

DUELO Y ALEXITIMIA

GRIEF AND ALEXITHYMIA

Rebeca Alvarado Cortés

Psicóloga

Postgrado Universitario en Psicopatología y Psicoterapia en la Infancia y la Adolescencia por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: etimológicamente proveniente del griego, a-lexi-timia significa: "ausencia de palabras para expresar las propias emociones", un constructo mediante el cual Sifneos trató de explicar la relación entre las características cognitivo-emocionales de un sujeto y la formación de síntomas en el mismo. Por su parte, el duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba vinculado afectivamente.

Haciendo constar la estrecha relación entre uno y otro concepto, el presente trabajo propone un repaso histórico en torno a ambos términos, su evolución y posible tratamiento.

Palabras clave: duelo, alexitimia, emociones, síntomas

Abstract: etymologically from the Greek, a-lexi-Timia means "lack of words to express one's emotions," a construct whereby Sifneos tried to explain the relationship between the cognitive-emotional features of a subject and symptom formation in therein. Meanwhile, grief refers to the group of psychological and psychosocial processes that follow the loss of an individual to whom the subject was sentimentally attached.

Declaring the close relationship between the two concepts, this paper proposes a historical overview about the two terms, its evolution and possible treatment.

Keywords: grief, alexithyma, emotions, symptoms

INTRODUCCIÓN

La pérdida de un ser querido es quizás una de las experiencias más dolorosas en la vida. Con la palabra duelo hacemos referencia a este hecho. Un término que procede del latín *dolus*, que significa dolor, y apunta a dos hechos: por un lado, a la pérdida en sí de alguien querido (una reacción, un cambio), y por otro, al proceso que se desencadena en el doliente tras la pérdida.

El duelo es una experiencia universal no patológica, es la reacción natural ante la pérdida, y la emoción que se va a poner en juego, principalmente, es la tristeza. Las emociones básicas, entendidas como un movimiento *hacia*, tienen la función de guiar al individuo a un cambio. En particular, la

tristeza llevaría a aceptar que se ha perdido, permitiendo reflexionar sobre lo sucedido. Esta emoción conlleva un entecimiento de todas las funciones corporales, dejando a la persona consigo misma y posibilitando la reflexión-autorreflexión (Marín, 2012). La tristeza vendría a ser el dolor psicológico. Pero, ¿qué es lo que hace que esta pérdida se convierta en tan dolorosa?

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MODELOS EXPLICATIVOS

El primero en hablar y estudiar el duelo fue Freud, en 1917, en *Duelo y Melancolía*, quien acuñó el término de trabajo o elaboración del duelo. Comparando el duelo con la melancolía, le atribuyó al primero un carácter normal, no patológico, y lo definió como una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente como la libertad, el ideal, etc., y al segundo como una predisposición morbosa (Freud, 1917). Así, ambos compartirían el mismo estado de ánimo doloroso a excepción de la perturbación del amor propio, definido por él como los reproches y acusaciones que se hace a sí mismo. La persona en duelo estaría sumida en su estado para poder elaborar o realizar el trabajo del duelo, que para él consistía en retirar la libido de objeto amado para depositarla en otro. Desde esta línea psicodinámica, Mélanie Klein describió el duelo como una reactivación de la posición depresiva infantil (frente a la posición esquizo-paranoide) en el que el objeto es reconocido como total y la ansiedad predominante es de tipo depresivo. Para ella, en el duelo patológico, el sujeto habría fracasado en establecer objetos buenos internos y obtener seguridad interna (Raya, 2003).

