

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

TITULO DEL PROYECTO

**"ALEXITIMIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LA  
ARTRITIS REUMATOIDEA EN LA VEJEZ FEMENINA"**

*Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143 / 89.*

*Apellido y Nombre del alumno: **GONÇALVES do SEIXO, Ivone***

*Matrícula: **3372 /95***

*D.N.I.: **12.310.086***

*Apellido y Nombre del Supervisor: **Lic. KRZEMIEN, Deisy***

*Cátedra de Radicación: **GRUPO DE INVESTIGACION DE  
PSICOLOGIA COGNITIVA Y  
EDUCACIONAL***

***Mar del Plata, Junio de 2005.***



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
Tpg 6	Cedido por el Alumno o trabajo de división de alumnos.
	N° INVENTARIO:
	R-391

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Ivone Gonçalves do Seixo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”.



1.- "El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Ivone Gonçalves do Seixo, Matrícula Nº 3372 /95, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 13 días del mes de Junio del año 2005".

2.- 

Firma Supervisor

Lic. DEISY KRZEMIAN

Aclaración y sello

Mar del Plata, 30 de noviembre del 2004


A la Secretaría Académica  
de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional de Mar del Plata

---

De mi consideración:

Por la presente dejo constancia de que la Lic. Deisy Krzemien cuenta con el aval de parte de la dirección de su proyecto de Beca de Investigación, categoría Perfeccionamiento, el cual se halla en su etapa final, para desempeñarse como supervisora de tesis de grado, en el marco del Grupo de Investigación Temas de Psicología del Desarrollo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Sin otro particular, agradezco su atención. Cordialmente,



Mag. Alicia Monchietti

1.-“ Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Ivone Gonçalves do Seixo, Matrícula N° 3372 / 95.”

.....  
Firma y Aclaración                  Firma y Aclaración                  Firma y Aclaración

Fecha de aprobación: .....

## PLAN DE TRABAJO



## DESCRIPCION RESUMIDA DEL PROBLEMA

**Introducción:** El envejecimiento, considerado una crisis del desarrollo, implica situaciones críticas a afrontar, como el padecimiento de enfermedades crónicas, entre ellas la artritis reumatoidea. Existe evidencia empírica de la importancia del concepto de alexitimia sobre el afrontamiento de enfermedades. Existiría relación entre altos niveles de alexitimia y afrontamiento desadaptativo en adultos mayores diagnosticados con artritis reumatoidea. Mujeres mayores con esta enfermedad, presentan alto nivel de alexitimia y dificultad para diferenciar sensaciones físicas de emociones.

**Objetivos:** Describir la posible relación entre alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento frente a la artritis reumatoidea en la vejez femenina.

**Métodos:** Diseño descriptivo, correlacional y transversal. Muestra: 25 sujetos de sexo femenino, mayores de 60 años, con artritis reumatoidea. Análisis cuanti-cualitativo de los datos, desde teorías cognitivas del afrontamiento y la personalidad.

**Conclusión:** Resultados que aporten en cuanto a destacar el papel de la expresión de emociones en el afrontamiento de enfermedades crónicas, y en la adaptación a esta crisis de la vejez femenina.

PALABRAS CLAVE: alexitimia- estrategias de afrontamiento- afrontamiento desadaptativo- artritis reumatoidea- mujeres adultas mayores-

### DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Clínicos e investigadores sostienen que el envejecimiento implica una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital (Erikson, 1963; Fernández-Ballesteros, Díaz, Izal, & Hernández, 1988; Menninger, 1999; Neugarten, 1977,1996; Thomae, 2002). Los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la vejez plantean desafíos de adaptación al sujeto que envejece. Una de las situaciones críticas más frecuentes a afrontar con el avance de la edad es el padecimiento de enfermedades crónicas (Erikson, 1963; Fernandez-Ballesteros et. al., 1988; Pearling y Skaff, 1995). Entre ellas, la enfermedad reumática, como la artritis reumatoidea (AR), es una patología crónica frecuente que afecta una de cada 100-300 personas.

Si bien toda situación crítica supone una perturbación, a la vez, permite una oportunidad de cambio y desarrollo personal (Erikson, 1963; Lazarus & Folkman, 1986; Slaikeu, 1991) que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria (Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988).

Estudios han hallado la presencia de alto nivel de alexitimia en pacientes diagnosticados con AR (Fernández, Sriram, Rajkumar & Chandrasekar, 1989, en Sivak & Wiater, 1995). Entre sujetos que sufren dolores crónicos el porcentaje de alexitímicos oscila entre el 30 y el 66%. Se estima que el 47 % de los pacientes que acuden a clínicas psicósomáticas y del dolor muestran características alexitímicas (Smith, 1983). La detección de la alexitimia como

indicador clínico de la llamada “organización psicósomática” permitiría objetivar un factor de vulnerabilidad psíquica en la posible eclosión de trastornos somáticos (Sivak & Wiater, 1995).

En las últimas décadas se han acumulado sólidos apoyos, especialmente epidemiológicos (Barefoot, Dahlstrom & Williams, 1983) a las diversas hipótesis que atribuyen a los factores emocionales un papel en la etiología de múltiples alteraciones somáticas (O’Leary, 1990). Se ha hallado relación de alto nivel de alexitimia, una limitada conciencia emocional y un deficiente procesamiento cognitivo de los afectos. Estas características se suponen asociadas la prolongación del malestar emocional y la activación fisiológica, lo que podría provocar trastornos autonómicos, endocrinos e inmunes, favoreciendo la lesión estructural en sistemas orgánicos especialmente vulnerables al trastorno (Martin y Phil, 1986), como es el caso de la AR. La AR es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica, de base autoinmune, que afecta las articulaciones provocando dolor, inflamación y déficit funcional (Fierro & Caride, 1996).

La alexitimia es considerada uno de los factores de riesgo que puede incrementar la susceptibilidad hacia el trastorno físico (Parker, Bagby & Taylor, 1989; Martínez Sánchez, 1997). La alexitimia es “un trastorno específico en el proceso emocional que implica: a) dificultad para identificar y describir sentimientos y emociones verbalmente, b) dificultad para distinguir entre sentimientos y los componentes somáticos que acompañan a la activación emocional, y c) un estilo cognitivo orientado a lo externo y constrictión a los procesos simbólicos” (Vidal, Alarcón & Lolas Stepke, 1995, p. 31). En particular, las mujeres tienden a presentar altos niveles de alexitimia y gran dificultad para diferenciar sensaciones físicas de las emociones (Sivak & Wiater, 1995). Según Sivak, “en la alexitimia predominan las respuestas fisiológicas y comportamentales, en detrimento de otras respuestas” (Sivak & Wiater, 1995, pág.29).

Con respecto a las respuestas de afrontamiento (*coping*), Lazarus y Folkman, (1986) las definen como “los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que

ponen a prueba o exceden los recursos de la persona” (p. 164). Una clasificación del afrontamiento permite relacionar el uso de estrategias de afrontamiento y la adaptación vital (Font Guiteras, 1988). Las estrategias activas (adaptativas), se refieren a esfuerzos conductuales, cognitivos o afectivos para manejarse directamente con la situación conflictiva. Las estrategias evitativas (desadaptativas), consisten en la ausencia de enfrentamiento del problema o la reducción de la tensión a través de conductas de evasión. Existe acuerdo en considerar las estrategias de afrontamiento activas como exitosas, mientras que las estrategias pasivas, son valoradas teóricamente como menos exitosas en la adaptación a la situación crítica (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus, Folkman, Grune & De Longis, 1986; Moos, 1988; Terry, 1991).

Considerando, por un lado, que la mayor parte de la población anciana es femenina, y por otro, la relevancia del papel del conocimiento y expresión de la emoción en el afrontamiento de una enfermedad crónica, resulta de interés conocer y describir la relación entre estas variables para el caso de la mujer adulta mayor.

#### OBJETIVOS GENERALES:

Explorar y describir las relaciones entre alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento frente a la artritis reumatoidea (AR) en mujeres adultas mayores.

#### OBJETIVOS PARTICULARES:

- Determinar el nivel de alexitimia que presentan las mujeres mayores diagnosticadas con AR.
- Describir el estilo de afrontamiento (adaptativo-desadaptativo) y las estrategias de afrontamiento utilizadas (activas-pasivas/ cognitivas-emocionales-conductuales) según frecuencia de uso y modalidad.
- Analizar las relaciones entre nivel de alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento.
- Identificar posibles perfiles de riesgo de desadaptación y afrontamiento disfuncional frente a la AR a partir del uso de estrategias de afrontamiento y del nivel de alexitimia.

#### HIPÓTESIS PRINCIPAL:

El nivel de alexitimia se asocia al uso de estrategias de afrontamiento frente a la AR en mujeres adultas mayores.

#### MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Diseño: Descriptivo, correlacional y transversal.

Muestra: 25 sujetos de sexo femenino, de más de 60 años de edad, diagnosticados clínicamente con artritis reumatoidea. Los sujetos serán seleccionados del Grupo de Ayuda Mutua a pacientes con Artritis Reumatoidea (A.M.A.R.) Filial Mar del Plata. Los sujetos que integran el grupo son derivados por un médico reumatólogo con diagnóstico clínico de AR. Se considerará la homogeneidad de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas y nivel educativo.

Instrumentos:

- 1) Cuestionario cerrado construido para indagar datos sociodemográficos y nivel educativo
- 2) Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20 (Taylor, Bagby & Parker, 1992)
- 3) Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento-COPE, versión abreviada (Brief-COPE, Carver, 1997), (adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997, y adaptación a la población adulta mayor de estudios previos (Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004).

**LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO:**

G.I.P.C.E. Grupo de Investigación de Psicología Cognitiva y Educacional-  
Facultad de Psicología- Universidad Nacional de Mar del Plata.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

- 1) Búsqueda bibliográfica y elaboración del estado de la cuestión
- 2) Construcción del marco teórico
- 3) Confección y/o adaptación lingüística de los instrumentos
- 4) Contacto y coordinación con la institución a trabajar (Grupo AMAR)
- 5) Conformación de la muestra
- 6) Administración de los instrumentos
- 7) Análisis cuantitativo y cualitativo de datos
- 8) Interpretación de datos
- 9) Resultados y conclusiones
- 10) Redacción del informe final de Tesis y defensa.

Actividad	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

  
.....  
.....  
D.S. DAISY KRZETHIEN  
Firma del Supervisor

  
.....  
.....  
Ivone Gonçalves do Seixo  
Firma del alumno

P/Area de investigación..... Psicología Cognitiva- Psicología del desarrollo .....

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)..... APROBADO .....

Fecha: 15.12.04 .....

  
.....  
.....  
CLAUDIA ARIAS

## INDICE GENERAL

<i>Descripción del problema de estudio.....</i>	<i>Pág. 8</i>
<i>Marco Teórico.....</i>	<i>“ 10</i>
<i>Estado de la Cuestión.....</i>	<i>“ 30</i>
<i>Objetivos Generales y Particulares.....</i>	<i>“ 35</i>
<i>Hipótesis.....</i>	<i>“ 36</i>
<i>Métodos y Técnicas.....</i>	<i>“ 36</i>
<i>Análisis Cuantitativo de los datos.....</i>	<i>“ 42</i>
<i>Análisis Cualitativo de los datos.....</i>	<i>“ 46</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>“ 60</i>
<i>Conclusiones.....</i>	<i>“ 66</i>
<i>Anexo – Tablas.....</i>	<i>“ 67</i>
<i>Bibliografía General.....</i>	<i>“ 74</i>

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Clínicos e investigadores sostienen que el envejecimiento implica una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital (Erikson, 1963; Fernandez-Ballesteros, Izal & Hernández, 1988; Menninger, 1999; Neugarten, 1977; Thomae, 2002). Los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la vejez plantean desafíos de adaptación al sujeto que envejece. Una de las situaciones críticas más frecuentes a afrontar con el avance de la edad es el padecimiento de enfermedades crónicas (Erikson, 1963; Fernández-Ballesteros et.al., 1988; Pearling & Skaff, 1995). Entre ellas la enfermedad reumática, como la artritis reumatoidea (AR) es una patología crónica frecuente que afecta una de cada 100 - 300 personas, y el dolor crónico es una de sus características.

Si bien el padecimiento de una enfermedad crónica es considerado una situación crítica la cual supone perturbación y sufrimiento en el curso de vida de una persona, a la vez, permite una oportunidad de cambio y desarrollo personal (Erikson, 1963; Lazarus & Folkman, 1986; Slaikeu, 1991, Moos, 1988), que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas es posible alcanzar una adaptación satisfactoria a la situación (Lazarus & Folkman, et.al. ; Moos, et.al.).

Hay, asimismo, factores específicos de personalidad que pueden predisponer a los individuos a desarrollar enfermedades en las que se manifieste un dolor crónico, de acuerdo a lo demostrado. Décadas de investigación y un creciente cuerpo de evidencia sostienen la importancia de



los factores psicológicos que pueden predisponer a los individuos a desarrollar enfermedades en las que se manifieste un dolor crónico (Lewandowsky, 2004).

