cambiar, dado que abarcan el núcleo individual del sentido del sí mismo y se perpetúan mediante patrones autodestructivos.
- 6) Generalmente son activados por eventos del ambiente que son relevantes al esquema determinado, donde los pensamientos propios de cada esquema son acompañados por un arousal afectivo particular. (Caro, 1997).

### **II.3.5- Dimensiones:**

Según Young (1992, citado en Piracés, 1997), existen 16 esquemas desadaptativos tempranos que se agrupan en cinco dimensiones (nótese que aquí el concepto de dimensión no hace alusión a una medición cuantitativa, sino a una forma de referirse a ciertas categorías alrededor de las cuales se agrupan los esquemas). Cualquiera de las mismas refleja una necesidad crítica de los niños para el funcionamiento adaptativo. Las dimensiones describen a al vez relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde radican los orígenes del esquema, así como del funcionamiento interpersonal adulto. En general una persona presenta por lo menos dos o tres de estos esquemas y en ocasiones más.

#### **DIMENSIÓN N° 1: DESCONEXIÓN Y RECHAZO.**

Los individuos que presentan los esquemas de esta dimensión crecieron en ambientes donde no fueron proveídos de suficiente cuidado, aceptación, afecto, estabilidad. En la vida adulta presentan la creencia y expectativas de que no pueden ni merecen recibir seguridad, afecto, aceptación, etc., por parte de los demás.

Incluye los esquemas que se describen a continuación:

**Abandono / Inestabilidad:** Es la creencia en que la capacidad de los demás para darnos apoyo será poco fiable e inestable. Implica entonces la sensación que los otros significativos no serán capaces de seguir proveyendo apoyo emocional, conexión, fuerza, o protección. Esto es debido a que los mismos son emocionalmente inestables, impredecibles, no confiables, o erráticos; o que ellos morirán inminentemente. Por otro lado, también existe la creencia que los otros significativos pueden ser considerados, en un grado exagerado, esenciales para sobrevivir o para que la vida tenga significado. Este esquema surge cuando de niños puedan haber vivido el divorcio o la muerte de sus padres y también cuando sus padres hayan sido inconsistentes en satisfacer las necesidades del niño, por ejemplo, puede haber habido muchas ocasiones en las cuales el niño fue dejado solo o sin atención por largos períodos.

**Desconfianza / Abuso:** incluye la expectativa de que el individuo será herido o los demás se aprovecharán de él. Manifiesta sentimientos de abuso, engaño, mentiras o manipulación. A menudo piensan en términos de atacar primero o vengarse. En la niñez estos pacientes a menudo fueron abusados o tratados con injusticia por los padres, hermanos o pares.

**Deprivación emocional:** refleja la creencia en que no lograremos, por parte de los otros, nuestras necesidades de apoyo emocional. Las tres formas particulares de pérdidas comprenden la alimentación, el cariño (ausencia de afecto tanto físico como emocional), la empatía (ausencia de comprensión de ser escuchado, de poder descubrirse a sí mismo, o de compartir sentimientos con los demás) y la protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía por parte de los demás). A menudo sus padres fueron emocionalmente deprivadores para el niño.

**Aislamiento social / Alienación:** describe la creencia de que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y es diferente a los demás. Esta creencia generalmente es causada por experiencias tempranas en las cuales los niños perciben que ya sea ellos o su familia, son diferentes a los demás.

## **DIMENSIÓN N° 2: AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO DAÑADOS.**

Refleja ambientes de la infancia complicados y sobreprotectores. En las relaciones de adulto, estos individuos son demasiado dependientes de los demás y no creen que tengan habilidades adecuadas de afrontamiento. Este esquema dominante incluye cuatro

esquemas que impiden al sujeto llegar a ser independiente y alcanzar algo fuera de la familia.

Esta formada por los siguientes esquemas:

**Dependencia / incompetencia funcional:** supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado, y por lo tanto necesita la asistencia de los demás para funcionar. Es decir que se siente incapaz de manejar sus propias responsabilidades cotidianas de manera adecuada, sin ayuda considerable de los demás (por ejemplo en la toma de decisiones, emitir juicios, etc.). Generalmente los padres no alientan a éstos niños a actuar independientemente y a desarrollar su capacidad para cuidarse por sí mismos.

**Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad:** los individuos que presentan este esquema esperan tener experiencias negativas que no controlarán, tales como crisis médicas, emocionales o naturales. Esos individuos tienen la creencia extrema de que cualquier suceso ocurre sin previo aviso y les puede afectar en cualquier momento, por lo tanto es muy común que tomen precauciones excesivas para protegerse. Además el sujeto tiene la sensación de que no podrá protegerse del suceso. Generalmente hubo padres excesivamente temerosos que transmitieron la idea de que el mundo es un lugar peligroso.

**Sometimiento:** se define por los excesivos controles sobre las propias decisiones, preferencias y expresión emocional por parte de otra gente, generalmente para evitar broncas, venganzas o abandono. Implica la percepción de que sus propios deseos y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. A menudo lleva a dificultades para establecer objetivos y direcciones y rabia con el sometedor. En la infancia, es probable que sus padres hayan sido controladores en exceso.

**Apegamiento:** este esquema se relaciona con el excesivo compromiso emocional y cercanía con los demás significativos (a menudo los padres), con el costo de una plena individualización o desarrollo social normal.

### **DIMENSIÓN N° 3: INDESEABILIDAD.**

Expectativa de que uno no será deseable para los demás en ninguna de las siguientes formas: atracción física, habilidades sociales, valores, integridad moral, personalidad interesante, logros de una carrera, etc.

Incluye los siguientes esquemas:

**Defectuosidad / Inqueribilidad:** sentimiento de que uno es intrínsecamente defectuoso, con fallas, o inválido; o que uno sería fundamentalmente inquerible a otros significativos. Corrientemente los padres fueron muy críticos y les hicieron sentir como que ellos no eran suficientemente valiosos como para ser queridos.

**Indeseabilidad social:** creencia de que uno es indeseable para los demás (torpe, sexualmente indeseable, bajo estatus, pobre en habilidades sociales, necio). Habitualmente hay una ligazón directa con las experiencias infantiles en las cuales son hechos sentir, tanto por la familia como por los pares, que no son atractivos.

**Fracaso para hacer cosas:** creencia de que uno es fracasado, en relación a los pares, en las áreas de logro (escuela, carrera, deportes, etc.) a menudo implica la creencia de que uno es estúpido, inepto, sin talento e ignorante.

**Culpa / Castigo:** se basa en la creencia de que uno es moral o éticamente malo o irresponsable y merece crítica o castigo.

**Culpa / Vergüenza:** este esquema se trata de sentimientos recurrentes de culpa o autoconsciencia, pues uno cree que las propias inadecuaciones, tal como se refleja en alguno de los otros esquemas, son totalmente inaceptables para los demás.

#### **DIMENSIÓN N° 4: AUTOEXPRESIÓN LIMITADA.**

La dimensión de autoexpresión limitada se refiere a que los individuos presentan supresión o restricción de las propias emociones, impulsos, inclinaciones naturales, preferencias diarias, con el fin de ganar el respeto de los demás o evitar la culpa. Esto se origina por experiencias tempranas del niño en donde sus necesidades son secundarias a las de los demás.

Esta formada por los siguientes esquemas:

**Inhibición emocional:** inhibición excesiva de las emociones o impulsos, especialmente rabia, debido a que se espera que su expresión de cómo resultado la pérdida de estima o daño por parte de los demás.

**Autosacrificio:** son personas que se manejan con una voluntad excesiva por satisfacer las necesidades de los demás a expensas de las propias necesidades y preferencias, ya sea para evitar culpa o debido a que se espera obtener más estima por parte de los demás. Generalmente conduce a la sensación de que las propias necesidades no están siendo adecuadamente satisfechas y resentimiento hacia aquellos que se refiere. A menudo los pacientes que se autosacrifican ganan autoestima y un sentimiento de

significado de ayudar a los demás. En la infancia esta persona puede haber sido hecho sentir muy responsable del bienestar de uno o ambos padres.

**Estándares exigentes en exceso:** expectativas extremadamente altas respecto a uno mismo, o énfasis excesivos en el estatus, dinero, logro, orden o reconocimiento, a expensas de la felicidad, placer, salud, sensación de deber cumplido o de relaciones satisfactorias, es decir, que la persona cree que cualquier cosa que haga no es bastante buena, que siempre tiene que ocuparse con más esfuerzo. Habitualmente los padres de estos pacientes nunca estaban satisfechos y daban a sus hijos un cariño que era condicional a un rendimiento excepcional.

### **DIMENSIÓN N° 5: LÍMITES INADECUADOS O INSUFICIENTES.**

Los sujetos que presentan este tipo de esquemas fueron criados por padres permisivos e indulgentes. Pueden haber aprendido un sentido de superioridad. Como adultos carecen de autodisciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad, siendo insensibles ante necesidades y deseos de los demás. Hay una deficiencia de límites internos que conducen a una dificultad en cumplir con los requerimientos que los demás hacen y los propios objetivos personales.

Dos esquemas básicos bloquean al sujeto a desarrollar sus límites:

**Autocentrismo:** creencia de que uno debe ser capaz de tener todo lo que quiere, no importando lo que los demás consideren razonable o el costo para los demás.

**Auto-control / Auto-disciplina:** en este caso el sujeto presenta una dificultad extrema para ejercer suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr los propios objetivos y metas, o para restringir la expresión de las propias emociones en forma excesiva.

#### **II.3.6- Procesos de los esquemas.**

Los procesos que se describirán a continuación dan un panorama del funcionamiento de los esquemas, y cómo los mismos se establecen de forma duradera, a través de los procesos de *mantenimiento, evitación y sobre-compensación*. Estos procesos funcionan influyendo tanto el área cognitiva y afectiva, como la conducta del sujeto.

Estos procesos a menudo han sido relacionados con el funcionamiento de los mecanismos defensivos.

**Mantenimiento:** Teniendo en cuenta lo central que son los esquemas para la organización de la personalidad y el autoconcepto, se puede suponer la relevancia de este proceso, a través de él los esquemas son mantenidos y reforzados, por lo que el funcionamiento del sujeto se vuelve rígido. Este proceso se lleva a cabo a través de distorsiones cognitivas, muchas de las cuales describe Beck y que fueron desarrolladas con anterioridad. Fundamentalmente el procesamiento de la información se ve influido destacando todo aquello que concuerde con el esquema, y pasando por alto o bien minimizando lo que lo contradice.

A nivel cognitivo la información es distorsionada al servicio del proceso de mantenimiento de esquemas, y a nivel conductual esto se logra a través de patrones de conducta auto-derogatorias. Estas conductas se aprendieron y fueron funcionales en la niñez, para luego volverse rígidas y desadaptativas, ya que generalmente llevan a la auto-descalificación.

Cuando se logra identificar la activación de un esquema y el terapeuta introduce la duda sobre el mismo, el paciente tratará de convencer al profesional del acierto de su creencia. Los esquemas son muy estables y generan batalla, por lo cual a veces los pacientes oponen una fuerte resistencia al cambio de los mismos. Simplemente están acostumbrados a tener estas creencias sobre sí mismos y no pueden imaginarse funcionar de otra manera.