John Bowlby, uno de los autores más importantes, ya en 1961, fue quien desarrollo la idea de fases en el proceso de duelo. Éste se basó en los estudios y la propuesta de Lindemann quien establecía un primer momento de conmoción e incredulidad; uno segundo de duelo agudo, y finalmente la resolución del mismo (Guic, *Ars Médica*). Bowlby (2006), a partir de sus trabajos con niños que habían tenido separaciones prolongadas, primero en escuelas para niños inadaptados y después con niños en residencias y hospitales separados tras la segunda guerra mundial, desarrolló su teoría del apego en la que explica que los seres humanos vienen dotados de un sistema psicobiológico innato a partir del cual establecen vínculos afectivos –apego- para garantizar su supervivencia, provenientes de la necesidad de seguridad y protección que genera la proximidad. A medida que el bebé va creciendo, va separándose por periodos de tiempo mayor, volviendo a su figura de apego ante la amenaza a su seguridad. La figura de apego (generalmente las figuras parentales) actúa como una base segura a la cual recurrir para cubrir sus necesidades de seguridad. Los comportamientos de apego se activan, sobre todo, cuando la persona, independientemente de la edad, se siente asustada, amenazada. Por tanto, todas las personas tienen la tendencia a establecer fuertes lazos afectivos con otras personas, y son la amenaza o pérdida de estos lazos también los que desencadenarían las fuertes reacciones emocionales. Así, según Bowlby (2006) la amenaza de la pérdida de un vínculo de afectivo genera ansiedad –ansiedad de separación-, y su pérdida tristeza. Para este autor, las personas que han

perdido a un ser querido elaboran el duelo respondiendo a una secuencia de fases. En la primera fase, la fase de embotamiento, que dura entre horas y una semana, la persona está como “sin sentir”, aturdida e incapaz de aceptar la noticia, con episodios de fuerte intensidad emocional. En la segunda fase, o de anhelo y búsqueda de la figura perdida, con una duración de meses a años, la persona comienza a darse cuenta de la realidad y aparecen crisis de desesperación y llanto; es una fase en la que busca e intenta recuperar a la persona perdida a través de percepciones, comportamientos e ideaciones y recuerdos, y aparecen el llanto y la ira con el fin de atraer a la persona perdida, como lo hace un niño cuando se ausenta la madre, consciente e inconscientemente. Según Bowlby, esta búsqueda estaría relacionada con los comportamientos de apego. La tercera fase sería la de desorganización y desesperación, y la última, la fase de un grado mayor o menor de reorganización. En los/as niños/as las fases serían: protesta, desesperación y desapego. Y la recuperación de la pérdida se lograría a través de otra persona de confianza con quien vincularse, incluido/a él/a psicoterapeuta.

Otros autores/as, han desarrollado otros modelos de fases para explicar la elaboración del duelo. En la actualidad, el modelo más conocido es el de J. William Worden (Worden, 2004), que añadió un aspecto novedoso, el asociar a cada fase una tarea que realizar. Las personas en duelo hacen un trabajo activo a través de una serie de tareas para superarlo, pues para él hablar de fases conlleva una actitud más pasiva, no sucediendo lo mismo al hablar de tareas; aunque éstas suelen darse, habitualmente, en una secuencia, no necesariamente tienen que seguir el orden propuesto. Si no se cumplen todas las tareas, el duelo estaría incompleto. La tarea I es aceptar la realidad de la pérdida. Esta aceptación consiste en asumir la imposibilidad del reencuentro, lo contrario sería la negación, que puede manifestarse a través de la “momificación”, en la que se guardan las posesiones del fallecido como si aún estuviera, como si no pasara el tiempo, por ejemplo, no cambiar nada del dormitorio del hijo/a; o negar la significación con afirmaciones como que no lo echan de menos. La tarea II es la de trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, que consiste en reconocer y trabajar los aspectos que provocan sufrimiento psicológico y conductual, y al que se le suma los mensajes implícitos de la sociedad actual de que dejarse llevar por el dolor no es sano y, por tanto, hay que distraerse. El dolor puede manifestarse a través de la tristeza, la angustia, la ira, la culpa y la soledad. La negación de esta tarea consistiría en no experimentar los sentimientos asociados a la pérdida, por ejemplo, evitando pensamientos dolorosos. La tarea III es la de adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Esto conlleva adaptaciones externas de tipo más conductual como la asunción de nuevos roles; adaptaciones internas a cómo afecta a la imagen de sí misma, a cómo influye a su propia identidad y los cambios que se producen, pues no en raras ocasiones las personas se definen en función de la persona perdida; y adaptaciones espirituales, que serían aquellas que afectan al sistema de creencias pues las pérdidas pueden cuestionar los valores sobre el mundo. Finalmente, la tarea IV es la de recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo, que consistiría en transformar el vínculo

que se tenía con el fallecido ahora en ausencia, manteniendo el vínculo pero sin que esto impida poder seguir viviendo de manera que le permita establecer otros vínculos afectivos.

