



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **MENTALIZACIÓN, ALEXITIMIA: SU RELACIÓN CON EL CUERPO**

Autora: Eva Fernández Pastor

Tutora profesional: Lara Kehrmann Irisarri

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid  
Mayo 2018

Eva  
Fernández  
Pastor

**MENTALIZACIÓN, ALEXITIMIA: SU RELACIÓN CON EL CUERPO**



## RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido explorar las relaciones que se establecen entre la alexitimia, la mentalización, los síntomas somáticos y las variables sociodemográficas (sexo y edad). Se seleccionó una muestra de la población general española y de un centro de día de tercera edad, conformada por 286 sujetos de ambos sexos y de diferentes rangos de edad comprendidos entre los 18 y los 87 años. Se aplicaron los siguientes instrumentos: TAS-20 (alexitimia), PHQ-15 (síntomas somáticos) y RFQ-8 (mentalización). En este último, se realizaron dos sumatorios de la escala posibles (los autores y nuestro propio). Se encontró que las personas que tenían mayor alexitimia presentaban también una mayor dificultad en la capacidad de mentalizar ( $r = ,633$ ;  $p < ,001$ ) y ( $r = ,150$ ;  $p < ,001$ ) y mayor presencia de síntomas somáticos ( $r = ,335$ ;  $p < ,001$ ). Además, las personas que presentaban mayor dificultad de mentalización presentaban más síntomas somáticos ( $r = ,449$ ;  $p < ,001$ ) (sumatorio propuesto pero no con el original). También, se halló que los hombres presentan mayor dificultad para describir los sentimientos a los demás que las mujeres, y éstas mayor presencia de síntomas somáticos. Por otra parte, los más jóvenes mostraron mayor dificultad de mentalizar y más síntomas somáticos. Se discuten los resultados, limitaciones e implicaciones (la revisión de las dimensiones del TAS-20 y métodos de corrección del RFQ-8) y se exponen posibles líneas de investigación futura. Resaltando la relevancia de fomentar la concepción de la unión psique-soma y la necesidad aún mayor recursos de atención psicológica.

## ABSTRACT

The objective of this study was to explore the relationships established among alexithymia, mentalization, somatic symptoms and sociodemographic variables (sex and age). A sample of the Spanish general population and of a day care center was selected, consisting of 286 subjects of both sexes and of different age ranges between 18 and 87 years. The following instruments were applied: TAS-20 (alexithymia), PHQ-15 (somatic symptoms) and RFQ-8 (mentalization). In the latter, two possible summations of the scale were made (the authors and our own). It was found that people who had greater alexithymia also had a greater difficulty in the ability to mentalize ( $r = ,633$ ,  $p < ,001$ ) and ( $r = ,150$ ;  $p < ,001$ ) and greater presence of somatic symptoms ( $r = ,335$ ,  $p < ,001$ ). In addition, people who presented greater difficulty of mentalization had more somatic symptoms ( $r = ,449$ ,  $p < 0.001$ ) (sum proposed but not with the original). Moreover, it was found that men find more difficulties when describing feelings to others than women, whereas the latter have a greater presence of somatic symptoms. On the other hand, the younger ones showed greater difficulty in mentalizing and more somatic symptoms. The results, limitations and implications are discussed (the revision of the dimensions of the TAS-20 and methods of correction of the RFQ-8) and possible lines of future research are exposed. Highlighting the importance of promoting the conception of the psyche-soma union and the need for even greater resources of psychological attention.

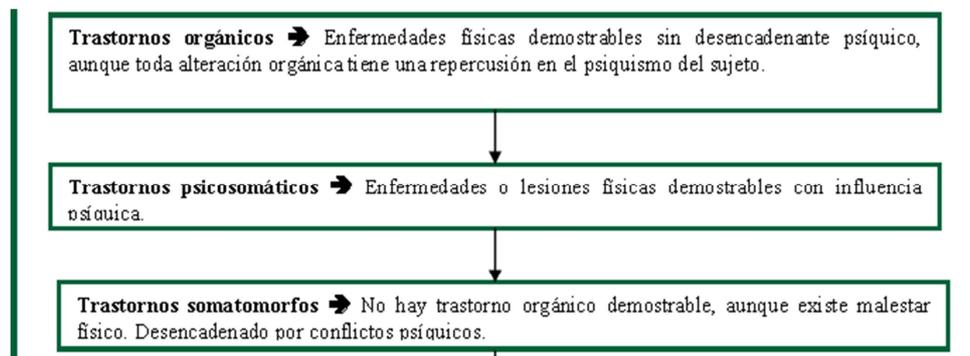
La psicósomática es un término acuñado por el psicoanalista Félix Deutsch (1942). Hubo conceptualizaciones anteriores: La Teoría de los Humores griega de Hipócrates (460 a.c) conectando tipos de temperamento con sustancias corporales; Platón (429-347 a.c.) quien señaló que para tener una adecuada salud, el cuerpo y el alma debían estar en equilibrio y pretender “curarlos” por separado era totalmente errático (Otero, 2004). Descartes, por el contrario, priorizaba la cognición. No obstante, no fue hasta 1818 cuando el psiquiatra Johann Christian Heinroth empleó dicho concepto en el ámbito de la salud mental. En este área, podríamos apreciar el cuerpo como “la coartada del inconsciente, es decir, presentifica o simboliza lo que no puede ser dicho por las palabras” (Alberro, 2006, p.6).

En por esto, que Zukerfeld (2016) refiere “La psicósomática nos coloca de pleno en la interface psicoanálisis y ciencias de la salud” (p.21), por lo que, resulta necesario establecer una diferenciación entre medicina y/o psiquiatría somática y psicoanálisis y/o psicología psicósomática, aunque aluden al mismo término, la aproximación teórica, metodológica y práctica presenta divergencias al tratarse de disciplinas diferentes. Como resalta Alberro (2006), la *psicósomática psicoanalítica* se centra en la persona. Considera los mecanismos psicológicos y factores psicosociales inmersos en el fenómeno psicósomático con el fin de aportar una explicación etiológica; suele aparecer tras acontecimientos traumáticos o inesperados, una personalidad característica, un fallo en los mecanismos de defensa y una vez se ha reflejado en el cuerpo, la capacidad de simbolización estaría ausente (Fernández-Guerrero 2014). La psicósomática pretende aportar significación a la sintomatología, pues aunque pueda ser disfuncional, al mismo tiempo, le ofrece una especie de representatividad, existencialmente hablando (Sánchez- Sánchez, 2009). Sin embargo, la *medicina* pone el énfasis en la enfermedad a nivel biológico y psíquico. Desde la *psiquiatría psicósomática*, existen dos vertientes: la primera, adopta una visión psicosocial, mientras que, la segunda, más reduccionista, adoptaría un posicionamiento más biologicista.

La ambigüedad conceptual radica en que dentro de la propia psicología existen términos afines pero no idénticos puesto que se puede aludir a un síntoma, un trastorno o un proceso (Sánchez-García, 2013). Por esto, resulta pertinente la diferenciación de los Trastornos Somatomorfos (Figura 1). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; 5ª edición de la American Psychiatric Association, 2013) señala que son los siguientes: Trastorno de ansiedad a la enfermedad (hipocondría); Trastorno de síntomas somáticos (somatización, indiferenciado y dolor) y Trastorno de conversión. En este sentido, también pudiera existir cierta dificultad clasificatoria ya que ha sufrido modificaciones respecto al DSM-IV. En cuanto a los trastornos psicósomáticos (procedentes del marco teórico psicoanalítico). En el DSM-5 su correspondencia más cercana serían los denominados "*factores*

*psicológicos que influyen en otras afecciones médicas*" (por ejemplo, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, o síntomas como el dolor) (Fernández-Guerrero, 2014) "Estos factores pueden aumentar el riesgo de sufrimiento, muerte o incapacidad; agravar una afección médica subyacente; o resultar en hospitalización o concurrencias al servicio de urgencias" (DSM-5, p.316). De forma similar, en la última versión del otro manual diagnóstico por excelencia; Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se incluye un apartado "*disfunción vegetativa somatomorfa*" donde aparecen algunos trastornos que tradicionalmente se han considerado psicósomáticos. El término "*psicósomático*" implica complejidad también por los diferentes factores que lo integran: "Una relación específica entre fenómenos somáticos y un modo de organización psíquica caracterizada por indicadores originales: Alexitimia, Pensamiento operatorio, Sobreadaptación", etc. (Dálvia, 1995, p. 124).

Figura 1. Clasificación trastornos



Fuente: Fernández-Guerrero (2014, p.3)

### Modelos teóricos

En el estudio de la psicósomática, aparte de los antecedentes filosóficos comentados, el que ha tenido un bagaje histórico es el *paradigma psicoanalítico*. "La idea básica sigue siendo la dificultad de mentalizar o procesar las emociones, con una descarga somática posterior" (Uribe-Restrepo, 2006, p. 1). En 1985, Freud aunque no utilizó el término psicósomático ya propuso la pulsión como una unión entre lo somático y lo anímico, la cual proviene del interior y se representa para dirigir una acción que cumpla ese deseo. A raíz de los supuestos Freudianos emergen dos líneas principales propiamente de la somatización desde la óptica psicoanalítica: La primera, una visión más clásica poniéndolo en relación con la histeria, conformada por los discípulos de Melanie Klein y posteriormente, los teóricos de las relaciones objetales.

La segunda, en un déficit en la elaboración y simbolización a nivel psíquico. Defendida por un lado, por la Escuela de Chicago (autores no lacanianos que mencionan lo "psicósomático") cuyos máximos exponentes fueron Alexander, Dunbar, McDougall, Dejours, Deutsch, Weiss, etc. Afirmaban que las tensiones de tipo emocional derivaban en disfunciones

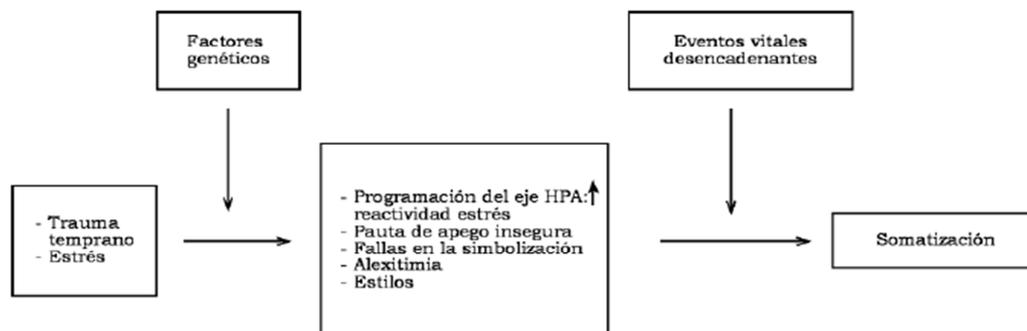
del sistema vegetativo. Y defendida por otro lado, por la Escuela de París (autores lacanianos que aluden a lo “psicosomático”) cuyos teóricos más representativos fueron J. A. Miller, P. Marty, A.Green, M. Fain, M’Uzan, C.David, W. Bion, etc. Señalaron una serie de características comunes en los psicosomáticos, denominando a dicho conjunto “*personalidad psicosomática*”: pensamiento operatorio, alexitimia, relaciones objetales desafectivizadas, dificultad para la ensoñación, imaginación y creatividad, etc (Zuckerfeld, 2016). Recientemente, han destacado las teorías del *trauma*, las revisiones de las patologías del *déficit*, *narcisismo* y el apego. Puesto que, la experiencia física, en gran medida ofrecida por los padres, cumple un papel primordial para el desarrollo de la función simbólica (Gállego-Hoyos, 2016) y posteriormente para el desarrollo de la mentalización y capacidad empática. Apunta Fonagy (2001) la existencia de evidencia clínica y empírica que corrobora la importancia del apego para la constitución del self.

