



REVELAR, COMPARTIR Y EXPRESAR LAS EMOCIONES: EFECTOS SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR

F. Martínez-Sánchez, D. Páez Rovira*, J.W. Pennebaker** y B. Rimé***

Universidad de Murcia, *Universidad del País Vasco, **Universidad de Texas en Austin (EE.UU.), ***Universidad de Lovaina, Louvain-la-Neuve (Bélgica)

2001, 7(2-3), 151-174

Resumen: Este artículo examina los efectos de la comunicación de las experiencias emocionales sobre la salud. Primero, se presentan las investigaciones sobre los efectos positivos de la confrontación de hechos traumáticos. Segundo, se exponen los estudios sobre el compartimiento social de las emociones. Estos estudios muestran que hablar sobre los episodios afectivos no disminuye el impacto de los recuerdos emocionales y que al contrario, la falta de recuperación afectiva relacionada con estos episodios se asocia a una necesidad constante de hablar. También se revisa el concepto de alexitimia, como un déficit en la comunicación emocional, y en la dificultad de identificar y describir emociones. Se revisan evidencias que apoyan la idea que la alexitimia puede considerarse como un déficit de la habilidad para procesar y regular cognitivamente las emociones, así como en la capacidad personal de auto-revelación emocional. Se otorga particular cuidado en discutir los complejos resultados de las investigaciones sobre compartir social, desinhibición y alexitimia. Finalmente se revisan los diversos mecanismos explicativos que regulan la expresión e inhibición emocional en la salud y la enfermedad.

Palabras Clave: Emoción, Revelación emocional, Compartimiento social, Alexitimia, Salud

Abstract: This article examines the effects of the communication of emotional experiences on health. First, studies on the positive effects of emotional confrontation of traumatic events on health are discussed. Expressive writing and talking were related to benefits in mental and physical health. Second, we analyze studies about social sharing of emotions. Social sharing did not have a positive impact in the recovery of emotional memories and lack of recovery was associated with the perpetuation of social sharing. Alexithymia as a personal deficit in emotional communication or difficulty in identifying and describing emotions is also reviewed. We synthesise data and theory that support alexithymia as a deficit in the ability to process and regulate emotions cognitively and also as a deficit in self-disclosure of emotion. Particular attention and further discussion is given to the complex findings of social sharing, desinhibition and alexithymia. Finally, we discuss the explanatory mechanism of expression and non-expression of emotions in health and disease.

Key words: Emotion, Emotional disclosure, Social sharing, Alexithymia, Health

Title: *Disclosing, sharing and expressing emotions: effect on the health and well-being*

Introducción

Tanto el sentido común como la psicología asumen implícitamente que expresar y compartir las emociones contribuye a su afrontamiento adaptativo; no en vano, sostienen los clínicos que “*lo que no se expresa se somatiza*”. Más complejo resulta di-

lucidar los mecanismos que ponen en relación la expresión emocional, o en su caso la inhibición, la salud y el bienestar.

El objeto de este trabajo es -desde la premisa de que la expresión emocional es adaptativa y ocasionalmente disfuncional, dada su capacidad para influir sobre las funciones somáticas, y por ende, de preservar o alterar la salud-, ofrecer al lector una integración teórica sobre tres líneas de investigación distintas, si bien complementarias, que convergen en el interés por diluci-

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Francisco Martínez-Sánchez, Dpto. de Psicología Básica y Metodología, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Campus Universitario de Espinardo, Edificio Luis Vives, Apartado 4021, 30080 Murcia (España)
E-mail: franms@um.es
© Copyright 2000: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

dar la influencia sobre la salud y el bienestar de los procesos de revelar, compartir y expresar las emociones.

En la primera de ellas, veremos cómo J.W. Pennebaker ha demostrado que quienes han padecido sucesos traumáticos tienen una mayor probabilidad de enfermar física y mentalmente si posteriormente no expresan sus emociones, y que, por el contrario, enfrentarse activamente a los sucesos traumáticos expresando los sentimientos –revelándolos-, reduce la activación fisiológica asociada al hecho traumático y contribuye a su afrontamiento eficaz; posteriormente revisaremos el trabajo de B. Rimé, quien ha estudiado los procesos en los que las personas comparten socialmente sus afectos en respuesta a acontecimientos emocionales relevantes, así como sus efectos sobre los procesos de recuperación emocional a lo largo del tiempo. Finalmente abordaremos los efectos que la inhibición involuntaria de la expresión emocional provoca sobre la salud, así como los mecanismos que explican el que algunos sujetos presenten marcadas dificultades para identificar y expresar las emociones, por los que se han interesado D. Páez y F. Martínez-Sánchez.