En conclusión el mantenimiento de esquemas se lleva a cabo fundamentalmente a través de dos mecanismos primarios, que son: los filtros cognitivos y las conductas auto-derogatorias.

**Evitación:** Una característica de los esquemas es que están acompañados de altos grados de afecto durante su activación, el afecto que lo acompañe dependerá de la situación específica pero en todos los casos resulta un afecto displacentero. Por lo cual los procesos de evitación son aquellas maniobras que realiza el sujeto, ya sea de forma voluntaria o automática, para bloquear ya sean los esquemas que generan esos afectos o bien el afecto generado.

Una de las formas de esquema de este proceso es la evitación cognitiva, que se puede relacionar con mecanismos defensivos tales como represión o despersonalización.

Otra de las formas de estos esquemas de evitación se da a nivel afectivo; la evitación afectiva consta de tentativas que realiza el sujeto con el fin de bloquear el afecto o sentimientos generados por los esquemas activados. Resultan de gran importancia los procesos de evitación afectiva, ya que se relacionan con cierta dificultad a nivel emocional, esta dificultad termina generando sensaciones crónicas y difusas, y puede llevar al desarrollo de síntomas psicósomáticos.

Por último, la forma de esquema de evitación conductual, en el cual el sujeto trata de evitar situaciones y eventos de la vida que considera pueden activar los esquemas y su afecto correspondiente. A través de estas evitaciones el sujeto mantiene los esquemas desadaptativos, ya que nunca se enfrenta a situaciones que puedan poner en duda la validez de los mismos.

**Compensación:** Estos esquemas funcionan sobre- compensando a los esquemas tempranos. Por lo cual el sujeto va a actuar de forma totalmente contraria a lo que correspondería según sus esquemas. Estos procesos pueden resultar adaptativos en cierto sentido ya que pueden verse como una forma de desafiar los esquemas, pero generalmente terminan siendo disfuncionales ya que el sujeto se polariza de tal manera que queda vulnerable y sin recursos para enfrentar el dolor que genera el fracaso de estos procesos.

### **II.3.7- Aplicación de la terapia cognitiva centrada en los esquemas.**

Resulta fundamental reconocer los esquemas que se encuentran en cada caso, para luego trabajar sobre su modificación. Para esto existen 8 pasos a seguir:

- 1) Identificar síntomas y problemas presentes en la sesión de evaluación inicial. Obtener una breve historia de vida centralizada en los problemas.
- 2) Administrar un cuestionario biográfico y el cuestionario de esquemas.
- 3) Educar al paciente acerca de los esquemas y discutir el cuestionario de esquemas.
- 4) Activar esquemas en la sesión y fuera de la sesión a través de: imagería, discutir eventos tensionantes del pasado y del presente, examinar la relación terapéutica, recomendar libros, escritos, o películas que sean relevantes al caso, revisar sueños y fantasías, y asignar tareas para la casa.
- 5) Confrontar los esquemas de evitación y los esquemas de compensación.

- 6) Identificar conductas conducidas por esquemas, mantenimiento de esquemas, evitación y compensación.
- 7) Integrar la información así reunida, y ponerla en conceptualizaciones coherentes para el paciente. Ligar los problemas presentes, experiencias infantiles (orígenes), patrones conductuales adolescentes y adultos, emociones, y la relación terapéutica con el E.D.T. Obtener feed-back de parte del paciente.
- 8) Distinguir entre esquemas primarios, secundarios y asociados. Elegir como meta un esquema central para el proceso de cambio. (Young, 1992, citado en Piracés, 1997)

### **La evaluación:**

La etapa número uno se realiza en el transcurso de la primera sesión. Para ir identificando los esquemas presentes el terapeuta debe estar muy atento el motivo de consulta e indagar sobre los problemas y síntomas. A partir de estos datos el terapeuta irá realizando hipótesis y tratando de relacionar lo que relata el paciente, con las emociones que surgen y los posibles esquemas. Para esto el profesional irá recolectando la información necesaria centrándose en las áreas de funcionamiento de los esquemas, como son, autonomía, relaciones con los demás, expectativas razonables, y límites realistas.

### **Cuestionarios:**

Luego de la evaluación se administran el cuestionario biográfico y el cuestionario sobre esquemas, los cuales se dan la mayoría de las veces como tarea para realizar en la casa.

### **Educación al paciente acerca de los esquemas:**

El tercer paso en el proceso de identificación de esquemas se trata de una psicoeducación, esto con el fin de que el paciente conozca la naturaleza de los esquemas y su funcionamiento.



Se le explica al paciente que los esquemas cognitivos son creencias irracionales que uno tiene sobre sí mismo y sobre su entorno, que éstos fueron creados en su niñez y que si bien en ese entonces fueron funcionales para vivir en el núcleo familiar, en la vida adulta no lo son, ya que su utilización se vuelve indiscriminada. El terapeuta alerta al paciente sobre lo resistentes que éstos son al cambio ya que para él son simplemente verdades sin discusión. De esta manera se prepara al paciente para el difícil camino que tienen por delante, y para afrontar las resistencias al cambio, también para que el paciente no se desilusione cuando vea que el cambio se produce lentamente.

Luego de las explicaciones pertinentes, el profesional junto con el paciente realizan una revisión de los resultados del cuestionario de esquemas administrado con anterioridad. El terapeuta tratará de clarificar y obtener mayor información relacionada con aquellos ítems que obtuvieron puntuaciones más elevadas.

### **Esquemas activadores:**

En esta etapa del proceso se realiza una identificación de esquemas centrándose en el área afectiva. Ya habiendo realizado la identificación en el área cognitiva en los pasos anteriores, se procede a activar esquemas de una manera afectiva, tanto dentro como fuera de la sesión.

El terapeuta realizará diferentes actividades junto con el paciente, con el fin de que se produzca la activación afectiva. Estas tareas se centrarán en los esquemas identificados en las etapas anteriores. Un esquema se habrá activado cuando se genere una alta afectividad. Los esquemas primarios generarán altos niveles afectivos, no sucederá así con los secundarios.

Existen diversas técnicas emotivas para la activación de esquemas, a saber:

- **Imaginería:** Esta técnica consiste en que el paciente cierre los ojos y vaya informando al terapeuta sobre las imágenes que se le aparecen, ya sea de forma espontánea o bien imágenes guiadas por el profesional de acuerdo a los esquemas identificados previamente.
- **Eventos actuales:** Se discuten los problemas y situaciones, que generan tensiones y altos grados de afectividad y que se le presentan al paciente en el momento actual.
- **Memorias de su pasado:** Esta técnica consta de analizar y discutir junto al paciente, recuerdos pasados de su infancia, que es el momento donde

tuvieron origen los esquemas. Esto se realiza en general a través de la imaginación, y se puede lograr la activación de altos grados de afectividad.

- **Relación terapéutica:** Esta estrategia para la activación afectiva consta de la discusión de la relación terapéutica. El profesional deberá estar muy atento para identificar las dificultades que presenta el paciente en este sentido, y a las relaciones que se pueden establecer con los esquemas.
- **Lecturas y películas:** Una técnica para activar esquemas, es a través de películas o escritos. El terapeuta a esta altura del proceso tiene un panorama de los esquemas existentes, y en base a esto elige el material adecuado.
- **Terapia de grupo:** Esta es una técnica que resulta de mucha utilidad para el tratamiento de esquemas relacionados a dificultades interpersonales.
- **Sueños:** Son una forma muy eficaz para la activación de esquemas. Aquellos sueños más cargados afectivamente, estarán mayormente relacionados a esquemas predominantes.
- **Tareas para la casa:** Finalmente asignar tareas para la casa es otra forma útil para activar esquemas. Existen diversas tareas, entre ellas un registro de pensamientos disfuncionales o escribir en relación a un esquema en particular.

### **Confrontando el esquema de evitación.**

Resulta fundamental que el terapeuta identifique los esquemas de evitación ya que, superarlos será un obstáculo a pasar para la modificación de los esquemas disfuncionales.

Este tipo de esquemas están al servicio de evitar el displacer y la intensidad emocional que genera la activación del esquema, por lo cual el terapeuta cuando identifique un esquema de evitación deberá estimular al paciente para seguir focalizando en el contenido del esquema en cuestión y hacer que el paciente afronte los pensamientos y emociones que se generan. Es importante explicar al paciente que, soportando ese momento desagradable es la única forma de trabajar sobre estos temas y lograr una modificación.

Hay dos características a tener en cuenta para identificar un esquema de evitación:

- 1) Cuando el sujeto siente emociones intensas pero no sabe decir que las generó o a que se refieren.
- 2) Cuando aparecen síntomas somáticos difusos como dolor de cabeza, aturdimiento, mareos, desmayos, entumecimiento de partes del cuerpo. En este caso el terapeuta deberá estar atento a los temas tratados en el momento de la aparición del síntoma somático.

### **Identificación de conductas conducidas por esquemas.**

Generalmente los pacientes van a desarrollar patrones de conducta rígidos y auto-descalificadores, mediante los cuales logran la mantención del esquema y de esta manera se manejan con el menor estrés posible ya que no entran en conflicto con sus creencias. Es muy importante la identificación y posterior señalización de estas conductas que son conducidas y a la vez conducen a ciertos esquemas, reforzándolos.

Estas conductas pueden reflejar esquemas de mantenimiento, compensación o evitación. Tiene un lado funcional para el adecuado funcionamiento del sujeto en el contexto, y es que de esta manera se bloquean las emociones conectadas al esquema, que se caracterizan por ser desagradables y de alta intensidad. El lado disfuncional es que el paciente nunca puede enfrentarse al esquema para su modificación, por lo que queda indefenso para poder hacer frente a las situaciones que producen desequilibrios.

### **Conceptualizando al paciente en términos de esquemas.**

Esta tarea implica al paso 7 y 8. Consiste en reunir la información recavada en los pasos anteriores y establecer conexiones entre, los esquemas presentes, las emociones que generan, las situaciones que pueden llegar a activarlos en el momento actual, las experiencias infantiles que les dieron origen y la naturaleza de la relación terapéutica.

La idea es que una vez que el terapeuta realiza dichas relaciones, se las trasmite al paciente y trabaje sobre estos temas, estando muy atento al feed-back por parte del paciente y las emociones generadas por dicha información. Generalmente se trabaja sobre los temas planteados tratando de elucidar el panorama entre ambos.

Por último la tarea consiste en diferenciar esquemas primarios, de aquellos que sean secundarios y de los asociados. Es muy importante poder identificar los esquemas principales, ya que se utilizan como ejes para que el cambio empiece a producirse.

Hay ciertos criterios que permiten identificar y diferenciar a los esquemas primarios, a saber:

- 1) Un esquema primario será aquel que provoque los más intensos estados afectivos y emocionales.
- 2) Generalmente un esquema primario será aquel que este conectado a los conflictos más crónicos y patológicos.
- 3) En general están ligados a los problemas de desarrollo más profundos durante los primeros años de la vida del paciente.

