

Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos (*)

Fernandez Gomez, C., Espina Eizaguirre, A., Aresti, A.

RESUMEN: El estudio analiza la relación entre Alexitimia y algunas variables en la dependencia de opiáceos, utilizando la Escala Revisada de Alexitimia de Toronto (TAS-R, Taylor, Bagby y Parker, 1992). La muestra está formada por 123 adictos a la heroína (DSM-III-R, APA 1987). La Alexitimia está relacionada significativamente con variables de la historia de consumo, severidad de la adicción, autoconcepto, ansiedad interpersonal y asertividad, autoeficacia en situaciones de riesgo para el consumo de heroína, percepción del clima social en el programa de tratamiento y algunos valores humanos. Las relaciones observadas se ajustan a las predicciones formuladas por los teóricos del constructo. Se discute la relevancia de estos resultados para la comprensión de la Alexitimia y la toxicomanía, así como la conveniencia de estudiar Alexitimia en la adicción a opiáceos.

Palabras - Clave: Alexitimia, Heroína, Validez de constructo, Severidad de la Adicción, Autoeficacia, Habilidades Sociales.

ABSTRACT: The study analyzes the relationship between Alexithymia and some variables in opiate dependency, using the Revised Toronto Alexithymia Scale (TAS-R, Taylor, Bagby and Parker, 1992). The sample includes 123 heroin addicts (DSM-III-R; APA, 1987). Alexithymia is significantly related to consumption history variables, addiction severity, self-concept, interpersonal anxiety and assertiveness, self-efficacy in risk situations for heroin consumption, perception of social climate in the treatment program and some human values. The observed relationships adjust to predictions stated by theoretical of Alexithymia. Importance of these results is discussed for understanding Alexitimia and drug dependency, as well as convenience of studying Alexitimia in opiate adiction.

Keywords: Alexithymia, Heroin, Construct Validity, Addiction Severity, Self-efficacy, Social Skills.

RÉSUMÉ: Cette étude fait une analyse du rapport entre l'Alexithymie et quelques variables de la dépendance des opiacés, en utilisant l'Échelle Révisée de l'Alexithymie de Toronto (TAS-R), Taylor, Bagby and Parker, 1992). L'échantillon comprend 123 héroïno-odépendants (DSM-III-R; APA, 1987). L'Alexithymie est significativement rapportée aux variables de l'histoire de la consommation, la sévérité de la dépendance, le concept personnel, l'anxiété interpersonnelle et la sécurité, l'efficacité personnelle en présence de situations de risque provoquées par l'usage de l'héroïne, la perception de l'environnement social dans le programme de traitement et quelques valeurs de l'être humain. Les rapports observés s'accommodent aux prédictions formulées par les théoriciens du "constructus". On discute la signification de ces résultats ordre à de comprendre l'Alexithymie et la toxicomanie, et aussi l'interêt de l'étude de l'Alexithymie dans le contexte de la dépendance des opiacés.

Mots clé: Alexithymie, Heroïne, Validité du Constructe, Sévérité de la Dépendance, Efficacité personnelle, Competences Sociales

(*) Este trabajo ha sido realizado en el programa de Proyecto Hombre de Bilbao.

INTRODUCCIÓN

El constructo "Alexitimia" es considerado como rasgo de personalidad (Taylor, Bagby y Parker, 1993). Este concepto emergió de las observaciones clínicas realizadas por autores de formación psicoanalítica, dentro de un modelo explicativo de la formación de síntomas en los desordenes psicósomáticos (Taylor, Bagby y Parker, 1991). Etimológicamente significa "sin palabras para las emociones" (A-Lexi-Thymos), e integra varias dimensiones relacionadas entre sí, referidas a: 1) la dificultad para la identificación y descripción de sentimientos; 2) la dificultad para distinguir entre los componentes somáticos y subjetivos de la activación emocional (sensaciones y sentimientos respectivamente); 3) procesos imaginativos constreñidos y restringidos, pobreza de fantasías; y 4) un estilo cognitivo externamente orientado, (concreto, literal, utilitarista, referido a eventos externos), y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977). El concepto se integra en un modelo teórico basado en el déficit cognitivo del procesamiento de las emociones como mecanismo explicativo del inicio y mantenimiento de la disregulación afectiva, hipotetizando una relación causal entre este déficit y las alteraciones hipocondríacas y de somatización, así como de algunas alteraciones comportamentales como los desordenes adictivos.