Estudios han hallado la presencia de alto nivel de alexitimia en pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea (Fernández Sriram, Rajkumar & Chandrasekar, 1989, en Sivak & Wiater, 1995). Entre sujetos que sufren dolores crónicos, el porcentaje de alexitímicos oscila entre el 30 y el 66%. Se estima que el 47% de los pacientes que acuden a clínicas psicosomáticas y del dolor muestran características alexitímicas (Smith, 1983). La detección de la alexitimia como indicador clínico de la llamada “organización psicosomática”, permitiría objetivar un factor de vulnerabilidad psíquica en la posible eclosión de trastornos somáticos (Sivak & Wiater, et.al.) como en el caso de la AR.



## MARCO TEORICO

### *Artritis Reumatoidea (AR)*

La AR es una enfermedad inflamatoria, crónica, multisistémica, de base autoinmune, que afecta las articulaciones provocando dolor, inflamación y déficit funcional (Fierro & Caride, 1996). Se manifiesta generalmente entre los 35-45 años y se caracteriza por fuertes dolores quemantes. De no ser tratada, puede provocar daños irreversibles y la muerte prematura. Los dolores en la AR varían en intensidad, y con el tiempo son potencialmente discapacitantes y las formas en que los pacientes afrontan la enfermedad son ampliamente investigados (Watkins, Shiffren, Park & Morrell, 1999). El dolor crónico es uno de los más claros ejemplos de la compleja relación entre mente - cuerpo, espíritu y medio ambiente, numerosas investigaciones evidencian la importancia de los factores psicológicos en la experiencia del dolor crónico (Lewandowsky, 2004).

Las causas de la AR, son desconocidas, así como su cura y prevención. En las últimas décadas se han acumulado sólidos apoyos, especialmente epidemiológicos (Barefoot, Dalhstrom & Williams, 1983) a las diversas hipótesis que atribuyen a los factores psicoemocionales un papel en la etiología de múltiples alteraciones somáticas (O' Leary, 1990). Bagby (1994), trabajó con una muestra de 214 pacientes con afecciones psiquiátricas, como trastornos somatoformes, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, esquizofrenia y otras psicosis, los resultados mostraron que estos pacientes presentaban un nivel de alexitimia más

elevado que sujetos adultos sanos y estudiantes. Se ha hallado relación de alto nivel de alexitimia, una limitada conciencia emocional y un deficiente procesamiento cognitivo de los afectos. Estas características se suponen asociadas: la prolongación del malestar emocional y la activación fisiológica, lo que podría provocar trastornos autonómicos, endocrinos e inmunes, favoreciendo la lesión estructural en sistemas orgánicos especialmente vulnerables al trastorno (Martin & Phil, 1986), como es el caso de la AR.

Algunos autores han planteado que la alexitimia es más elevada cuando el nivel intelectual es más bajo, ya que la incapacidad de expresar los sentimientos sería un reflejo de la limitación de la actividad cognitiva relacionada con la posición social de los sujetos. Se ha considerado que el nivel educacional y la pertenencia a un medio socio - económico desfavorable, puede influir en el fenómeno (Sivak & Wiater, 1995). De todas formas, el alto nivel de alexitimia emerge como un significativo predictor de persistente somatización, independiente de otras evaluaciones psicopatológicas y variables socio - demográficas (Bach & Bach, 1995).

Según Parker, Bagby y Taylor (1989) y Martínez Sanchez, (1997), la alexitimia es considerada uno de los factores de riesgo que puede incrementar la susceptibilidad hacia el trastorno físico.

## Alexitimia

La alexitimia es :

*“un trastorno específico en el proceso emocional que implica: (a) dificultad para identificar y describir sentimientos y emociones verbalmente. (b) dificultad para distinguir entre sentimientos y los componentes somáticos que acompañan a la activación emocional. (c) un estilo cognitivo orientado a lo externo y (d) constricción a los procesos simbólicos”. (Vidal, Alarcón & Lolás Stepke, 1995,pp.31).*

Según Sivak:

*“en la alexitimia predominan las respuestas fisiológicas y comportamentales, en detrimento de otras respuestas.”*  
*(Sivak & Wiater, 1995,pp.29).*

La alexitimia no constituye un cuadro nosográfico, no posee ningún status nosográfico, no figura como tal en el DSM III R, el DSM IV ni la ICD. Sin embargo, es una entidad clínica que puede coexistir con otros rasgos psicológicos y organizaciones particulares. (Sivak, et. al , 1995).

Los estudios sobre la alexitimia han tratado primero de examinar su relación con la psicósomática y de explicar su génesis, ya que también fue hallada en individuos sin alteraciones somáticas, los estudios se han orientado hacia relaciones entre cogniciones y emociones (Sivak, et. al.1995). Su presencia en personas indemnes de enfermedades somáticas muestra que los factores etiológicos no son sólo de naturaleza biológica,

sino de origen psico - social, determinado por presiones inherentes a las sociedades tecnocráticas (Pedinielli, 1992, en Sivak, 1995).

En la década del '70, Sifneos & Nemiah (1973-1975), observaron en pacientes psicosomáticos una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitivo - afectiva que denominaron alexitimia (del griego a: "falta", lexis: "palabra"; thymos: "afecto"), vale decir ausencia de verbalización de afectos.

Marty & cols. (1963) y Mc Dougall (1992), sostienen que La alexitimia está estrechamente vinculada a la psicosomática : la mayoría de los pacientes psicosomáticos tiene rasgos alexitímicos. Según estos autores, la alexitimia estaría presente en pacientes con trastornos psicosomáticos, adicciones y psicopatías, resultando un valioso indicador de la organización psicosomática.

Entre las teorías que proponen una interpretación de la problemática psicosomática, se puede mencionar el psicoanálisis, que sostiene la tesis de la sobredeterminación inconsciente, y las teorías que se refieren a una concepción neuropsicológica comportamentalista o cognitivista, según Sivak (1995), el concepto de alexitimia permitiría establecer un puente entre estas dos concepciones.

A continuación se citan algunas aproximaciones teoricas más importantes que explican la alexitimia:

Desde el psicoanálisis, Lolas (Lolas & col.1989) refiere siguiendo a Freud (1895), que la formación de síntomas psicosomáticos, se acerca más al

modelo de las neurosis actuales, ya que en la conversión, los síntomas somáticos se adecuan a una distribución fantaseada, mientras que en los trastornos psicósomáticos las vías son fisiológicas y no hay determinación simbólica. Para Ferenczi (en Sivak, et.al.), quien señaló algunas características similares a la alexitimia observando pacientes en los que no se hallaba fantasía investida de afecto, proponiendo la represión del material psíquico y la supresión del afecto como modelo defensivo principal.

Zilboorg, (1933), referirá que la ausencia del aspecto ideacional del afecto se debería a una regresión a un estado primitivo de indiferenciación psiquesoma, además de las defensas de negación y represión.

Ruesch, J., (1948) propuso un concepto de "personalidad infantil", suponiendo una alteración en la capacidad de comunicación y consideraba a los pacientes psicósomáticos como detenidos en el desarrollo, con restricción de la fantasía, dependencia objetal y socialmente hiperadaptados.

Freedman, M. & Sweet, B. (1954), se referirán a estos pacientes como "analfabetos emocionales".

La Escuela Psicoanalítica de París, representada por Marty, & col, (1963), describieron como características del paciente psicósomático "el pensamiento operatorio": forma de pensamiento excesivamente pragmático y detallista, centrado en el presente, y en lo cotidiano, con capacidad limitada de la fantasía.

1. El modelo psicodinámico estudia la alexitimia como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica. Para Kristal (1979), la alexitimia se produce por una detención en el desarrollo del afecto por un



trauma psíquico infantil o por una regresión afectivo-cognitiva, luego de un traumatismo catastrófico. La madre, al no poder aliviar al niño de su desamparo y angustia provocaría el traumatismo infantil. En los adultos los procesos traumáticos bloquearían la iniciativa, la capacidad de registrar el dolor y los afectos. Para Mc Dougall (1982; 1987) la alexitimia es un modo defensivo de la estructura psíquica frente a los acontecimientos con valor traumático para el aparato psíquico. La alexitimia surgiría por disturbios en la relación madre- hijo y como defensa a primitivos terrores, dando lugar a las somatizaciones, las adicciones y conductas sexuales perversas. Lo operatorio sería una barrera contra el desborde imaginario. Para esta autora, los afectos y representaciones serían desalojados a partir del mecanismo de repudio, no el de represión, como en las neurosis. Agrega que el afecto sería "forcluído", congelado, repudiado, no teniendo inscripción psíquica y no pudiendo ser asociados a ninguna representación. La organización edípica en los somatizantes estaría ligada a las carencias en la relación con la madre, quien impondría al niño sus propios deseos, sin comprender los signos que emite su hijo, provocando en éste una frustración , dolor y rabia, protegiéndose de éstos sentimientos y experiencias, rechazando el afecto.

Los autores franceses de la llamada Escuela Psicoanalítica de París, describieron el pensamiento operatorio como un pensamiento consciente, sin actividad fantasmática, sin metáforas en el discurso, y exclusión de representaciones afectivas. Para estos autores, su modelo se basa en el concepto de déficit, vale decir, una deficiencia en la estructura psíquica por disturbios en la temprana relación madre - hijo.

2. El modelo neuropsicológico, que trabaja la transmisión de información entre el sistema límbico y el neocórtex (Sifneos & Nemiah, 1988) toma en cuenta una etiología fisiológica, biológica y psicodinámica de la alexitimia, postulando: (a) una posible conexión inadecuada entre el sistema límbico (lugar de las emociones) y el neocórtex (lugar de la palabra). Esto podría dar origen a la alexitimia primaria. (b) un déficit en la transmisión interhemisférica. (c) Un traumatismo en el desarrollo infantil llevaría a una imposibilidad de expresar los sentimientos. (d) un traumatismo en el entorno ligado al adulto podría implicar una regresión masiva. (e) factores socioculturales o psicodinámicos pueden originar la alexitimia. La alexitimia primaria estaría relacionada más con las concepciones neuro fisiológicas, mientras que la secundaria posee una etiología más psicológica.

Taylor, (1984), propone un modelo neuropsicológico vertical, señalando que no hay suficiente evidencia experimental a la hipótesis del defecto neurofisiológico en la modulación entre el sistema límbico y el neocórtex. Estudios sobre la especialización de los hemisferios, dan cuenta que el hemisferio derecho e izquierdo no cumplen las mismas funciones. En general los resultados sugieren que la alexitimia puede deberse a una imposibilidad de transferencia correcta de información entre el hemisferio derecho y el izquierdo. Algunos descubrimientos neurobiológicos se han integrado con conceptos psicoanalíticos y han propuesto que los individuos alexitímicos con pobre nivel de fantasía y con pensamiento concreto pueden mostrar una lateralización del hemisferio izquierdo cerebral (Flammery &

Taylor, 1981). A su vez Kaplan & Wogan (1976) hallaron que el hemisferio izquierdo está asociado con un incremento del dolor y la enfermedad, mientras que el derecho esta relacionado a una disminución del dolor y la movilización de las fantasías. En los diestros, el hemisferio izquierdo dirige funciones superiores como el lenguaje, el costado derecho del cuerpo, las praxis y las gnosias, es analítico y discursivo (gramatical, lógico y secuencial). El hemisferio derecho en los diestros, se ocupa de la comprensión y la expresión de las emociones y la comprensión de elementos afectivos. Hope (1988) opina que la creatividad depende de la comunicación de ambos hemisferios por intermedio del cuerpo caloso.

En la revisión de Sifneos (1996), del constructo alexitimia, resalta que los nuevos estudios neurobiológicos, echan una mayor claridad de la anatomía y la función de la estructura cerebral responsable de la actividad emocional, a partir de los estudios por neuroimágenes, Agrega además que las explicaciones psicodinámicas sobre las defensas instrumentadas no excluyen su origen bioquímico y/o fisiológico.

Dentro de la concepción neuropsicológica comportamentalista o cognitivista, Krystal (Krystal, 1979; Krystal & col., 1986), entiende a la alexitimia como una alteración de la personalidad, diferenciando tres áreas de trastornos: (a) cognitivo; (b) afectivo; (c) relaciones interpersonales. Con respecto al trastorno cognitivo, corresponde a las características del pensamiento operatorio, en el que las dificultades para simbolizar corresponden a limitación intelectual. Se utilizan los símbolos como signos, sin creatividad, sin integrarlos a un contexto. El trastorno afectivo se refiere

a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas. El trastorno de relaciones interpersonales supone alteración de la empatía.

Mc Lean, P. (1949), refiere que la incapacidad de verbalizar emociones reflejaría conexiones inadecuadas entre el sistema límbico y el neocórtex, perturbando la elaboración por parte del córtex de las emociones, por lo que éstas se expresarían en el nivel somático.