Tomando como perspectiva otros enfoques: En los *modelos cognitivos* se ha visto que los esquemas cognitivos de los sujetos modulan la percepción de la realidad. Cabe señalar, una revisión de investigaciones empíricas (Sánchez-García, Martínez-Sánchez & Hofstadt-Román, 2013; 2011) en la que se constata que ante estímulos de valencia positiva quienes presentan somatizaciones se activan menos. En relación a los *modelos biológicos*, Seyle (1936) postuló el síndrome de adaptación general, con las siguientes etapas: Reacción de alarma; Estado de resistencia; y Estado de agotamiento (correspondiente a la emergencia del estrés con repercusión psicosomática (Sánchez-Sánchez, 2009). Por otra parte, los neurofisiólogos (Schäfer *et al.*, 2007; Rasetti *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2006) han encontrado que en los sujetos que presentan somatizaciones existiría una mayor actividad en la amígdala, corteza del cíngulo y áreas prefrontales lo que derivaría en una menor regulación emocional y una dificultad de conexión interhemisférica, frontolímbica y alteraciones en el cuerpo calloso (Fernández-Guerrero, 2014). Es más, “El premio Príncipe de Asturias, Antonio Damasio acepta la relación entre la bioquímica de las emociones y las alteraciones somáticas” (Sánchez-Sánchez, 2009, p. 28).

Realizando un análisis de estos planteamientos, se puede observar que se toma como referencia la influencia de la mente en el cuerpo, y no viceversa; Los mensajes que envía el cuerpo provocando cambios en la afectividad y la conducta. “Pensar la doble vía y su constante recursividad es una tarea necesaria y permanente para el pensamiento psicoanalítico, tanto para evitar ingenuidades teóricas como para preservarse de iatrogenias no admitidas” (Zuckerfeld, 2016, p.8). En esta línea, Riera (2011) ha acuñado el concepto de «*mente corporizada*» que dicha autora lo amplía al de «*cuerpo mentalizado*» para aludir a esta retroalimentación mente-cuerpo. A modo de integración (Figura 2), teniendo en cuenta todos estos modelos y adoptando

una perspectiva multifactorial de la experiencia afectiva (genética, cognitiva, fisiológica, expresiva, subjetiva, etc) para entender la etiología de la somatización sería la siguiente:

Figura 2. Perspectiva multifactorial



Fuente: Uribe-Restrepo (2006, p. 11)

Dentro de la Psicósomática, se eligen dos conceptos para el estudio; por un lado, la alexitimia, por ser un término de interés para diferentes autores en cuanto a su relación con diversa sintomatología, a nivel teórico y empírico. Por otro lado, la mentalización, ha cobrado una importante relevancia especialmente en los últimos años con las aportaciones de Fonagy y colegas (entre otros) relacionándose con algunas patologías. Además, ambos, de todos los conceptos propuestos por la psicósomática, actualmente, son los únicos para los que existen instrumentos validados que permitan su evaluación.

*Alexitimia.* Sifneos introdujo dicho término en 1972. La etimología de la palabra señala la ausencia (*a*) de palabras (*lexis*) para los sentimientos (*timia*). “un vocabulario limitado, un afecto inapropiado, una personalidad primitiva, dificultades interpersonales y para la comunicación” (Uribe-Restrepo, 2006, p.11). Por otra parte, se han realizado estudios que corroboran la influencia de la alexitimia en otros trastornos psicológicos: trastorno por estrés postraumático (Leguizamón, Correché & Gómez, 2012), toxicomanías (Aurrecoechea, Rodríguez Kuri Alcaráz, & Fernández-Cáceres, 2016), trastornos de la alimentación (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán, 2002; 2001), trastornos de la personalidad (De la Rubia, 2006) etc). Por lo que se erige como un factor de vulnerabilidad más genérico y no de tanta especificidad.

*Mentalización.* “El proceso a través del cual tenemos la percepción realista de que nuestra mente es mediadora de la experiencia que tenemos del mundo” (Fonagy et al., 2002). La mentalización según estos autores se va conformando a través de tres modos: equivalencia psíquica, simulación y mentalización. Tiene dos vertientes (Firpo, 2013): predictiva (en relación al futuro) y retrospectiva (en relación al pasado) y dos dimensiones: autorreflexiva, con respecto

a uno mismo, e interpersonal, con respecto a los otros). Una adecuada mentalización derivaría en otro concepto acuñado por Fonagy et al; *afectividad mentalizada*, la cual está conformada por tres componentes: la identificación, la expresión y la modulación de los afectos (Castelli, 2011, Fonagy et al, 2002;). “La insuficiencia en la mentalización de los conflictos equivale a decir que éstos dejan de ser psíquicos, y se transforman en algo somático, concreto, material y asimbólico (De Lamela, 2009).

Como hemos expuesto, existen múltiples contribuciones por diferentes autores a nivel teórico, aunque no hemos encontrado una línea de investigación a nivel empírico consistente que relacione los tres constructos (alexitimia, mentalización y somatización), uno de los principales motivos de nuestro interés en realizar este estudio. Mencionamos la investigación de Guarneri et al., (2010) por encontrar diferentes relaciones significativas entre alexitimia y el factor de personalidad de neuroticismo. Subrayan la importancia de los factores psicoambientales en los problemas dermatológicos y postular un déficit en la mentalización.

*Con respecto a la alexitimia y la sintomatología somática*, Almeida & Machado (2004) realizaron un estudio en un grupo de pacientes que frecuentaban las consultas de atención primaria con el objetivo de ver la relación entre somatización y alexitimia en una muestra de 146 pacientes aplicando el TAS-20 y el SCL-90. Los resultados mostraron en un primer momento la existencia de relación entre ambas pero existía incidencia de la depresión o ansiedad. Específicamente la alexitimia se ha investigado con síntomas somáticos concretos. En relación a los *problemas dermatológicos*, Urpe, Pallanti & Lotti (2005a, 2005b) señalan que los dermatólogos actualmente son conscientes de que muchas de las problemáticas que presentan sus pacientes tienen una raíz psicológica. Recogen el acné, la dermatitis atópica, la psoriasis, la alopecia areata y el vitíligo como las principales. Afirman que parece existir en sus consultas angustia psicológica, depresión, ideación autolítica, o problemas interpersonales debido al impacto de la autoimagen y exponen la relevancia de la psicoterapia para el abordaje en estos casos. En un segundo estudio, apuntan que el sistema inmune y el endocrino se verían afectados por estresores psicosociales ya que funcionan como una especie de ruta entre la mente y el cuerpo. La Hormona estimulante de Melanocitos ( $\alpha$ -MSH) puede inhibir la inflamación generada en la piel y tiene su influencia en el comportamiento humano. Concretamente se ha relacionado también con la psoriasis, por un lado, Batista & González (2010) en su estudio empírico con 175 sujetos (de los cuales 112 tenían psoriasis) constataron que dichos pacientes presentaban mayor alexitimia de forma significativa así como también baja espontaneidad y bienestar psicológico. Más recientemente, Torres, López, Pedroza & Escamilla (2015) realizaron una investigación con dieciséis pacientes con psoriasis y veinticinco de grupo control

encontrando una mayor presencia de alexitimia en dichos pacientes (un 25% frente a tan sólo un 8%).

En cuanto a los *dolores de cabeza y cefaleas*, De Giorgio, Ruberto, Firenze & Quartesan (2010), sostienen la existencia de una comorbilidad alta entre trastornos psicológicos y dolores de cabeza según la literatura revisada, por lo que determinan la necesidad de realizar pruebas integradas (diagnósticas, descriptivas, psicológicas y psico-estructurales) y delimitar objetivos acordes a los resultados de las mismas. En relación a los *dolores gastrointestinales*, Lorusso et al., (2003) realizaron una investigación muy interesante con el fin de comprobar la existencia de asociación entre los factores psicológicos y la no recuperación tras una colecistectomía en una muestra de 52 pacientes con cálculos biliares (sin complicaciones) y dispepsia. Efectivamente, resultó una asociación significativa por lo que señalan la importancia de realizar una evaluación psicológica preoperatoria ya que tiene relación la mejoría con la angustia psicológica previa. De forma concreta aludiendo a la alexitimia, Porcelli, Lorusso, Taylor, Bagby (2007; 2005) investigaron si la alexitimia preoperatoria tenía incidencia tras la intervención quirúrgica recientemente comentada. Encontraron que predijo la persistencia de dichos problemas incluso de forma superior a la angustia psicológica, por lo que una intervención psicológica previa resultaría fundamental. Por último, los *problemas respiratorios*, en concreto, el asma bronquial, Fasciglione & Castañeiras (2008) realizaron una investigación en este sentido, comprobando que la alexitimia tenía una mayor prevalencia en estas personas (asmáticas), lo que a su vez se relacionaba con menores estrategias de afrontamiento (aceptación/resignación y descarga emocional). Señalan que las intervenciones médicas deben complementarse con psicológicas, haciendo hincapié en el abordaje de los factores de orden psicosocial.

Con respecto a la *mentalización y la sintomatología somática*, el propulsor principal de establecer esta conexión en su modelo psicósomático fue Pierre Marty. De forma particular, este término (mentalización) se ha puesto en relación especialmente con trastornos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Ambos trastornos, según los criterios diagnósticos DSM-5, suelen cursar con depresión y ansiedad (Esbec & Echeburúa, 2011) más aún, cuando hay comorbilidad de los dos: (TCA y TLP) (Echeburúa & Marañón, 2001; Ros, Comas & García-García, 2010; Arnold et al., 2006). Entendiendo que se han relacionado con la depresión y la ansiedad, tanto la sintomatología somática (Ros, Comas & García-García, 2010; Arnold et al., 2006), por un lado, como el TLP y el TCA, por otro, y cada uno de éstos por su parte con la mentalización, parecería existir un posible nexo de unión en relación a la capacidad mentalizadora.

Hemos encontrado algunos estudios empíricos pero no de forma numerosa, que relacionan mentalización con síntomas somáticos concretos. Tomando como punto de partida la relación que establece (Fernández-Guerrero, 2014) “una personalidad con rasgos alexitímicos, con su dificultad para experimentar y verbalizar afectos, adolece de un déficit de mentalización o función refleja para los afectos y emociones propios y ajenos” (p.15). Entendiendo que como hemos expuesto, la alexitimia ha sido relacionada con ciertos síntomas físicos, y teniendo presente la correspondencia entre alexitimia y mentalización, resulta factible la existencia de relación entre mentalización y somatización.

En este sentido, Moreau (2003) expone que el desorden psicossomático estaría relacionado con el déficit en mentalización. De forma específica, Muro (2007) ejemplifica a través de casos clínicos la relevancia de la mentalización en la *fibromialgia* (trastorno somatomorfo indiferenciado). Además, Hoz (2010) presenta un estudio de caso clínico de un niño que muestra *alopecia* en placas y otras alteraciones psicossomáticas con una situación familiar de conflicto y pérdida. Apunta la autora que la difícil situación del infante de cuatro años está teniendo un gran impacto a nivel físico, además de las consecuencias psíquicas al encontrarse en pleno proceso de mentalización. En esta línea, Mendoza (2009) señala como máxima importancia la interconexión entre el aspecto relacional y el inmunitario. Por su parte, Szwec (2009) apunta que las *afecciones dermatológicas* convergen con una insuficiencia del funcionamiento psíquico (una de las posibles consecuencias del déficit en mentalización).