La descripción de las características clínicas de sujetos alexitímicos se ha basado generalmente en entrevistas a sujetos con desordenes psicósomáticos (Sifneos, Apfel-Savitz y Frankel, 1976; Apfel y Sifneos; 1978), mostrando una consistencia remarcable a través de estudios realizados en diferentes países (Lesser, 1981). Tales características consisten en: 1) la descripción interminable de síntomas físicos, a veces no relacionados con problemas médicos subyacentes, junto con otras quejas (tensión, irritabilidad, frustración, dolor, aburrimiento, evitación, agitación, nerviosismo e inquietud). 2) Llamativa ausencia de fantasías y descripciones elaboradas de detalles ambientales triviales (pensamiento operatorio); marcada dificultad para encontrar palabras adecuadas para describir sentimientos. 3) Escasez de sueños y llanto, y en ocasiones, cuando el llanto aparece, no está relacionado con sentimientos apropiados como la pena o la cólera. 4) Afectos inapropiados, 5) tendencia a la acción impulsiva, la acción parece ser el estilo predominante de vida, es frecuente el abuso de sustancias y las alteraciones comportamentales. 6) Las relaciones interpersonales son usualmente pobres, con

una tendencia a la dependencia marcada o hacia el aislamiento de los demás. 7) Los tipos de personalidad más frecuentes son de tipo psicopático, narcisista, pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, la postura más común es rígida. 8) La contra-transferencia producida es de aburrimiento, el sujeto es percibido como "vacío". 9) Estas características parecen no relacionarse con características sociales, educacionales, económicas o culturales. Otros estudios descriptivos realizados en laboratorio encuentran que estos sujetos alexitímicos tienen más dificultades en percibir y expresar emociones a través de conductas no verbales (McDonald y Prkachin, 1990). Los estudios que utilizan instrumentos de autoinforme para la evaluación del rasgo han encontrado relaciones positivas entre éste y escalas que evalúan aspectos relacionados con el constructo.

Existen muy pocos estudios que investiguen empíricamente la relación alegada entre Alexitimia y el abuso de sustancias (Taylor, Parker y Bagby, 1990). En un estudio anterior (Fernández, Espina y Aresti, 1996) se observó que la muestra del presente estudio alcanzaba puntuaciones mucho más altas en las dos dimensiones de la escala TAS-R que un grupo de comparación. Este resultado es coherente con las hipótesis que sugieren que la Alexitimia puede ser un aspecto importante en el fenómeno de la farmacodependencia. Sin embargo no se han encontrado estudios empíricos que analicen la relación entre la Alexitimia y la historia de consumo, severidad de la dependencia y otras variables relevantes en la toxicomanía. El presente estudio tiene como objetivo realizar un análisis correlacional y descriptivo de las relaciones entre ambos fenómenos, Alexitimia y toxicomanía. Para ello, se ha estudiado (en la misma muestra del estudio anteriormente citado) la relación entre Alexitimia y diversas variables consideradas como relevantes para el programa de tratamiento "Proyecto Hombre" de Bilbao, donde se realizó esta investigación. Estas variables son: historia de consumo, severidad de la adicción, habilidades sociales, autoeficacia, percepción del programa de tratamiento y valores humanos.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo general de la investigación se refiere al estudio de la variable Alexitimia, tal como es evaluada por la Escala Revisada de Alexitimia de Toronto TAS-R, (Taylor, Bagby y Parker, 1992) en una muestra formada por adictos a la heroína, y su relación con las siguientes

variables: Severidad de la Adicción, Autoconcepto, Habilidades Sociales, Expectativas de Autoeficacia, Valores Humanos y Percepción del Clima Social en el programa de rehabilitación.

Para la evaluación de la Alexitimia se utilizó la Escala Revisada de Alexitimia de Toronto (TAS-R). Consiste en un formulario autoaplicado formado por 23 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de 5 puntos. Las puntuaciones más altas corresponden a mayores puntuaciones en el rasgo Alexitimia, y por lo tanto, de un mayor déficit. El TAS-R proporciona puntuaciones en dos factores que componen el constructo teórico de la Alexitimia. El primero de estos, (denominado en adelante Factor1), se refiere a la capacidad para distinguir e identificar sensaciones corporales y sentimientos relacionados con la activación emocional y a la capacidad para expresar sentimientos a otros. El segundo factor (denominado en adelante Factor2) se refiere al pensamiento "operatorio", externamente orientado y caracterizado por la falta de introspección y de análisis psicológico de los hechos y del propio comportamiento y por una desconexión con las emociones. La puntuación total en Alexitimia se obtiene sumando las dos puntuaciones con el mismo peso relativo.