Según Sifneos (Sifneos & Nemiah, 1969, en Sivak, 1995), la alexitimia es considerada como la incapacidad de asociar imágenes visuales y pensamientos a un estado emocional, el paciente puede pensar, actuar, hablar y reconocer emociones pero no puede conectar los pensamientos con los estados emocionales. Taylor (1997) por el contrario, dirá que los sujetos alexitímicos son incapaces de nombrar sus sentimientos y utilizarlos en respuesta a situaciones externas.

Sivak (Sivak, et. al. 1995) agrega que en los sujetos alexitímicos el pasaje al acto se puede observar a veces frente a situaciones de sobrecarga psíquica, de conflictos o de situaciones traumáticas, de esa manera se anula toda referencia a una situación emocional. Otras características importantes son: (a) descripción interminable de síntomas físicos (b) irritabilidad, tensión, frustración, dolor, aburrimiento, inquietud, agitación, nerviosismo (c) ausencia de fantasía y descripción elaborada de detalles triviales (pensamiento operatorio) (d) notable dificultad para encontrar las palabras adecuadas para describir sentimientos (e) llanto no relacionado con el afecto apropiado (f) sueños escasos (g) afecto inapropiado (h)

relaciones interpersonales pobres, aislamiento, dependencia (i) personalidad narcisista, retraída, pasiva - agresiva, psicopática, pasiva-dependiente (j) en la relación contra-transferencial, el terapeuta se aburre por lo sombrío que se presenta el paciente (Henry & Stephen, 1977).

Según lo expresado por Sivak, y a modo de síntesis:

*“ la incapacidad que se observa en sujetos alexitímicos para distinguir entre emociones (fenómeno fisiológico) y los sentimientos (fenómeno psicológico), lleva a que se confundan los sentimientos y las emociones “(Sivak et.al, 1995, pp.31- 32).*

Desde un modelo del stress, Sifneos (1988) propone un síndrome de adaptación general frente a la agresión externa o interna. Ante la imposibilidad de tener conciencia de afectividad, los sujetos alexitímicos no pueden reconocer ciertos acontecimientos como estresantes, tendiendo a la acción, como respuesta comportamental y a un incremento de la respuesta emocional somática. Noel y Rimé (en Sivak et. al.1995), están desarrollando un modelo cognitivo, donde suponen que en la alexitimia habría un déficit de relación entre la actividad somato-motriz y el sistema cognitivo-conceptual. En la emoción, la actividad somato - motriz sería dominante, dejando en segundo plano el funcionamiento cognitivo-conceptual.

3. *El modelo socio - cultural*, (Kirmayer & col. 1983;1987 en Sivak, 1995), enfocan a la alexitimia como resultante de un proceso social y cultural. La alexitimia, sería la resultante de un tipo de interacción social, en la diada



paciente- terapeuta: por ejemplo la proyección en el paciente del fracaso en la construcción de un espacio simbólico compartido, por lo que aparecerían como alexitímicos, las minorías, los sectores sociales bajos, los migrantes y las personas con menor nivel de escolaridad. Las psicoterapias no serían aplicables en ámbitos culturales no occidentales europeos o en personas que viven en la marginalidad y la pobreza. Esta postura consideraría a la alexitimia como banal, típica de una clase social o una determinada cultura. Investigaciones transculturales realizadas en países orientales, con culturas distintas a las occidentales, como Japón, China, Corea, sugieren que existen prohibiciones culturales para contar problemas personales o íntimos, fuera del grupo primario de pertenencia.

Taylor y cols., considerando los aportes de las diferentes perspectivas teóricas, definen el concepto de alexitimia incluyendo una serie de rasgos que se presentan en enfermos psicósomáticos: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de la autoevaluación. La característica más importante de la alexitimia es la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías y considera que las variables sociodemográficas influyen en los resultados, así se observa menor alexitimia cuanto mayor nivel de estudios y en edades intermedias.

## *Afrontamiento*

El concepto de afrontamiento (*coping*), comienza a tener importancia científica en los años 1940 y 1950, en la descripción y evaluación clínica y psico-educativa, con el objetivo de desarrollar recursos adaptativos.

Las primeras consideraciones sobre el tema han sido formuladas desde el Psicoanálisis y la Psicología del Yo. El Psicoanálisis lo entiende como un proceso inconsciente (Freud, 1933), donde postula la existencia de mecanismos de defensa del yo, que sirven a la reducción de la tensión causada por el conflicto entre los impulsos individuales y las exigencias de la realidad exterior. La Psicología del Yo, enfatiza la orientación a la realidad o procesos de afrontación primitivos de la "zona libre de conflictos", tales como la atención, percepción y memoria. Ambas teorías suponen la posibilidad de enriquecimiento de recursos de afrontamiento a lo largo del desarrollo vital del individuo. Más recientemente, es entendido como una respuesta consciente a eventos externos críticos (Billing & Moos, 1981; Lazarus & Folkman, 1984, Mc Crae, 1984). En este sentido los primeros trabajos corresponden al modelo transaccional del estrés de Lazarus & Folkman (1984).

Las estrategias de afrontamiento constituyen un conjunto de actividades o procedimientos conscientes e intencionales que guían las acciones a seguir, orientadas a la consecución de metas adaptativas (Presley, Forrest-Presley, 1985).

Es posible delimitar el concepto de estrategias de afrontamiento según las siguientes características principales (Pozo & Postigo, 1993) : (a) exigen de aplicación y planificación deliberada y están relacionadas con los procesos metacognitivos, es decir, con el conocimiento de los propios procesos mentales y capacidades cognitivas. (b) implican una decisión y selección de recursos de afrontamiento alternativos en función de las exigencias de la tarea. (c) el dominio de estrategias de afrontamiento supone un conocimiento acerca del modo de utilizarlas, es decir, el uso reflexivo y no automático de las mismas. (d) el dominio estratégico incluye aspectos afectivos involucrados en el afrontamiento, como la motivación al cambio.

En una revisión de la definición del concepto de estrategias de afrontamiento, se ha hallado que existen diferencias en la consideración de este término en cuanto a los diferentes tipos de estrategias y no habría respuesta uniforme en cuanto a la clasificación de las mismas. Sin embargo, pareciera haber un acuerdo respecto a la distinción de tres categorías de estrategias de afrontamiento: cognitiva, afectiva, y conductual. También la mayoría de los autores más representativos en este campo, diferencian las estrategias según sean adaptativas y no adaptativas o desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1980; 1984; 1986; Carver Scheier & Weintraub, 1989; Aldwin & Revenson, 1987; Font-Guiteras, 1988).

La definición de Lazarus & Folkman (1984) es ampliamente utilizada en la literatura científica y cuenta con mayor acuerdo teórico desde su formulación. Estos autores definen el término estrategias de afrontamiento (coping), como:

*“aquellos esfuerzos cognitivos – conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordes de los recursos del individuo” (Pág.164).*

Lazarus propone una primera clasificación de las estrategias de afrontamiento, distinguiendo entre estrategias dirigidas a la solución del problema y estrategias orientadas a la regulación de la emoción.

1. Estrategias dirigidas a la solución del problema: generalmente están orientadas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio que la resolución del problema, la cual implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, ya que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Existen dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. En el segundo grupo, se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales y/o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo

de nuevas pautas de conductas o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

2. En cuanto a los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, se refiere a los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. Algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso.

Otra clasificación permite relacionar el comportamiento de afrontamiento y la adaptación vital (Font- Guiteras, 1988). Se distinguen formas de afrontamiento activo (adaptativo) y formas de evitación o pasivas (desadaptativas). Las formas activas se refieren a esfuerzos conductuales, cognitivos o afectivos para manejarse directamente con la situación conflictiva. Las formas evitantes consisten en la ausencia de enfrentamiento con el problema o la reducción de la tensión a través de conductas de escape. Existe acuerdo en considerar las estrategias de afrontamiento activas como exitosas, mientras que las estrategias pasivas, son valoradas teóricamente como menos exitosas en la adaptación a la situación crítica (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Lazarus, Folkman, Grune & De Longis, 1986; Moos, 1988; Terry, 1991).

Estudios científicos suponen una relación entre la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento y una mejor adaptación a la situación (Font - Guiteras, 1988). Es decir, ciertas estrategias de afrontamiento ayudarían a una mejor adaptación y calidad de vida o serían las más adecuadas para determinadas situaciones. Algunas estrategias pueden ser beneficiosas en un uso moderado o temporario y pueden convertirse en perjudiciales en su uso exclusivo. La calidad de una estrategia, su eficacia o idoneidad, está afectada por sus efectos en una situación particular (Lazarus & Folkman, 1984)

La mayoría de los autores concuerdan en distinguir en el coping tanto procesos cognitivos, conductas instrumentales y estados emocionales (Lazarus & Folkman, 1980, 1984, 1986; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Aldwin & Revenson, 1987; Font - Guiteras, 1988; Moos 1988): (a) coping orientado a la valoración (afrontamiento cognitivo), como intentos de encontrar significados y pensamientos relacionados con la situación y valorarla de manera que resulte menos desagradable. (b) coping orientado al problema (afrontamiento conductual), son conductas dirigidas a confrontar la realidad de la crisis manejando sus consecuencias e intentando construir una situación más satisfactoria. (c) coping orientado a la emoción (afrontamiento emocional), como regulación de los aspectos emocionales provocados por la situación e intentos de mantener el equilibrio afectivo.

Carver, et. al. (1989), en concordancia con los planteos de la Lazarus & Folkman (1982) y de Moos (1984), han desarrollado un instrumento de medición de estrategias de afrontamiento (COPE), el cual discrimina tres

escalas conceptualmente diferentes: (a) afrontamiento enfocado al problema: afrontamiento activo, planeamiento, supresión de actividades competitivas, búsqueda de apoyo instrumental. (b) afrontamiento enfocado a la emoción: búsqueda de apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación y orientación religiosa. (c) afrontamiento evitativo: descarga emocional, negación, evitación emocional y evitación cognitiva.

Asimismo en inventario COPE, clasifica las estrategias según el dominio cognitivo, conductual y emocional, y la adaptabilidad, y define catorce estrategias de afrontamiento:

1. autodistracción: es una forma de escape, descompromiso conductual, supone centración en tareas y actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de la situación crítica, a través de la fantasía, dormir más de lo habitual, mirar TV, ir de compras, enfocarse en tareas sustitutorias para olvidar el problema.

2. afrontamiento conductual activo: conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o reducir sus efectos.

3. negación: supone una forma de evitación cognitiva, negándose a creer la realidad de la situación crítica.

4. uso de sustancias: implica un tipo de evitación conductual por el cual se intenta deshacerse de la situación problemática mediante el alcohol o las drogas.

5. apoyo emocional: supone la búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas. El apoyo o soporte social es

similar a esta forma de afrontamiento, que incluye la comunicación abierta y sostén afectivo.

6. apoyo instrumental: intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación y consejos acerca de la situación crítica.

7. abandono de resolución / renuncia: se refiere al descompromiso conductual, de tal forma que se dejan que las cosas sigan su curso sin realizar ninguna acción al efecto de la resolución de la situación crítica.

8. descarga emocional: supone la comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de las emociones negativas elicítadas por el problema.

9. reformulación positiva: re-evaluación del suceso crítico como forma de revocación voluntaria, controlable y vinculada a buscar un sentido al problema, mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia de atravesar por la situación, y a la vez un crecimiento personal.

10. planeamiento / planificación: incluye las formas de determinar los pasos de acción, suponiendo que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles en alguna medida.

11. humor: se refiere a la consideración de la situación negativa, restándole importancia o aliviando sus efectos críticos.

12. aceptación: supone el reconocimiento de la responsabilidad propia sobre la situación, pudiendo ser una situación activa o pasiva.

13. religión: incluye la búsqueda de soporte afectivo y espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas.

14. autocrítica: implica el reconocimiento de las limitaciones propias para hacerse cargo de la situación y formas de culpabilización.

Los tipos de afrontamiento según el COPE (Carver, 1989) se dividen en:

(a) afrontamiento conductual: incluye las formas de afrontamiento activo, como por ejemplo, la lucha contra el problema, tomar una acción dirigida a resolver directamente la situación crítica, planificar la acción, confrontación y dominio propio. Entre las formas pasivas de afrontamiento conductual se incluyen, el descompromiso conductual, renuncia de resolución, búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales, conductas de auto-distracción o de escape evitativo del problema, centrándose en tareas u otras actividades.

(b) afrontamiento cognitivo: entre las formas activas, se incluyen la reformulación o reinterpretación de la situación. Se refiere a un análisis lógico de la situación, descomponiendo el problema en pequeñas partes potencialmente manejables, ensayando mentalmente alternativas y sus probables consecuencias. Supone poder encontrar un propósito general y resignificar el curso de los hechos para hacerlos más comprensibles, evaluando y reestructurando la situación. Puede incluir la alteración de valores y prioridades personales hacia la redirección de la vida, reformulación de la situación; redefinición en función de una búsqueda de significado positivo, que implica un crecimiento personal y aprendizaje, descubrir aspectos positivos del problema, poder considerar la situación con humor, aprender a vivir con la situación. Entre las formas evitativas, se halla la pretensión de negar la crisis, el descompromiso mental a través de la religión, el uso de sustancias o alcohol, culpabilización por la responsabilidad



de la situación. (c) afrontamiento emocional: afrontamiento centrado en las emociones, entre las formas activas, supone cambios afectivos, disminuir la intensidad de la respuesta emocional negativa asociada a la situación, recuperación emocional, confrontación y regulación emocional, búsqueda de apoyo afectivo, donde se comparte con otros la experiencia emocional. Entre las formas pasivas, la descarga emocional y expresión de sentimientos negativos, ventilación de emociones.