Por otro lado, Carlos-Martín (2008) llevó a cabo una investigación en el Hospital Doce de Octubre de Madrid con 120 pacientes con *infertilidad*, cuyo fin era comprobar si el Test de Rorschach permitía establecer relaciones con la Clasificación Psicossomática de Marty (IPSO), en base a los resultados establecieron tres rangos (mala mentalización, media mentalización y buena mentalización). Se decidió seleccionar los 29 indicadores de dicha técnica que interceden en la capacidad de mentalización de la persona. Aplicando el método estadístico Kappa, se obtuvo un grado de acuerdo de 0,76 (bueno). Concluyen que esta técnica puede permitir mayor precisión en el diagnóstico de trastornos graves de índole psicossomática, por lo que se deriva que el grado de mentalización interviene en la somatización. Desde otra óptica diferente (en pacientes con dolor pélvico crónico); Leithner-Dziubas, Blüml, Naderer, Tmej & Fischer- Kern (2010) investigaron la relación con mentalización, vinculación de los padres, comorbilidad psiquiátrica y experiencias de violencia. Encontraron que éstos sujetos presentaron menores niveles de mentalización (2.3) respecto a los controles (5).

Otro nexo de unión entre mentalización y somatización, lo constituye el *apego*, como hemos mencionado anteriormente, ha existido evidencia empírica que relaciona el tipo de apego

con el desarrollo de la función reflexiva. Gubb (2013) apunta “La comprensión de cómo los problemas en la mentalización pueden vincularse con la enfermedad psicosomática se puede conceptualizar como la "mente muda" desde la perspectiva de la Escuela de París y como el "cuerpo hablante" mediante el enfoque del Apego” (p.1). Imaz & Medina (2012) investigaron los patrones familiares en *niños con asma* encontrando que procedían de familias aglutinadas, ansiedad y conflictos parentales (frecuente también en las personas con dificultad en la capacidad mentalizadora). Luyten, Vliegen, Van Houdenhove, & Blatt (2008) afirman que las evidencias en neurociencias y genética sugieren que las dificultades en etapas tempranas conllevan una vulnerabilidad para el desarrollo de diversos trastornos somáticos. De forma similar, Pérez, Simón, D’Ocon & Subiela (2016) han realizado una investigación con 102 niños de 18 meses de edad, encontrando que existe una mayor probabilidad de desarrollar síntomas somáticos en los *niños nacidos prematuramente* y la sensibilidad materna se erige como factor protector, sobre todo, en relación al sueño y la alimentación. De igual manera, Belot & Tichey (2015) en un grupo “clínico” de madres, sus recién nacidos presentaban síntomas somáticos en la piel, respiración, digestión, sueño y dieta, mientras que el grupo de madres “control”, con mejores niveles de mentalización, no presentaban dicha sintomatología.

Previamente, Luyten, Lemma, Target & Fonagy (2012) han aportado una revisión de las evidencias en animales y humanos acerca de la interrelación entre el sistema inmune, el dolor, el estrés, el apego y sistema de regulación del estrés, enlazado a las deficiencias en mentalización (como causa y consecuencia de quejas somáticas) en pacientes con trastornos somáticos funcionales (FSD). En otra línea, también, se ha visto relación con la *diabetes mellitus*, Solano (2000) alude a las actuales conceptualizaciones psicosomáticas que proponen que la desregulación fisiológica y afectiva, es efecto de dificultades en la relación con el objeto regulador. Dicho autor expone el caso clínico de un paciente para ejemplificar como existe un paralelismo entre las oscilaciones de la glucemia y las que presenta en cuanto a las relaciones interpersonales. Propone la mejora de la mentalización como el vehículo para una mejor regulación glucémica.

Para concluir, *a nivel global*, Stonnington, Locke, Hsu, Ritenbaugh, & Lane (2013) han comprobado en una muestra de 29 pacientes con trastorno conversivo, 30 de trastorno somático funcional y 30 sujetos controles que la somatización tendría una asociación con la teoría de la mente (evaluada como codificación y notificación de emociones), especialmente en casos donde exista una ansiedad exacerbada. Tanto la mentalización como la alexitimia comparten correspondencias con el desarrollo de la teoría de la mente. En relación específicamente a los trastornos somatomorfos, otros autores han hipotetizado la unión en base a evidencias con la alexitimia y la mentalización (Subic-Wrana, 2016). De hecho, Houtveen, Lintmeijer, Van

Broeckhuysen (2013) llevaron a cabo una intervención integrada multidisciplinaria con enfoque en la mentalización obteniendo mejoras en la calidad de vida y reducción de costos de consumo de fármacos en pacientes con trastorno somatoforme grave. En el caso de la hipocondría, L'Heureux-LeBeuf (2002) señaló que ésta a veces resultaba protectora para los pacientes para evitar la desorganización somática, pero unida a una mentalización insuficiente resultaría dañina. Por su parte, Tschuschke, Blawath, Horn & Tress (2013) han señalado la necesidad de diferente tipo de intervención grupal con pacientes que presentan déficit en mentalización con los que no lo presentan. Por último, en una muestra de 109 pacientes de muestra clínica, se encontraron rasgos de personalidad comunes: dificultad de gestión emocional, autogestión y relacional. De hecho, otras patologías más graves con las que se ha relacionado han sido la esquizofrenia y la depresión en relación con la fatiga crónica y la fibromialgia, patologías ulcerativas, alergias alimentarias y el cáncer, entre otros (De Lamela, 2009).

En cuanto al sexo; en relación a los *síntomas somáticos*, a nivel general en una muestra de estudiantes presentaban mayor puntuación en éstos y en estrés las mujeres (González & Landero, 2006). No obstante, algunos autores han encontrado que la sintomatología gastrointestinal estaba más presente en los varones en reacciones de tipo depresivo. Sin embargo, la sintomatología cardiovascular, respiratoria y músculo-esquelética estaba más presente en las mujeres (Váldez, 2010). Por tanto, parecería que varía la mayor presencia en hombres o en mujeres en función de la patología. En cuanto a la edad; Montalbán, Comas-Vives & García-García (2010), contrario a lo que cabría esperar, han encontrado que las personas de edad avanzada presentan posiblemente una menor percepción de síntomas somáticos. En relación a la *alexitimia*, la mayoría de investigaciones se han hecho con mujeres, por lo que no existen muchos datos acerca de varones, ni de diferentes edades. Si bien, algunos autores han señalado que podría existir una mayor presencia de alexitimia (en función de la dimensión medida del constructo), por ejemplo, los varones puntúan más en dificultad de expresión y pensamiento operatorio (segunda y tercera dimensión) y las mujeres (puntúan más en dificultad para identificar sentimientos (primera dimensión). No obstante, estas relaciones eran más o menos significativas en función de la cultura a la que pertenecían (Páez et al., 1999). De forma similar, en relación a la mentalización, en cuanto al sexo, la mayoría de estudios son acerca de patologías de predominio femenino (TLP y TCA). Respecto a los TCA, Calvo et al., (2014) encontraron que las pacientes adultas con mayor gravedad presentaban mayor dificultad para el reconocimiento emocional en comparación con pacientes adolescentes. Sin embargo, Orejudo & Froján (2005) apuntan que las variables sociodemográficas, sólo añaden porcentajes de varianza mínimos. Para ellos, el sexo se erige como el más importante, especialmente en síntomas gastrointestinales, neurosensoriales y músculoesqueléticos. La edad, con síntomas

genito-urinario y el nivel de estudios parecería relacionarse con sintomatología músculo-esquelética (hipotetizan por el tipo de trabajo).

En la literatura no hemos encontrado una línea de investigación empírica sólida que relacione los trastornos o síntomas psicósomáticos, la alexitimia y la mentalización. Cada una de las mismas ha sido muy investigada por lo que entendemos que son temáticas de interés del pasado y del presente, lo que constituye uno de los motivos para la realización de este estudio; Según la base de datos de La Asociación de la Psicología Americana (Psycinfo) existen 1383 resultados para el término “psicosomática”, 1717 resultados para el término “mentalization”, 4044 resultados para el término “alexithymia”. También, resulta relevante relacionar las tres variables, por ser factores coadyuvantes, de vulnerabilidad o comórbidos con diferentes patologías según las investigaciones (comentadas anteriormente). Especialmente, Trastornos de ansiedad, Trastornos depresivos, Trastornos de personalidad y Trastornos Alimentarios. Siguiendo a Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, Lee, Warren, Howard (2016) la función reflexiva sería clave para generar o no cierta vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos mentales, que se verá acrecentada por otros factores de carácter ambiental y eventos estresores. Si ambos conceptos se relacionan y presentan síntomas físicos, estaríamos ante factores centrales a evaluar para prevenir el desarrollo de patologías más graves. Aun así, algunos autores señalan tres posibilidades para la génesis de la sintomatología de carácter psicósomático: “1) aquella en la que predomina la dimensión de regulación de relaciones interpersonales, 2) la preocupación hipocondríaca y 3) los déficits en la discriminación de los estados emocionales” (Fernández-Fernández-Rodríguez, Amigo & Pérez, 2006, p.1).

Por otra parte, para una mayor promoción de la figura del psicólogo clínico. Si bien es cierto que hay psicólogos en el Sistema Sanitario Español, no en la totalidad de las unidades y/o complejos hospitalarios, así como tampoco en Atención Primaria. Aunque recientemente se han incorporado en la Comunidad Autónoma de Madrid pero el número resulta ínfimo. De hecho, comparativamente a otros países, tal y como señala, Jiménez, (2016) coordinadora de la Plataforma por una Atención Psicológica Pública e Integrada (APPI) existe una cantidad considerablemente menor de psicólogos que la media de Europa, concretamente cuatro veces menos. Es decir, hay aproximadamente 4 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Apunta dos motivos principales para cubrir esta necesidad: el aumento creciente de la población de la tercera edad, en 2015 la esperanza de vida a los 65 años era del 84% (Instituto Nacional de Estadística, INSS) y una mayor posibilidad de desarrollar patologías psíquicas, según los últimos datos aportados (2017) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Europa el 40,27% de la población presenta Trastorno depresivo Mayor y un 36,17% Trastornos de

Ansiedad. Como ya hemos comentado, ambas patologías cursan con síntomas somáticos y psíquicos.

Se suma a esta propuesta, El presidente de la Asociación Española de Jóvenes Psiquiatras, Tajima (2016), quien ha asegurado que “la sociedad demanda cada vez más atención en salud mental, lo que requiere un mayor número de especialistas en este campo, para atender las necesidades de todos los pacientes”(p.1). Concretamente, Un 25% de los españoles ha padecido, padece o padecerá algún tipo de enfermedad mental (Maciejewski, 2017). Tomando las cifras del INE en 2015 se colegiaron 26879 psicólogos, por lo que se puede apreciar la existencia de oferta, pero no de demanda por parte del Estado ya que el gasto en salud en 2014 era de 2034 euros por habitante (inferior al invertido en otros doce países de la Unión Europea: Luxemburgo, Suecia, Dinamarca, Países Bajos, Irlanda, etc). A pesar de, representar en España en el año 2015 los trastornos mentales y del comportamiento la quinta causa de defunción (21.333) por encima incluso de los trastornos digestivos, aumento respecto a 2012 (9,3% a 9,7%). Así como también, se ha producido, un incremento de la incidencia de casos psiquiátricos en los últimos tres años según La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2016).