Actualmente, los seguidores de este modelo, han añadido otras tareas útiles para, y procedentes de, la práctica clínica como facilitar tiempo para el duelo, evitar los formulismos, interpretar la conducta normal como normal, permitir diferencias individuales, ofrecer apoyo continuo, examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones, e identificar patología y derivar (Marín, 2012).

En el siglo XXI, estamos asistiendo a la proliferación de otros modelos, que teniendo como base las investigaciones y publicaciones anteriores, desarrollan, amplían y/o integran los conocimientos para comprender y explicar los procesos implicados en el duelo.

Unos de éstos es el propuesto por Robert A. Neimeyer (2002) basado en la perspectiva constructivista. Parte de la premisa de que las personas atribuyen significados a los síntomas de pérdida que experimentan, afirmando o reconstruyendo el significado de la pérdida, de sí mismos/as y del mundo a través de una narrativa, para poder dar sentido a lo sucedido. La persona trata de volver a dar coherencia y predictibilidad a un mundo interno y externo que se ha roto pues el mundo ya no es predecible y el self que estaba vinculado afectivamente, socialmente, debe reaprender. Cuanto más traumática sea la pérdida (muertes repentinas, suicidios, etc.) o más altere el orden generacional (niños/as, hijos/os), más difícil es el proceso de asignación de significados, o mayor puede ser la fragmentación del self. El hecho de que el doliente encuentre un sentido a la pérdida, u obtenga un aprendizaje de vida o un beneficio existencial, es un buen pronóstico de adaptación a la pérdida. Para Neimeyer, se trata, por tanto, de reconstruir el significado de la relación, de la muerte, dándole sentido, y dependiendo de si éste amenaza o no al self, a la felicidad o a la supervivencia se desarrolla un duelo no-complicado/complicado. Además, este autor, relaciona la amenaza con cómo vivió la relación de apego y los modelos operativos (seguros o inseguros) que desarrolló en la infancia, y esto sería un factor o bien de vulnerabilidad o de protección.

En nuestro país, Alba Payás (2010) ha desarrollado un modelo integrativo de procesamiento emocional-cognitivo en el que recoge las aportaciones de la psicología del desarrollo, la psicología humanista, los descubrimientos de la psiconeurología del trauma y la memoria, las teorías del estrés y crecimiento postraumático y los modelos del duelo por etapas. Define el duelo como “proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la vivencia difícil y a veces traumática de la muerte de un ser querido, y que puede conducir a la persona afectada a experimentar una transformación profunda. Como proceso de crecimiento, se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad” (Payás, 2010, p.114). Propone un modelo de tareas y necesidades, manteniendo las etapas clásicas del duelo. A cada