Los modos de afrontamiento y adaptabilidad según el COPE son:

(a) afrontamiento activo: comprende actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado o suceso, valorándolo de tal manera que resulte menos desagradable. (b) afrontamiento pasivo- evitativo: se refiere a conductas de evitación, a la expresión del estado emocional, y a la valoración de la situación a través de pensamientos de deseo o de negación de la realidad. Afrontamiento que implica un descompromiso con la situación problemática.

## ESTADO DE LA CUESTION

La búsqueda bibliográfica se ha orientado hacia la revisión del estado de la cuestión y el análisis de las investigaciones existentes sobre el tema en función de alcanzar una aproximación cada vez más ajustada a los conceptos centrales de la problemática y a los estudios realizados en el campo del afrontamiento, la alexitimia y de las enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea en adultos mayores.

Dicha búsqueda ha estado guiada por las siguientes preguntas, entre otras: *¿cuáles de las investigaciones sobre afrontamiento están enfocadas en la vejez?, ¿qué estudios se han efectuado respecto a niveles de alexitimia en personas adultas mayores? ¿qué estudios han relacionado afrontamiento y alexitimia? ¿cuáles de las investigaciones sobre afrontamiento en la vejez se refieren a su relación con los niveles de alexitimia? , ¿cuáles de éstas investigaciones consideran la relación entre afrontamiento y alexitimia frente a enfermedades crónicas y el dolor? ¿cuáles estudios investigaron estrategias de afrontamiento en sus diferentes estilos y modalidades en individuos adultos mayores con niveles de alexitimia y diagnosticados con artritis reumatoidea?.*

Las investigaciones sobre la promoción de estrategias de afrontamiento frente a la vejez son escasas y recientes, más aún, no existen abundantes estudios empíricos sobre la relación entre alexitimia y estrategias de afrontamiento frente a enfermedades crónicas como la AR en pacientes adultos mayores. No obstante, las investigaciones realizadas respecto a

alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento han arrojado como resultado una relación positiva entre estas variables. También las escasas investigaciones relativas a alexitimia y afrontamiento frente a enfermedades crónicas en adultos mayores establecen una relación positiva entre dichos conceptos. Cabe agregar, que dichas investigaciones se orientaron en general al estudio de enfermedades psicosomáticas que tienen características de cronicidad y que reportan altos niveles de dolor, siendo no obstante casi inexistentes los estudios realizados en enfermos con AR.

De lo anteriormente expuesto podemos destacar las siguientes investigaciones:

Deary & Cols.(1997), estudiaron la contribución, que la alexitimia puede aportar para entender síntomas físicos que no pueden explicarse médicamente (también llamada somatización, según el criterio del DSM- IV). Estos estudios reportaron que dos sub-escalas del TAS-20 tienen correlación significativa con pacientes que presentaban síntomas físicos no explicables médicamente, pero también correlacionaban positivamente con neuroticismo, emociones negativas, ansiedad, depresión, distres psicológico y humor disfórico (Deary; Shonagh & Wilson, 1997).

A su vez, investigaciones llevadas a cabo en adultos por Guilband & Cols.(2003), sostienen que las características o dimensiones que definen el término alexitimia estarían presentes más frecuentemente en individuos con “desórdenes psicosomáticos”, agregando que estudios realizados sugieren que la imposibilidad de reconocer estados emocionales, o las estrategias de afrontamiento con emociones negativas, pueden influenciar en la función

inmune, además de influenciar en las funciones endocrinas y fisiológicas (Guilband, Corcos, Hjalmarsson, Jeammet, 2003).

Si bien existe fuerte controversia en la literatura científica acerca de si la alexitimia refleja un déficit en los procesos cognitivos de las emociones o es un estilo de afrontamiento defensivo, estudios realizados por Parker & Cols. (1998) en poblaciones clínicas, reportaron una fuerte asociación entre alexitimia y estilos inmaduros y des-adaptativos del Yo, no obstante una investigación realizada en poblaciones no clínicas, como estudiantes categorizados previamente como alexitímicos y no alexitímicos, fallaron en sostener la hipótesis de que la alexitimia es un estilo de afrontamiento defensivo- adaptativo del Yo (Parker, Taylor & Bagby, 1998).

Respecto a estudios realizados sobre afrontamiento en adultos , revelaron que estilos de afrontamiento activo estaban asociados a reportes de menor dolor, menor depresión, menores impedimentos funcionales y mayor eficacia general, asimismo estrategias pasivas de afrontamiento correlacionaban con reportes de mayor dolor, mayor depresión y disminución de la actividad y mayor impedimento funcional (Brown, Nicassio, 1998).

Respecto a las estrategias frente al dolor, Watkins & Cols. (1999), hallaron que los adultos mayores reportaban el uso de estrategias desadaptativas, más que los adultos jóvenes, en el contexto del dolor "suave", pero no así en el contexto del dolor "fuerte" o más severo, no obstante sugieren que la investigación que se ocupa de la relación enfermedad - estilos de afrontamiento, es más rica e informativa cuando se

captura la interacción situación - individuo en trato o convivencia con un estresor como es el dolor crónico (Watkins, Shifren, Park, & Morrell, 1999).

Estudios científicos (Keefe, France, Emery, Affleck, Waters, Caldwell, Staibrook & Edwards, 2004), efectuados en pacientes que padecen artritis reumatoidea, refieren que las mujeres son particularmente propensas a adoptar estrategias de afrontamiento enfocadas en lo emocional, así como la tendencia a buscar soporte emocional para reducir las consecuencias emocionales cuando el dolor se exagera. En general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Las estrategias enfocadas en lo emocional, como la descarga emocional, buscar soporte social y espiritual, son inefectivas para controlar el dolor, aunque suelen ser muy utilizadas en el contexto del mismo, cuando se torna más agudo (Keefe, et. al. 2004).

Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, suelen ser más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como posibles de un cambio (Lazarus & Folkman, 1980).

Estudios empíricos realizados en pacientes latinos con artritis reumatoidea, reportan que los latinos usan altos niveles de afrontamiento religioso, el cual en este caso, se encuentra directamente relacionado con el bienestar psicológico. A pesar de ser ésta una estrategia de afrontamiento pasiva, deja de ser considerada de este modo, dada la alta correlación que presenta el afrontamiento religioso con estrategias de afrontamiento activas.

Las estrategias de afrontamiento pasivas están más relacionadas, con el dolor y el peor ajuste (Abraido-Lanza, Vazquez, Echeverría, Sandra, 2004).

Benyamini, (2004) investigó 120 pacientes adultos mayores con diagnóstico de artritis reumatoidea concluyendo que el optimismo y el pesimismo interactuaban con frecuencia en sus estrategias de afrontamiento al dolor. La mayoría de estos pacientes reportaban estas dos disposiciones a adoptar estrategias de gran optimismo y gran pesimismo. No afectaron los resultados: la edad, el nivel de dolor, la historia personal, y la gravedad del estadio de la enfermedad.

En el caso de la vejez, y más particularmente la población anciana femenina que padece una enfermedad crónica como la artritis reumatoidea, un estudio realizado por Keefe, Affleck, Lefebvre, Stan, Caldwell, Tennen, (1997) destaca las funciones de afrontamiento relacionadas con el dominio, conocimiento y expresión de las emociones, en relación con el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva. Este estudio demuestra que los procesos de afrontamiento que utilizan estrategias eficaces / positivas / adaptativas, en individuos que reportaban altos niveles de uso de las mismas en un día, tenían bajos niveles de dolor al día siguiente. El uso diario de estrategias de relajación para obtener una reducción en los efectos del dolor, contribuyeron a una mejora en el mismo y en el ánimo al día siguiente, y pacientes que usaban estrategias pasivas o escapistas, observaban niveles más altos de dolor y un humor más negativo.

Dada la creciente relevancia que está obteniendo el concepto de afrontamiento y el impacto de los niveles de alexitimia en amplios sectores

de la población, como así también la crisis que implica el padecimiento de una enfermedad crónica como la artritis reumatoidea y la escasez de estudios específicos que relacionen estas variables con grupos de pacientes adultos mayores, y considerando que la mayor parte de la población anciana es femenina, resulta de interés explorar y describir acerca de la relación entre estos conceptos.

### *OBJETIVOS GENERALES*

Explorar y describir las relaciones entre alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento frente a la artritis reumatoidea (AR) en mujeres adultas mayores.

### *OBJETIVOS PARTICULARES*

1. Determinar el nivel de alexitimia que presentan las mujeres adultas mayores con diagnóstico clínico de artritis reumatoidea.
2. Describir el estilo de afrontamiento (adaptativo – desadaptativo) y las estrategias de afrontamiento utilizadas (activas – pasivas / cognitivas – emocionales –conductuales) según frecuencia de uso y modalidad.
3. Analizar las relaciones entre nivel de alexitimia y estilos y estrategias de afrontamiento.



4. Identificar posibles perfiles de riesgo de desadaptación y afrontamiento disfuncional frente a la AR a partir del uso de estrategias de afrontamiento y del nivel de alexitimia.

### *HIPOTESIS*

El nivel de alexitimia se asocia al uso de estrategias de afrontamiento frente a la artritis reumatoidea en mujeres adultas mayores.

### *METODOS Y TECNICAS*

*Diseño:* Descriptivo, correlacional y transversal.

*Muestra:* 25 sujetos de sexo femenino, de más de 60 años de edad, diagnosticados clínicamente con artritis reumatoidea. Los sujetos serán seleccionados del Grupo de Ayuda Mutua a Pacientes con Artritis Reumatoidea (A.M.A.R.) Filial Mar del Plata. Los sujetos que integran el grupo son derivados por un médico reumatólogo con diagnóstico clínico de artritis reumatoidea. Se considerará la homogeneidad de la muestra en cuanto a las variables socio – demográficas y nivel educativo.

*Instrumentos:*

1. Cuestionario cerrado construido para indagar datos socio – demográficos y nivel educativo.

2. Escala de Alexitimia de Toronto, TAS –20 (Taylor, Bagby & Parker, 1994).

3. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento – COPE, versión abreviada (Brief – COPE, Carver, 1997), adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997 y adaptación a la población adulta mayor de estudios previos (Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004).

1. En el cuestionario cerrado construido para indagar datos socio – demográficos y nivel educativo, se explora edad, lugar de residencia, estado civil, ocupación, situación previsional, y nivel educativo.

2. Escala de Alexitimia de Toronto, TAS –20 (Taylor, Bagby & Parker, 1994)

La escala de alexitimia de Toronto fue desarrollada por Taylor y cols.(1994) y procede de dos versiones anteriores del mismo autor con mayor número de ítems (26 y 23).

La versión TAS-20 muestra, a partir de diferentes estudios, una estructura factorial similar a las versiones originales, compuesta por tres factores o subescalas coherentes con el constructo que evalúa:

- dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional,
- dificultad para describir sentimientos,
- Pensamiento orientado a lo externo

La versión TAS-20 es un cuestionario que consta de 20 preguntas con cinco posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 1 y 5.

Diversos estudios han valorado las propiedades psicométricas de esta escala. Los resultados replicaron la misma estructura factorial en todos los casos, mostrando además una adecuada fiabilidad y validez. La escala de alexitimia de Toronto es un criterio fiable y válido de alexitimia. Se trata de un instrumento más específico (95%) que sensible (78%), lo que sugiere su mayor capacidad para detectar la ausencia de rasgo que su presencia. Este hecho es concordante con otras medidas similares como los Criterios de Fava y el Beth-Israel Questionnaire.

#### *Propiedades psicométricas*

*Fiabilidad:* La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de Cronbach de 0,81), así como de los tres factores principales de la misma (0,78, 0,75 y 0,66). La fiabilidad test - retest en un período de tres semanas es de 0,77.

En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Estos datos son estadísticamente similares a los obtenidos en la otra validación española.

*Validez:* Aunque se han sugerido soluciones de 4 y 5 factores, la estructura más aceptada es la de 3 factores principales, que explican el 32,5% de la varianza. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95%. La correlación con el Scored Archetypal Test-9 (SAT-9) es elevada y negativa (-0,7). Respecto al Cuestionario de los 5 Grandes Factores (BFQ), se observa una relación significativa e inversa con los factores de estabilidad emocional, (apertura mental, extraversión y afabilidad.)