Por otro lado, los esquemas asociados son aquellos que están relacionados y surgen a partir de un esquema primario, por lo cual, un esquema asociado determinado se puede entender y definir en referencia al esquema primario del cual surge.

Luego de identificar esquemas primarios y asociados el profesional deberá reconocer los esquemas secundarios, que son aquellos que son independientes de los esquemas primarios y asociados, pero no tienen tanta importancia y peso en el funcionamiento de la persona, así como tampoco provocan niveles emocionales tan intensos. Los esquemas secundarios se trabajan en etapas más avanzadas del tratamiento.

# **Capítulo III**

## **Materiales, métodos y procedimientos**

## **Capítulo III: Materiales, métodos y procedimientos.**

### **III.1- Diseño de investigación.**

En la presente tesina se utilizó un diseño de investigación de tipo no experimental, transeccional y descriptivo.

El mismo es no experimental ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de una investigación en la cual no se hace variar de forma intencional las variables independientes sino que se observa el fenómeno en cuestión tal y como se presenta en su contexto natural, para luego someterlo a análisis. Esto es a diferencia de la investigación experimental en donde el investigador construye en forma deliberada una situación en la cual manipula de manera intencional a la variable independiente y luego observa el efecto sobre la variable dependiente.

En un estudio de tipo no experimental no se construye ninguna situación, ya que las variables independientes ya han ocurrido por lo que no pueden ser manipuladas. En este caso el investigador sólo toma dichas variables de la realidad y de una situación ya existente que no ha sido provocada intencionalmente. De esta manera no se ejercen manipulaciones sobre las variables, no se pueden controlar ni tampoco se puede influir sobre las mismas, esto es ya que las variables ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Resumiendo, el diseño de investigación elegido en la presenta tesina, se trata de una investigación sistemática y empírica en la cual se toman ciertas variables tal y como se han dado en su contexto natural para observarlas y luego realizar inferencias sobre sus relaciones. Esto se realiza sin intervenir o influir de manera directa.

Fue elegido el diseño no experimental de tipo transeccional. Esto es ya que la información pertinente es recolectada en un solo y único momento. Se realiza un corte transversal para analizar el fenómeno y describir las variables de interés en un momento dado en el cual se realiza dicha investigación.

El estudio será descriptivo, el objetivo es indagar acerca de la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables. Es decir, como es y como se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan medir y mostrar cómo se presentan una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en un momento determinado, es decir buscan su descripción con la mayor precisión posible. Son, por lo tanto estudios puramente descriptivos y por lo tanto las hipótesis que se establecen son también descriptivas.

### **III.2- Objetivos del trabajo.**

El interés fundamental de la presente tesina se centra en indagar acerca del aspecto cognitivo del fenómeno de la alexitimia. Esto teniendo en cuenta que la misma se considera como una perturbación tanto afectiva como cognitiva y resaltando la importancia que pueden tener las creencias y pensamientos del sujeto en su vida emocional.

En resumen, los objetivos planteados son los siguientes:

- Explorar acerca de las diferencias más significativas entre los esquemas cognitivos presentes en los sujetos alexitímicos y aquellos que se encuentran presentes en los sujetos no alexitímicos.
- Describir características comunes en el tipo de esquemas cognitivos activados en las personas que padecen alexitimia.

### **III.3- Descripción de la muestra.**

El tipo de muestra utilizada en el presente trabajo es una Muestra no Probabilística de Sujetos Voluntarios.

Las muestras no probabilísticas o “dirigidas” utilizan un procedimiento de selección informal y algo arbitrario. Aún así se utilizan en muchas investigaciones y a partir de ellas se hacen inferencias sobre la población. La muestra “dirigida” selecciona sujetos “típicos” con la vaga esperanza de que serán casos representativos de una población determinada.

El tipo de muestra mencionada tiene sus ventajas y desventajas. En relación a las desventajas se puede mencionar que, no se puede calcular con absoluta precisión el error estándar, por lo tanto lo que se hace es una estimación; la otra desventaja es que los datos y conclusiones obtenidas no se pueden generalizar a la población.

Por otro lado las ventajas de este tipo de muestra es su utilidad para determinado diseño de investigación que requiera no tanto una representatividad de elementos de una población, sino más bien una elección de sujetos cuidadosa y controlada. La elección se realizará en base a que los sujetos posean ciertas características específicas formuladas en el planteamiento del problema de investigación.

Dentro de las muestras no probabilísticas hay varias clases, la utilizada en este trabajo es la de sujetos voluntarios, las mismas son utilizadas en varias oportunidades en temas relacionados a ciencias sociales y ciencias de la conducta. Se trata de muestras fortuitas, en donde el investigador elabora conclusiones sobre especímenes que llegan a sus manos de manera casual.

#### **III.4- Sujetos de la muestra.**

El grupo de personas que componen la muestra se dividen en dos. Uno de los grupos formado por sujetos alexitímicos y el grupo de sujetos no alexitímicos. Los sujetos alexitímicos son sujetos que se encuentran en proceso terapéutico por diferentes motivos. Los mismos fueron elegidos por poseer las características referidas a alexitimia, luego se confirmó la presencia de la misma ya que puntuaron positivamente en el instrumento metodológico elegido para su evaluación.

El grupo de sujetos no alexitímicos está formado por sujetos que participaron voluntariamente de la muestra.

La muestra está compuesta por 12 personas. Tanto el grupo de sujetos alexitímicos como el grupo control están formados por 3 hombres y 3 mujeres. Las edades oscilan entre los 20 y 65 años. Por último se podría inferir que la condición socioeconómica es de clase media-baja.

#### **III.5- Instrumentos y materiales de evaluación.**

En la presente investigación se utilizó el cuestionario como instrumento de medición, el cual es tal vez el instrumento que más se utiliza para recolectar datos. El cuestionario es un conjunto previamente determinado de preguntas respecto a una o más variables a medir. El mismo se utiliza en el proceso de la encuesta para conocer características de una determinada población.

Los cuestionarios pueden ser aplicados de diversas maneras: autoadministrado, por entrevista personal, por entrevista telefónica o autoadministrado y enviado por correo postal, electrónico o servicio de mensajería.

En la presente investigación el cuestionario fue aplicado de forma "autoadministrado". Es decir, que son los mismos sujetos participantes quienes contestaron al mismo. Esta forma de administración de cuestionario contiene una



limitación, esto es en el caso de aplicarlo a analfabetos, personas que tienen dificultades de lectura o niños que todavía no leen adecuadamente.

Los cuestionarios utilizados son de preguntas cerradas, están compuestos por categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas. Es decir, que incluyen ciertas opciones y el sujeto debe circunscribirse a las mismas, eligiendo la que más se adecue a su caso particular.

Pueden ser dicotómicas o incluir varias posibilidades de respuesta. En el caso del Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos, las opciones son dicotómicas, los sujetos sólo tienen dos posibilidades de respuestas, de esta manera deben responder “SI” en el caso de que estén de acuerdo con la premisa, y “NO” cuando no estén de acuerdo con la misma. La Escala de Alexitimia (UBA) por otro lado contiene tres opciones de respuesta, estas son “GENERALMENTE/SI”, “A VECES” o “NUNCA/NO”.

Las preguntas cerradas son fáciles de codificar y preparar para su análisis. Asimismo, estas preguntas requieren de un menor esfuerzo por parte de los respondientes. Éstos no tienen que escribir o verbalizar pensamientos, sino simplemente seleccionar la alternativa que describa mejor su respuesta. Responder a un cuestionario con preguntas cerradas toma menos tiempo que contestar a uno con preguntas abiertas.

La principal desventaja de las preguntas cerradas reside en que limitan las respuestas de la muestra y, en ocasiones, ninguna de las categorías describe con exactitud lo que las personas tienen en mente, no siempre se captura lo que pasa por la cabeza de los sujetos.

Para poder formular preguntas cerradas es necesario anticipar las posibles alternativas de respuesta. Así mismo, el investigador debe cerciorarse que se comprenden claramente las categorías de respuesta.

Para la medición y evaluación de las variables planteadas en la presente investigación se utilizaron dos técnicas: la Escala de Alexitimia (UBA), la cual es una adaptación de la Escala de Alexitimia Toronto (TAS) por M.M. Casullo, A. Wiater y M. Maristany y el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Jeffrey Yong. A continuación se explicará cada una de estas técnicas.

### **III.5.1- Escala de Alexitimia (UBA)**

La Escala de Alexitimia Toronto (TAS) fue desarrollada por G. Taylor y M. Bagby a comienzos de la década de 1980. Estos autores elaboraron primero cinco ejes que reflejaban la esencia del constructo de alexitimia, los cinco ejes fueron los siguientes:

- 6- Dificultad para describir sentimientos.
- 7- Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.
- 8- Incapacidad para la introspección.
- 9- Conformismo social.
- 10- Pobre vida de fantasía e incapacidad para recordar sueños.

Esta primera versión estaba compuesta por 41 ítems, luego se redujeron a 26 en las que el sujeto debía elegir entre cinco opciones. Estos 26 ítems fueron agrupados en 4 factores.

El factor 1, corresponde a “la capacidad para distinguir entre sensaciones corporales de afectos, y la capacidad para discriminar y describir sentimientos” los ítems que lo forman son:

- 1) Cuando lloro, siempre sé por qué lo hago.
- 4) Muchas veces me confundo y no se bien qué estoy sintiendo.
- 8) Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.
- 10) Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender.
- 12) Puedo contar lo que siento sin problemas.
- 14) Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.
- 17) Muchas veces me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo.
- 20) Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras.
- 22) Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.
- 25) No sé que está pasando adentro mío.
- 26) Generalmente no sé por qué estoy enojado.

El factor 2 evalúa “capacidad de comunicar los sentimientos”, compuesto por los siguientes ítems:

- 3) Quisiera ser menos tímido.
- 6) Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos.
- 8) Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.
- 9) Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado por algo.
- 12) Puedo contar lo que siento sin problemas.

22) Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.

23) La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos.

El factor 3 evalúa “capacidad para fantasear e imaginar”, los ítems para su evaluación son:

2) Ponerse a fantasear es perder el tiempo.

5) Muchas veces fantaseo sobre el futuro.

15) Uso mucho mi imaginación.

16) Cuando no tengo nada que hacer me pongo a soñar despierto.

18) Me pongo a fantasear.

Por último el factor 4 evalúa “pensamiento concreto y dificultad para la introspección”, formado por los siguientes ítems:

7) Saber resolver un problema es más importante que saber por qué se lo resolvió de ese modo.

11) No me alcanza con saber que una tarea está hecha; necesito saber cómo y por qué se hizo.

13) Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos.

19) Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender por qué suceden de esa forma.

21) Es importante tener emociones, poder sentir cosas.

24) Uno debería buscar explicaciones más profundas.

La adaptación de la TAS utilizada en la presente tesina es la Escala de Alexitimia (UBA) realizada por M.M. Casullo, A. Wiater y M. Maristany, como se mencionó anteriormente.

Se realizaron algunas modificaciones. En la Escala de Alexitimia (UBA) las opciones de respuestas se redujeron a 3: Generalmente/si, A veces y Nunca/no. El formato también se modificó encolumnando dichas opciones. La redacción de algunos ítems también fue modificado sin alterar el contenido, esto para mejorar su comprensión.