Para evaluar la severidad de la adicción se utilizó la versión cuarta del Addiction Severity Index (A.S.I.; McLellan, Luborsky, O'Brien et al., 1980). Se trata de una entrevista clínica que evalúa la problemática del sujeto durante el mes anterior a la evaluación (la denominada puntuación compuesta en cada área problema), así como la necesidad de tratamiento (denominada severidad), en diversas áreas: médica, laboral, consumo de alcohol y drogas, judicial, familiar-social y psiquiátrica. El A.S.I. fue administrado por el primer autor del informe, entrenado desde 1991 para la pasación de la entrevista, incluyendo formación con el equipo diseñador del instrumento. Para la valoración de la severidad en las diferentes áreas se tuvieron en cuenta los datos recogidos por el programa, así como la información proporcionada por el A.S.I. No se calculó la puntuación compuesta en las áreas de empleo, consumo de alcohol y otras drogas ni legal, dado que los sujetos estaban en tratamiento, abstinentes y sin actividad laboral o delictiva.

El autoconcepto fue evaluado con la escala adaptada por Fierro (Fierro, 1982). Se trata de un autoinforme formado por 68 ítems que integra dos subescalas formadas por ítems que indican un ajuste psicológico positivo o negativo. Este

instrumento evalúa diversas áreas relacionadas con el autoconcepto, la autoestima, depresión y asertividad.

La Autoeficacia fue evaluada utilizando el Drug Taking Confidence Questionnaire (Annis y Martin, 1985). Este instrumento recoge las expectativas de autoeficacia percibida por el sujeto, acerca de su propia capacidad para resistir el deseo de consumir heroína en 8 tipos de situaciones de tipo intrapersonal e interpersonal.

Las Habilidades Sociales fueron evaluadas mediante autoinforme (Gambrell, 1975). Este instrumento evalúa el grado de ansiedad experimentada en 40 situaciones interpersonales, así como la probabilidad de emisión de la conducta asertiva en cada una de estas situaciones.

La percepción del clima social en el programa se evaluó con la escala C.O.P.E.S. (Moos, 1988). Esta escala está formada por 100 ítems y evalúa la percepción subjetiva del programa en 10 dimensiones diferentes.

Los Valores fueron evaluados con el Inventario de Valores de Rokeach (Rokeach, 1988). Este inventario agrupa 38 valores humanos en dos categorías (Valores Instrumentales y Últimos), que ordenan jerárquicamente, según la preferencia otorgada por el sujeto, formas preferentes de conducirse y metas en la vida respectivamente.

La participación en el estudio de los sujetos farmacodependientes en rehabilitación fue voluntaria. Se logró la aceptación del 95% de los sujetos. La evaluación se desarrolló entre los meses de Marzo y Junio de 1993.

Se utilizó el SPSS, versión PC+ para la realización de los análisis estadísticos. Las pruebas utilizadas fueron el contraste unilateral para calcular la significatividad en la correlación entre variables cuantitativas con la Alexitimia. Se calculó el coeficiente de correlación lineal entre las puntuaciones factoriales y totales de Alexitimia y las edades de inicio, duración e intensidad del consumo (esta última variable definida por la cantidad consumida habitualmente y frecuencia de consumo) de diferentes sustancias: alcohol, cannabis, psicofármacos y estimulantes, cocaína, alucinógenos y opiáceos; así como la correlación entre las puntuaciones en factoriales y total en el TAS-R con las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y entrevistas mencionadas. Se utilizaron pruebas no paramétricas para comparar los niveles de Alexitimia en grupos de sujetos definidos según variables de la historia individual. Los niveles de significatividad considerados para todos estos contrastes fueron de $p = .05$.