Un estudio reciente efectuado por Taylor & Cols. (2003), destinado a rever la confiabilidad y validez en los diferentes lenguajes y culturas de la TAS- 20, llegaron a la conclusión que la estructura de tres dimensiones de la Escala posee validez interna y confiabilidad en los diferentes lenguajes y culturas, habiendo sido traducida a 18 lenguajes diferentes y evaluada en 19 países por el método CFA (Confirmatory Factor Analysis), hallando que la TAS - 20 puede ser aplicada en la investigación de la alexitimia en diferentes países y culturas, y sugiriendo que la alexitimia puede ser un rasgo universal que trasciende las diferencias culturales (Taylor, G; Bagby, R; & Parker, J, 2003).

3. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento – *COPE*, (*Brief – COPE*, Carver, 1997).

La escala referida, responde teóricamente al modelo del estrés de Lazarus y Folkman y al modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier . Se utilizó la versión situacional abreviada *Brief-COPE* (Carver, 1997) Su adaptación española de Crespo y Cruzado, (1997) cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de consistencia interna y de fiabilidad test - retest y cuenta con amplia validación en numerosos estudios (Culver, Arena, Wimberly, Antoni & Carver, 2004; Koopman, 2000; Perczek, Carver, Price & Pozo – Kaderman, 2000; Olley, 2003)

La estructura factorial del inventario es consistente a su versión original completa (Carver, 1989). La versión abreviada omite dos escalas de la versión original (restricción en el enfrentamiento y supresión de actividades competitivas), reduce otras a dos ítems por escala (reinterpretación positiva,

descarga emocional y autodistracción) y agrega una nueva escala (autocrítica). El inventario consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 escalas con un rango de puntuaciones que oscila entre cuatro puntos (1: no me ocurre nunca o no lo hago frecuentemente, y 4: me ocurre casi siempre o lo hago con mucha frecuencia).

El *Brief – COPE* consta de las siguientes subescalas:

1. autodistracción, 2. afrontamiento activo, 3. negación, 4. uso de sustancias, 5. apoyo emocional, 6. apoyo instrumental, 7. abandono de resolución, 8. descarga emocional, 9. reformulación positiva, 10. planeamiento, 11. humor, 12. aceptación, 13. religión y 14. autocrítica. Estas escalas son agrupadas en tres modos básicos de afrontamiento: afrontamiento al problema, afrontamiento a la emoción y afrontamiento evitativo. Además, con relación a la modalidad del afrontamiento se discriminan otras tres subescalas: afrontamiento conductual, cognitivo, y emocional.

*Procedimiento:*

La muestra de 25 sujetos femeninos adultos mayores con diagnóstico clínico de artritis reumatoidea, fue seleccionada de un grupo de pacientes con la citada patología – Grupo de Autoayuda a pacientes con Artritis Reumatoidea, Filial Mar del Plata - que se reúnen los días sábados en las instalaciones de una clínica privada, en forma voluntaria y con acceso gratuito, y el cual es coordinado desde hace catorce años por una de sus fundadoras, una paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea desde los tres años de edad aproximadamente.



El grupo no posee las características específicas de un grupo de autoayuda , ya que cuenta con el apoyo terapéutico de una psicóloga, una terapeuta ocupacional y médico reumatólogo.

Datos de administración de los instrumentos: se realizó entrevista semidirigida, individual, de aproximadamente una hora cada una, con un intermedio o descanso de 10 minutos, donde se administraron todos los instrumentos en una sesión, por parte del propio investigador.

Los sujetos que expresaron su consentimiento de participación fueron informados acerca del objetivo del proyecto de investigación y del carácter confidencial de los datos aportados, con el objeto de conocer la naturaleza de los sucesos críticos que estaban afrontando o habían afrontado, los niveles de alexitimia, el perfil de uso de estrategias de afrontamiento y las características socio - ocupacionales y educativas.

Para el análisis de los datos, se utilizaron las pruebas estadísticas descriptivas habituales: - *frecuencia, media y desvío estándar* - y de inferencia: *t de Student* para muestras independientes y relacionadas. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS versión 11.5 entorno Windows XP.

#### *LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO*

*G.I.P.C.E. Grupo de Investigación de Psicología Cognitiva y Educacional,  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.*

## RESULTADOS

### ANALISIS CUANTITATIVO

#### *Características sociodemográficas de la muestra*

En la *Tabla 1*, la muestra estudiada presenta respecto a la edad una media de 69,88 y un desvío estándar de 8,064. En cuanto al estado civil, el 52% de los sujetos son casadas, el 32% son viudas, las solteras y las divorciadas alcanzan un 8% respectivamente. Respecto a la ocupación, se observa que 80% de las mujeres se desempeñan como amas de casa, mientras que un 20% trabaja y realiza a su vez tareas de ama de casa. La mayoría (60%) de la muestra está jubilada. En lo que se refiere al nivel de instrucción el 40% posee nivel primario, el 44% nivel secundario. Un 8% completó estudios terciarios, y otro 8% estudios universitarios. En cuanto al lugar de residencia de las encuestadas se distribuye de la siguiente forma: un 64% vive en la zona centro y el 36% en la periferia de la ciudad. Se tomó como criterio demarcatorio de la zona centro, el área comprendida entre las calles Juan B. Justo, Jara, Av. Constitución y la Costa.

#### *Estrategias de afrontamiento*

Con el objetivo de analizar el uso de las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra, se presenta la frecuencia de uso - media y desvío standard - de las mismas en la *tabla 2*.

Entre las estrategias más frecuentemente utilizadas en orden decreciente:

- 2. Afrontamiento activo.
- 12. Aceptación.
- 9. Reformulación positiva.
- 6. Apoyo instrumental.
- 5. Apoyo emocional.

Como se observa, esta muestra evidencia principalmente un tipo de afrontamiento conductual con un modo de adaptación activo - adaptativo, y a continuación, un tipo de afrontamiento cognitivo y también emocional, siendo el modo de adaptación activo - adaptativo en las cinco estrategias de afrontamiento mencionadas.

A su vez la muestra presenta el uso de las siguientes estrategias de afrontamiento:

- 10. Planeamiento.
- 1. Autodistracción.
- 8. Descarga emocional
- 13. Religión.
- 11. Humor.

Como se observa, a las anteriores le sigue un uso de estrategias de afrontamiento de tipo conductual, emocional y cognitivo, con un modo de adaptación tanto activo - adaptativas como pasivo - evitativas.

Entre las estrategias de afrontamiento menos utilizadas se encuentra en primer lugar y en orden creciente:

- 3. Negación.
- 7. Abandono de resolución.
- 4. Uso de sustancias.
- 14. Autocrítica.

Es decir, la muestra utiliza escasamente un tipo de afrontamiento cognitivo y conductual con un modo de adaptación pasivo - evitativo.

Con respecto a la modalidad de afrontamiento – *Tabla 3* - según las dimensiones establecidas por Carver (1989), el *afrontamiento al problema*, predomina por sobre el *afrontamiento a la emoción* y por sobre el *afrontamiento evitativo*. Dentro del *afrontamiento al problema* y los dos subgrupos que éste engloba, encontramos que el *afrontamiento conductual* predomina por sobre el *cognitivo*.

Dentro de los tres grandes dominios del afrontamiento (conductual, cognitivo, y emocional) considerados teóricamente, el afrontamiento emocional es el más frecuente, seguido por el afrontamiento cognitivo y por último y muy de cerca, el afrontamiento conductual.

Respecto al *significado subjetivo* de la situación de crisis a afrontar – *Tabla 4* - la muestra califica principalmente al padecimiento de la enfermedad - artritis reumatoidea - como un “*desafío*” y como “*natural de la vida*”, alcanzando el 36% cada una. El 16% lo percibe como un “*castigo*” y por último el 12% lo vivencia como una “*pérdida*”. Ninguna de las encuestadas lo significa como “*amenaza*” ni como “*beneficio*”.

La *Tabla 5* presenta la *satisfacción en el afrontamiento*. Se observa que un 96% de las adultas mayores encuestadas se encuentran satisfechas con el uso de las estrategias de afrontamiento empleadas; y sólo un 4% no se encuentra satisfecha en como afronta su situación de crisis.

### *Alexitimia*

Teniendo en cuenta que la puntuación de un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y que los autores (Bagby & Cols, 1994) plantean un puntaje de corte de 61 para diagnosticar un sujeto como alexitímico, tenemos que un 36% de la muestra obtuvo un puntaje superior a 61 y un 64% puntuó por debajo del mismo - *Tabla 6* -. Es decir, la mayoría de los sujetos no son alexitímicos.

Con el objetivo de describir el nivel de alexitimia que presenta la muestra, se presentan los puntajes obtenidos en las tres dimensiones de la alexitimia, *Tabla 7* - según los análisis factoriales de los estudios de validación de la escala (Bagby, et.al, 1994). La media más alta se obtiene en la *dimensión 2* referida a la incapacidad para comunicar sentimientos a los demás, seguida de la *dimensión 3* referida al pensamiento orientado a lo externo y por último la *dimensión 1* referida a la capacidad para identificar sentimientos y distinguir entre éstos y las sensaciones corporales de reacción emocional. Como se observa, la media total en las tres dimensiones no alcanza el punto de corte para considerar el grupo como alexitímico.



Con el objetivo de analizar el nivel de alexitimia en relación al afrontamiento, se dividió la muestra total en dos grupos: alexitímicos y no alexitímicos – *Tablas 8 y 9* - . Aplicando una prueba *t de Student*, encontramos que sólo se halla una relación estadísticamente significativa, aunque moderada, en la estrategia 1: Autodistracción en ambos grupos (grupo 0 –no alexitimicos:  $t = -1,928$ ;  $p \leq 0,05$ ; grupo 1 - Alexitímicos:  $t = -2,053$ ;  $P \leq 0,05$ ). No se hallaron relaciones significativas en ninguna de las estrategias restantes como tampoco en los estilos de afrontamiento – *Tablas 10 y 11* -

### *ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS*

La artritis reumatoidea es una enfermedad crónica que produce cambios corporales considerables y enfrenta al sujeto no sólo a intensos dolores en los momentos de “brote”, sino a una continua disminución de sus capacidades funcionales. De las vivencias relatadas que surgieron en cada una de las entrevistas se rescató el aporte enriquecedor de las mismas en cuanto a la percepción y conocimiento de este tipo de pacientes y las diferentes maneras de afrontar su patología. En este sentido, se destacan algunos datos de interés en vistas a los resultados.

Las pacientes asisten al grupo A.M.A.R. en general por recomendación médica, desde hace un tiempo prolongado en su gran mayoría, manifestando encontrarse satisfechas por el aporte de información,

orientación y asesoramiento y lo que emerge de la interrelación con otras pacientes con la misma problemática.

En muchos casos, manifestaron en la entrevista un “antes “ y un “después” en su afrontamiento a la enfermedad a partir de su asistencia al grupo.

Las personas evaluadas accedieron a la entrevista por propia voluntad expresando en muchos casos la satisfacción de colaborar en todo lo que aporte al estudio de la artritis reumatoidea. Dichas entrevistas comenzaron el primer sábado de diciembre del año 2004, interrumpiéndose en la institución el tercer sábado de dicho mes, dado que el grupo tuvo un receso veraniego durante los meses de enero y febrero del 2005. En dicho ínterin se tomaron solamente ocho entrevistas en la sede del grupo, las restantes 17 entrevistas se realizaron durante los meses de enero y febrero del corriente año en el domicilio particular de las pacientes, siempre manteniendo el mismo encuadre de trabajo. La entrevista semidirigida permitió a las pacientes expresarse en determinados momentos respecto a temas personales, vinculares y sociales.

#### *Características socio- demográficas de la muestra*

La mayoría de las adultas mayores de la muestra se hallaban casadas, dato que se considera importante por cuanto de acuerdo a lo manifestado por las mismas, el contar con un compañero o esposo aporta a las personas que enfrentan una situación de crisis como es el padecimiento de una enfermedad crónica como la artritis reumatoidea, el apoyo afectivo y

contención directa del cónyuge en los momentos más álgidos y críticos de la enfermedad. Teniendo en cuenta que la media de edad de las adultas encuestadas es de 69,88, y que la mayoría de ellas padecen la enfermedad desde hace por lo menos una o dos décadas, se observan muchos años de convivencia y conocimiento mutuo acerca de la evolución de la enfermedad de la paciente. Algunas expresaron comprender a partir de dicha crisis, la importancia de sentirse queridas y apoyadas por sus esposos, siendo este factor fundamental a la hora de afrontar activamente la situación.

De las personas viudas, solamente dos de ellas vivían solas. Una de las cuales manifestó su intención de mudarse cerca de su única hija, para poder cuidar a su nieta de corta edad con mayor frecuencia. La otra paciente viuda expresó que contaba con la relación frecuente de sus familiares directos, el apoyo del grupo y sus lazos de amistad, mencionando como satisfactorio la posibilidad de vivir su propia vida.

Por su parte, tanto las mujeres solteras como las divorciadas -16% en total -, convivían ya sea con sus hijos o familiares directos, encontrándose con un marco adecuado de contención familiar.