En esta línea, Los pacientes con somatizaciones se han enlazado a costes tanto de índole personal como económica ya que se encuentran asociados a la frecuencia alta de acudir a centros médicos. Además, resulta necesario una mayor investigación ya que presentan rasgos heterogéneos tanto en la etiología, la sintomatología y la mejora en el trastorno (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target & Fonagy, 2013). Es decir, según algunos estudios no todos presentan elevado grado en déficit en conciencia emocional y alexitimia (Pedrosa Gil y otros, 2008a, b; Waller y Scheidt, 2006). Incluso, podría ser lo opuesto; desarrollo de una alta mentalización no genuina con un exceso de análisis, inconexo con la afectividad o una escasa flexibilidad mental (Luyten et al., 2013).

Fossa (2012) también ha afirmado el incremento actualmente de demanda psicológica por parte de personas que presentan dolor a nivel físico. En este sentido, proponemos si se produce un aumento aún más considerable de estudios cuyo objeto de investigación sea la relación de diferentes factores psicológicos y físicos, es posible que el sistema sanitario se percate y haga un mayor hincapié de la necesidad (anteriormente referida) de aumento de psicólogos clínicos en recursos asistenciales y en atención ambulatoria. Como sostienen De Giorgo, Ruberto, Firenze & Quartesan (2010) existe una necesidad de una intervención holística, tanto a nivel médico como psicológico (Psique y Soma) (Bittar & Viana, 2017). Por ello, continuar promoviendo la relación entre lo físico y lo psicológico nos resulta de gran relevancia.

Cabe aclarar, que cuando aludimos a los (SFC), nos referimos a un marco amplio: el síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, y síndrome del intestino irritable, entre otros (Ablin et al.,2012; Wessely & White, 2004)” Por tanto, los trastornos psicósomáticos al no estar específicamente delimitados en los manuales diagnósticos, su proximidad a los Trastornos Somatomorfos y no utilizar una muestra clínica concreta que presente uno de los síndromes, hemos determinado evaluar la percepción de la presencia/ausencia de diversos síntomas somáticos.

Resulta pertinente también, a modo de orientación a los psicólogos clínicos y sanitarios en el tipo de terapia más idónea para los pacientes/clientes que presenten estas características. De hecho, se han considerado como “difíciles de tratar”, totalmente contraproducente para la mejora de esas personas, que fomentan más la sensación de invalidación (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target & Fonagy (2012). No nos referimos con esto, al tipo de modelo si no al tipo de técnicas e intervenciones verbales más adecuadas para las personas que en las primeras sesiones de evaluación observemos que presentan numerosa sintomatología somática y a su vez, rasgos alexitímicos y déficit en la capacidad mentalizadora. De hecho, Fossa (2012) señala que este tipo de pacientes pueden resultar complicados para un abordaje psicoterapéutico dado su déficit en la capacidad introspectiva. Aspecto a tener presente (como hemos comentado) en las herramientas a utilizar por su “estado de regresión preverbal y preconceptual”. Aisemberg (2017) afirma también la necesidad de ajustar el encuadre terapéutico a sus características afirmando que generalmente éste pudiera ser creativo para dar cabida a la elaboración constructiva.

Por último, como apunta Mirigliani (2007) parece existir una mayor percepción de la sintomatología física y/o psicológica en estas personas por la amplificación somatosensorial y dificultad en el reconocimiento/expresión de las emociones, lo que deriva en consecuencias fisiológicas, endocrinas e inmunológicas (enlace con la somatización). Teniendo en cuenta esta afirmación sería pertinente realizar un abordaje a nivel cognitivo y emocional, alcanzando así una mentalización progresiva (Lanza & Bovet, 2005). Otra evidencia de la necesidad de ofrecer terapia psicológica para estas personas, la apuntó McDougall con las concepciones de Dejours, cuyo fin será aportar sentido a la somatización a través de la (re)construcción de la historia vital de la persona (citado en Bittar & Viana, 2017).

El *objetivo general* del estudio es explorar la relación que se establece entre nuestras tres variables objeto de estudio: alexitimia, mentalización y síntomas somáticos.

Los *objetivos específicos*:

1. Analizar la relación entre nuestras tres variables objeto de estudio y las variables sociodemográficas (sexo y edad) en España.
2. Observar el grado de percepción de presencia de síntomas físicos en nuestra muestra de la población española.

Las *hipótesis principales* en nuestro estudio:

1. *Las personas que presenten mayor puntuación en alexitimia presentarán menor puntuación en mentalización.*
2. *Las personas que presenten mayor puntuación en alexitimia presentarán mayor puntuación en síntomas somáticos.*
3. *Las personas que presenten mayor dificultad de mentalización presentarán mayor puntuación en síntomas somáticos.*

En cuanto a las *hipótesis secundarias*:

4. La puntuación en alexitimia de los sujetos puede verse influida por las variables sociodemográficas sexo y edad:
  - a) *Sexo. En función de la dimensión puntuarán más en alexitimia los varones o las mujeres.*
  - b) *Edad. El grupo más joven presentará mayor nivel de alexitimia que los otros grupos.*
5. La puntuación en mentalización de los sujetos puede verse influida por las variables sociodemográficas sexo y edad:
  - a) *Sexo. Los varones puntuarán más en dificultad de mentalización.*
  - b) *Edad. El grupo más joven presentará un menor nivel de mentalización que los otros grupos.*
6. La puntuación en síntomas somáticos de los sujetos puede verse influida por las variables sociodemográficas sexo y edad:
  - a) *Sexo. Las mujeres puntuarán más en síntomas somáticos.*
  - b) *Edad. El grupo más joven presentará menor cantidad de síntomas somáticos.*

## MÉTODO

### Diseño y muestra

Estudio empírico con metodología cuantitativa. Transversal de tipo correlacional. El estudio fue realizado entre diciembre y febrero del 2017-2018.

### Participantes

Se seleccionó una muestra de la población general española (representada por múltiples comunidades autónomas), conformada por 286 sujetos de ambos sexos; 174 mujeres (69,8%) y 112 hombres (39,2%) y de diferentes rangos de edad comprendidos entre los 18 y los 87 años. Estableciendo tres grupos de edad: 117 jóvenes (18-25 años) representando el 40,9%, 76 adultos de edad intermedia (45-65 años) representando el 26,6 % y 93 de la tercera edad (65-87 años) representando el 32,5%. Con el fin de observar así el efecto sobre los resultados de cualquiera de dichos factores.

- Criterios de inclusión: ser mayor de edad y pertenecer a la población española.
- Criterios de exclusión: ser menor de edad y no pertenecer a la población española.

### Instrumentos

a) **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**. (Bagby, Parker y Taylor et al., 1994) (versión traducida al castellano por Pérez-Rincón, Cortés, Ortíz, Peña, Ruíz & Díaz-Martínez (1997). Consta de veinte ítems con respuesta tipo Likert que oscila entre 1 y 5 puntos (muy en desacuerdo/muy de acuerdo), para medir las tres dimensiones del grado de *alexitimia* que presentan los sujetos: 1. Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional; 2. Dificultad para describir los sentimientos a los demás y 3. Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. El Factor 1 lo componen los ítems 1,3,6,7,9,13 y 14; Factor 2 lo componen los ítems 2,4,11,12 y 17 y Factor 3 conformado por los ítems 5, 8, 10, 15,16, 18,19 y 20. Las puntuaciones oscilan entre 20 y 100 puntos. Consta de 5 ítems inversos (4, 5, 10, 18 y 19). El punto de corte que señalan los autores para determinar que un sujeto es alexitímico estaría en 61.

Presenta una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach= 0.81), y una buena fiabilidad test - retest en un periodo de tres semanas ( $r=0.77$ ;  $p < .01$ ), superando las limitaciones de la escala original. El factor 1 explica el 12,6%, el factor 2 explica el 9,62% y el factor 3 explica el

8,75% de la varianza total (Taylor, 1999; 1994). Estos índices de fiabilidad y validez han sido corroborados posteriormente por otros autores, incluso transculturalmente (Páez et al., 1999; Rincón et al., 1997). Si bien es cierto, que los primeros autores proponen la medición del constructo en tres dimensiones, éstos últimos señalan que resulta más idóneo dividirlo en dos, debido a “para los sujetos el identificar y el describir las emociones son procesos cognoscitivos íntimamente relacionados a nivel de lenguaje interno, y la separación en dos factores diferentes se antoja artificial” (p. 4). Esto también produce, una descomposición en relación a la cantidad de ítems que mide cada factor (siendo el primero el de mayor peso). No obstante, resulta bastante discriminativa por tener seis opciones de respuesta y poseer un número adecuado de ítems ya que no es demasiado extenso (que podría incidir en la fatiga del sujeto) ni demasiado breve (que podría no medir suficientemente el constructo).

**b) Cuestionario de la Función Reflexiva Breve (RFQ-8).** (Fonagy & Ghinai, 2014, 2008) (versión traducida al castellano proporcionada por los propios autores). Conformada por ocho ítems con respuesta tipo Likert que oscila entre 1 y 7 puntos (muy en desacuerdo/muy de acuerdo) para medir el grado de *mentalización*. Las puntuaciones extremas ("totalmente de acuerdo" o "totalmente en desacuerdo") reflejan un funcionamiento reflexivo más bajo. Los autores (p.1) señalan que existen tres tipologías posibles de sujetos: hipermentalización (exceso pero sin coherencia, asociada al TCA), hipomentalización (déficit, asociada al TLP) y la mentalización genuina (reconocimiento de la opacidad de los estados mentales). Se desarrolló para facilitar una medida de cribado breve. Los análisis factoriales confirmatorios que se realizaron arrojaron dos factores que evalúan la certeza (RFQ\_C) y la incertidumbre (RFQ\_U) sobre los estados mentales de uno mismo y los demás (estos ítems han sido incluidos) La primera, aludiría a la hipermentalización y la segunda a la hipomentalización. Las puntuaciones medias serían las que reflejan una adecuada capacidad reflexiva (genuina). De esta forma, quienes puntúen en mayor número de ítems de forma más extrema, será menor la puntuación en función reflexiva. No existe punto de corte, se establecerá en función de los resultados obtenidos tomando como referencia la totalidad de la muestra, el sexo y la edad.