Para su evaluación las respuestas “generalmente/si” se puntúan con 5 puntos, las respuestas “a veces” con 3 puntos y las respuestas “nunca, no” con 1 punto. Algunos de

los ítems se puntúan de forma inversa, así una respuesta valor 5 se transforma en valor 1, una de valor 1 se transforma en 5 puntos, y las respuestas de valor 3 permanecen igual. Estos ítems inversos son: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 24. Luego de obtener el puntaje total del test, el mismo se transforma en puntaje T, el cual supone un valor promedio de 50 y una desviación estándar de 10.

Se considera que un puntaje T mayor o igual a 65 es indicador de alexitimia, un puntaje T de 60 a 65 se considera un nivel leve de alexitimia, y un valor igual o inferior a 35 se considera baja presencia del mismo.

### **III.5.2- Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos.**

El Cuestionario de Esquemas Desadaptativos fue diseñado por Jeffrey Young en 1989. El mismo se basa en una guía de entrevista estructurada y fue desarrollado con el fin de poder identificar a partir de ciertos indicadores, la presencia de esquemas desadaptativos tempranos.

El uso de esta técnica permitirá lograr un acercamiento para determinar cuales EDT se encontrarían activos en el sujeto. El Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos es una técnica de carácter netamente cualitativo, es decir, que permite observar la presencia de determinadas variables o características, pero no posibilita ningún tipo de medición cuantitativa.

Es importante recordar que un esquema es una creencia extremadamente fuerte acerca de uno mismo, que se aprendió y adquirió a muy temprana edad y, por lo tanto, muy arraigados en los sujetos. Estos son centrales en toda la autoimagen del individuo y su visión del mundo. Los mismos sirven de filtro para la información que se procesa y dan origen a determinadas emociones, cogniciones y conductas.

Este cuestionario permite investigar las cinco tareas esenciales que todo sujeto debe desarrollar: autonomía, conexión con el mundo, valoración, expectativas razonables y límites realistas

El presente cuestionario se halla formado por 123 ítems, en los cuales se desarrollan temáticas de investigación específicas para las 5 áreas antes mencionadas. El sujeto evaluado debe responder por sí o por no a cada uno de los ítems según correspondan a una descripción de sí mismo.

Los 123 ítems miden 15 esquemas desadaptativos. Después de la revisión teórica, se observó que actualmente los esquemas son 18, es decir, se han agregado tres. Al

momento no hay una técnica actualizada de esta teoría, ahora con 18 esquemas, que se ajuste a los requerimientos de esta investigación.

Para su evaluación, el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos consta de tres grandes dimensiones conformadas cada una por un conjunto de categorías que aluden a diferentes EDT: los 15 esquemas desadaptativos que se evalúan con la técnica son los siguientes:

- **Autonomía.**

1. Dependencia
2. Sometimiento/carencia de individualismo
3. Vulnerabilidad frente al daño
4. Miedo a perder el autocontrol

- **Relaciones sociales.**

5. Deprivación emocional
6. Abandono / pérdida
7. Desconfianza
8. Aislamiento social / alienación

- **Dignidad y valoración.**

9. Defectos / despreciabilidad
10. Indeseabilidad social
11. Incompetencia / fracaso
12. Culpa/ castigo
13. Culpa/ Vergüenza
14. Estándares inflexibles
15. Toma de derechos / límites insuficientes

El criterio de evaluación propuesto será que aquellos sujetos que hayan respondido afirmativamente a un 60% o más de los ítems correspondientes a alguno de los EDT, será considerado como que presenta indicadores de determinado EDT. Se toma este criterio ya que se considera significativo que un sujeto responda a más de la mitad de estas afirmaciones de modo positivo.

### **III.6- Posibles fuentes de error.**

Existen tres fuentes de error posibles en la administración de cuestionarios.

Una de ellas es la llamada Deseabilidad Social. Esto sucede cuando los sujetos que responden al cuestionario “disfrazan” sus respuestas para dar una buena impresión de sí mismos, de esta manera no contestan en forma sincera tratando de hacer coincidir sus respuestas con lo que suponen es común en la sociedad en que viven. De esta manera pueden adherir a ciertas premisas planteadas porque consideran que es más común pensar de esa manera. Es difícil controlar esta variable, aunque se intentó alertando a los encuestados sobre esta tendencia, rogándoles máxima sinceridad y explicándoles que no habían respuestas correctas o incorrectas.

La segunda posible fuente de error se trata de las Expectativas del Investigador. La misma consiste en que los investigadores pueden comunicar sutilmente a los investigados de sus expectativas respecto de la investigación, lo que desea, lo que espera que tenga lugar, por ejemplo, confirmar su hipótesis, y los sujetos pueden acomodarse en sus respuestas a dichas expectativas.

Por último consideramos la fuente llamada Errores de Administración. Esta es una dificultad que puede presentarse en fallas en la interpretación de los ítems, debido a que este será administrado como auto – reporte por lo que la persona generalmente contestará el mismo en sus hogares o en la institución a que pertenezca. De todos modos, se ha procurado reducir esta variable por medio de una explicación detallada de los instrumentos para evacuar la mayor cantidad de dudas y evitar errores. Por ejemplo para la administración del Cuestionario de Esquemas Tempranos se alertó de que algunas de las premisas estaban redactadas de forma negativa, y que lo que debían hacer era responder “sí” en el caso de que estuvieran de acuerdo con la premisa y “no” si no lo estaban.

### **III.7- Procedimiento.**

Para realizar la parte práctica de esta investigación se tomó contacto con distintos psicólogos profesionales que trabajan en consultorio clínico de forma independiente. Una vez contactados se les explicó a cada uno por separado, el propósito de la presente tesina, con la intención de que los mismos pudieran discriminar de sus pacientes a aquellos que pudieran reunir las características de alexitimia.

El próximo paso fue proporcionar las técnicas elegidas a los profesionales para que los mismos se las aplicaran a sus pacientes. Luego de que los mismos les explicaran el propósito y que éstos estuvieran de acuerdo en participar, se les aplicó en primera instancia la Escala de Alexitimia (UBA) para confirmar la presencia de la perturbación. Una vez reunidos los sujetos que puntuaron positivamente en alexitimia, se les aplicó el Cuestionario de Esquemas Tempranos. El profesional realizó una devolución a aquellos que estuvieron interesados en las mismas.

Los sujetos que forman el grupo de sujetos que no presentan alexitimia accedieron de manera voluntaria a colaborar en la investigación. Se les administraron las técnicas luego de las explicaciones pertinentes.

Luego de haber administrado todas las técnicas, se procedió a la interpretación de los datos obtenidos para la realización del análisis y discusión de resultados, los que se exponen en el próximo capítulo.

### **III.8- Definición conceptual de las variables estudiadas.**

Antes de definir las variables de dicha investigación, se explicará porque se eligieron las mismas.

El interés fundamental se centró en el constructor de alexitimia, el surgimiento del mismo es todavía reciente y hay muchos aspectos que merecen dilucidarse.

Como se planteó con anterioridad en el capítulo “Alexitimia”, éste es considerado como una perturbación afectiva y cognitiva. El objetivo de la presente tesina surgió a partir del interés por conocer más sobre el aspecto cognitivo de tal perturbación.

Se eligió el marco teórico de los “Esquemas Desadaptativos Tempranos” el cual se consideró idóneo para llevar a cabo el planteo realizado en la presente investigación.

Por lo tanto el objetivo sería observar si existen características comunes en los esquemas cognitivos de los sujetos alexitímicos, es decir, si existen de base pensamientos y creencias disfuncionales que puedan acentuar y/o acompañar las dificultades que supone esta perturbación.

### **III.8.1- Alexitimia.**

Alexitimia viene etimológicamente del griego, a: “falta”; lexis: “palabra” y thymós: “afecto”. El término significa literalmente “ausencia de verbalización de afectos”.

Este constructo hipotético fue planteado por P. Sifneos en la década del 70. El mismo lo introduce a partir de la observación de ciertas características comunes en los enfermos psicósomáticos. Se considera a la alexitimia como una perturbación tanto afectiva como cognitiva.

Las características centrales de la alexitimia son las siguientes:

- *Pensamiento simbólico reducido o ausente*: el pensamiento es práctico, utilitario y enfocado en detalles del entorno, de esta manera se centran mayormente en características y situaciones externas sin implicarse como sujetos ni expresar estados internos, sentimientos, motivaciones ni deseos.
- *Limitada capacidad para fantasear*: en los sujetos alexitímicos existe una merma de la utilización de la fantasía, esto les dificulta poder tener una representación de sus deseos, tensiones e impulsos antes de actuar.
- *Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras*: este es el rasgo más característico de la alexitimia y se refiere a cierta dificultad en poder registrar y diferenciar estados emocionales, y por lo tanto poder expresarlos, esto influye en que la vía de expresión fundamental sea a través del cuerpo.

Por otro lado, existen características que si bien no hacen al núcleo de la perturbación, se dan en la mayoría de los casos, a saber:

- *Alto grado de conformismo social*: esta característica se puede relacionar con la sobreadaptación a la cual nos referimos con anterioridad al hablar del paciente psicósomático. Presentan un comportamiento rígido y



estereotipado, siguiendo al pie de la letra las exigencias y convenciones sociales, pero actuando de forma mecánica.

- *Relaciones interpersonales rígidas*: establecen relaciones infantiles y van de la extrema dependencia a la evitación del contacto, también presentan dificultades para sentir empatía en sus vínculos.
- *Impulsividad como expresión del conflicto*: presentan una tendencia a actuar impulsivamente ya que no realizan una adecuada elaboración previa del conflicto.
- *Personalidad inmadura*: este trastorno se puede encontrar habitualmente relacionado a personalidades introvertidas, pasivo-agresivas, pasivo-dependientes.
- *Resistencia a la psicoterapia tradicional*: presentan cierta incapacidad para relacionar sus síntomas a nivel orgánico con sus conflictos a nivel psicológico, también tienen dificultad en realizar un adecuado análisis introspectivo, por lo cual se dificulta la obtención de resultados positivos de psicoterapias que trabajan descubriendo mecanismos profundos.

### **III.8.2- Esquemas Desadaptativos Tempranos.**

Para Beck el esquema es “*una estructura cognitiva para captación, codificación y evaluación de un estímulo que influye sobre el organismo. Sobre la base de la matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse en relación al tiempo y al espacio, y también de categorizar experiencias e interpretarlas en una forma significativa*”. (Beck, 1967; en Piracés, 1997; p.5)

Por otro lado, los esquemas desadaptativos tempranos (E.D.T) “*Son aquellos esquemas que se relacionan con temas amplios, concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás. Se desarrollan prematuramente en la infancia y se extienden desde el principio hasta el final de nuestra vida, y son disfuncionales por significativas razones, son multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales que sirven como base para el procesamiento de la experiencia posterior*”. (Caro, 1997; p. 224)

Por lo tanto los esquemas desadaptativos tempranos son estructuras cognitivas que están de base de pensamientos sobre uno mismo y el mundo. A través de éstos damos

significado a lo que nos sucede. Se denominan tempranos ya que se establecen en los primeros años de vida y luego se van fortaleciendo y perpetuando a través de las experiencias. Esto sucede ya que son verdades absolutas para la persona y partes esenciales de la propia identidad, por lo cual el sujeto va generando (sin tener entera conciencia) experiencias que confirmen dichas creencias y pensamientos.