Resultan de interés estos datos a fin de resaltar el importante rol que desempeña el factor del apoyo social y familiar para el afrontamiento de esta enfermedad en particular, lo cual coincide con la amplia evidencia empírica al respecto (Berkman & Syme, 1979; Heller, Swindle & Dusenbury, 1986; Seidmann, 2001; Thoits, 1986; Moos y Lembe 1985)

En este sentido, conviene destacar el caso de una paciente divorciada por malos tratos por parte de su ex esposo, y la cual convivía con su ex

suegra y la hermana de esta última. Ambas, aunque descritas como personas difíciles y sin relación de afecto con la paciente, compartían la misma casa y ésta última las cuidaba. Este sujeto, que destacó del grupo muestra por poseer una historia de vida de aislamiento y desprotección tanto en lo emocional, social y económico, arrojó una de las puntuaciones más altas en alexitimia - 69 - y un predominio de estrategias desadaptativas.

Por otra parte, la mayoría de las pacientes se reportaron como amas de casa y gozaban de los beneficios de la jubilación, y sólo un 20% de ellas realizaba tareas fuera del hogar para sustentarse económicamente. Dentro del grupo de amas de casa que no percibían ingresos por jubilación, contaban con el apoyo económico de los hijos o familiares. En cuanto al lugar de residencia, el 64% tenía fijado su domicilio en la zona centro. En general puede decirse que la muestra presentó un nivel socioeconómico medio.

Con respecto a la adecuación a la tarea, una vez comprendida la consigna, la mayoría de los sujetos alcanzaron un nivel de expresión y de simbolización amplio y coherente, esforzándose por manifestar claridad. Esto puede deberse a que el nivel de instrucción del grupo resultó ser mayoritariamente medio y alto, ya que sólo un 40% contaba con estudios primarios, un 44% nivel secundario y un 16% estudios terciarios o universitarios. Más aún, se halló dificultad en la comprensión de las consignas en las personas con menor nivel de instrucción, y surgió la necesidad de re consignar para lograr una respuesta adecuada a los objetivos.

### *Niveles de Alexitimia*

Coincidentemente con los resultados estadísticos respecto al escaso nivel de alexitimia hallado, se observó en las pacientes claridad en la discriminación de sus sentimientos respecto de sus sensaciones corporales, en muchos casos, aludiendo al sentimiento de tristeza preponderante ante el dolor crónico sufrido en los momentos de "brote", a la impotencia ante la situación, a la angustia ante la imposibilidad de evitar ese dolor y la escasa posibilidad de sustraerse al mismo a pesar de la medicación administrada. Asimismo, a esto se le suma la evidencia física de los cambios corporales. Esta situación fue descrita por las entrevistadas y vivenciada como un proceso de adaptación que osciló entre la estupefacción y el impacto emocional propio de la aparición de la enfermedad y la aceptación de su desarrollo. Este proceso incluyó un aprendizaje que contempló desde la imposibilidad de manifestar a sus familiares la enfermedad, hasta compartir con ellos los momentos más difíciles de la misma. Cabe mencionar a modo de ilustración que una de las pacientes, recién enterada del diagnóstico médico de AR, y en circunstancias en que se disponía a servir la mesa a su familia y ante la fuente de carne que debía cortar, estalló en llanto manifestándoles que le resultaba imposible tomar los cubiertos, dados los fuertes dolores que sentía en sus manos, recordó el sentirse avergonzada por tal situación y haber sido ese el momento en que le comunicó a su familia que tenía artritis reumatoidea.



Si bien en gran parte las pacientes relataban historias similares de desconcierto ante la nueva situación de crisis, admitían que con el tiempo aprendieron a compartir sus experiencias y estados emocionales, como ser los momentos de cólera, depresión y dudas que la enfermedad suscitaba. Esto puede explicarse desde los teóricos del afrontamiento considerados en este trabajo (Lazarus & Folkman, 1984; Carver, Scheier & Weintraub, 1989) donde el afrontamiento (*coping*) resulta ser un *proceso* que involucra una serie de etapas cualitativamente diferentes que conllevan al aprendizaje y modificación de las estrategias de afrontamiento y la adaptación.

Con respecto al escaso nivel de alexitimia hallado se considera necesario esclarecer ciertas cuestiones.

Durante la entrevista en general se observó en la mayoría de los sujetos la posibilidad de expresar los sentimientos y emociones respecto a la enfermedad como situación crítica, manifestando, tener conciencia plena de lo que la misma significaba. En muchos casos las dificultades observadas en las pacientes en la expresión de sus sentimientos y emociones se vinculaba más bien a las vicisitudes en las relaciones interpersonales, ya que partían de la base, que expresar sus pensamientos o sentimientos respecto a una situación que les desagradaba, las llevaría probablemente a una situación de conflicto. Por lo cual con el fin de evitar situaciones de malestar o conflicto interpersonal, preferían mantener en reserva sus sentimientos.

Asimismo, también afirmaban no referir sus estados anímicos a familiares o allegados, para evitar agravar la situación de crisis en los

demás, y el no querer molestar y ser un “mal menor” motivaba muchas de estas conductas. Como se observa, es posible decir que la dificultad en la expresión y descripción de sentimientos y emociones se relaciona no tanto con variables alexitímicas sino más bien con una estrategia de afrontamiento de protección del entorno.

El hecho de expresar y describir los sentimientos con facilidad es relacionado teóricamente con un adecuado y sofisticado nivel de simbolización, el nivel de instrucción y un entorno cultural propicio. En este estudio, las personas de mayor edad que manifestaron una infancia dura, donde no era importante la opinión de los niños y adolescentes, y que no pudieron acceder a un alto nivel de instrucción se mostraban más reticentes a la hora de manifestar cognitiva y emocionalmente sus vivencias respecto de la enfermedad ante las consignas dadas, como así también una mayor dificultad en la comprensión de los ítems de los cuestionarios.

Cabe destacar que, coincidentemente con la consideración teórica acerca de las emociones negativas predominantes en pacientes con enfermedades crónicas como la AR (enojo, tristeza y temor), los dos sentimientos más recurrentes e identificables en las situaciones más profundas de la crisis fueron la tristeza y el enojo, vinculado principalmente al hecho de la inmovilidad ante el dolor. Esto podría explicar la tendencia de las pacientes a optar por los espectáculos simples pero entretenidos en lugar de dramas psicológicos como actividades distractoras.

### *Estrategias de Afrontamiento*

Con el propósito de analizar la información recabada en la entrevista con relación a la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento observada en el grupo, a continuación se presentan algunos datos de interés acerca de aquellas estrategias utilizadas escasamente:

La estrategia menos utilizada por este grupo corresponde a la negación. Esto puede relacionarse con el hecho de que la mayoría de las pacientes reconocen su condición de enferma de artritis reumatoidea, y admiten, a la vez, su desconocimiento hacia las implicancias de la enfermedad en el momento en que la misma les fuera diagnosticada. Así, una paciente ilustraba la situación, manifestando que cuando el médico le transmitió la noticia, ella creyó que una vez que hiciera el tratamiento, la enfermedad desaparecería: ...”poco después caí en la cuenta que era para toda la vida...” expresó.

Por otro lado, la estrategia renuncia o abandono de resolución, que sigue a la estrategia negación en orden decreciente de utilización, también se vincula con la actitud de la gran mayoría de las pacientes del grupo, quienes se manifestaron comprometidas con las acciones tendientes a solucionar su problema y mejorar su calidad de vida, aunque admitieron la intención temporal de abandonar la lucha en circunstancias álgidas de la enfermedad, donde el dolor las sometía a la incapacidad y a la postración.

Con respecto al recurso del uso de sustancias - estrategia 4 - cabe mencionar que pocas pacientes admitieron beber de vez en cuando, más

bien ninguna afirmó consumir drogas que no estuvieran específicamente indicadas por el médico, en general expresaron su saturación ante la enorme cantidad de medicamentos que debían consumir - analgésicos, antiinflamatorios, refuerzos de calcio - aunque la consideraban necesaria. Unas pocas pacientes admitían tomar algún ansiolítico en los momentos difíciles para poder conciliar el sueño. En particular, una paciente expresó en forma confidencial haber dejado por su cuenta la medicación convencional y haberse volcado en forma reciente al uso de terapias alternativas - flores de Bach - no pudiendo dar cuenta aún de los resultados obtenidos. Otra paciente manifestó que un determinado momento en que se sentía agobiada, cesó de consumir la medicación, deteriorándose en forma significativa posteriormente, por lo que comenzó a tomarla nuevamente. En otro caso, una paciente manifestó sentirse igualmente bien, tomando la mitad de la medicación recetada por el médico. Aunque en general se percibió una actitud de rechazo hacia todas las drogas indicadas por el médico, pero resignación en el sentido de ser lo único que les reportaba alivio y la posibilidad de seguir con una rutina aceptable. Respecto al uso de bebidas alcohólicas, la paciente que había enviudado recientemente - un año - aceptó beber un poco de vino en forma diaria, desde el fallecimiento de su esposo.

Respecto a la estrategia 14 - autculpa o autocrítica - también es reducida su utilización. No obstante algunas pacientes, manifestaron haber sentido estupor al enterarse que padecían la enfermedad, adjudicándolo a un "castigo de Dios" por acciones que consideraban punitivas en el pasado.



Una paciente relacionó la contracción de la enfermedad a un castigo divino por haberse realizado un aborto en su juventud, pero la percepción cambió en la mayoría de los sujetos con el pasaje del tiempo, la asistencia al grupo y el adscribir a la idea de que nadie se encuentra exento de contraer una enfermedad. Esto puede observarse en el significado subjetivo atribuido a la enfermedad como "algo natural de la vida".

Las estrategias anteriormente citadas, las cuales obtienen la menor frecuencia de uso en este grupo, implican un modo de afrontamiento pasivo/evitativo, que conlleva a un descompromiso con la situación problemática. Esto indica que este grupo no apela a un comportamiento desadaptativo para afrontar la cronicidad de la enfermedad.

Por otro lado, en cuanto a las estrategias de afrontamiento predominantes en el grupo, se halló que la estrategia 2, referida a conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades, fue una de las más utilizadas. Esto coincide con el hecho de que gran parte de las pacientes se mostró inclinada a poner en práctica acciones encaminadas a reducir los efectos de la enfermedad, ya sea desde la búsqueda de apoyo instrumental - consejo y cuidado médico, psicológico, realización de actividades físicas - y emocional, - contención del núcleo familiar y del grupo de autoayuda -. Incluso, algunas pacientes manifestaron haber realizado o estar actualmente en psicoterapia individual. Además, si bien un número reducido desempeña actividades laborales específicas fuera del hogar, muchas expresaron el placer de realizar tareas manuales y artísticas como artesanías, como así también la lectura, participación en grupos corales, y

también el cuidado de los nietos, actividades todas que les reportaban una gratificación compensatoria a la hora de sobrellevar la enfermedad.

La estrategia 12, un tipo de estrategia cognitiva, que se refiere a la aceptación por parte del sujeto de la situación de crisis y de la responsabilidad sobre el cuidado de la salud propia. La aceptación de la situación de crisis supuso en este grupo un progreso paulatino, a medida que desarrollaba la enfermedad, mostrando saltos cualitativos, hasta ser reconocida como una situación vital susceptible de escaso control o dominio, por lo que se prefiere acomodarse a dicha situación crítica, aceptándola y buscando modalidades de adaptación más que intentar modificar la situación de enfermedad dada.

La estrategia 9, supone un aprendizaje y un crecimiento personal a partir de la experiencia de atravesar por una situación de crisis. El aprendizaje aparece como tema recurrente en el discurso de las pacientes a lo largo de las entrevistas, no sólo a partir de los beneficios o experiencias positivas vivenciadas en el cuidado de la salud, sino a partir de la experiencia de dolor y de las consecuencias críticas de la enfermedad, afectando incluso al grupo familiar, pero que posibilitaron cambios positivos en cuanto al desarrollo personal. Por ejemplo, se mencionan las nuevas formas de interacción social que la enfermedad permitió, así como un nuevo posicionamiento personal frente a los distintos grupos de referencia de las pacientes: cónyuges, hijos, amigos, etc. Así, una paciente ilustró este aprendizaje, mencionando el cambio positivo en su actitud personal cuando superó la imposibilidad de transmitirle a su familia el padecimiento de la

enfermedad y sus consecuencias invalidantes, y reconoce que debido a ésta, tuvo la oportunidad de viajar a España para asistir a un Congreso sobre artritis reumatoidea.

La estrategia 6 – apoyo instrumental – y la estrategia 5 – apoyo emocional – , con similar frecuencia de uso, expresan la búsqueda por parte del sujeto de ayuda tangible, material y guía de actuación, en el primer caso, y de búsqueda de apoyo afectivo, en el segundo. Esto se hace evidente también en las entrevistas, ya que la mayoría de las pacientes se inclinó por la búsqueda de contención tanto en su familia, - hijos y esposos -, como en las amistades y en el grupo de autoayuda u otros grupos como aquellos con los que realizan actividades físicas. La contención del grupo familiar fue valorizado por las pacientes como fundamental, y se percibe frustración en aquellas mujeres que padecían la incomprensión y falta de comunicación familiar. En los casos en que la enfermedad reportaba más inconvenientes, vale decir, frecuencia en las recaídas o “brotos”, depresión y angustia, se podía percibir dinámicas familiares más conflictivas, y un mayor aislamiento social. Tal es el caso de una paciente que se quejaba abiertamente de la indiferencia y abuso al que era sometida por su hija joven, y a la cual debía atender a pesar de sus dolores, refiriendo asimismo sus repetidas depresiones y estados de angustia. Otra paciente, que también refería tener continuos estados depresivos, actualmente divorciada, había sufrido maltrato físico durante largos años por parte de su esposo, y albergaba en su casa a la madre y la tía del mismo, de quienes también recibía maltrato; esta paciente carecía de apoyo social, asistía muy esporádicamente al

grupo, se hallaba abatida y preocupada por los graves problemas económicos por los que estaba atravesando y sin poder contar con ayuda de familiares o amigos.