La muestra en estudio está compuesta por 123 sujetos, (90

hombres y 33 mujeres), que reúnen los criterios de diagnóstico de adicción a heroína o politoxicomanía con adicción a heroína según DSM-III-R (APA, 1987), que se encontraban en tratamiento en un programa libre de drogas de Proyecto Hombre en Bilbao. La media de edad es de 27,6 años, con una desviación típica de 3,97 años y un rango de 17 a 42 años.

RESULTADOS

La tabla nº 1 muestra las correlaciones halladas entre las puntuaciones factoriales y totales en Alexitimia y las demás variables sometidas a estudio.

Los sujetos que tenían algún tipo de ingreso económico debido a su actividad laboral en la época de inicio en el consumo de drogas presentan puntuaciones más elevadas en el Factor 1 ($t = 3,53$, $p = .001$) y en Alexitimia ($t = 3,26$, $p = .002$). En cuanto a la edad de inicio del consumo, se observó una correlación positiva y significativa entre la edad del inicio en el consumo de alucinógenos y la puntuación en el Factor 1 y la puntuación total en Alexitimia. Asimismo, la prueba t para la comparación de medias muestra que los sujetos que llegaron a probar los alucinógenos alcanzan mayores puntuaciones en el Factor 1 ($t = 2,56$, $p = .012$) y en Alexitimia ($t = 2,7$; $p = .008$) que los que no consumieron nunca estas sustancias. Dentro del grupo de sujetos que probaron los alucinógenos, el subgrupo que solamente desarrolló un consumo esporádico o consumió en raras ocasiones muestra puntuaciones más elevadas en el Factor 1 ($t = 2,23$; $p = .006$). La duración del consumo habitual de psicofármacos muestra una correlación positiva y significativa con las puntuaciones en el Factor 1. No se detectan correlaciones significativas entre las variables criterio y las cantidades de droga auto-administrada habitualmente. Se observa una correlación positiva y significativa entre el número de intentos frustrados de abandonar el consumo sin ayuda institucional y las puntuaciones en el Factor 1 y la puntuación en Alexitimia.

Las puntuaciones de severidad del A.S.I. en las áreas médica, laboral-económica, abuso del alcohol y drogas, judicial, familiar-social y psiquiátrica están correlacionadas positivamente y significativamente con la Alexitimia. La severidad en el área médica, abuso del alcohol y drogas, la problemática familiar, social y psiquiátrica lo están con el Factor 1 y la problemática legal y psiquiátrica con el Factor 2. Las puntuaciones compuestas del A.S.I. en las áreas familiar, social

y psiquiátrica muestran una correlación positiva con el total en Alexitimia, al igual que las puntuaciones en el Factor 1. Las puntuaciones compuestas del A.S.I. en las áreas de problemática familiar y social están positivamente asociadas al Factor 2 del TAS-R. No se encuentra relación con las dimensiones en las áreas médica o laboral - económica.

Las dos puntuaciones factoriales del TAS-R presentan una fuerte correlación con los componentes positivo y negativo del Autoconcepto, aunque de distinto signo, mostrando que ambos factores se relacionan significativamente con un Autoconcepto más bajo. Consecuentemente, la puntuación total en Alexitimia muestra una fuerte relación con el autoconcepto pobre.

Todas las escalas del DTCQ salvo la autoeficacia ante emociones agradables muestran una correlación negativa y significativa con las puntuaciones factoriales y total en el TAS-R.

Los dos factores del TAS-R presentan una fuerte correlación con la probabilidad de conducta asertiva. Sin embargo, tan solo el Factor 1 muestra relación con la ansiedad en situaciones interpersonales. La puntuación global en Alexitimia está relacionada con las dos medidas relacionadas con las Habilidades Sociales (ansiedad experimentada en situaciones interpersonales y probabilidad de conducta asertiva).

Tan solo el Factor 1 y la puntuación global en Alexitimia muestran asociación significativa (negativa en este caso) con una de las 10 subescalas de la percepción del clima social en el programa de tratamiento: la percepción de la implicación de los usuarios en el tratamiento.

De los 36 valores que incluye el inventario de Rokeach, solamente 6 muestran relación significativa con alguna de las dimensiones de la Alexitimia. El coeficiente de correlación señalado en la tabla nº 1 ha de ser interpretado teniendo en cuenta que una puntuación alta en un valor del Inventario de Valores de Rokeach indica un menor valor subjetivo para el sujeto, por lo que un coeficiente de correlación positivo entre las puntuaciones en Alexitimia y un valor determinado significa una relación inversa entre ambas variables. Así pues, el Factor 1 está asociado a una menor valoración relativa de la Lealtad y el Afecto en las relaciones y una mayor valoración de la Independencia personal. El Factor 2 se relaciona con mayor valoración de la Igualdad y Obediencia y menor valoración de la Intimidad. La puntuación total en Alexitimia aparece como relacionada con mayor importancia relativa de la Igualdad y menor de la Lealtad y el Cariño en las relaciones.