etapa le corresponden unas necesidades (psicológicas, biológicas, emocionales y relacionales, propias de cada persona) que debe ir cubriendo a través de unas tareas. Estas necesidades van apareciendo como si fueran una figura sobre el fondo, que serían el resto de necesidades, y según se realiza la tarea correspondiente, aparecería otra necesidad como figura, al igual que explica la teoría de la Gestalt. La persona en duelo va acercándose a las etapas a través de, como explica el modelo de proceso dual de afrontamiento de Stroebe y Schut (Payás, 2010), la oscilación entre mecanismos de conexión con la pérdida, mediante la confrontación de la experiencia a través de recuerdos, añoranza o rumiaciones, y mecanismos de evitación para manejar el dolor, negando lo sucedido, minimizando la importancia, aumentando las actividades, sustituyendo la pérdida o con rumiaciones improductivas. La primera etapa sería la de Aturdimiento y choque, en donde la persona en duelo responde a la amenaza a su integridad a través de fuertes afrontamientos de evitación como la negación, confusión o disociación, o de conexión como llanto, desesperación o miedo. La tarea consistiría en manejar la vertiente traumática de la pérdida. Las dos siguientes etapas son la de evitación-negación y conexión-integración. La tarea de la primera sería la de disminuir las estrategias protectoras y aumentar la tolerancia al dolor, y la de la segunda elaborar los aspectos relacionales de la pérdida. Y poco a poco, va produciéndose el crecimiento y la transformación, dando lugar a una reorganización del sistema de creencias con respecto a la relación con el ser perdido, con uno mismo y con el mundo. Y la tarea consistiría en sustituir los antiguos esquemas por otros nuevos que incorporen el significado emocional de la pérdida como sucede en el crecimiento postraumático. La autora atribuye un tipo de duelo complicado a la detención en cada una de las etapas. Según Payás (2008), los afrontamientos son las estrategias para manejar consciente e inconscientemente a la sintomatología natural en el duelo. Un ejemplo son las rumiaciones que, aunque cursen con un estado de malestar, ayudan a modular el impacto emocional y a encontrar un significado.

A la vista de las teorías expuesta, cada modelo otorga el final del duelo de forma distinta. Según la propuesta de Payás, que recoge las aportaciones de la psicobiología en el procesamiento emocional, expone que es necesaria una integración de los aspectos emocionales y cognitivos, pues las reacciones que provocan la pérdida son primariamente somato-emocionales, ya sea desde la disociación, rabia o pena, que han amenazado la identidad de la persona que pierde la relación, y sólo después puede ir asignándole una significación cognitiva. De esta manera, el duelo transforma al ser, su identidad, sus relaciones y su visión del mundo, y no puede darse desde una perspectiva de reducir la sintomatología asociada al duelo a través de un proceso cognitivo. El duelo, como su palabra indica, es dolor, y sin ese dolor no hay elaboración. Además, esta autora apoya las ideas de Yalom (Payás, 2010) de que los significados debe asignarlos la persona doliente mediante su propia experiencia.

DUELOS COMPLICADOS

A pesar de que la experiencia del duelo conlleva un periodo de adaptación, elaboración y reorganización, en algunas personas esto no se da, manteniéndose el dolor-sufrimiento, o la ausencia del mismo, durante años, o incluso toda la vida. Para denominar esto, se ha propuesto el duelo complicado frente al duelo no complicado o “normal”.

Worden (2004) habla de una clasificación que establece cuatro categorías por, según él, resultar más útil. Una categoría es la de duelo crónico en la que la persona en duelo mantiene el sufrimiento por la pérdida durante varios años, es consciente y no puede resolverlo por sí misma. Otra es la de duelo retrasado, también llamado inhibido o pospuesto, en el que la experiencia emocional, aunque haya aparecido al principio, no ha sido suficiente como para elaborar la pérdida y la experiencia se vuelve a revivir más adelante como, por ejemplo, en el aniversario o ante otra pérdida posterior. También, según él, ante pérdidas múltiples o ante sentimientos que desbordan, la persona retrasa el duelo, y lo que caracteriza a la sintomatología cuando se revive es la intensidad de las emociones. El duelo exagerado es la tercera categoría propuesta, en el que las respuestas se caracterizan por ser exageradas y conscientes, les incapacita para llevar el día a día, y podría desencadenar una depresión clínica. Y la cuarta categoría es el duelo enmascarado, en donde las respuestas, que causan malestar, no son reconocidas como reacciones de duelo. Aquí, la persona en duelo no es consciente del duelo, y para el resto es como si el duelo no se diera y estuviera ausente. A su vez, este duelo se expresaría en dos formas distintas: o a través de conductas desadaptativas como peligrosas (por ejemplo, consumo de alcohol), o a través del cuerpo como síntoma físico, como ocurre en los trastornos somatoformes (por ejemplo, presentar el mismo dolor físico que el difunto).