En cuanto a la planificación a que se refiere la estrategia 10, muchas manifestaban lo imperioso que les resultaba planificar sus rutinas diarias, como por ejemplo no abandonar los ejercicios cotidianos indicados por el médico para mejorar su calidad de vida como así también la obligación de informarse periódicamente de las posibilidades surgidas a partir de los avances científicos respecto a la artritis reumatoidea, para proceder a ejercer un control y prevención de las situaciones críticas.

La estrategia 1 - autodistracción -, que es un tipo de afrontamiento conductual con un estilo de adaptación pasivo - evitativo, también es elegida y utilizada frecuentemente como forma de afrontamiento por este grupo. Esta implica el desentenderse intelectualmente de la situación, no pensar y recurrir a los beneficios de distraerse, ya sea con una película pasatista, tejiendo, cuidando plantas o mascotas. Cabe agregar que las personas con más vínculos familiares conflictivos eran las más renuentes o indiferentes a disfrutar de salidas recreativas, cine o juegos placenteros, que aquellas pacientes que presentaban mayor integración social y vínculos armoniosos con su medio familiar.

La comunicación catártica del estado emocional que plantea la estrategia 8, como forma de eliminar las emociones negativas, es predominantemente utilizada por este grupo, aún durante el propio desarrollo de la entrevista en muchos casos. Cabe aclarar que el hecho de conocer que la entrevistadora

era estudiante de Psicología que realizaba su Tesis de grado, pudo haber influido en la expresión libre de sus emociones en forma catártica.

Pudo observarse también la importancia otorgada a la religión - estrategia 13 - que si bien posee un estilo de afrontamiento pasivo - evitativo, en este caso, la búsqueda de soporte afectivo y espiritual en las creencias religiosas, favorece la aceptación y adaptación a la situación de crisis, según lo manifestado en la entrevista.

El humor - estrategia 11 -, utilizada por las pacientes en muchas oportunidades, a partir de hacer bromas frente a sus familias y amigos, respecto a sus discapacidades temporales o permanentes, expresando distensión, despreocupación y la posibilidad de una actitud de apertura y comunicación a los demás, y en algunos casos, hasta se observa un franco entusiasmo por nuevos proyectos como escribir, o realizar actividades artísticas, acompañadas del humor.

## DISCUSION

Los resultados obtenidos sobre el grupo de 25 adultas mayores con diagnóstico clínico de artritis reumatoidea, muestran la independencia entre las variables alexitimia y uso de estrategias de afrontamiento, contrariamente a la evidencia aportada por la literatura científica y a las hipótesis planteadas en el presente estudio, que abogaban por la existencia de relación entre el nivel de alexitimia y el estilo de afrontamiento en las mujeres adultas mayores frente a una enfermedad crónica como la artritis reumatoidea.

De igual manera, tampoco existe coincidencia entre los resultados hallados y la evidencia empírica acerca del comportamiento alexitímico y de la naturaleza de las estrategias de afrontamiento predominantes en este grupo considerando las características de los sujetos participantes. Es decir, la evidencia empírica sostiene en general que aquellos sujetos que presentan enfermedades calificadas como psicosomáticas o al menos muestran una tendencia a responder a las situaciones críticas mediante la emergencia o agravamiento de síntomas físicos, muestran a la vez, altos niveles de alexitimia y una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas, que resultan ser desadaptativas. Sin embargo, no parece ser este el caso del grupo estudiado.

Por un lado, el nivel de alexitimia es moderado (sólo un 36% de las pacientes se calificaron como alexitímicos), es decir, la mayoría del grupo muestra no posee dificultad en identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, como así tampoco inconvenientes para describir a

los demás sus sentimientos, y reconocer pensamientos orientados a la identificación de sus estados internos. Por otro lado, tampoco el estilo de afrontamiento principal es el evitativo, sino por el contrario, las estrategias de mayor frecuencia de uso son activas y adaptativas, cognitivas y conductuales en su mayoría y algunas de carácter emocional.

Más bien se trata de un grupo que es capaz de identificar, reconocer y expresar sus estados emocionales, siendo conscientes de la relación entre vivencias de fuerte impacto afectivo y reacciones corporales o físicas, implicando una suerte de vulnerabilidad física a sufrir dolor crónico. A la vez, este grupo se orienta a formas activas de afrontamiento para alcanzar una adaptación efectiva que le permita mejorar la calidad de vida o el cuidado de la salud. Es posible decir que estos sujetos han recorrido un extenso proceso de adaptación y aprendizaje desde el inicio con el diagnóstico de la enfermedad hasta el presente, el cual dio lugar al reconocimiento de las implicancias negativas de la enfermedad, su aceptación como situación real y permanente, la planificación y desarrollo de formas de resolución activa y control emocional, la búsqueda de apoyo en sentido amplio, y también los recursos del humor y en ocasiones, la descarga de emociones como estrategias de afrontamiento que favorezcan la obtención de niveles cada vez mayores de satisfacción de vida.

Los resultados hallados pueden explicarse por el efecto de una variable interviniente no considerada en la hipótesis de trabajo, como es el grupo de autoayuda. Si tomamos en cuenta que los estudios empíricos antecedentes del presente trabajo, los cuales hallaron correlaciones positivas entre

alexitimia y estrategias de afrontamiento, se observa que los sujetos participantes de la muestra no eran miembros de un grupo de autoayuda, sino que proceden de las salas de guardia o de espera de distintos centros de salud. Es posible que esta diferencia en la conformación de la muestra puede estar afectando los resultados que se obtuvieron. Es decir, la participación en un grupo puede modificar el comportamiento individual, dados los procesos de influencia social y recíproca que supone.

Además, cabe mencionar que este grupo de autoayuda cuenta con el apoyo instrumental, guía y asesoramiento terapéutico de una psicóloga, una terapeuta ocupacional y un médico reumatólogo, lo que refuerza los beneficios que el grupo de autoayuda de por sí ofrece. Estudios (Keefe, Affleck, Lefebvre, Stan, Caldwell, Tennen, 1997) demuestran que el tratamiento multidisciplinario de la artritis reumatoidea, enseña a los pacientes a incorporar estrategias para el manejo de los síntomas en su rutina diaria, incluyendo ejercicios de relajación y estrategias cognitivas y conductuales para reducir el estrés y el distrés emocional.

En este trabajo se comparten los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) y de Billings y Moos (1982) de que el afrontamiento depende, en gran medida, de las peculiaridades de la situación a afrontar y de los recursos sociales externos en juego. Más aún, Lazarus y Folkman (1984) sostienen que ninguna estrategia puede clasificarse como inherentemente buena o mala, sino que debe tenerse en cuenta el contexto y las variables situacionales.

En este sentido, los resultados refuerzan los postulados contextualistas en la explicación del afrontamiento, los cuales defienden la influencia de los factores situacionales y sociales en la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento. De esta manera, se cree necesario considerar los recursos sociales vinculados al grupo de autoayuda.

Por otro lado, también cabe considerar el significado subjetivo otorgado a la situación de crisis, el cual puede condicionar la respuesta de afrontamiento. Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1984), tiene importancia la apreciación cognitiva y subjetiva de la situación en el afrontamiento. Así, para la mayoría de las mujeres del estudio, la enfermedad crónica representa principalmente un “desafío” y un hecho “natural de la vida”, y sólo para unas pocas es vivida como amenaza o castigo. Esta significación positiva de la situación crítica puede explicar el predominio hallado de los estilos de afrontamiento adaptativos, como en el caso del uso frecuente de la reinterpretación positiva del suceso crítico.

Por otra parte, el uso predominante de la estrategia de aceptación en el grupo, puede explicarse por la información y experiencias compartidas grupalmente. Frente a las pérdidas e invalidez ligadas a la enfermedad de artritis, parece resultar apropiado un afrontamiento acomodativo, aceptándolos como hechos naturales de la vida.

Con respecto al uso de determinadas estrategias de afrontamiento, las adultas mayores tendieron a utilizar frecuentemente estrategias de afrontamiento activo, preferentemente de carácter conductual y cognitivo; mientras que desestimaron el uso de la negación, la renuncia y el consumo

de drogas o alcohol, estrategias calificadas como pasivas y evitativas. Esto implica un uso escaso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y una tendencia adaptativa.

Sin embargo, cabe señalar, en particular, el uso frecuente de la autodistracción en este grupo, estrategia denominada teóricamente como pasiva y desadaptativa. Esta estrategia incluye respuestas como *“enfocarse en tareas o actividades alternativas para distraer la mente”*, *“realizar actividades para pensar menos en el suceso crítico”*. Si bien existe acuerdo en que las respuestas evitativas a menudo impiden el afrontamiento adaptativo (Lazarus & Folkman, 1984), Carver, Scheier y Weintraub, (1989) sostienen que es importante conocer el rol que tales estrategias tienen en la efectividad del afrontamiento a la situación crítica. Así, considerando que la enfermedad crónica - por su naturaleza - no es susceptible de ser controlada, cambiada o resuelta con acciones directas de confrontación, muchas veces el hecho de ocupar la mente en actividades intelectuales o de entretenimiento cognitivo distractoras no es necesariamente un “escape” o evitación pasiva, sino una forma de afrontamiento activo, con un valor adaptativo. En este caso, las adultas mayores, tienden a intensificar el uso de la autodistracción como una forma de aceptar y acomodarse a la situación realizando actividades compensatorias.

En síntesis, considerando el predominio de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el grupo estudiado, los resultados muestran que las mujeres mayores aceptan los cambios y pérdidas, se esfuerzan por mejorar su calidad de vida, utilizan la interpretación positiva de las

situaciones conflictivas, se orientan a actividades distractoras y buscan apoyo e información de los otros para afrontar el padecimiento de una enfermedad crónica.

Finalmente, como limitación del estudio se menciona que los resultados hallados revisten validez para este grupo particular, no pudiendo ser generalizados a otros grupos de sujetos que padecen la enfermedad de artritis reumatoidea. Por otro lado, dado que no se hallaron relaciones entre altos y/o bajos niveles de alexitimia y determinados estilos de afrontamiento, no es posible identificar perfiles de riesgo de desadaptación y afrontamiento disfuncional frente a la AR a partir del uso de estrategias de afrontamiento y del nivel de alexitimia. De todas maneras, si es posible decir que el nivel de alexitimia no parece ser un factor suficiente para establecer perfiles de afrontamiento desadaptativos o adaptativos asociados, sino que más bien, y confrontando los resultados con la evidencia empírica, el papel del grupo de apoyo estaría relacionado a un afrontamiento adaptativo, y a la vez, la situación de aislamiento social sería un factor asociado a un afrontamiento desadaptativo frente a una enfermedad crónica. Estos planteos requieren de futuros estudios en este campo.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio del presente trabajo, los resultados hallados permiten repensar las posibles relaciones entre las variables en estudio dentro del marco de la complejidad del comportamiento humano. En este sentido, sería de interés indagar en próximos estudios, en particular, la importancia de lo grupal como red de sostén de adultos mayores que padecen enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea, y en general, la importancia del apoyo social como proceso amortiguador de la situación de enfermedad crónica, tendiente a promover un afrontamiento adaptativo, y por ende, a reducir el grado de vulnerabilidad frente a situaciones críticas en la vejez.

Por otro lado, considerando que el grupo proporciona una sumatoria de información, modelos de afrontamiento, la posibilidad de modificación de actitudes y conductas, facilitando también el pensar, hacer y sentir frente a la crisis, esta investigación contribuye a señalar el papel del grupo de autoayuda en el abordaje de enfermedades crónicas, promoviendo el diseño de programas de participación del adulto mayor en grupos de autoayuda, con asesoramiento multidisciplinario, como un recurso eficaz para estimular y reforzar el afrontamiento activo y adaptativo, a fin de lograr una mejor calidad de vida.