Presenta buena consistencia interna: 0,73/ 0,78 para RFQ\_C y 0,77/0,54 para RFQ\_U, La RFQ-54 sería la escala extensa, nosotros hemos aplicado la breve para evitar efectos como la fatiga y por la recomendación de los autores de la versión breve para la investigación. Se debe tener en cuenta, que no está destinada a contemplar las diferentes dimensiones de dicho constructo ya que actualmente se encuentran en tal proceso. Asimismo, la dificultad inherente a este tipo de autoinformes ya que como éstos sostienen es necesaria dicha capacidad para completarlos.

c) *Cuestionario de salud del paciente (PHQ-15)*. (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002) (traducido al castellano por Ros, Comas & García-García, 2010) para evaluar la *sintomatología somática* que presentan a través de quince ítems que aluden a diferentes síntomas con opciones de respuesta tipo Likert que oscila de 0 a 3 puntos (nada/ un poco/mucho) de los 15 síntomas somáticos más comunes en las últimas cuatro semanas: dolor de estómago; de espalda; en brazos, piernas o articulaciones; dolores menstruales; de cabeza; torácicos (del pecho); mareos; desmayos; palpitaciones o sentimiento de corazón acelerado; falta de respiración; dolor o problemas durante relaciones sexuales; estreñimiento/diarrea; náuseas/ gases o indigestión; sentimiento de cansancio o con pocas energías; y problemas de sueño. Tras el sumatorio de la puntuación global (oscila de 0 a 30 puntos) aunque para la interpretación se debe tener en cuenta el continuo se han establecido cuatro categorías: Mínima (0-4 puntos); Baja (5-9 puntos); Media (10-14 puntos) y Alta (15-30 puntos). En nuestra investigación, se consideraron personas sin síntomas físicos relevantes y con síntomas físicos relevantes.

Presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=0,8) y validez divergente/convergente (0,3-0,7 correlacionados moderadas/altas), discriminante y predictiva en una muestra superior a 6000 sujetos. Esta información se complementó con datos sociodemográficos de edad y sexo, con el fin de apreciar las relaciones que se establecen con respecto a las tres variables medidas. Es decir, modo de lograr una perspectiva complementaria observando en que franjas de edad y en que género existe una mayor o menor predominancia de éstas.

### Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo mediante instrumentos de evaluación durante los meses de diciembre del 2017 y enero del 2018. Por una parte, los datos de los sujetos de la población general joven y de mediana edad se obtuvieron mediante un formulario de “*Google Docs*” que comprendió los instrumentos de medida (anteriormente especificados), tuvieron acceso a través de un enlace que se distribuyó mediante Whatsapp®, correo electrónico y redes sociales (Facebook®). Por otra parte, los datos de los sujetos jóvenes se obtuvieron mediante este mismo enlace en universidades de Castilla y León y la Comunidad de Madrid, entre otras. Por último, por la dificultad de acceso a internet para los datos de personas de la tercera edad, se contactó con un Centro de Día en León, se acudió al mismo, para explicar la investigación a los responsables del Centro de día del Ayuntamiento de San Andrés del Rabanedo (León). Tras la obtención de los permisos (autorización por escrito) por parte de los responsables del centro y conocer a los participantes acudiendo a un taller habitual, se procedió a la aplicación de dicho formulario (a los usuarios con capacidades conservadas para responder al cuestionario) de

forma escrita durante el tiempo que se requirió en varias sesiones, asegurándonos que los participantes comprendían las preguntas y adaptándonos a las necesidades individuales. Más adelante, con el fin de equiparar los grupos en función de la variable sociodemográfica (sexo), se les solicitó poder recabar los datos de más muestra masculina. Cabe señalar, que todos los participantes han sido informados acerca del anonimato, confidencialidad y objetivo del presente estudio.

## RESULTADOS

El análisis de datos se realizó con el Statistics Package for Social Sciences (SPSS-20). Primeramente, para llevar a cabo el análisis de los datos se comprobó el supuesto de normalidad. Se pudo asumir que la distribución de las puntuaciones seguían una distribución normal (Curran, West y Finch, 1996). Posteriormente, se realizó la distribución de frecuencias estableciendo tres grupos de edad: Grupo 1: de los 18 a los 25 años; Grupo 2: de los 25 a los 45 años; y Grupo 3: de los 45 en adelante. Por otra parte, se han realizado los análisis estadísticos descriptivos para contrastar las hipótesis que fueron planteadas. Se llevaron a cabo análisis de correlaciones de Pearson para comprobar la relación de las variables: alexitimia, mentalización y síntomas somáticos. Se realizó análisis de regresión lineal con los factores de alexitimia y mentalización. Por último, se realizaron análisis de ANOVA para evaluar la asociación, por un lado, del grupo de edad (jóvenes, adultos y tercera edad) con alexitimia, mentalización y síntomas somáticos, y por otro, del sexo con alexitimia, mentalización y síntomas somáticos.

*En relación a las correlaciones de Pearson entre las diferentes variables propuestas para la evaluación se obtuvieron los siguientes resultados descriptivos (Ver Tabla 1):* síntomas somáticos (M=25,26 y DT= 5,39), alexitimia (M=52,55 y DT= 15,17) correspondientes a la Dimensión 1; Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional (M=18,29 y DT=7,94); Dimensión 2; Dificultad para describir los sentimientos a los demás (M=15,10) y DT=5,99); Dimensión 3; Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo (M=19,16 y DT=5,42) y dificultad en la mentalización (M=28,88 y DT=9,26). Se encontraron relaciones positivas entre alexitimia y dificultad en la mentalización, de tal modo, que las personas que tenían mayor puntuación en alexitimia presentaban también una mayor dificultad en la capacidad de mentalizar n=286;  $r = ,633$ ;  $p < ,001$  y también, con la escala recodificada de la capacidad de mentalizar (según los autores) n=286;  $r = ,150$ ;  $p < ,001$ . Cabe señalar, que de las tres dimensiones de alexitimia las que resultaron significativas han sido las dimensiones 1 y 2, a

excepción de la dimensión 3 que no resultó. Así como también, se halló una relación significativa positiva entre alexitimia y síntomas somáticos, de tal forma, que las personas que tenían mayor nivel de alexitimia presentaban una mayor presencia de síntomas somáticos  $n=286$ ;  $r= ,335$ ;  $p < ,001$ . Asimismo, se estableció una relación positiva significativa entre dificultad de mentalización y síntomas somáticos, de tal manera, que las personas que tenían mayor dificultad de mentalizar presentaban una mayor presencia de síntomas somáticos  $n=286$ ;  $r= ,449$ ;  $p < ,001$ . Sin embargo, no se encontraron relaciones positivas significativas con la escala recodificada de dificultad de mentalizar.

Tabla 1

*Correlaciones de Pearson entre variables*

	Síntomas somáticos	Alexitimia	Alexitimia (D.1)	Alexitimia (D.2)	Alexitimia (D.3)	D. Mentalización	D. Mentalización recodificada
Síntomas somáticos	1	< ,001**	< ,001**	0,006	0,425	< ,001**	0,378
Alexitimia		1	< ,001**	< ,001**	< ,001**	< ,001**	0,011*
Alexitimia (D.1)			1	< ,001**	< ,001**	< ,001**	0,084
Alexitimia (D.2)				1	< ,001**	< ,001**	0,328
Alexitimia (D.3)					1	< ,001**	< ,001**
D.Mentalización						1	0,009**
D. Mentalización recodificada							1

\*\*= La correlación es significativa al nivel de ,001

\*= La correlación es significativa al nivel de ,005

*En relación a la regresión lineal simple, se calculó con el fin de analizar la relación entre alexitimia y dificultad de mentalización con la presencia de sintomatología somática. Se encontró una ecuación significativa de regresión  $F(5, 280) = 23,83; p < ,001$  con  $R^2 = ,299$ . Se encontró que se relacionan significativamente con la sintomatología somática las siguientes variables independientes: Dimensión 1 de alexitimia ( $p < ,001; \beta = ,423$ ); Dimensión 2 de alexitimia ( $p = ,04; \beta = - ,120$ ); Dimensión 3 de alexitimia ( $p = ,01; \beta = - ,147$ ) y dificultad de mentalización ( $p < ,001; \beta = ,266$ ). No mostró tener relación con la sintomatología somática la dificultad de mentalización (escala recodificada según autores) ( $p = ,914; \beta = ,006$ ). Cabe mencionar los resultados obtenidos de la correlación parcial (la relación de la variables con la variable dependiente eliminando el efecto de las demás), la única que parece compartir parte de su varianza con otras sería la dimensión 1 de alexitimia ( $\beta = ,423; R_{parcial} = ,333$ ). Por tanto, el resto de dimensiones de alexitimia y ambas de mentalización se relacionan con los síntomas somáticos por sí mismas.*

*Por último, se realizaron comparaciones de medias para comprobar si existían relaciones entre las variables sociodemográficas con nuestras variables principales objeto de estudio. Para ello, se llevaron a cabo dos ANOVAS. Primero, con los tres grupos de edad establecidos, encontrándose los siguientes resultados: Se hallaron diferencias significativas solo con mentalización en los tres grupos de edad:  $F(2, 283) = 4,641; p < ,001$ , a favor del Grupo 1. Es decir, los más jóvenes presentaron mayor dificultad de mentalizar ( $M=30,84$  y  $DT= 9,48$ ) que el grupo de la tercera edad ( $M=27,82$  y  $DT=9,17$ ) y que el grupo de adultos de edad intermedia ( $M=27,17$  y  $DT= 8,55$ ) (Ver gráfico 1) y también, en síntomas somáticos  $F(2, 283) = 7,611; p < ,001$ , a favor del Grupo 1. Es decir, los más jóvenes presentaban mayor presencia de síntomas somáticos ( $M=26,63$  y  $DT= 4,99$ ) que el grupo de adultos de edad intermedia ( $M=24,91$  y  $DT=4,95$ ) y que los de la tercera edad ( $M=23,82$  y  $DT= 5,85$ ) (Ver gráfico 2). Al ser tres grupos de comparación, se llevaron a cabo los contrastes Post-hoc mediante la prueba de Bonferroni, encontrando que mentalización era significativo el grupo 1 con respecto al grupo 2 ( $p = ,021$ ) y síntomas somáticos resultó estadísticamente significativo el Grupo 1 (lo más jóvenes) respecto al grupo 3 (la tercera edad) ( $p < ,001$ ). No se hallaron diferencias suficientemente significativas con la variable edad en alexitimia, aunque puntuaron más el grupo de la tercera edad ( $M= 54,80$  y  $DT= 15,65$ ) que los más jóvenes ( $M=52,93$  y  $DT=15,29$ ) y que los adultos de edad intermedia ( $M=49,34$  y  $DT= 14,03$ ).*