Tabla nº 1: Correlaciones significativas halladas entre Alexitimia y otras variables.

VARIABLE	FACTOR1		FACTOR2		ALEXITIMIA	
	r.	p.(1- t.)	r.	p.(1- t.)	r.	p. (1- t.)
Historia de consumo.						
Inicio al consumo de alucinógenos (años)	+24	,005	+17	,038	+26	,003
Consumo habitual de psicofármacos (años)	+24	,006	+04		+21	,014
Intentos de dejar el consumo sin ayuda	+27	,002	+04		+23	,007
Severidad de la adicción (A.S.I.) - Puntuaciones de Severidad						
Área médica	+18	,03	+07		+18	,035
Área Laboral y económica	+14		+12		+16	,047
Área de Abuso de alcohol	+25	,005	+06		+22	,009
Área de Abuso de drogas	+17	,031	+12		+19	,021
Área de Problemas legales	+07		+36	,000	+20	,018
Área Familiar y social	+24	,006	+14		+25	,004
Área Psiquiátrica	+32	,000	+18	,03	+33	,000
Severidad de la adicción (A.S.I.) - Puntuaciones Compuestas.						
Problemática médica	+12		+04		+11	
Problemas familiares y sociales	+2	,018	+27	,002	+28	,002
Síntomas psiquiátricos	+24	,006	+03	n.s.	+21	,015
Autoconcepto.						
Positivo	-38	,000	-21	,015	-39	,000
Negativo	+52	,000	+38	,000	+56	,000
Global	-57	,000	-39	,000	-60	,000
Expectativas de Autoeficacia.						
Emociones desagradables	-30	,001	-19	,019	-32	,000
Malestar físico	-17	,031	-21	,010	-22	,007
Emociones agradables	-04		-12		-08	
Intentos de control	-18	,023	-19	,021	-22	,007
Tentaciones súbitas	-35	,000	-19	,018	-36	,000
Conflicto interpersonal	-23	,007	-22	,022	-27	,002
Presiones de otros	-26	,003	-25	,003	-31	,000
Momentos agradables con otros	-19	,018	-24	,005	-29	,003
Habilidades Sociales.						
Ansiedad Interpersonal	+26	,001	+09		+24	,006
Conducta asertiva	+42	,000	+3	,000	+46	,000
Percepción del clima social en el programa de rehabilitación.						
Implicación	-32	,001	-06		-29	,003
Valores Humanos.						
Cariñoso	+18	,026	+1		+19	,026
Leal	+3	,001	+16		+3	,000
Independencia	-21	,01	+02		-16	
Intimidad (amor maduro)	+09		+2	,014	+16	
Obediencia	+07		-24	,005	-04	
Igualdad	-15		-19	0,02	-2	,015

DISCUSION

La relación encontrada entre Alexitimia y la situación laboral en el momento del contacto con el consumo de drogas indica que los sujetos más alexitímicos se encontraban más integrados socialmente cuando iniciaron el consumo. Este hecho podría estar relacionado con el papel de la Alexitimia como factor etiológico de tipo psicológico, en oposición a otros factores etiológicos de tipo socio-ambiental.

La correlación positiva y significativa entre el Factor 1 y la puntuación total y la edad de inicio en el consumo de alucinógenos sugiere que los sujetos con dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones tienden a evitar el consumo de estas sustancias. El hecho de que los sujetos que han consumido en alguna ocasión alucinógenos puntúan más alto en este factor sugiere que el consumo de estas sustancias puede exacerbar los síntomas, quizás debido a su efecto distorsionador sobre los procesos perceptivos y a las dificultades que experimentan estos sujetos más alexitímicos en el procesamiento de los estímulos interoceptivos. Finalmente, las puntuaciones más altas en el Factor 1 encontradas en los que consumían con menor frecuencia estas sustancias es un nuevo dato de apoyo a la hipótesis de que los sujetos con este tipo de déficits emocionales muestran menor afinidad relativa hacia el consumo de alucinógenos, probablemente porque estos déficits en el procesamiento de sensaciones interoceptivas y sentimientos aumentan bajo el efecto de estas sustancias.