### **III.9- Definición Operacional de las variables estudiadas.**

La definición operacional de variables consiste en contemplar los procedimientos que deberían realizarse para poder tener la posibilidad de manipular la variable a estudiar.

#### **III.9.1- Alexitimia.**

Para poder verificar la presencia de alexitimia se ha utilizado la “Escala de Alexitimia (UBA)” la cual es una adaptación de la “Escala de Alexitimia Toronto (TAS)” realizada por M. M. Casullo, A. Wiater y M. Maristany. Este instrumento metodológico ha sido ampliamente explicado con anterioridad.

#### **III.9.2- Esquemas desadaptativos tempranos.**

En la presente tesina, se ha utilizado la técnica “Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos” de J. Young, para poder acceder a la observación de los esquemas cognitivos.

Los esquemas desadaptativos tempranos son constructos teóricos, desarrollados para enriquecer la comprensión del sujeto, aunque exista una manifestación conductual de estos, estas manifestaciones no corresponden exactamente al constructo teórico. Planteado esto un Esquema Desadaptativo Temprano puede conceptualizarse como las respuestas que los sujetos dan al Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos, los EDT son quince:

1. Dependencia
2. Sometimiento / Carencia de Individualismo
3. Vulnerabilidad Frente al Daño o Enfermedad

4. Miedo a Perder el Autocontrol
5. Deprivación Emocional
6. Abandono / Pérdida
7. Desconfianza
8. Aislamiento Social / Alienación
9. Defectos / Despreciabilidad
10. Indeseabilidad Social
11. Incompetencia / Fracaso
12. Culpa / Castigo
13. Culpa / Vergüenza
14. Estándares Inflexibles
15. Toma de Derechos / Límites Insuficientes

# **Capítulo VI**

## **Presentación de resultados.**

## **Capítulo IV: “Presentación de resultados”**

### **IV.1- Introducción.**

Como se menciona anteriormente la muestra está formada por 12 sujetos de los cuales 6 son alexitímicos y 6 no. Ambos grupos (el de sujetos alexitímicos y el grupo de sujetos no alexitímicos) están formados por 3 sujetos de sexo femenino y 3 de sexo masculino.

El análisis y discusión de resultados comenzará por dar un panorama de algunas características de los sujetos que conforman la muestra y los resultados obtenidos.

A continuación, se expondrá en primer lugar las tablas y gráficos correspondientes a los resultados de la muestra de sujetos en general, observando los porcentajes de los esquemas que resultaron activados y las diferencias más significativas entre ambas muestras. Luego se procederá a exponer las tablas y gráficos de los resultados obtenidos para la muestra de sujetos alexitímicos, para profundizar en los resultados obtenidos en la misma.

### **IV.2- Características de los sujetos que conforman la muestra y resultados obtenidos.**

#### **IV.2.1- Grupo de sujetos alexitímicos:**

**Caso N° 1 (E):** sexo femenino, 61 años, ama de casa.

#### **Escala Alexitimia (UBA)**

Puntaje T: 80. Presencia de alexitimia.

#### **Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.**

Esquemas activados: Sometimiento/ carencia de individualidad (autonomía)

Deprivación emocional (relaciones sociales)

Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 2 (R):** sexo femenino, 26 años, estudiante.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 70. Presencia de alexitimia.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Dependencia (autonomía)

Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 3 (S):** sexo femenino, 20 años, estudiante.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 70. Presencia de alexitimia.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Sometimiento/carencia de individualismo (autonomía)

Miedo a perder el autocontrol (autonomía)

Deprivación emocional (relaciones sociales)

Abandono/pérdida (relaciones sociales)

Desconfianza (relaciones sociales)

Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 4 (J):** sexo masculino, 60 años, profesional.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 80. Presencia de alexitimia.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Sometimiento/carencia de individualidad (autonomía)

Deprivación emocional (relaciones sociales)

Vulnerabilidad frente al daño (autonomía)

Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

**Caso N° 5 (O):** sexo masculino, 65, comerciante.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 70. Presencia de alexitimia.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Sometimiento/carencia de individualidad (autonomía)

Vulnerabilidad frente al daño (autonomía)

Deprivación emocional (relaciones sociales)

Abandono/pérdida (relaciones sociales)

Desconfianza (relaciones sociales)

Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 6 (N):** sexo masculino, 32, profesional.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 70. Presencia de alexitimia.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Deprivación emocional (relaciones sociales)

Límites insuficientes (dignidad y valoración)

#### **IV.2.2- Grupo de sujetos no alexitímicos.**

**Caso N° 7 (C):** sexo femenino, 47 años, empleada pública.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 40. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Ningún esquema activado

**Caso N° 8 (L):** sexo femenino, 45 años, empleada pública.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 60. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquema activado: Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

**Caso N° 9 (M):** sexo femenino, 30 años, profesional.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 50. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquemas activados: Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 10 (N):** sexo masculino, 25 años, comerciante.

Escala Alexitimia (UBA)



Puntaje T: 50. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquema activado: Límites insuficientes (dignidad y valoración)

**Caso N° 11 (G):** sexo masculino, 28 años, estudiante.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 50. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Esquema activado: Estándares inflexibles (dignidad y valoración)

**Caso N° 12 (F):** sexo masculino, 23 años, estudiante.

Escala Alexitimia (UBA)

Puntaje T: 50. Baja presencia del constructo.

Cuestionario de Esquemas Cognitivos Tempranos.

Ningún esquema activado.

**IV.3- Grupo de sujetos en general.**

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en los EDT del grupo de sujetos en general, es decir los sujetos que puntuaron positivamente en alexitimia y los que no.

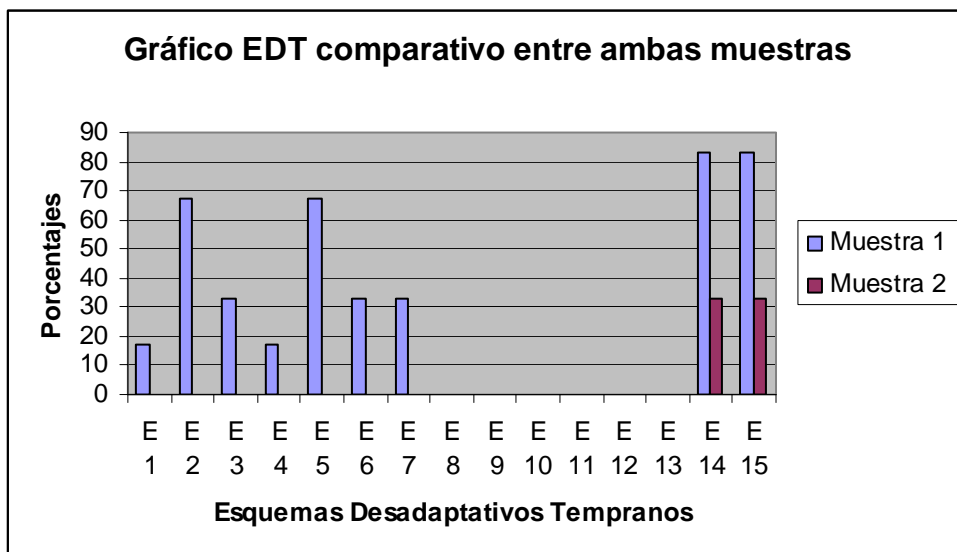
Los esquemas que indican las tablas y los gráficos corresponden a los siguientes indicadores de esquemas desadaptativos tempranos:

- Esquema 1: Dependencia
- Esquema 2: Sometimiento / Carencia de individualismo
- Esquema 3: Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad
- Esquema 4: Miedo a perder el autocontrol
- Esquema 5: Deprivación emocional
- Esquema 6 : Abandono / Pérdida
- Esquema 7: Desconfianza
- Esquema 8 : Aislamiento social / Alienación

- Esquema 9: Defectos / Despreciabilidad
- Esquema 10: Indeseabilidad social
- Esquema 11: Incompetencia / Fracaso
- Esquema 12: Culpa castigo
- Esquema 13: Culpa vergüenza
- Esquema 14: Estándares inflexibles
- Esquema 15: Límites insuficientes

**IV.3.1- Tabla y gráfico EDT comparativo entre ambas muestras.**

	Muestra 1 (Alexitímicos)	Muestra 2 (No Alexitímicos)
Esquema 1	17	0
Esquema 2	67	0
Esquema 3	33	0
Esquema 4	17	0
Esquema 5	67	0
Esquema 6	33	0
Esquema 7	33	0
Esquema 8	0	0
Esquema 9	0	0
Esquema 10	0	0
Esquema 11	0	0
Esquema 12	0	0
Esquema 13	0	0
Esquema 14	83	33
Esquema 15	83	33

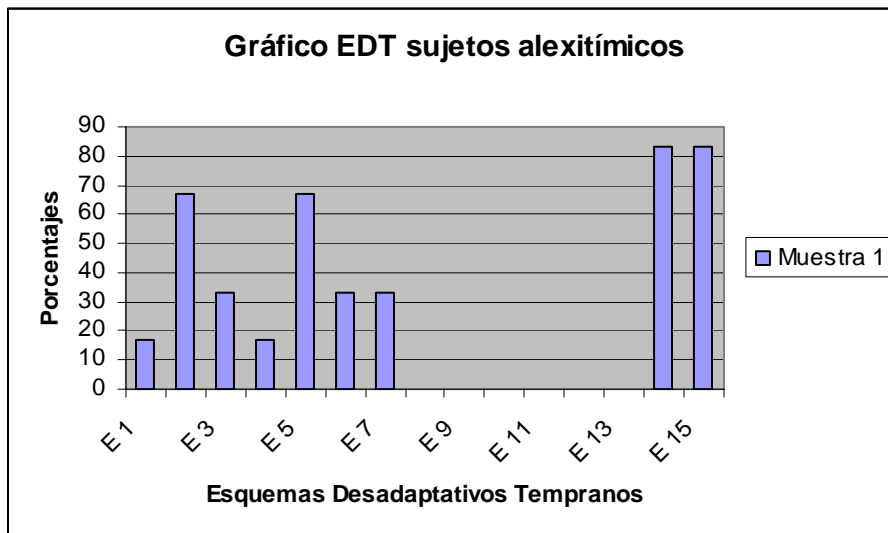


La muestra de sujetos no alexitímicos presenta sólo 2 esquemas activados, estos son: Estándares inflexibles (E 14) y Límites insuficientes (E 15) ambos resultan activados en un 33% de la muestra, es decir en dos de los casos; por otro lado, dos de los casos no presentan ningún esquema activado. La muestra de sujetos alexitímicos presenta 9 esquemas activados, estos son: Dependencia (E 1) en un 17% de la muestra, Sometimiento/ Carencia de individualismo (E 2) en un 67% de los sujetos, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (E 3) en un 33%, Miedo a perder el autocontrol (E 4) en un 17%, Deprivación emocional (E 5) en un 67 %, Abandono pérdida (E 6) en un 33 %, Desconfianza (E 7) en un 33%, y Estándares inflexibles (E 14) y Límites insuficientes (E 15) en un 83% de la muestra.