Gráfico 1. Dificultad de mentalización por grupos de edad

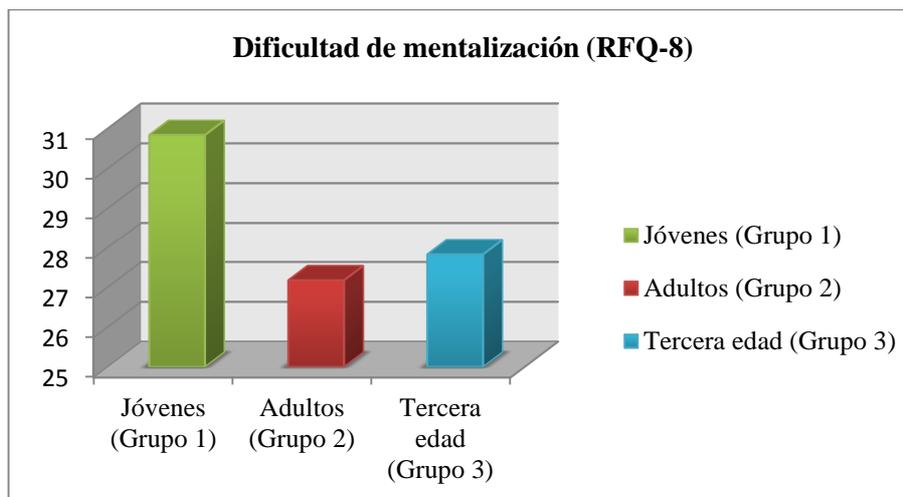
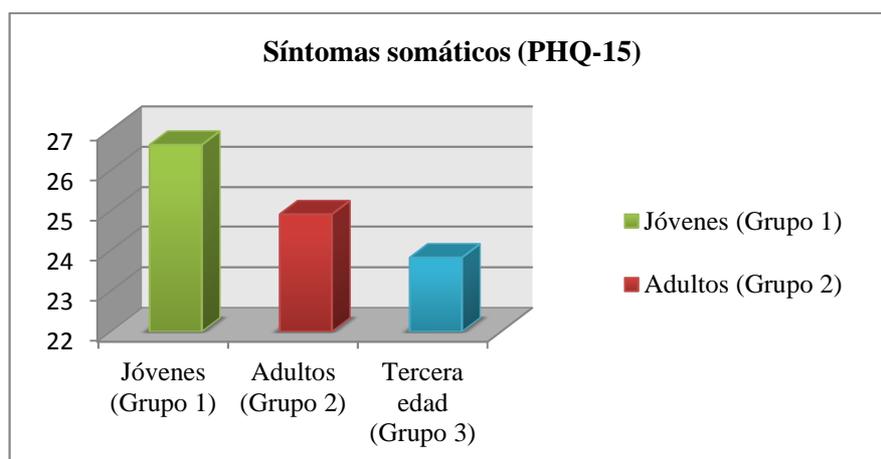
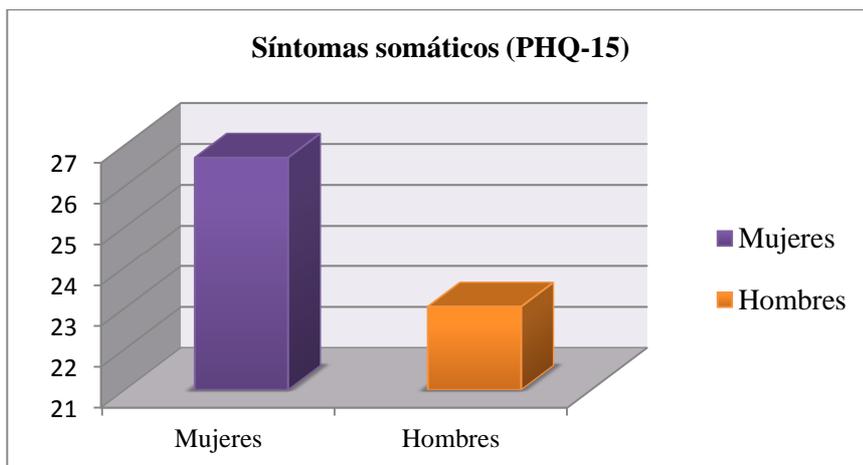


Gráfico 2. Síntomas somáticos por grupos de edad



En el segundo análisis de ANOVA con la variable sexo se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres sólo en síntomas somáticos  $F(1, 284) = 34,985$ ;  $p < ,001$ . Es decir, las mujeres presentan un mayor número de síntomas somáticos ( $M=26,69$  y  $DT=5,36$ ) que los varones ( $M=23,03$  y  $DT=4,66$ ) (Ver gráfico 3) y levemente en la dimensión 2 de alexitimia  $F(1,284)= 4,013$ ;  $p = ,005$ . Es decir, los hombres presentan mayor dificultad para describir los sentimientos a los demás ( $M=15,98$  y  $DT=5,93$ ) que las mujeres ( $M=14,53$  y  $DT=5,98$ ). No se hallaron diferencias suficientemente significativas con la variable sexo en alexitimia y mentalización, aunque en alexitimia puntuaron más los varones ( $M= 53,71$  y  $DT= 13,94$ ) que las mujeres ( $M=51,81$  y  $DT=15,92$ ) y en dificultad de mentalización puntuaron más las mujeres ( $M= 29,51$  y  $DT= 9,50$ ) que los varones ( $M= 27,90$  y  $DT= 8,83$ ).

Gráfico 3. Síntomas somáticos en relación al sexo



Esto se confirma al realizar el análisis de varianza univariante para observar el tamaño del efecto (Eta cuadrado  $\eta^2$ ) de cada una de las variables en relación al sexo: la alexitimia presenta un tamaño del efecto pequeño-medio ( $\eta^2 = ,110$ ); Los síntomas somáticos apuntan un tamaño del efecto medio-grande ( $\eta^2 = ,110$ ); La mentalización indica un efecto medio ( $\eta^2 = ,007$ ); y La mentalización recodificada supone un tamaño del efecto pequeño ( $\eta^2 = ,000$ ).

## DISCUSIÓN

Este estudio demuestra una relación positiva significativa entre alexitimia y dificultad en la mentalización, de tal modo, que las personas que tenían mayor alexitimia presentaban también una mayor dificultad en la capacidad de mentalizar. Se confirma nuestra hipótesis planteada. Cabía esperar hallar dicha relación ya que aunque no hemos encontrado estudios previos empíricos que lo investigaran suficientemente, Pierre Marty hizo su aportación relacionándolos con la somatización. Además, son capacidades definidas con aspectos de alta similaridad, es decir, están intrínsecamente relacionadas, por lo que algunos autores (Fernández-Guerrero, 2014) han señalado la existencia de relación entre éstos constructos ya que ambos aluden a la capacidad o déficit en la identificación y regulación emocional. Por otra parte, efectivamente, se encontró una relación positiva con los síntomas somáticos, de tal forma, que las personas que tenían mayor nivel de alexitimia presentaban una mayor presencia de síntomas somáticos. Esto es congruente con investigaciones previas que relacionaban ambas variables (alexitimia y síntomas somáticos concretos): *problemas dermatológicos* (Urpe, Pallanti & Lotti, 2005a,

2005b); *psoriasis* (Torres, López, Pedroza & Escamilla, 2015; Batista & González, 2010); *dolores de cabeza y cefaleas* (De Giorgio, Ruberto, Firenze & Quartesan, 2010); asma bronquial (Fasciglione & Castañeiras, 2008) y *dolores gastrointestinales* (Lorusso et al., 2003)

A su vez, se estableció una relación positiva significativa entre dificultad de mentalización y síntomas somáticos, de tal manera, que las personas que tenían mayor dificultad de mentalizar presentaban una mayor presencia de síntomas somáticos, pues como hemos comentado previamente, el cuerpo se convierte en el medio para expresar las emociones cuando no existe un suficiente proceso de mentalización para la mediación entre cuerpo y mente. Esto resulta congruente con investigaciones previas que relacionaban ambas variables (madres con dificultad de mentalizar (Belot & Tichey, 2015), *apego* (Gubb, 2013), *asma* (Imaz & Medina, 2012), *dolor pélvico crónico* (Leithner-Dziubas, Blüml, Naderer, Tmej & Fischer-Kern, 2010), *alopecia* (Hoz, 2010), *afecciones dermatológicas* (Szwec, 2009), *infertilidad* (Carlos-Martín, 2008), *sistema inmunitario* (Luyten, Vliegen, Van Houdenhove, & Blatt (2008), *Fibromialgia* (Moreau, 2003). Sin embargo, no se encontraron relaciones positivas significativas con la escala recodificada de dificultad de mentalizar. Pudiera deberse a que dicha recodificación propuesta por los autores (Fonagy & Ghinai, 2014; 2008) tiene en cuenta no solo la hipomentalización, sino también la hipermentalización como dificultad de mentalizar adecuadamente en un nivel adaptativo, al ser lo idóneo para los autores obtener puntuaciones intermedias, resulta complejo que se establezcan relaciones positivas con altas puntuaciones en los síntomas somáticos. En conjunto, hipomentalización y alexitimia predicen síntomas somáticos.

En relación a las variables sociodemográficas, se encontró que los hombres presentan mayor dificultad para describir los sentimientos de los demás que las mujeres. Esto es congruente con la investigación llevada a cabo por Páez et al., (1999). Podría tener cierta influencia de la cultura, y por ende, verse modificado en función de los valores o tradición sociocultural del país en el cual se llevara a cabo la investigación. Por otra parte, las mujeres presentan un mayor número de síntomas somáticos que los varones. Esto resulta congruente con investigaciones previas (González & Landero, 2006). Aunque, como habíamos comentado, otro autor (Váldez, 2010) encontró que varía la mayor presencia en hombres o en mujeres en función de la patología, siendo más proclives un género u otro a algunas concretas. En nuestro estudio, la mayoría de los síntomas somáticos podrían generalmente ser más padecidos por las mujeres (también por cuestiones biológicas). Contrariamente a lo que cabía esperar, no se hallaron diferencias suficientemente significativas en mentalización y alexitimia con la variable sexo. Pudiere suceder debido a que los autores están en proceso de desarrollar una escala que mida las diferentes dimensiones de la mentalización, pudiendo haber diferencias entre hombres y mujeres en función de éstas.

En cuanto a la edad, los más jóvenes presentaron mayor dificultad de mentalizar que el grupo de la tercera edad y que el grupo de adultos de edad intermedia. En esta línea, no habíamos encontrado investigaciones previas, partíamos de esta hipótesis teniendo presente que la mentalización aunque es una capacidad que parece haber mostrado una alta relación con el apego y las experiencias tempranas, cierto es que no es inmutable, puede desarrollarse o potenciarse a medida que la edad aumenta y si se obtienen adecuados aprendizajes de las experiencias vitales que van sucediendo a la persona. Además, desde perspectivas más integradoras se establecen diferentes niveles del desarrollo del self: como agente físico, como agente social, como agente teleológico, como agente intencional, como agente biológico (Fonagy et al., 2002). De tal modo, que en la juventud se entiende que habrían desarrollado esos niveles, pero no en todas las personas se habrán completado ya que también existiría un componente intrínseco de cómo la persona entiende los afectos. Por último, se debe tener en cuenta que la total maduración cerebral (del córtex prefrontal) se alcanza en esta etapa de juventud, maduración necesaria para poder llevar a cabo procesos cognitivo-afectivos complejos como es la capacidad mentalizadora, por lo que, quizá algunos participantes de la muestra no hayan completado dicho proceso.

También, los más jóvenes presentaban mayor presencia de síntomas somáticos que el grupo de adultos de edad intermedia y que los de la tercera edad. Aunque no disponemos de múltiples estudios previos en este sentido, se confirma la hipótesis que señalaron en su investigación Montalbán, Comas-Vives & García-García (2010), que esto pudiera ser porque las personas de edad avanzada presentan posiblemente una menor percepción de síntomas somáticos. Otras posibles explicaciones a contemplar serían: en la muestra de personas de edad avanzada seleccionada se descartaron quienes padecían patologías graves que pudieran interferir en nuestra investigación causando algún tipo de sesgo. Así como también, hay que tener presente que la población seleccionada acude a un centro de día donde realizan diferentes actividades tanto a nivel cognitivo como motor, por lo que, son personas activas. Aspecto interesante, por la importancia que en los últimos años se ha dado a modificar la concepción de la vejez y la relevancia de promover un envejecimiento activo que aminore los efectos adversos lógicos del avance del transcurso vital.