## ANEXO

*Tabla 1. Características socio – demográficas y educativas de la muestra de adultas mayores.*

Edad	m= 69,88	s= 8,064
------	----------	----------

		N	%
Estado Civil	soltera	2	8
	casada	13	52
	divorciada	2	8
	viuda	8	32
Ocupación	ama de casa	20	80
	trabaja	0	0
	ambas	5	20
Jubilación	jubilada	15	60
	no jubilada	10	40
Instrucción	primario	10	40
	secundario	11	44
	terciario	2	8
	universitario	2	8
Residencia	centro	16	64
	periferia	9	36

N=25

*Tabla 2. Medidas de tendencia central y desviación típica en las escalas de afrontamiento, obtenidas en el Cuestionario Brief - COPE, (Carver, 1997)*

<i>Escalas de afrontamiento</i>	<i>media</i>	<i>desvío</i>
1 Autodistracción	2,740	,6474
2 Afrontamiento activo	3,280	,4103
3 Negación	1,280	,5017
4 Uso de sustancias	1,480	,4203
5 Apoyo emocional	2,900	,4330
6 Apoyo instrumental	2,940	,6970
7 Abandono de resolución	1,420	,6069
8 Descarga emocional	2,700	,6455
9 Reformulación positiva	3,000	,6614
10 Planeamiento	2,820	,6103
11 Humor	2,300	,8780
12 Aceptación	3,180	,3500
13 Religión	2,680	,7483
14 Autocrítica	1,880	,6338

*Tabla 3. Medidas de tendencia central y desviación típica en las escalas de afrontamiento, obtenidas en el Cuestionario Brief - COPE, (Carver, 1997)*

<i>Modalidad de afrontamiento</i>	<i>media</i>	<i>desvío</i>
Afrontamiento al problema	2,9160	,44129
- afrontamiento conductual	3,0680	,39762
- afrontamiento cognitivo	2,8200	,55377
Afrontamiento a la emoción	2,8440	,44822
Afrontamiento evitativo	1,9200	,35940
Autocrítica	1,8800	,63377
Afrontamiento conductual	2,3480	,26000
Afrontamiento cognitivo	2,3860	,34756
Afrontamiento emocional	2,8464	,44609

N= 25

*Tabla 4. Significado subjetivo*

<i>Significado</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pérdida	3	12
Desafío	9	36
Amenaza	-	-
Castigo	4	16
Beneficio	-	-
Natural de la vida	9	36

N= 25

*Tabla 5. Satisfacción con el uso de estrategias de afrontamiento en la muestra de adultas mayores.*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Si	24	96
A veces	-	-
No	1	4

N= 25

*Tabla 6. Puntajes y Frecuencias obtenidas en la Escala de Alexitimia de Toronto, TAS – 20 (Bagby, Taylor & Parker, 1994).*

<i>Puntajes</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
30	1	4
43	2	8
44	1	4
46	1	4
48	2	8
50	1	4
54	1	4
55	2	8
56	1	4
57	1	4
58	2	8
59	2	8
61	3	12
62	1	4
64	1	4
68	1	4
69	2	8
72	1	4

N= 25

*Tabla 7. Medidas de Tendencia Central y desviación Típica de las tres dimensiones del Concepto de alexitimia (Bagby & Cols. 1994)*

	Dim 1	Dim 2	Dim 3	Total= 25
Media	37,8400	45,2800	44,4000	55,6400
desvío std	7,84581	8,43860	7,10634	9,90740

*Tabla 8. Comparación de medias y desvio standard entre el grupo de Alexitímicos y No Alexitímicos en las estrategias de afrontamiento.*

0= No Alexitímicos

1= Alexitímicos

	ALEXITIMIA		N	Media	Ds
	0	1			
1. Autodistracción	0		16	2,563	,6551
	1		9	3,056	,5270
2. Afrontamiento activo	0		16	3,250	,4082
	1		9	3,333	,4330
3. Negación	0		16	1,188	,5123
	1		9	1,444	,4640
4. Uso de sustancias	0		16	1,531	,4644
	1		9	1,389	,3333
5. Apoyo emocional	0		16	2,875	,5000
	1		9	2,944	,3005
6. Apoyo instrumental	0		16	2,875	,6952
	1		9	3,056	,7265
7. Abandono de resolución	0		16	1,375	,5627
	1		9	1,500	,7071
8. Descarga emocional	0		16	2,750	,6583
	1		9	2,611	,6509
9. Reformulación positiva	0		16	2,938	,7042
	1		9	3,111	,6009
10. Planeamiento	0		16	2,750	,5774
	1		9	2,944	,6821
11. Humor	0		16	2,188	,9106
	1		9	2,500	,8292
12. Aceptación	0		16	3,188	,3096
	1		9	3,167	,4330
13. Religión	0		16	2,594	,8410
	1		9	2,833	,5590
14. Autocrítica	0		16	1,750	,6055
	1		9	2,111	,6509



Tabla 9. Comparación de medias y desvío standard entre el grupo de Alexitímicos y No Alexitímicos en las modalidades de afrontamiento.

ALEXITIMIA		N	Media	Ds
Afrontamiento al problema	0	16	2,8625	,45442
	1	9	3,0111	,42557
Afrontamiento emocional	0	16	2,8375	,50580
	1	9	2,8556	,35040
Afrontamiento evitativo	0	16	1,8500	,39158
	1	9	2,0444	,26977
Afrontamiento conductual	0	16	3,0188	,39878
	1	9	3,1556	,40346
Afrontamiento cognitivo	0	16	2,7625	,54879
	1	9	2,9222	,58047
Autocrítica	0	16	1,7500	,60553
	1	9	2,1111	,65085
Conductual	0	16	2,2937	,24075
	1	9	2,4444	,27889
Cognitivo	0	16	2,3063	,37370
	1	9	2,5278	,25538
Emocional	0	16	2,8338	,50215
	1	9	2,8689	,35116

Tabla 10. Puntaje *t* de student en los grupos de Alexitímicos y No Alexitímicos en las estrategias de afrontamiento.

		"t"	Sig. (2-tailed)
1.Autodistracción	0	-1,928	,066
	1	-2,053	,053
2.Afrontamiento activo	0	-,480	,636
	1	-,471	,644
3.Negación	0	-1,243	,226
	1	-1,280	,217
4.Uso de sustancias	0	,807	,428
	1	,886	,386
5.Apoyo emocional	0	-,378	,709
	1	-,434	,669
6.Apoyo instrumental	0	-,614	,546
	1	-,606	,553
7.Abandono de resolución	0	-,486	,631
	1	-,455	,656
8.Descarga emocional	0	,508	,616
	1	,510	,617
9.Reformulación positiva	0	-,622	,540
	1	-,651	,523
10.Planeamiento	0	-,758	,456
	1	-,722	,482
11.Humor	0	-,849	,404
	1	-,873	,394
12.Aceptación	0	,140	,890
	1	,127	,901
13.Religión	0	-,862	,454
	1	-,853	,403
14.Autocrítica	0	-1,394	,177
	1	-1,365	,191

Tabla 11. Puntaje *t* de student en los grupos de Alexitímicos y No Alexitímicos en las modalidades de afrontamiento.

Afrontamiento al problema	0	-,802	,431
	1	-,818	,424
Afrontamiento emocional	0	-,095	,925
	1	-,105	,917
Afrontamiento evitativo	0	-1,318	,200
	1	-1,463	,158
Afrontamiento conductual	0	-,820	,421
	1	-,817	,425
Afrontamiento cognitivo	0	-,685	,500
	1	-,673	,510
Autocrítica	0	-1,394	,177
	1	-1,365	,191
Conductual	0	-1,420	,169
	1	-1,361	,194
Cognitivo	0	-1,576	,129
	1	-1,753	,094
Emocional	0	-,185	,855
	1	-,205	,840

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraido Lanza, A.; Vazquez, E.; Echeverría, S.(2003). En las manos de Dios, Religión and other forms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 91 – 102.
- Bach, M.; Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and psychosomatics*; 64: 8 – 43.
- Bagby, RM; Taylor, GJ; Parker, JD (1989) Toronto Alexithymia Scale, Q and Self report measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10(6), 599 - 604.
- Bagby, R.M:Taylor; G.J. Parker,J.D. (1992). The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychother Psychosom*; 57:34 - 41.
- Bagby, R; Taylor; G.J; Parker,J.D. (1994). The twenty- item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J. Psychosom Res*;38: 33 - 40.
- Bagby, R., Taylor, G.J.; Parker, J. D.; (2003). The 20 – Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 269 – 275.
- Bagby, R.;Taylor,G.J.; Parker, J.D. (2003). The 20 Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 277 – 283.
- Barefoot, J.C; Dahlstrom, W.C; Williams,R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow- up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59 - 63.
- Benyamini, J. (2004). Can high optimism and high pessimism co – exist? Finding from arthritis patients coping with pain. *Pain*, 45: 1463 – 1473.

Brown, G.; Nicassio, P. (1998). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36: 179 – 193.

Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Weintraub, J. K. (1989). The COPE Inventory, *International Journal of Behavioral Medicine*, 4.

Carver, C.S.; Scheier, M.F.; Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267 - 283.

Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the BRIEF-COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, (1), 92 - 100.

Crespo, M.; Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del Cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 797 - 830.

Culver, J.; Arena, P.; Wimberly, S. R.; Antoni, M.; Carver, C.S. (2004). Coping among african – american, hispanic, and non – hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psicho Health*; 19 (2): 157 – 166.

Deary, I.; Shonagh, S.; Wilson, J. (1997). Neuroticism, Alexithymia, and Medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22: 551 – 564.

Dirkzwager, A.; Bramsen, I.; Van der Ploeg, H. (2003). Social support, coping, life events and posttraumatic stress symptoms among former peace – keepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34: 1545 – 1559.

Erikson, E. (1963). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus Humanidades.

Fernández-Ballesteros, R.; Díaz, P.; Izal, M.; Hernández, J.M. (1988). Conflict situations in the elderly. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 171 -176.

Fierro, A & Caride, R. (1996). Artritis reumatoidea, *Clínicas Médicas del Uruguay – Universidad de la República – Montevideo*, N° 10.

Font-Guiteras, A. (1988). Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida en Valoración de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer. Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona.

Guilband, O.; Corcos, M., Hjalmarson, L.; Loas, G.; Jeannet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological path way between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57: 292 – 295.

Keefe, F.; Affleck, G.; Lefebvre, J.; Starr, K.; Caldwell, D.; Tennen, H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in Rheumatoid Arthritis: A Daily process analysis. *Pain*, 69: 35 – 42.

Keefe, F.; France, C.; Emery, C.; Affleck, G.; Waters, S.; Caldwell, D.; Sainbrook, D.; Eduards, C. (2004). Laboratory Pain Perception and Clinical pain in post – menopausal women with osteoarthritis. *Pain*, XX: 1 – 8.

Koopman, C. (2000). Relationship of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV positive persons. *AIDS – Care*, 12 (5): 663 – 672.

Krzemien, D; Urquijo, S; Monchietti, A. (2004). Aprendizaje Social y Estrategias de Afrontamiento a los Sucesos Críticos del Envejecimiento Femenino. *Psicothema*, Vol. 16, Nª 33 , 350 - 356.

Lazarus, R.S; Folkman,S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca (orig.1984).

Lewandowsky, W. (2004). Psychological factors in chronic pain: A worthwhile undertalking for nursing? *College of nursing. Kent State University. USA.*

Martin, J.B; Pihl, R.O. (1986b). The relevance of alexithymia for research on stress and stress-related disorders. En Humphrey, J.H. (Ed), Human stress, current selected research, 99 -111. New York: AMS Press, Inc.

Martínez Sanchez, F. (1998). Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares?. *Psicologia.COM*. 2(1).

Menninger,W.W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bulletin Menninger Clinic*, 63 (2),suppl. A. 4 - 15.



Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133 - 158.

Neugarten, B.L. (1977). Personality and aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *H. Psychol. Aging*, Nueva York: Van Nostrand Reinhold, 626 - 649.

Neugarten, B.L. (1996). *Los significados de la edad*, Barcelona: Editorial Herder.

O' Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 362 - 382.

Olley, B. (2003). Psychological and coping in recently diagnosed HIV patients: the role of gender. *South – African Med.*, 93: 928 – 931.

Paez, D; Casullo, M.M. (2000). *Cultura y Alexitimia ¿cómo expresamos aquello que sentimos?*, Buenos Aires: Editorial Paidós.

Parker, J.; Taylor, G.; Bagby, M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39: 91 – 98.

Pearling, L.I; Skaff, M.M. (1995). Stressors in adaptation in late life. In M. Gatz (eds.). *Emerging issues in mental health and aging*. Washington: American Psychological Association.

Perczek, R.; Carver, C.S. ; Price, A.; Pozo – Kaderman, C.; (2000). Coping mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *J. Pers. Assessment* 74: 63 – 87.

Polit, D; Hungler, B. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, México: Editorial Interamericana..

Sivak, R; Wiater,A. (1995). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y Clínica*. Barcelona: Editorial Paidós.

Slaikou, k. (1991). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.

Smith, G.R. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140 (1), 99 -101.

Terry, D.J. (1991). Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8: 527 - 547.

Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez, *Revista Latinoamericana de Psicología sobre Ciclo Vital, Envejecimiento y Vejez*, 3: 1 - 2.

Vidal, G; Alarcón, R; Lolas Stepke, F. (Editores, 1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, p.p 31.

Watkins, K.; Shiffren, K.; Park, D.; Morrell, R. (1999). Age, pain and coping with rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 82: 217 – 228.