Payás (2010) plantea la complicación del duelo desde un enfoque diferente. Argumenta que es el fallo en los procesos de regulación emocional-cognitivo de la propia persona en duelo el que favorece un duelo complicado. Ésta no es capaz de usar las emociones como señales para desarrollar afrontamientos adecuados que favorezcan la integración de la experiencia emocional con la cognitiva. De esta forma, los afrontamientos se fijan de forma improductiva en el tiempo manteniendo la activación de la sintomatología, la distorsión o la inhibición de los afrontamientos. Y éstos se transforman en mecanismos de defensa contra el dolor, en vez de ir disolviéndose a medida que pueda ir manejando los aspectos más dolorosos de la pérdida. Éstos mecanismos de defensas rígidos tienen la función de manejar la sintomatología pero impidiendo el contacto con otros/as o consigo misma. La persona en duelo queda fragmentada y disociada de ella misma y del exterior, y llegan a tener la sensación de aislamiento. Para que se dé un duelo complicado propone una serie de factores como intrapsíquicos vulnerabilidad pre-pérdida (estilo de vinculación inseguro, traumas o pérdidas anteriores), al que le da mayor peso; circunstanciales como las muertes de personas más jóvenes, o no

anticipadas, o no esperadas, o múltiples); y factores interpersonales (la falta de apoyo de otras relaciones que ayuden a la elaboración emocional).

Desde esta perspectiva, si las necesidades y sus correspondiente tarea en cada una de las etapas del duelo no se satisfacen, si los afrontamientos no se van resolviendo a medida que avanza, el/a doliente desarrolla un tipo de duelo complicado. En la primera etapa de aturdimiento y choque, los recuerdos pueden aparecer de forma intrusiva y fijarse en la memoria, expresarse como rumiaciones obsesivas y/o sentir miedo atroz, y se desarrollaría un duelo complicado como el trastorno de estrés postraumático. Para la etapa de evitación-negación, propone el duelo complicado tipo evitativo o duelo ausente, pues las estrategias de inhibición, supresión o distorsión usadas para manejar el dolor se fijan, de tal forma que continua como si no hubiera pasado, pero existe una sintomatología encubierta que se expresa a través de hiperactividad laboral, o impulsos autodestructivos, o conductas adictivas, o culpa desplazada, o ideas obsesivas de venganza, o culpa expresadas en forma de rumiaciones, en donde las relaciones interpersonales se tornan difíciles, con enfados desplazados y exigencias excesivas, y pueden aparecer síntomas somáticos. En la etapa de conexión e integración, en la que la persona se conecta con los sentimientos de la realidad de la pérdida, si se fijan estas estrategias se desarrolla un duelo crónico. De esta manera, las estrategias que mantenían constantemente conectado a esa persona con el difunto no consiguen dotar de significado emocional y cognitivo a la pérdida, y se mantiene crónicamente triste, autocompadeciéndose o victimizándose. El resultado es la asunción de creencias negativas sobre sí mismo/a, sobre la vida y sobre el futuro. Finalmente, en la última parte, en la etapa de crecimiento y transformación, en la que la sintomatología asociada al dolor ha remitido y la persona en duelo ha aprendido muchos aspectos de sí, puede que no se dé el crecimiento sino que aparezcan cambios negativos como el escepticismo, sentimientos de amargura o dureza, o que no haga los cambios que a nivel cognitivo sabe que son los correctos para terminar. Se quedarían en la aceptación entendida como resignación.