#### **IV.4- Grupo de sujetos alexitímicos.**

##### **IV.4.1- Tabla y Gráfico EDT en Sujetos Alexitímicos.**

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	%
Esquema 1	0	1	0	0	0	0	17
Esquema 2	1	0	1	1	1	0	67
Esquema 3	0	0	0	1	1	0	33
Esquema 4	0	0	1	0	0	0	17
Esquema 5	1	0	1	0	1	1	67
Esquema 6	0	0	1	0	1	0	33
Esquema 7	0	0	1	0	1	0	33
Esquema 8	0	0	0	0	0	0	0
Esquema 9	0	0	0	0	0	0	0
Esquema10	0	0	0	0	0	0	0
Esquema11	0	0	0	0	0	0	0
Esquema12	0	0	0	0	0	0	0
Esquema13	0	0	0	0	0	0	0
Esquema14	1	1	1	1	1	0	83
Esquema15	1	1	1	0	1	1	83



Podemos observar que en el Grupo de Sujetos Alexitímicos los esquemas que se encuentran activados en mayor porcentaje son el de Estándares Inflexibles (E 14) y Límites Insuficientes (E 15), ambos se encuentran activados en un 83 % de la muestra. Con un 67% se encuentran activados los siguientes esquemas: Sometimiento/Carencia de individualismo (E 2) y Deprivación emocional (E 15). Los esquemas Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (E 3), Abandono pérdida (E 6) y Desconfianza (E 7) se encuentran activados en un 33% de la muestra. Por último en un 17% se encuentra activado Dependencia (E 1) y Miedo a perder el autocontrol (E 4). Los restantes esquemas no se encuentran activados en ninguno de los casos.

# **Capítulo V**

## **Conclusiones**

## **Capítulo V: Conclusiones.**

En la presente tesina se tomaron dos variables para trabajar, estas son alexitimia y Esquemas Desadaptativos Tempranos. Recordemos que la alexitimia se define como una perturbación afectiva y cognitiva. De esta manera, uno de los objetivos de esta tesina es indagar más acerca de ese aspecto cognitivo de la perturbación. Por otro lado entre las características esenciales de la alexitimia, sólo una se refiere al factor cognitivo, ésta es la de tener pensamiento simbólico reducido o ausente, es decir que los sujetos con alexitimia van a poseer un pensamiento concreto y orientado a lo externo, sin poder implicarse en lo que los afecta como sujetos, y presentando una dificultad para expresar estados internos, emociones y motivaciones; es así que presentan una dificultad en la tarea cognitiva de procesar, discriminar y reconocer una emoción para luego poder verbalizarla como un sentimiento subjetivo.

Por lo tanto la intención es ampliar el campo de conocimiento en lo que respecta al aspecto cognitivo. Para tal objetivo se eligió la variable de “Esquemas Desadaptativos Tempranos”, por considerarse de gran utilidad para poder explorar acerca de los esquemas cognitivos más característicos que pueden encontrarse a la base de esta perturbación.

Considero de gran importancia aclarar que los resultados obtenidos en la presente investigación no pueden ser generalizados a toda la población de sujetos alexitímicos por tratarse de una muestra de tipo intencional y no probabilística, por lo cual los resultados sólo son válidos para describir las características de este grupo de sujetos con los que se trabajó en esta tesina en particular.

Hecha esta aclaración, recordemos los objetivos planteados:

- Explorar acerca de las diferencias más significativas entre los esquemas cognitivos presentes en los sujetos alexitímicos y aquellos que se encuentran presentes en los sujetos no alexitímicos.
- Describir características comunes en el tipo de esquemas cognitivos activados en las personas que padecen alexitimia.

Con respecto a las diferencias entre la muestra de sujetos alexitímicos y no alexitímicos, y siguiendo los resultados obtenidos y planteados en el apartado de presentación de resultados, pudimos ver algunas diferencias. En primer lugar los sujetos alexitímicos presentan mayor cantidad de esquemas activados que los no alexitímicos,

de los 15 EDT sólo 6 no se encuentran activados en ninguno de los casos, mientras que los sujetos no alexitímicos sólo presentan 2 esquemas activados de los 15, y 2 de los sujetos de la muestra no presentan ningún esquema activado.

Por otro lado también se observan diferencias en las dimensiones q abarcan los esquemas activados. En la muestra de sujetos alexitímicos sólo encontramos activados esquemas de la dimensión “Autoexpresión limitada” (E 14, 33%) y “Límites inadecuados o insuficientes” (E 15, 33%). A diferencia de la muestra de sujetos alexitímicos que presentan esquemas activados de las dimensiones “Autonomía” (E 1, 17%; E 2, 67%; E 3, 33%; E 4, 17%), “Desconexión y rechazo”, (E 5, 67%; E 6, 33%; E 7, 33%) “Autoexpresión limitada” (E 14, 83%) y “límites inadecuados o insuficientes” (E 15, 83%).

En relación a las implicaciones de las dimensiones, la dimensión Autoexpresión limitada que se encuentra en ambas muestras, refiere sujetos que presentan una restricción de las propias emociones, impulsos, inclinaciones, etc. con el fin de evitar culpa y ganar el respeto en las relaciones, en los primeros vínculos las necesidades de estos individuos resultaban secundarias a la de los demás. Por otro lado la otra dimensión que se repite en ambas muestras (Límites inadecuados o insuficientes) refiere que crecieron en un contexto permisivo e indulgente, por lo que en la vida adulta carecen de autodisciplina y tienen un sentimiento de superioridad, siendo insensibles ante las necesidades y deseos de los demás. Hay una deficiencia de límites internos que conducen a una dificultad en cumplir con los requerimientos que los demás hacen y los propios objetivos personales.

Por otro lado la dimensión Autonomía, la cual sólo esta presente en la muestra de sujetos alexitímicos, refleja sujetos q han crecido en ambientes sobreprotectores y complicados, luego en sus relaciones son demasiado dependientes y no se creen capaces de afrontar situaciones por sí solos, por lo que se les dificulta llegar a ser independientes. Otra de las dimensiones sólo presentes en la muestra de alexitímicos es la de Desconexión y Rechazo; los sujetos que tiene activados esquemas de esta dimensión de niños no fueron proveídos de suficiente cuidado, aceptación, afecto, estabilidad, empatía, etc. Así, tienen la creencia de que no pueden ni merecen recibir afecto, aceptación, comprensión, apoyo, etc., en sus relaciones con los demás. De la dimensión Indeseabilidad no se encuentran activados esquemas en ninguna de las muestras.

En relación a los resultados de la muestra de sujetos alexitímicos, se encontraron algunas características comunes. En un 83% de la muestra se encuentran activados los esquemas Estándares inflexibles y Límites insuficientes, recordemos que éstos fueron los únicos esquemas que estuvieron activados en ambas muestras. A pesar de esto, en la muestra de sujetos no alexitímicos estos esquemas sólo están presentes en un 33% de la misma, por lo que sigue siendo significativa su presencia en la de sujetos alexitímicos.

El esquema de Estándares Inflexibles refiere expectativas extremadamente altas respecto a uno mismo, o énfasis excesivo en el estatus, dinero, logro, orden o reconocimiento, a expensas de la felicidad, placer, salud, sensación de deber cumplido o de relaciones satisfactorias, es decir, que la persona cree que cualquier cosa que haga no es bastante buena, que siempre tiene que ocuparse con más esfuerzo. Se podría inferir una correspondencia entre la presencia de este esquema y lo que se plantea en relación a el paciente psicossomático; esto es, que hay un predominio del principio de realidad sobre el de placer en su funcionamiento. En la categorización de los enfermos psicossomáticos realizada por Liberman, se correspondería con el paciente hipomaniaco, el cual según este autor vive con exigencias desmedidas en lo que se trata del éxito y la responsabilidad. También se puede corresponder con el paciente depresivo, el cual señala es meticoloso, ordenado, controlado y autoexigente.

Uno de los rasgos accesorios de la alexitimia es “alto grado de conformismo social” que tiene que ver con una sobreadaptación, de manera que el sujeto se comporta de forma rígida, estereotipada y mecánica para seguir estrictamente las exigencias sociales. Este rasgo accesorio de la alexitimia se podría relacionar con lo plantado anteriormente en el esquema de Estándares inflexibles, es decir una sobreadaptación debido a exigencias desmedidas en relación al estatus, dinero, logro, etc.

Por otro lado este esquema pertenece a la dimensión Autoexpresión limitada, que como dijimos anteriormente implica restricción de las propias emociones, impulsos, inclinaciones, etc. La restricción se define como un límite, impedimento o limitación, por lo cual podríamos pensar a la misma como una no expresión. Esto se corresponde con lo planteado en la alexitimia, la cual implica una dificultad para expresarse sobre las cosas que afectan a la persona en su subjetividad.

Esta dimensión plantea también que estos sujetos crecieron en un contexto en donde sus necesidades resultaban secundarias a las necesidades de los demás. Se podría hacer una inferencia en relación a lo que plantea la hipótesis etiológica de la alexitimia, según el modelo psicodinámico. La misma refiere a esta perturbación como “efecto” de



un vínculo deficitario con una madre que no ha sabido interpretar las necesidades afectivas del bebé y ayudar al mismo a elaborarlas. Podemos decir hipotéticamente entonces que, posiblemente esta madre no le ha dado la prioridad y la importancia a las necesidades de este niño cuando lo ha necesitado. Por todo esto, podemos inferir que los contextos propiciantes para el surgimiento de este esquema y de la alexitimia como perturbación podrían estar en concordancia.

El esquema de Límites insuficientes presente en el 83% de la muestra, significa que el sujeto presenta dificultad para ejercer suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr los propios objetivos y metas, o para restringir la expresión de las propias emociones. Se encuentra una contradicción entre este esquema y la alexitimia, ya que este EDT implica cierta dificultad para restringir la expresión de las emociones, todo lo contrario a las características de la alexitimia. A pesar de esta aparente contradicción, se podría pensar e inferir que, un sujeto con este esquema activado y dificultades en la discriminación de las emociones, tendería a expresar sus emociones de una manera impulsiva y poco discriminada, es decir el sujeto se expresaría con cierta dificultad en autocontrolarse pero sin discriminar claramente la emoción expresada. De la misma manera tal expresión sería mal dirigida ya que tampoco va a discriminar que situación o persona tiene que ver con esto que siente, como lo supone la presencia de alexitimia.