Un fenómeno inverso se encuentra respecto al consumo de psicofármacos, sustancias con un efecto relativamente opuesto a los alucinógenos. Este hecho puede explicarse como un intento de automedicación orientado hacia el alivio de la ansiedad relacionada con los déficits en el Factor 1. Como se ha descrito en la introducción, los sujetos con estos déficits tienden a amplificar los componentes físicos de la activación emocional, con el consiguiente aumento de la disforia asociado.

La relación positiva encontrada entre Alexitimia y el número de intentos frustrados de controlar el consumo sugiere mayor severidad del desorden adictivo, tal como es considerado en los criterios diagnósticos de la APA (DSM-III-R). Adicionalmente, la evitación selectiva de la ayuda institucionalizada puede deberse a la dificultad de estos sujetos en las tareas introspectivas y de relación interpersonal que conlleva la psicoterapia o la intervención psicológica en general.

Algunos de estos datos (p. ej. la situación laboral al inicio del consumo o la afinidad por los alucinógenos) sugieren ciertas características preexistentes al consumo de drogas, no obstante estas interpretaciones han de ser vistas como meras hipótesis "a posteriori", susceptibles de ser puestas a prueba con diseños longitudinales adecuados para probar hipótesis causales. El análisis de las relaciones concurrentes entre las diversas variables clínicas con la Alexitimia, nos aporta nuevos datos más sólidos en favor de la naturaleza y validez del constructo en este tipo de sujetos.

Las variables referidas a la severidad de la adicción muestran un patrón de relaciones diferencialmente asociado a cada factor: La correlación positiva entre el Factor 1 y la severidad del uso de alcohol puede ser debida a los efectos ansiolíticos del alcohol (reductor de la ansiedad derivada de la amplificación de los componentes físicos de la activación emocional) y a sus efectos desinhibidores de las relaciones sociales (dificultadas en los sujetos con puntuaciones altas en el Factor 1 como consecuencia de su falta de comprensión y expresión de las emociones propias y ajenas y la falta de empatía subsiguiente). Esta característica también puede estar en la base de la relación entre este factor y la severidad de la problemática familiar y social, que evalúa el ajuste percibido por el sujeto más bien que los conflictos abiertamente experimentados. La correlación hallada entre este factor y la severidad psiquiátrica se debe, en gran medida, a la patología afectiva (ansiedad y depresión) que acompaña a estos déficits.

El Factor 2, referido al pensamiento operatorio y a la acción ("acting out"), con un componente de conducta psicopática muestra una relación más significativa que el Factor 1 con la problemática familiar y social derivada del conflicto "real" durante el mes anterior a la entrevista, tal como se evalúa en la puntuación compuesta. Esto sugiere que más que con el desajuste social y familiar subjetivo relacionado con el Factor 1, este factor se relaciona con el conflicto social y la agresividad asociado al pensamiento operatorio y el "acting out". De modo coherente con esta hipótesis resalta fuertemente la relación diferencialmente mostrada por este factor con la historia delictiva.

La correlación hallada entre el Factor 1 y Alexitimia con las dimensiones positiva y negativa del Autoconcepto y Autoconcepto sugiere una pobre percepción de sí mismos que caracteriza a estos sujetos con puntuaciones más elevadas en Alexitimia y en el Factor 1, quizás como conse-

cuencia de sus dificultades para pensar, expresarse y relacionarse (sin obviar su aislamiento social y la problemática relacionada con el abuso de drogas). La correlación hallada entre el Factor 2 y el componente negativo del Autoconcepto coincide con las apreciaciones de algunos autores (Marty, 1980; Marty y M'Uzan, 1963) de que el pensamiento "operatorio" se relaciona con la depresión esencial, la desvalorización, anhedonia, la falta de compromiso consigo mismo y con los demás y la falta de interés por el pasado y el futuro.