En cuanto a las *limitaciones de nuestra investigación*: Por un lado, la principal limitación es el muestreo incidental (no probabilístico), que implica que no es totalmente al azar. Por otra parte, hay que señalar que al ser instrumentos de medida subjetiva, los resultados recabados son acerca de la propia percepción que las personas tienen de sí mismos, por lo que si existe escasa introspección o dificultad en algunas de las variables evaluadas, resultará más difícil que identifiquen dichas dificultades, lo que podría conllevar que las puntuaciones se modificaran

presentando aún mayor déficit en dichas variables medidas. Por otro lado, en cuanto a los instrumentos de aplicación propiamente: el cuestionario de alexitimia (TAS-20) el autor, lo considera en tres dimensiones, pero otros autores han considerado solo dos dimensiones por no resultar significativa la tercera. En nuestra investigación hemos tomado las tres dimensiones porque así está validada la escala hasta el momento. Así como también, con el fin de observar si la tercera dimensión resultaba significativa o no. Efectivamente, hemos encontrado dificultades con la tercera dimensión ya que no resultó significativa en Pearson. Sin embargo, si resultó ser predictiva en la regresión lineal. Por lo que, sería necesaria una mayor investigación al respecto para clarificar la necesidad o no de considerar dicha dimensión.

Por otra parte, la dificultad con el cuestionario de mentalización (RFQ-8) tiene que ver con que es bastante reciente por lo que no existe aún un amplio recorrido de aplicación. Nosotros hemos considerado dos formas posibles de corrección de la escala, la escala sumatoria que tiene en cuenta las puntuaciones altas como dificultad de mentalización o hipomentalización, resulta significativa, pero la escala sumatoria recodificada que toma en cuenta como óptimo las puntuaciones intermedias y también considera la hipermentalización como un déficit de la misma, no resulta significativa. Por lo que, habría que revisar cuál sería el mejor criterio de corrección de la misma en función de si es una investigación con gran muestra y que no se puede complementar con entrevistas de evaluación individuales que permitieran obtener una mayor información específica. Por último, podría haber interferido en los resultados de las variables sociodemográficas el haber tenido un alto porcentaje de población joven y haber acudido a un centro de mayores, en el cual, estaría representado sólo la población más activa.

En cuanto a la *relevancia y utilidad de nuestros resultados*: resulta relevante relacionar las tres variables por diversos motivos: En primer lugar, por ser factores coadyuvantes, de vulnerabilidad o comórbidos con diferentes patologías según las investigaciones: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de personalidad y trastornos alimentarios. Puesto que en general, se han establecido relaciones estadísticamente significativas entre las mismas, sería importante tener presente estos factores a evaluar en una entrevista inicial por los profesionales cuando existan indicios de alta presencia de sintomatología somática para prevenir el desarrollo de patologías de mayor gravedad, interviniendo desde el inicio. En segundo lugar, para una mayor promoción de la figura del psicólogo. Si bien es cierto que hay psicólogos en el Sistema Sanitario Español, no en la totalidad de las unidades y/o complejos hospitalarios. El número resulta ínfimo comparativamente con otros países de la Unión Europea (OMS, 2017; Jiménez, 2016) y un aumento en los últimos años en la incidencia de casos psiquiátricos (INE, 2015, Fossa, 2012).

En esta línea, si se realizan numerosas investigaciones que cómo la nuestra encuentren relación entre diferentes factores psicológicos y físicos, es posible que el sistema político haga un mayor hincapié de la necesidad de mayor presencia de psicólogos en recursos asistenciales, asociaciones, instituciones o centros privados (si se requiere un mayor seguimiento), promoviendo así la necesidad de una intervención más integral. En tercer lugar, a modo de guía para los psicólogos clínicos y sanitarios en el tipo de terapia más idónea para los pacientes que presenten dichas características. Puesto que, se han calificado como “difíciles de tratar”, lo que resulta totalmente desacertado si nuestro mayor fin es su mejoría (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target & Fonagy, 2012).

No nos referimos tanto al tipo de modelo si no a las intervenciones más apropiadas para las personas que se observe que presentan numerosa sintomatología somática, características alexitímicas y déficit en la capacidad de mentalización. Es decir, intervenciones orientadas a la identificación, facilitación, comunicación y gestión emocional, así como a la simbolización, capacidad introspectiva, y conexión corporal, ya que diferentes enfoques poseen diversas estrategias para potenciar dichas capacidades: Terapia basada en la mentalización (A. Bateman & P.Fonagy), Terapia basada en Inteligencia Emocional (N.Lizeretti), Terapias complementadas con la técnica de Mindfulness; Terapia sistémica desde el cuerpo como medio de comunicación (L. Onnis & Watzlawick), Terapias humanistas como la Gestalt (F. Perls), Focalizada en la emoción (L. Greenberg), Focusing (E. Gendlin), entre otras. Por tanto, como señala la neuróloga (O, Sullivan, 2016) aunque estos tipos de personalidad con tendencia a presentar síntomas físicos ante situaciones estresantes, resulta complicado que dicha tendencia desaparezca, pero se puede modificar la reacción ante los mismos, apunta la doctora, “aprender a reconocer como tu cuerpo responde al estrés” (p.1).

En cuanto a las *líneas futuras de investigación*: resultaría muy interesante realizar estudios longitudinales para observar cómo estas variables (alexitimia, síntomas somáticos y mentalización) varían o se mantienen a lo largo del tiempo o en las diferentes etapas evolutivas, teniendo en cuenta además variables genéticas, ambientales y sociodemográficas. En este estudio, hemos tratado de observar si existía cierta influencia de la edad o género de los sujetos, como hemos dicho, parece existir cierta relación, al ser un estudio transversal no nos permite ver la variación intra-sujeto, por ello sería una posible línea de interés. También, llevar a cabo estudios que investiguen pormenorizadamente síntomas somáticos para observar la influencia del sexo, en unos síntomas u otros y la edad, ver en personas mayores con un estilo de vida activo vs pasivo. Además, realizar más investigaciones con la escala de mentalización y distintas formas de corrección, de tal modo, que permita la observación de las diferentes relaciones que se establecen.

Por último, sería de utilidad llevar a cabo estudios que relacionaran estas variables con otras que preocupen a los profesionales sanitarios en la actualidad o sean novedosas (como por ejemplo el apego, la inteligencia emocional, estilos de afrontamiento, resiliencia y/o diferentes patologías físicas y psíquicas). Con el fin de intervenir de forma más global en la problemática concreta, teniendo en consideración la necesidad de equipos multidisciplinares, pues como ha señalado la enfermera Asensio (2012) que en sus 27 años trabajando como tal, se ha percatado de la relevancia en pacientes que presentan patología orgánica de un cuidado integral. Asimismo, se fomentaría aún más la concepción social de la importancia de la psique humana para el bienestar físico y la necesidad de implementación aún mayor de programas de prevención y/o intervención psicológica mediante el abordaje de diversas temáticas adaptadas a los diferentes ámbitos de aplicación (educativo, organizacional, sanitario, social, etc).

Concluyendo, a medida que avanza la sociedad y existe una mayor apertura mental en relación al cuidado psicológico en todas las personas, y no cómo tradicionalmente se contemplaba que debía ser para graves trastornos mentales, nuestro deseo es que esta concepción se erradique definitivamente y se comprenda aún más nuestra labor profesional y la necesidad de la presencia de psicólogos en servicios que aún no se contempla siquiera. La gestión emocional es central para un mayor bienestar psíquico y físico, la relación con uno mismo y en las relaciones interpersonales. Como afirma la corriente Gestáltica “Encerrados en nuestra mente, hemos olvidado cómo pensar con nuestro cuerpo, cómo servirnos de él para llegar al conocimiento” (Capra, 1998, p.42).

## Referencias bibliográficas

Alberro, N. (2006). Cuerpo y psicósomática. *Instituto de desarrollo psicológico. Biopsique*. Recuperado de: <http://www.biopsique.cl>.

Albrecht, R., Löwe, B., Brünahl, C. A. & Riegel, B. (2015). Chronic pelvic pain syndrome and personality: Association of somatic symptoms and psychic structure. *Ppmp: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65(11), 418-425. doi: 10.1055/s-0035-1554692.

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Almeida, V. & Machado, P.P. (2004). Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários. Somatization and alexitimia: A study in primary care health care services. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 4(2), 285-298.

American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J.L., Vieta Pascual, E. & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Médica Panamericana.

Arcila, P. F. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisitando el concepto de psicósomático. *Revista de psicología Gepu*, 3(2) (s.p).

Aurrecoechea, V. R. G., Rodríguez-Kuri, S. E., Alcaráz, A. J. C., & Fernández-Cáceres, C. (2016). Alexitimia y consumo de drogas en hombres y mujeres en tratamiento. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 2(2), 13-21.

Asensio, M.A. (2012). El cuerpo en el proceso de terapia. *Bonding: Revista profesional online para psicólogos, psicoterapeutas y counsellors*. Recuperado de: <http://bonding.es/cuerpo-proceso-terapia/>.

Aznárez Urbieto, B. (2013). "No me acuerdo" o la narrativa de una adopción. *Revista Digital de Medicina Psicósomática y Psicoterapia*, 3(1). Disponible en [www.psicociencias.com/revist](http://www.psicociencias.com/revist)

Batista, C.M. D. S. (2010). *Sentimos muito mas não contagiamos: Estudo comparativos níveis de alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico em sujeitos com e sem psoríase* (Doctoral dissertation).

Belot, R., & Tychev, C. D. (2015). Maternal Mentalization and Newborn Somatic Development: A Rorschach Comparative Study. *Bulletin De Psychologie*, 68(5), 367-389. doi:10.3917/bupsy.539.0367.

Bolton, D. & Hill, J. (1996). *Mind, Meaning and Mental Disorder: The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L. T., Solórzano Ostolaza, G., Kassem García, S., Morales Martínez, C., Codesal Julián, R., & Blanco Fernández, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutricion Hospitalaria*, 29(4), 941-952. doi:10.3305/nh.2014.29.4.7326.

Capra, F. (1998). *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente* (4). México: Pax.

Carlos Martín, A. (2008). El test de Rorschach y los trastornos psicossomáticos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (21), 79-87.

Cassam, Q. (1994) Introspection and bodily self adscription. *The body and the self*. The MIT Press.

Castelli, G. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Revista de mentalización*.

Castelli, G. (2014). Mentalización y transformación de la experiencia emocional. *Revista de mentalización* (2).

Castelli, G. L (2016). El test de situaciones para la evaluación de la mentalización (TESEM). *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*.

Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

D'Alvia, R. (2002). Actualidad y formas de enfermar. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, (51), 62-72.

De Aisemberg, E. R. (2017). Psychosomatics in contemporary psychoanalysis. *Revista De Psicoanálisis De La Asociación Psicoanalítica De Madrid*, 79, 223-243.

De Giorgio, G., Ruberto, S., Firenze, C., & Quartesan, R. (2010). Psychosomatic approach to patients with headache: alternative or integrated diagnoses?. *Rivista di psichiatria*, 45(3), 179-187.

De la Rubia, J. M. (2006). Ubicación de la alexitimia en relación a los rasgos psicopatológicos de personalidad del MMPI. *Salud Mental*, 29(3), 41-50.

De Litvan, M. A. (2014). Diferentes caminos hacia la mentalización Exploración de los estados pre reflexivos y su relación con el sí mismo. *Revista de mentalización* (2)

Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., & Aleman, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 28(117), 25-42.

Etchegoyen, R. H. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Karnac Books.

Fasciglione, M., & Castiñeiras, C. (2008). Afrontamiento y alexitimia: su impacto en la calidad de vida de adultos con asma bronquial. *Perspectivas en Psicología*, 5(1), 33-39.