En un 67% de la muestra se encuentra activado el EDT, Sometimiento/carencia de individualismo. Este esquema implica excesivos controles sobre las propias decisiones, preferencias y expresión emocional por parte de otra gente, generalmente para evitar broncas, venganzas o abandono. Implica la percepción de que sus propios deseos y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. A menudo lleva a dificultades para establecer objetivos y direcciones y rabia con el sometedor. En este caso se habla de excesivo control emocional, lo cual se relaciona con la dificultad presente en la alexitimia. Si bien la presencia de este esquema no implica necesariamente una dificultad en la discriminación afectiva sino un control de la misma, ambos casos tienen como resultado una no expresión de los afectos. Podemos pensar que el hecho de que la persona presente dificultades en la discriminación y verbalización de los afectos, es un factor que puede llegar a reforzar este esquema y la creencia de que sus propios deseos y sentimientos no son importantes para los demás, cuando en realidad el sujeto fallaría en la expresión de lo que necesita de los demás a nivel afectivo a causa de sus dificultades para antes discriminarlo.

El EDT de Deprivación emocional también se encuentra en el 67% de la muestra. Este refleja la creencia del sujeto en que no lograra, por parte de los otros, satisfacer sus necesidades de apoyo emocional. Las tres formas particulares de pérdidas comprenden la alimentación, el cariño (ausencia de afecto tanto físico como emocional), la empatía (ausencia de comprensión de ser escuchado, de poder descubrirse a sí mismo, o de compartir sentimientos con los demás) y la protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía por parte de los demás). A menudo los padres fueron emocionalmente deprivadores para el niño. En relación a este EDT podemos suponer que, al sujeto le será doblemente difícil expresar sus necesidades afectivas, por un lado por la dificultad de registrar lo que siente y luego verbalizarlo y por otro lado por la creencia de que de todas formas no encontrará el suficiente apoyo emocional por parte de los demás. Ambas variables (la alexitimia y la activación de este esquema) se podría inferir que pueden actuar retroalimentándose mutuamente de forma de que la dificultad que supone la alexitimia actúe de alguna manera reforzando este esquema y a su vez esta creencia haga más difícil llegar al aprendizaje de la discriminación de lo que el sujeto siente. Por lo cual podría ser fundamental para el tratamiento de la alexitimia trabajar antes sobre este esquema cognitivo, esto teniendo en cuenta lo central que resultan los mismos para la organización de la personalidad.

En un 33% de la muestra se encuentran activados los siguientes esquemas: Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Abandono pérdida y Desconfianza. El EDT de Vulnerabilidad frente al daño implica que el sujeto espera tener experiencias negativas que no controlarán, tales como crisis médicas, emocionales o naturales. Esos individuos tienen la creencia extrema de que cualquier suceso ocurre sin previo aviso y les puede afectar en cualquier momento, por lo tanto es muy común que tomen precauciones excesivas para protegerse. Además el sujeto tiene la sensación de que no podrá protegerse del suceso. Generalmente hubo padres excesivamente temerosos que transmitieron la idea de que el mundo es un lugar peligroso. Por otro lado el esquema de Abandono pérdida refiere la creencia de que la capacidad de los demás para darnos apoyo será poco fiable e inestable, que los otros significativos no darán protección, apoyo, fuerza, etc. debido a que son emocionalmente inestables, erráticos, impredecibles o bien que morirán. Además los otros significativos pueden ser considerados esenciales para sobrevivir de un modo exagerado y poco realista. De niños pueden haber vivido un divorcio traumático, la muerte de sus padres o bien haber habido muchas ocasiones en las cuales el niño fue dejado solo o sin atención por largos

períodos. El esquema de Desconfianza, incluye la expectativa de que el individuo será herido o los demás se aprovecharán de él. Manifiesta sentimientos de abuso, engaño, mentiras o manipulación. A menudo piensan en términos de atacar primero o vengarse. En la niñez estos pacientes a menudo fueron abusados o tratados con injusticia por los padres, hermanos o pares.

Por último en un 17% de la muestra se encuentran activados los esquemas de Dependencia y Miedo a perder el autocontrol. El EDT Dependencia supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado, y por lo tanto necesita la asistencia de los demás para funcionar. Es decir que se siente incapaz de manejar sus propias responsabilidades cotidianas de manera adecuada, sin ayuda considerable de los demás (por ejemplo en la toma de decisiones, emitir juicios, etc.). Generalmente los padres no alientan a éstos niños a actuar independientemente y a desarrollar en su capacidad para cuidarse por sí mismos. El EDT de Miedo a perder el autocontrol refiere que la persona teme perder el control de sus acciones o expresión de emociones.

No se profundizará en éstos últimos EDT ya que no se considera significativa su presencia en la muestra de sujetos alexitímicos, al encontrarse en dos de los sujetos en el caso del 33% y sólo en un sujetos en el caso del 17%.

Podemos concluir que la presencia de alexitimia como perturbación será una variable que posiblemente ayudará en todos los casos a establecer los esquemas activados en forma duradera, esto si recordamos uno de los procesos de los esquemas que es la evitación afectiva. Este proceso, como se describió con anterioridad, consta de tentativas para bloquear el afecto o sentimiento generados por los esquemas, que es en todos los casos, desagradable. Esto es de gran importancia si tenemos en cuenta que este proceso de evitación afectiva termina generando sensaciones difusas y crónicas que pueden llevar a somatizaciones. En relación a esto, la presencia de alexitimia podría estar dificultando la percepción del afecto generado por el esquema en cuestión, lo que ayudaría a la mantención del mismo.

Estas inferencias sólo pueden ser presunciones, pero se abre un abanico de preguntas y cuestionamientos acerca de la alexitimia en su nivel cognitivo y el posible interjuego entre estas dos variables. Por todo esto sería de interés profundizar estos temas en posteriores investigaciones. En el siguiente capítulo se desarrollarán algunas propuestas en este sentido.

# **Capítulo VI**

## **Propuestas**

## **Capítulo VI: Propuestas.**

En la presente tesina se utilizó un diseño de tipo no experimental, transeccional y descriptivo, por lo cual los alcances de la misma son limitados. A pesar de esto, se realizarán una serie de propuestas de algunos caminos para futuras investigaciones sobre el tema, que surgen a partir de los resultados alcanzados.

Una de las propuestas podría ser la de realizar la investigación en una muestra de sujetos más numerosa de tipo probabilística, de forma de llegar a conclusiones con mayor alcance.

Sería de interés profundizar en la investigación en relación a los contextos familiares, ya que tanto la alexitimia (según plantea una de las hipótesis etiológicas) como los EDT se establecen en los primeros años de vida, de esta manera investigar si existen concordancias en este sentido, en relación a algún EDT particular activado significativamente en esta perturbación. También podría realizarse una investigación desde una perspectiva sistémica y ver si es posible crear una especie de perfil de las interacciones a nivel sistémico o bien si hay algún tipo de familia que puede propiciar el desarrollo de la alexitimia como perturbación.

Así también como la investigación en relación a si hay alguna dimensión de esquemas que se repita con más frecuencia en sujetos alexitímicos. También podría realizarse un estudio, acentuando en la variable de género para estudiar si existen EDT característicos en mujeres y hombres alexitímicos.

Sería de gran interés poder profundizar sobre cómo pueden influir las dificultades de la alexitimia en la mantención de algunas creencias irracionales, ya que la percepción de las propias emociones es una parte importante del proceso que permite tomar contacto con lo disfuncional de la mantención de dicha creencia.

Por otro lado podría ser una línea interesante para el tratamiento de la alexitimia, partir de la creencia irracional presente para luego ir a la discriminación de lo que genera a nivel afectivo y de esta manera trabajar sobre la dificultad para registrar las emociones y sentimientos propios.

La presente tesina sólo ha pretendido ser un humilde aporte a la temática de la alexitimia en su aspecto cognitivo. De igual forma ha servido para el surgimiento de muchos interrogantes sobre el tema, la dilucidación de los mismos quedará como tarea para futuras investigaciones.

## Bibliografía:

- Barrera, E. (2002). *Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas y Terapia Racional Emotivo Conductual en la Obesidad*. Memoria para optar el título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Beck, A.A., (1991). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (3ª ed.). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Beck, J.S. (1995). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-second edition (YSQ-L2) en población colombiana [Versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3, 541-560.
- Fernández-Abascal, E.G., (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Montalvo, J. y Yárnoz, S. (1994). Alexitimia: Concepto, Evaluación y Tratamiento. Extraído en Febrero, 2009 de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=931>
- Lunazzi, H. (2006). *La alexitimia en la artritis reumatoidea*. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctora en Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de la Plata, Bs As, Argentina. Disponible en red en: [http://www.colegiodepsicologos.org.ar/TESIS\\_LUNAZZI.pdf](http://www.colegiodepsicologos.org.ar/TESIS_LUNAZZI.pdf)

- Pelorosso, A. Abordaje del paciente psicossomático. *El paciente psicossomático; Cabalgando sobre dos caballos*. Extraído en Febrero, 2009 de [http://adisamef.com/fondo%20documental/psicosomatica/1\\_abordajedelpaciente-psicosomatico.pdf](http://adisamef.com/fondo%20documental/psicosomatica/1_abordajedelpaciente-psicosomatico.pdf)
  
- Piracés, A. (1997). Apuntes de cátedra: Psicología Objetivista. “*Hipótesis acerca del origen de los esquemas*”. UDA. Facultad de Psicología. Mendoza.
- Piracés, A. (2002). Apuntes de cátedra: Psicología y deprivación. Teorías cognitivas. UDA. Facultad de Psicología. Mendoza.
  
- Piracés, A. (2002). Apuntes de cátedra: Psicología y deprivación. Enfoque conductual cognitivo y desarrollo de la personalidad. UDA. Facultad de Psicología. Mendoza.
- Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. (1998). “*Metodología de la investigación*”. México: Mc Graw – Hill Interamericana Editores
  
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos* (2º Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.

# **Apéndice**



## CUESTIONARIO DE ESQUEMAS COGNITIVOS TEMPRANOS (J. Young)

En este cuestionario Ud. deberá marcar SÍ o NO en cada uno de los ítems. No existen respuestas correctas o incorrectas. Tal vez ninguna de las dos opciones parezca adecuarse, sin embargo marque todas con SÍ o NO eligiendo de acuerdo a lo que más se aplique en su caso.

Tal vez no le guste la manera en que suenan algunas de las frases, pero no elija lo que piensa que debería decir o que sonaría mejor para otras personas, elija la opción que más se adecua a Ud.