La fuerte correlación negativa entre Alexitimia y Autoeficacia sugiere que los sujetos más alexitímicos experimentan más inseguridad en situaciones que están relacionadas con el consumo de drogas a través de una historia de condicionamiento. Esta inseguridad se deriva de la dificultad de manejo de situaciones conflictivas, que crean tensión emocional. La Alexitimia puede, de este modo, jugar un rol importante en la etiología de la farmacodependencia. Esta hipótesis se ve apoyada más aún por el hecho de que esta correlación se manifiesta con mayor intensidad en los subgrupos de la muestra que ya han pasado por la comunidad terapéutica, y que están formados por sujetos abstinentes de heroína durante un período superior a dos años. El efecto diferencial asociado a los diferentes factores es relativamente pequeño, ambos factores presentan una relación negativa muy fuerte con la Autoeficacia.

La fuerte correlación encontrada entre Alexitimia y las dimensiones de las Habilidades Sociales se sitúa también dentro de lo previsible según los modelos del constructo. Tan solo el Factor 1 se relaciona con la Ansiedad Interpersonal, según lo previsible. Debido a las dificultades en la identificación y comprensión de las emociones propias, los sujetos con puntuaciones altas encuentran mayores dificultades en las relaciones empáticas con los demás, lo que convierte a las situaciones interpersonales en estímulos altamente ansiógenos, especialmente aquellas que demandan una respuesta asertiva. La tendencia a utilizar las relaciones de tipo simbiótico como compensación de sus déficits conlleva en los sujetos alexitímicos la exacerbación de la ansiedad cuando perciben que las relaciones puedan romperse o estar amenazadas. En este contexto la conducta interpersonal no es asertiva de modo adecuado a la situación, más bien se trata de una conducta impulsiva y exigente, relacionada con el reclamo de

derechos y con el rol dependiente que estos sujetos suelen asumir. Ante los déficits de percepción emocional empática, las relaciones interpersonales son más instrumentales, encaminadas hacia la obtención de consecuencias más objetivas y sin tener en cuenta los aspectos emocionales.

Así pues, estos sujetos con dificultades en la percepción, identificación y manejo de los procesos emocionales son poco afines a la implicación emocional consigo mismos y con otras personas, especialmente en situaciones de interacción terapéutica, tal y como se expone de modo consistente en la literatura psicodinámica. Esta característica de escasa implicación emocional puede ser la causa de que estos sujetos con altas puntuaciones en el Factor 1 tiendan a percibir el Clima del Programa como más bajo en Implicación que los demás usuarios.

Por último, las correlaciones encontradas entre los factores que componen el constructo de la Alexitimia con los Valores proporciona apoyo empírico al constructo en la medida de que todos los valores que han demostrado correlación significativa con la Alexitimia se refieren a aspectos de relación interpersonal, con alto contenido afectivo. El Factor 1, a través de su relación positiva con la Independencia y negativa con el Cariño y la Lealtad hacia otros nos muestra esa característica de falta de apego e implicación afectiva, mientras que el Factor 2, con su relación positiva con la Igualdad y la Obediencia nos muestra indicios de relación simbiótica y dependiente, al mismo tiempo que mediante su correlación negativa con el Amor Maduro (Intimidad afectiva y espiritual) nos sugiere el aislamiento afectivo y que, ante la existencia de una relación significativa con la "igualdad" y la "Obediencia", puede estar relacionado con la utilización "instrumental" de otros individuos.

Los resultados hallados en este estudio apoyan la hipótesis de la existencia de una relación sistemática entre la Alexitimia y la adicción a opiáceos. La relación global observada indica claramente que la Alexitimia se relaciona positivamente con una mayor severidad de la problemática existente en casi todas las áreas vitales del individuo que ha abusado de la heroína y apunta hacia la posibilidad de que la Alexitimia pueda ser un factor etiológico importante en el desarrollo y mantenimiento de la adicción.

La naturaleza de la relación diferencial hallada, en función de los diferentes factores que integran el constructo Alexitimia, proporciona validez empírica al constructo

Alexitimia como integrado por dos dimensiones relacionadas entre sí y que están asociadas a diferentes tipos de desadaptación. La primera dimensión muestra una mayor relación con problemas de autopercepción y expresión emocional, respuestas de ansiedad y evitación interpersonal y alteraciones de tipo psicológico. La segunda de estas muestra mayor relación relativa con la impulsividad y el comportamiento sociopático, que sería la denominada en el estudio como Factor 2, relacionada con la personalidad operatoria.