Como ya se ha mencionado más arriba, la experiencia de la pérdida de un ser querido provoca una fragmentación del self, la identidad de uno/a se ve afectada de forma tal por el dolor que al término del proceso del duelo el/a doliente siente que su identidad ha experimentado cambios. Este proceso es normal, no patológico. No obstante, en ocasiones se complica. Una circunstancia que lo hace especialmente vulnerable es cuando la persona no puede compartir su dolor. En estas circunstancias, es el propio entorno social el que limita y/o no reconoce la pérdida, pérdidas tales como un amante, compañeros de trabajo, un bebé, o si es un/a niño/a, suicidio, etc. y que se acompañan con sentimientos de vergüenza y/o culpa. A estos duelos se les denominan duelos desautorizados, y la falla se encuentra en no disponer del apoyo-persona que sostenga emocionalmente. Por ello, y tras varios estudios, Bessel van der Kolk ha concluido que el contacto con

otras personas es más determinante para el impacto en la memoria que las circunstancias en sí a la hora de que una experiencia se convierta en traumática (Payás, 2010). Y la situación de pérdida de un ser querido puede ser, también, traumática. Además, la identidad entendida como la visión que alguien tiene sobre sí mismo/a y sobre sí mismo en el mundo se ha desarrollado a lo largo de su historia, y en un proceso en interacción con otros que devuelven una imagen, de tal forma que el yo pensante va narrándose. A medida que avanza la vida y las interacciones se construyen y se reconstruyen dando sentido a uno/a y al mundo, estructurando, así, la realidad (Pérez, 2006). Por ello, la pérdida en sí se relaciona con la identidad, y los/as otros/as son necesarios en el proceso de duelo.

ALEXITIMIA

Este concepto, usado como variable, ha proporcionado múltiples investigaciones en medicina psicosomática, siendo el que ha dado lugar a más trabajos (Pediñelli y Rouan, 2001), demostrando su valor heurístico (Paula-Pérez, 2010).

Fue introducido por Peter E. Sifneos en 1973, tras realizar estudios en colaboración con Nemiah con pacientes psicosomáticos en los que observaron sintomatología que era consecuencia de un déficit en la capacidad de simbolización de las emociones (Mata, I). En concreto, alexitimia, y recurriendo al griego, significa a: sin, lexis: palabra y thimos: afectos o emoción, de tal forma que la traducción sería “sin palabras para las emociones”. Y con esta palabra Sifneos designó cuatro rasgos que caracterizaban la personalidad del paciente, y al que se unió posteriormente Neimah, de tal forma que quedaría como sigue (Espina, 2000):

1. dificultad o incapacidad para identificar y describir sentimientos, emociones o afectos verbalmente;
2. dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de la activación emocional, interpretando que son como consecuencia de síntomas vagos;
3. procesos imaginarios constreñidos evidenciados por una pobreza de fantasías y en donde no existen deseos;
4. y un estilo cognitivo orientado externamente (descripción de los acontecimientos, concreto, literal), usando las acciones para enfrentar o evitar los conflictos o frustraciones.

No obstante, algunas de estas características ya habían sido descritas anteriormente por P. Marty y M´uzan quienes lo definieron como *pensé opératoire* (pensamiento operatorio) (Marín, 2012). Con ello, se referían a una característica de la personalidad que presentaba la dificultad de comunicar verbalmente los afectos y los sentimientos, sujeto más a lo concreto que a lo abstracto, en donde la vida estaba más centrada en los hechos diarios, en los síntomas físicos, y carentes de fantasías en donde los deseos habían desaparecido. Los conceptos de ambos autores describen a los mismos

pacientes, haciendo éste último y la escuela francesa más hincapié en los aspectos fantasmáticos, y los primeros en la dimensión emocional (Marín).

Debido a su carácter teórico, la alexitimia puede ser abarcada desde un signo (como la falta del reconocimiento de las emociones), desde un síndrome (estudiando las manifestaciones que se presentan a la vez en los diferentes trastornos) y como un constructo teórico (añadiendo explicaciones psicológicas y biológicas al signo o al síndrome) pero no puede ser abarcada desde la enfermedad (Mata, I).