### MARQUE SI O NO CADA UNO DE LOS ÍTEMS

- 1) Me es muy difícil poder valerme por mi mismo.
- 2) Necesito a otra gente para que me ayude a ir por la vida
- 3) Siento que no puedo valerme por mi mismo
- 4) Creo que otra gente puede cuidarme mejor de lo que puedo hacerlo por mi mismo/a
- 5) A menos que haya alguien que me sirva de guía, tengo problemas para emprender nuevas tareas o actividades
- 6) Pienso que soy una persona dependiente
- 7) No pongo límites y dejo que los demás hagan lo que quieren
- 8) Pienso que si me dejo llevar por lo que yo quiero solo encontraré problemas
- 9) Generalmente no me queda otra alternativa de ceder ante los deseos o requerimientos de los demás
- 10) Generalmente, a las necesidades de los demás las pongo antes que a las mías.
- 11) En mis relaciones con la gente, generalmente permito que otros tomen el mando o iniciativas
- 12) Estando con otra gente encuentro difícil poder manifestarme tal como realmente soy
- 13) Realmente, no se lo que quiero para mí
- 14) Generalmente siento que no puedo expresar mi desacuerdo o mi rabia, pues siento como que los otros me desaprobaban y me rechazarían.
- 15) Suelo andar con la idea de que las decisiones más importantes en mi vida realmente no son decisiones tomadas por mí.
- 16) Me siento culpable cuando alguien se enoja conmigo o queda mal por mi causa
- 17) Siento que doy a la gente más de lo que recibo
- 18) Siento, en forma constante, como que tengo que agradar a los demás
- 19) Siento que dentro de mí incubo mucha rabia y resentimiento que no puedo expresar
- 20) Se me hace problemático el poder lograr que se respeten mis derechos y que se tomen en cuenta mis sentimientos
- 21) Me cuesta escapar al sentimiento de que algo malo va a suceder
- 22) Siento que en cualquier momento me podría golpear un desastre (natural, financiero, criminal o médico)
- 23) Una de mis preocupaciones es que pueda volverme un vagabundo o un linyera
- 24) Tengo preocupaciones acerca de ser agredido o atacado/a
- 25) Soy muy cuidadoso/a con el dinero, pues de otra forma terminaría sin nada
- 26) Tomo muchas precauciones como para no enfermarme ni accidentarme
- 27) Ando con la permanente preocupación de que pueda perder mi posición o dinero y quedar desprotegido/a
- 28) Aunque no se me ha diagnosticado nada serio, ando con la preocupación de estar desarrollando alguna enfermedad

- 29) Soy una persona temerosa
- 30) Para hacer mis cosas, prefiero tomar caminos seguros o familiares en vez de correr riesgos.
- 31) Constantemente ando pensando acerca de las cosas malas que suceden en el mundo: crimen, contaminación y otras cosas.
- 32) Ando preocupado sobre el poder perder control sobre mis acciones
- 33) A menudo siento que puedo volverme loco
- 34) A menudo siento como que voy a tener un ataque de ansiedad
- 35) Me produce preocupación el que pueda ruborizarme o transpirar en frente de otra gente
- 36) A menudo me siento a punto de llorar sin control
- 37) Me produce preocupación la posibilidad de que no pueda tener control sobre mi conducta sexual
- 38) Ando con temores de que pueda dañar a alguien, física o emocionalmente, si me enojo
- 39) Siento que debo controlar mis emociones e impulsos o sino probablemente algo malo suceda
- 40) No hay nadie que pueda darme lo que necesito
- 41) No obtengo bastante cariño ni atención
- 42) No tengo a nadie en quien confiar para consejo y apoyo emocional
- 43) No tengo a nadie que me cuide y proteja, comparta conmigo, o le importen realmente las cosas que me suceden
- 44) No tengo a nadie que quiera acercarse a mí y pasar su tiempo conmigo
- 45) Yo podría desaparecer y realmente no sería extrañado
- 46) Mis relaciones con la gente son básicamente superficiales
- 47) Siento que para nadie soy una persona que importe
- 48) Realmente nadie me escucha ni me entiende ni capta mis verdaderas necesidades y sentimientos
- 49) Parece que estoy destinado a estar solo/a para siempre
- 50) Me tiene con preocupaciones el que alguien que yo quiera muera pronto, aunque existen pocas razones médicas que avalen mi inquietud al respecto
- 51) Me encuentro como pegándome a la gente con la que estoy cercano/a
- 52) Me tiene preocupado la idea de que la gente más cercana a mi me abandone o me deje
- 53) Siento como que carezco de una base de estable apoyo emocional
- 54) Siento como que mis relaciones importantes no serán duraderas; mis expectativas son que ellas finalizarán.
- 55) Siento como que mucha gente está dispuesta a dañarme y a sacar ventaja de mí
- 56) Debo protegerme de los ataques y acciones de la otra gente
- 57) Pienso que es mejor atacar primero para evitar que te hagan daño
- 58) Siento que debo vengarme de la forma en que la gente me ha tratado
- 59) Siento que no debo descuidarme y quedar desprevenido en presencia de otra gente
- 60) Siento que si alguien es cortés y amable conmigo es porque está tratando de lograr algo propio de sus intereses
- 61) Siento que tarde o temprano alguien me va a traicionar
- 62) La mayor parte de la gente solamente piensa en si mismos
- 63) Tengo mucha desconfianza en la gente
- 64) Sospecho mucho de los motivos de los demás
- 65) No encajo con la gente
- 66) Soy básicamente diferente al resto de la gente

- 67) Soy un solitario/a, no pertenezco a ningún grupo
- 68) Me siento como excluido del resto de la gente
- 69) Me siento aislado/a y solo/a
- 70) Nadie que realmente me guste me amaría una vez que descubriera mis defectos
- 71) Nadie que yo deseara querría permanecer cerca de mí si supiera como soy realmente
- 72) Tengo muchos defectos
- 73) No importa lo mucho que yo intente y trate, nadie me valora ni se interesa en mí
- 74) Siento como que no merezco el amor, atención o respeto de los otros
- 75) Soy una persona atractiva a los del otro sexo
- 76) Soy demasiado gordo/a
- 77) Soy demasiado feo/a
- 78) No soy capaz de llevar a cabo una conversación interesante
- 79) En ocasiones sociales me comporto torpe y aburrido
- 80) Pienso que la gente que valoro no se asociaría a mí debido a que no tengo suficiente estatus social (ingreso económico, nivel educativo, etc.)
- 81) En situaciones de reuniones sociales, nunca sé que decir
- 82) La gente no quiere incluirme en sus grupos
- 83) Los demás hacen casi todas las cosas mejor que yo
- 84) Soy incompetente
- 85) La mayor parte de la otra gente son más capaz que yo
- 86) Tiendo a arruinar todo lo que emprendo o hago
- 87) Soy una persona inepta en las cosas importantes
- 88) Soy más bien un fracaso
- 89) Probablemente haré las cosas mal si confío solamente en mi propio juicio
- 90) Carezco de sentido común
- 91) Pienso que en general mi criterio no es para ser tomado en cuenta
- 92) En lo esencial, no soy una persona buena
- 93) En general creo que merezco que me controlen y me pongan límites
- 94) Pienso que no merezco bienestar o felicidad
- 95) Como suelo cometer errores, merezco fuertes críticas y castigo.
- 96) No tengo excusas para mis errores
- 97) Me siento culpable por los errores que he cometido
- 98) Por más que trate, no puedo vivir de acuerdo a mis principios religiosos o morales.
- 99) A menudo me siento culpable sin saber porqué
- 100) Tiendo a andar con la sensación de humillación por mis fracasos y desubiques
- 101) Me siento como muy inferior o inaceptable para revelar mis fracasos a los demás
- 102) Si otros se dieran cuenta de mis defectos, no podría mirarlos a la cara por vergüenza
- 103) Me comparo y me considero menos que mucha gente, lo que me lleva a constantes sentimientos de inhibición
- 104) Siempre estoy muy pendiente de la reacción que tendrán los demás
- 105) Siento que debo ser el mejor en la mayor parte de lo que emprenda; no puedo aceptar ser el segundo
- 106) Me esfuerzo en mantener casi todo en perfecto orden
- 107) La mayor parte del tiempo debo lucir de lo mejor
- 108) Trato de hacer las cosas lo mejor que puedo, pero no llego a ser lo suficientemente bueno
- 109) Tengo tanto que cumplir que casi no puedo relajarme

- 110) Casi nada de lo que hago es suficientemente bueno; siempre quedo con la sensación que podría hacerlo mejor
- 111) Siempre debo tener presente las cosas que me competen y mis responsabilidades para cada acción
- 112) Siento sobre mi una constante presión para hacer cosas
- 113) Mis relaciones con la gente sufren debido a que me exijo tanto
- 114) Mi salud se resiente debido a que me pongo bajo tanta presión para hacer cosas y hacerlas bien
- 115) A menudo sacrifico comodidades y bienestar para cumplir con mis metas y expectativas
- 116) Cuando quiero algo de los demás, tengo muchos problemas para aceptar un "no" como respuesta
- 117) A menudo me enojo o me pongo irritable si no obtengo lo que quiero
- 118) Soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que le son puestas a otra gente
- 119) Odio que me pongan límites y me impidan hacer lo que yo quiero
- 120) Tengo mucha dificultad para aceptar que tengo aspectos de mi vida que no corresponden con la forma en que quiero se, aunque visto objetivamente, mi vida está bien planteada.
- 121) Tengo mucha dificultad para parar de beber, fumar o comer en exceso o otras conductas problemáticas
- 122) No puedo disciplinarme como para poder completar tareas rutinarias o aburridas
- 123) A menudo me dejo llevar por impulsos y expresión de emociones que me ponen en problemas o hieren a los demás

COMENTARIOS (si lo considera preciso):

## CATEGORÍAS (para la evaluación de la técnica)

### AUTONOMÍA

I) Dependencia (ítems 1 al 6)

II) Sometimiento/carencia de individualismo (Ítems 7 al20)

III) Vulnerabilidad frente al daño o enfermedad (21 al 31)

IV) Miedo a perder auto-control (32 al39)

### RELACIONES SOCIALES

V) Deprivación emocional (Ítem 40 al 48)

VI) Abandono/pérdida (Ítem 49 al 54)

VII) Desconfianza (Ítem 55 al 64)

VIII) Aislamiento social/alienación (65 al 69)

### DIGNIDAD Y VALORACIÓN

IX) Defectos/despreciabilidad (Ítems 70 al 74)

X) Indeseabilidad social (Ítems 75 al 82)

XI) Incompetencia/fracaso (83 al91)

XII) Culpa/castigo (92 al 99)

XIII) Culpa/vergüenza (100 al 104)

XIV) Estándares inflexibles (105 al 115)

XV) Toma de derechos/Limites insuficientes (116 al 123)

**Escala de Alexitimia (UBA)**

**M. M. Casullo, A. Wiater y M. Maristany**

**Consigna:** Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible.

	GENERALMENTE SI	A VECES	NUNCA NO
1. Cuando lloro, sé por qué lo hago.			
2. Ponerse a fantasear es perder el tiempo.			
3. Quisiera ser menos tímido/a.			
4. Me confundo y no sé bien que estoy sintiendo.			
5. Fantaseo sobre el futuro.			
6. Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos.			
7. Poder resolver un problema es más importante que preguntarse porque se lo resolvió de esa manera.			
8. Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.			
9. Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado/a por algo.			
10. Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos pueden entender.			
11. No me alcanza con saber que una tarea está hecha, necesito saber cómo y por qué se hizo.			
12. Puedo contar lo que siento sin problemas.			
13. Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos.			
14. Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustada, enojada.			
15. Uso mi imaginación.			
16. Sueño despierta cuando no tengo nada que hacer.			
17. Me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo.			
18. Me pongo a fantasear.			
19. Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender porque suceden de esa forma.			
20. Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras.			
21. Es importante tener emociones, poder sentir cosas.			
22. Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.			
23. La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos.			
24. Una debería buscar explicaciones más profundas de las cosas.			
25. No sé qué está pasando dentro de mí.			
26. Cuando me enojo, no sé por qué estoy enojada.			
Puntaje total Directo (Raw score):			
Tuntaje T.:			