Fernández, R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. & Pérez Álvarez, M. (2006). Síntomas somáticos médicamente inexplicados. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 32 (142), 195-215.

Fernández-Guerrero, M. J. (2014). Lo borderline y lo psicossomático: hipótesis sobre su relación. *XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com*. Universidad Pontificia de Salamanca.

Firpo, M.N. (2013). Reseña de la conferencia: Mentalizando adecuadamente: la afectividad mentalizada y la memoria autobiográfica (Jurist, E.)/*1st International Congress of Mentalization Base Therapy/Londres*.

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 47-55. doi:10.4067/S0717-92272002000100006.

Fonagy, P., Luyten P., Moulton-Perkins A., Lee YW., Warren F, Howard S, et al (2016). *Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire*. 11(7). doi: 10.1371/journal.pone.0158678.

Fonagy, P. & Target, M. (2007). The Rooting of the Mind in the Body: New Links Between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 55:411-456.

Fonagy, P. (2004): *Teoría del apego y psicoanálisis* (2001). Espaxs, S.A: Barcelona.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Galdí, M. B., & Campos, É. B. V. (2017). Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. *Temas em Psicologia*, 25(1), 29-40.

Gallego-Hoyos, W. (2016). El Arraigo de la Mente en el Cuerpo: Nuevos Vínculos entre la Teoría del Apego y el Pensamiento Psicoanalítico. Mentalización. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*.

Garciandía Imaz, J. A., & Ibarra Medina, A. M. (2012). Enfermedad psicossomática y patrones familiares en niños con asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1).

González, M. T. & Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicossomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología , 21 (2), 141-152.

Guarneri, M. G., Nastri, L., Aricò, M., Landi, A., Bonanno, B., Sergio, M. R., & Barbera, D. L. (2010). Psicomatica e dermopatie: Dati preliminari sulle correlazioni con alessitimia, meccanismi di difesa, personalità e qualità di vita. *Psichiatria E Psicoterapia*, 29(2), 113-128.

Gubb, K. (2013). Psychosomatics Today: A review of contemporary theory and practice. *Psychoanalytic Review*, 100(1), 103-142. doi:10.1521/prev.2013.100.1.103.

Houtveen, J. H., Lintmeijer, L., & Van Broeckhuysen, S. (2013). The clinical effectiveness of a long-term multidisciplinary integrative psychological treatment with a focus on body-related mentalisation for patients with severe somatoform disorder. *Journal Of Psychosomatic Research*, 74(6), 547. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.03.042.

Hoz Martínez, Á. (2010). Psicopatología de la piel: a propósito de un caso de alopecia infantil. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, (74), 19-37.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, Madrid.

Kempke, S., Luyten, P., Claes, S.J., Van Wambeke, P., Bekaert, P., Goossens, L. & Van Houdenhove, B. (2011). *Early adversity in patients with Chronic Fatigue y Syndrome: Prevalence and effects on daily symptoms (submitted)*.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266.

Lanza, A. M., & Bovet, A. C. (2005). Dal corpo all'integrazione soma-mente. Riflessioni sui fattori curativi nella patologia psicomatica in età evolutiva. *Richard E Piggie: Studi Psicoanalitici Del Bambino E Dell'Adolescente*, 13(2), 179-189.

Leguizamón, L., Correché, M. S., & Gómez, L. (2012). Consecuencias de la guerra en ex combatientes. Una revisión bibliográfica. *Diálogos Universidad Nacional de San Luis*, 3(1), 29-44.

Leithner-Dziubas, K., Blüml, V., Naderer, A., Tmej, A., & Fischer-Kern, M. (2010). Mentalization and bonding in chronic pelvic pain patients: A pilot study. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 56(2), 179-190. doi:10.13109/zptm.2010.56.2.179.

L'Heureux-LeBeuf, D. (2002). Trajectories hypochondriac-somatic. *Revue Française De Psychosomatique*, 229-20. doi:10.3917/rfps.022.0009.

Lorusso, D., Porcelli, P., Pezzolla, F., Lantone, G., Zivoli, G., Guerra, V., & Demma, I. (2003). Persistent dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy. The influence of psychological factors. *Scandinavian journal of gastroenterology*.

Lunazzi de Jubany, H. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 10(2), 101-119.

Luyten, P., Beutel, M., & Shahar, G. (2015). Functional somatic disorders. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, S. J. Blatt, P. Luyten, S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 287-310). New York: Guilford Press.

Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121-140. doi:10.1080/02668734.2012.678061.

Luyten, P., Vliegen, N., Van Houdenhove, B., & Blatt, S. J. (2008). Equifinality, multifinality, and the rediscovery of the importance of early experiences: Pathways from early adversity to psychiatric and (functional) somatic disorders. *The Psychoanalytic Study Of The Child*, 6327-60.

Maciejewski (2017, 5 de enero). Aumentan los ingresos hospitalarios por trastornos mentales en España. *Diario 20 minutos*. Recuperado de: <https://www.20minutos.es/noticia/2909688/0/aumenta-numero-trastornos-mentales-espana/>

Marín, J.L. (2006). *Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Martínez Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* (s.p).

Médica, R. (2016). España tiene 4 veces menos psicólogos por habitante que el resto de Europa *Redacción médica*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/espana-tiene-4-veces-menos-psicologos-por-habitante-que-el-resto-de-europa-3662>.

Mendoza Berjano, Elisa (2009). Psicopatología de la piel: nuevas perspectivas. *Revista de psicoterapia y psicopatología psicoanalítica*, 70, 21-26.

Mirigliani, A. (2007). La dimensione biologica dell'alexitimia. *Medicina Psicosomatica*, 52(1), 23-32.

Moreau, F. (2003). Del cuerpo biológico al cuerpo pensante: Mentalización, desmentalización, rementalización. *Intersubjetivo*, 5(2), 209-220.

Muro Gastañaga, J. (2007). Algunas reflexiones en torno a la fibromialgia. *Revista de Psicoanálisis (Madrid)*, (52), 105-127.

Onnis, L. & Watzlawick, P. (1997). *La palabra del cuerpo: psicopatología y perspectiva sistémica*. Madrid: Herder.

Orejudo Hernández, S. & Froján Parga, M.X. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21 (2) 276-285. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_2/09-21\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_2/09-21_2.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2017). *10 datos sobre la salud mental*. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index9.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index9.html).

Organización Mundial de la Salud (2017, abril). *Trastornos mentales*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, 4(5).

Otero, J. & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicopatológica. *Revista internacional de psicoanálisis: Apertura*, 16, 1-4.

Öztürk, A., Kiliç, A., Deveci, E., & Kirpınar, İ. (2016). Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1047.

Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999) Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.

Pareja, M. Á. V. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 75-78.

Pascual et al., (2015). La medida de la capacidad reflexiva: instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 35 (127), 487-510.

Pérez, C., Simó, S., D'Ocon, A., & Palau Subiela, P. (2016). Una aproximación a la sintomatología psicosomática en la primera infancia: el efecto de la sensibilidad materna. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (27), 9-17.

Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruíz, J., & Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud mental*, 20(3), 30-34.

Porcelli, P., Lorusso, D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2007). The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy. *International Journal Of Psychiatry In Medicine*, 37(2), 173-184. doi:10.2190/R781-2897-7218-0R32

Porcelli, P., Todarello, O., Affatati, V., & Bellomo, A. (2005). Fattori psicosociali e sindrome dell'intestino irritabile. Review della letteratura. *Medicina Psicosomatica*, 50(1), 17-23.

Rasetti, R., Mattay V.S., Stankevich, B., Skjei, K., Blasi G., Sambataro F., Arrillaga-Romany I.C., Goldberg T.E., Callicott J.H, Apud, J.A. & Weinberger, D.R. (2010). Modulatory effects of modafinil on neural circuits regulating emotion and cognition. *Neuropsychopharmacology*, 35, 2101-2109.

Ros, S., Comas, A. & García-García, M. (2010). Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: Estudio DEPRE-SOMA. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(6), 345-357.

Sáez Vilches, C.A & Tiznado Cerda, G.D (2012) *Validación de la escala de Alexitimia de Toronto versión española: TAS-20*. Universidad del Bío-Bío: Chillán (Chile) (s.p).

San Miguel, M. T. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí mismo. *Aperturas psicoanalíticas*, 29.

Sánchez García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 13(2), 255-270.

Sánchez Pascual, M., León Quismondo, L., García López de Arenosa, A., Mas Hesse, J., & Fernández Liria, A. (2015). La medida de la capacidad reflexiva: instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 487-510.

Sánchez Sánchez, T. (2009). *Qué es la psicósomática: del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sánchez-García, M., Martínez-Sánchez, F., & Van der Hofstadt, C. J. (2011). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, 23(4), 707-712.

Schäfer R, Popp K, Jörgens S, Lindenberg R, Franz M & Seitz RJ (2007). Alexithymia-like disorder in right anterior cingulate infarction. *Neurocase*, 13, 201-208.

Serrano, Á., González Ordi, H., & Corbí, B. (2016). Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional. *Clínica y Salud*, 27(3), 147-155.

Solano, L. (2000). Glycaemic dysregulation and relational/affective dysregulation in a patient with diabetes mellitus. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 81(2), 291-305. doi:10.1516/0020757001599771.

Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In I. Nykliček, A. Vingerhoets, M. Zeelenberg, I. Nykliček, A. Vingerhoets, M. Zeelenberg (Eds.). *Emotion regulation and well-being* (pp. 245-260). New York: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-6953-8\_15.

Sullivan, O. S. (2016). *Todo está en tu cabeza*. Madrid: Ariel.

Szwec, Gerard (2009). La piel. *Revista de Psicoterapia y Psicossomática*, (72) Sep, 81-98.

Taylor, G.J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, X (2), 61-74.

Torres-Hernández, M., López-García, S., Pedroza-Escobar, D., & Escamilla-Tilch, M. (2015). El papel de la alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(3), 268-272.

Tschuschke, V., Blawath, S., Horn, E., & Tress, W. (2013). Interpersonal functioning or ability to mentalize. Outcome predictors in group psychotherapy. *Psychotherapeut*, 58(6), 589-598. doi:10.1007/s00278-013-0985-5.

Uribe-Restrepo, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicossomática. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 7-20.

Urpe, M., Buggiani, G., & Lotti, T. (2005). Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatologic clinics*, 23(4), 609-617.

Urpe, M., Pallanti, S., & Lotti, T. (2005). Psychosomatic factors in dermatology. *Dermatologic clinics*, 23(4), 601-608.

Valdéz Medina, J.L., Moral de la Rubia, J., Gaona Valle, L.S., González, A., López-Fuentes, N.I., Alvarado Bravo, B. G. & González Escobar, S. (2010). Medición del fenómeno de la somatización con una escala desarrollada en México. , (96) *Cuadernos de Medicina Psicossomática y Psiquiatría de Enlace*. 20-34. Recuperado de: [http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo\\_2 \(5\).pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_2 (5).pdf)

Vijay, K. G., Avasthi, A., & Grover, S. (2014). A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian journal of psychiatry*, 11, 50-52.

Williams L.M., Liddell B.J., Kemp A.H., Bryant R.A., Meares R.A., Peduto A.S. & Gordon E. (2006). Amygdaloprefrontal dissociation of subliminal and supraliminal fear. *Human Brain Mapping*, 27, 652-661.

Zonis Zukerfeld, R. (2016). Psicossomática Hoy: Tercera Tópica y Vulnerabilidad. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia* (6).