Los estudios de la psicobiología de las emociones han puesto de manifiesto la relación existente entre el sistema límbico, el neocortex y los diferentes órganos del cuerpo, cómo es procesada la información emocional, tanto procedente del exterior a través de los sentidos como del interior, por la amígdala y cómo ésta está conectada con el cuerpo y con el neocortex a través del hipocampo para asignarle una interpretación cognitiva. Por ello, en algunas circunstancias en las que la amígdala está hiperactivada se rompe la comunicación con el hipocampo, desarrollándose la experiencia somática correspondiente a la asignación emocional (Marín, 2012; Payás, 2010). En los sujetos alexitímicos el enfoque neuropsicológico propone que existiría un bloqueo entre el sistema límbico y el córtex, no desarrollándose la expresión verbal, y enviándose la información directamente al sistema neuroendocrino, al sistema nervioso autónomo y al sistema inmunitario. Además, también otros estudios llevados a cabo con pacientes con los hemisferios no conectados, o con hipofuncionamiento del hemisferio derecho (responsable de las imágenes y de la simbolización representativa), que presentaban los mismos síntomas que los alexitímicos, han demostrado la importancia de la comunicación interhemisférica, y que en los alexitímicos ésta no estaría presente (Marín, 2012).

Cuando una persona presenta alexitimia, Sifneos argumentó que ante situaciones interpersonales en el que es necesario el manejo emocional, ésta carece de los recursos necesarios para hacerles frente, aumentando el estrés y la frustración, afrontando el conflicto impulsivamente o evitándolo, y la respuesta fisiológica sería activada llegando a los órganos del cuerpo. Dependiendo del estado del órgano, se desarrollaría el trastorno psicósomático (Espina, 2000).

Desde el principio, Sifneos estableció dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria, y que hoy en día son aceptados (Pediñelli y Rouan, 2001). La primera hace referencia a una alteración neurobiológica, disposición cognitivo-psicológica personal. La segunda, sería consecuencia de una situación traumática o muy estresante en donde se desarrolla como mecanismos de afrontamiento. En estos casos, la persona inhibe la respuesta emocional, que es demasiado intensa y dolorosa, a través de estrategias de evitación en el proceso de adaptación a la situación para controlar la angustia derivada

del significado emocional. De este modo, la aceptación de lo sucedido se vería favorecida, pues en sus inicios el dolor psicológico es muy intenso como para que sea aceptado emocionalmente. Dependiendo de los factores personales y circunstanciales, la alexitimia iría disminuyendo, o no, como se vio en un caso de dolor crónico derivado de una depresión enmascarada que cursaba con alexitimia, y que al ser tratada, los rasgos alexitímicos disminuyeron (Marín, 2012). Las personas que inhiben sus emociones como mecanismos de defensa contra el trauma, una enfermedad crónica grave o el duelo por un ser querido irán disminuyendo los rasgos alexitímicos a medida que elaboren el duelo, el trauma o desaparezca la enfermedad, o bien cronificarse si este trabajo no se da (Paula-Pérez y col., 2010).

Otras patologías y trastornos en las cuales aparece también la alexitimia son trastornos de estrés postraumático, anorexia y bulimia, dolor crónico, trastornos de pánico, cáncer de mama, dolor lumbar crónico, enfermedad inflamatoria intestinal o asma crónico. No obstante, en otros trastornos se ha encontrado que la alexitimia es un factor de vulnerabilidad y riesgo como en el caso de trastornos en los que el sujeto debe manejar situaciones emocionales desarrollándose acciones impulsivas como en las adicciones, en la bulimia o el juego patológico (Espina, 2000).

Los sujetos con alexitimia no sólo presentan dificultades para usar las emociones o manejar el estrés, sino que también se ve afectada la red de apoyo al poseer pocos recursos en las relaciones interpersonales siendo esta red más pequeña o teniendo la percepción de que es escasa o que no reciben el apoyo emocional y social que necesitan, que a su vez retroalimentan a la alexitimia (de la fuente y col. 2009).