Las limitaciones metodológicas de un diseño de tipo transversal, y la falta de estudios de este tipo que proporcionen evidencia acumulativa, obligan a situar las afirmaciones realizadas en la discusión como heurísticos que han de ser probados empíricamente. La naturaleza transversal del diseño nos impide determinar si la Alexitimia es un antecedente de la severidad de la dependencia y los niveles

observados las demás variables estudiadas, o bien una consecuencia de la dependencia o de la abstinencia. La conclusión final de este estudio es la conveniencia de analizar la asociación entre Alexitimia y las diferentes fases de la dependencia de opiáceos (en su inicio, mantenimiento y rehabilitación), aplicando diseños longitudinales, con procedimientos de control y medida adecuados para esclarecer la dirección causal entre Alexitimia, abuso de opiáceos y otras patologías asociadas. ■

FERNANDEZ GOMEZ, C.

Psicólogo. Master en Drogodependencias.

ESPINA EIZAGUIRRE, A.

Psiquiatra.

Profesor Titular en la Universidad del País Vasco.

ARESTI, A. Psicólogo. EZBAI, I+D.

Proyecto Hombre. Bilbao.

Agradecimientos:

Esta investigación se realizó con la ayuda de una Beca Pre-doctoral del Ministerio de Educación y Ciencia otorgada al primer autor, así como una Beca para el trabajo de Investigación Fin de Master otorgada por el Instituto Deusto de Drogodependencias.

BIBLIOGRAFIA

- ANNIS, H.M., MARTIN, G.; (1985), *Drug Taking Confidence Questionnaire*. Copyright Addiction Research Foundation of Ontario.
- APFEL, R.J., SIFNEOS, P.E., (1978), *Alexithymia: Concept and Measurement*. *Psychother. Psychosom.*, 32: 180-190.
- FERNANDEZ, G., C., ESPINA E. A., ARESTI, A., (1996), *Uno studio sull' Alexitimia nelle condotte tossicomane*. *Personalità / Dipendenze*, Vol. 2, fascicolo III, 235-241.
- FIERRO, A., (1982), *Técnicas de Investigación de la Personalidad*. I.C.E. Universidad de Salamanca. GAMBRILL, E.D., & RICHEY, C.A., (1975), An Assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 5, 165-171.
- LESSER, I.M., (1981), "A Review of The Alexithymia Concept". *Psychosom. Med.*, Vol. 43, Nº 6. 531-543.
- MARTY, P., & M'UZAN, M.Dc., (1963), *La Pensée Operatoire*. *Revue Francaise de Psychanalyse*. 27, 345-356.
- MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F., SÁNCHEZ, J.A., CASTILLO, J.C., GORDILO, E., ORTIZ, B., (1996), *Rasgos alexitímicos en pacientes de Atención Primaria*, *Psiquis*, 17 (1), 46-52.
- MARTY, P., (1980), *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris. Payot.
- MCDONALD, P.W., PRKACHIN, K.M., (1990), *The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study*, *Psychosom. Med.*, 52: 45-50.
- McLLELAN, A.T., LUBORSKY, O'BRIEN ET AL., (1980), An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 169: 232-239.
- MOOS, R.H., (1988), *Community-Oriented Programs Environment Scale Manual*. Second Edition. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto. CA.
- NEMIAH, J.C., (1977), "Alexithymia. Theoretical Considerations". *Psychother. Psychosom.*, 28: 199-206.
- ROKEACH, M.A., (1988), *Rokeach Value Survey*. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303.
- SANDÍN, B., CHOROT, P., SANTED, M.A., JIMÉNEZ, P., (1996), *Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira*, *Psiquis*, 17 (1), 37-45.
- SIFNEOS, P.E., APFEL-SAVITZ, R., FRANKEL, F.H., (1977), "The Phenomenon of Alexithymia", *Psychother. Psychosom.* 28: 47-57.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A., (1990), *A Preliminary Investigation of Alexithymia in Men With Psychoactive Substance Dependence*, *Am. J. Psychiatry*, 147 (9), 1228-1230.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A., (1991), "The Alexithymia Construct. A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine", *Psychosomatics*, Vol. 32, Nº 2. 153-164.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A., (1992), "The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data", *Psychother. Psychosom.* 57: 34-41.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A., (1993), *Alexithymia-State and Trait*. *Psychother. Psychosom.* 60: 211-212.