CONCLUSIONES

El duelo es un proceso y una experiencia dolorosa que requiere de tiempo, y en el que influyen una gran variedad de factores intrapsíquicos, interpersonales y situacionales, así como las circunstancias en las que haya tenido lugar la muerte. Una pérdida que supone, en principio, una fragmentación del self o pérdida de identidad que será de nuevo integrada en una identidad diferente. Un proceso que se ve facilitado en la relación con los/as otros/as. A lo largo del tiempo, el/a doliente va a ir enfrentando situaciones externas e internas que le permiten ir tolerando el dolor que supone esa pérdida a través de sus estrategias de afrontamiento, que inhiben o conectan con el dolor. La alexitimia se presenta en los procesos de duelo tanto como un factor de vulnerabilidad como una consecuencia. Según se deriva de los estudios realizados, aquellas personas con altas puntuaciones en alexitimia tendrán dificultad para la elaboración de las emociones y sentimientos implicados en la pérdida, y/o para utilizar sus emociones como recursos para el trabajo del duelo, propiciando, o siendo un factor de riesgo para, el desarrollo de conductas impulsivas o el padecimiento de problemas físicos como los

trastornos por somatización o psicósomáticos. Según el modelo de Payás, estas personas podrían detener el proceso del duelo en la etapa de evitación y negación desarrollándose un duelo crónico evitativo o ausente. Si interpretamos la alexitimia como una consecuencia, como un mecanismo de adaptación, adquiere una connotación más positiva al tratarse de una forma que el sujeto utiliza para enfrentar la situación y el dolor y no desestructurarse, permitiendo que los procesos implicados en el duelo puedan ir desarrollándose a medida que el/a doliente pueda ir manejando todos los aspectos que supone emocional y cognitivamente la pérdida. Ahora bien, la elaboración del duelo, y la disolución de estos afrontamientos, dependerán de otros factores para su término pues los afrontamientos por sí solo no son los responsables de la resolución del duelo, serían una ayuda. No obstante, serán necesarios más estudios que relacionen la alexitimia y el duelo para poder obtener resultados concluyentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- De la Fuente, J., Franco, C., Salvador, M. (2009). Efectos de un programa de meditación en (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema* 2010, 3 (vol. 22), pp. 369-375. <http://www.psicothema.com/pdf/3739.pdf>
- Espina, A. (2000). Alexitimia y duelo crónico. ¿Factores de riesgo en las drogas? *Clínica y análisis Grupal* 22, (1), 115-130. http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/41-Alexitimia%20y%20duelo%20cronico.pdf
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*.
<http://www.philosophia.cl/biblioteca/freud/1917Duelo%20y%20melancol%EDa.pdf>
- Guic, E., Salas A. El trabajo de Duelo. *Ars Médica*, 11 (vol. 11).
- Mata, I. Alexitimia y enfermedad inflamatoria intestinal. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*.
- Marín, J.L. (2012). *Dolor crónico, alexitimia y depresión*. Curso de Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Madrid: Sdad. Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Marín, J.L. (2012). *El constructo alexitimia en medicina psicosomática*. Curso de Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Madrid: Sdad. Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Marín, J.L. (2012). *Procesos emocionales y psicología de la salud*. Curso de Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Madrid: Sdad. Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Neimeyer, R., Prigerson, H., Davies, B. (2002). Duelo y significado. *Revista de Psicoterapia*, 49 (vol. XIII), 5-24.
- Paula-Pérez, I., Martos-Pérez, J., Lloretente-Comí, M. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista de Neurología*, 50 (Supl 3), S85-S90. <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?id=2009770>
- Payás, A. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en el duelo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol. XXVIII, 102, 307-323. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a05.pdf>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pedinielli, J. L., Rouan, G. (2001). Concepto de alexitimia y su interés en medicina psicosomática. Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Pérez, P. (2006). Trauma y resistencia. En: *Trauma, culpa y duelo. Hacia una terapia integradora*. Editorial Desclée de Brouwer. p. 15-107.

Raya, B. (2003). Caso clínico El Duelo. *Norte de Salud Mental*, 17, 74-81.

Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.
Barcelona: Paidós.

Manuscrito recibido: 12/06/2013

Revisión recibida: 24/06/2013

Manuscrito aceptado: 26/06/2013