Revelación emocional y salud

Un creciente número de investigaciones han permitido demostrar que la inhibición de acontecimientos emocionalmente significativos induce una marcada hiperactivación fisiológica, provoca inmunodepresión y efectos adversos en la salud a medio y largo plazo; además, induce sesgos cognitivos sobre el procesamiento de la información emocional, a la vez que dificulta los procesos de afrontamiento adaptativo. Complementariamente se ha demostrado que enfrentarse activamente a los problemas, expresando abiertamente -oralmente o

por escrito- los sentimientos, reduce la activación fisiológica asociada al hecho traumático y contribuye a su afrontamiento eficaz (Pennebaker, Colder y Sharp, 1990; Pennebaker, 1995).

Esta forma de investigar la influencia de la inhibición de la emoción sobre la salud se ha constituido progresivamente, desde mediados de los años ochenta, en un prolífico paradigma de investigación que ha contribuido notablemente al conocimiento científico. Revisemos brevemente los procedimientos de investigación empleados y sus hallazgos más relevantes.

El paradigma de la escritura emocional

El procedimiento de investigación estándar, realizado bajo condiciones experimentales controladas, fue desarrollado inicialmente por Pennebaker y Beall (1986); éste consiste básicamente en asignar aleatoriamente a los sujetos participantes en estos estudios a dos grupos, a cada uno de ellos se le pide que escriba diariamente en el laboratorio entre 15 y 30 minutos a lo largo de varios días (generalmente entre 3 y 5) sobre un tema específico. Mientras que el grupo de control escribe sobre un tema intrascendente, por ejemplo sobre las actividades realizadas ese mismo día, al grupo experimental se les pide que describan el acontecimiento traumático más importante que han vivido a lo largo de su vida, enfatizándoles que relaten especialmente los sentimientos y emociones asociadas a este suceso; los sujetos pueden escribir todos los días sobre el mismo tema o cambiarlo en días sucesivos. Finalmente, a la vez que se garantiza la confidencialidad de las narraciones elaboradas, se les pide que desatiendan la ortografía, la gramática o la estructura narrativa del relato.

Las variaciones del paradigma han incluido el empleo desde estudiantes universitarios (Pennebaker, 1997a) a profesiona-

les (Spera, Buhrfeind y Pennebaker, 1994), presos (Richards, Beal, Seagal y Pennebaker, 2000), pacientes con enfermedades crónicas (Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell, 1999), supervivientes del holocausto (Pennebaker, Barger y Tiebout, 1989) y un largo etcétera de poblaciones distintas; todos ellos escriben sobre los temas más variados y que personalmente constituyeron una experiencia traumática: abusos sexuales, graves problemas de salud, accidentes, problemas afectivos, etc. Generalmente, el paradigma demuestra que cuando los sujetos disponen de la oportunidad para revelar sus experiencias y sentimientos lo hacen gustosamente.

Efectos de la escritura emocional

Se han realizado más de veinte estudios experimentales controlados sobre el impacto de la expresión emocional oral o escrita en diversas poblaciones, cuyos resultados confirman la existencia de una significativa relación entre la expresión emocional y diversos índices de bienestar psicológico y somático (para una revisión véase Pennebaker, 1997b); un reciente meta-análisis (Smyth, 1998) confirma estos resultados.

Sin embargo, los efectos más potentes este paradigma han sido observados en la salud de los participantes en estos estudios (Littrell, 1998), incluso habiendo controlado cuidadosamente otras variables que pueden influir en la evaluación del estado de salud tales como el consumo de tabaco o el ejercicio físico realizado durante el periodo en que se realizó el estudio. Así, por ejemplo, se sabe que el paradigma de la revelación escrita influye significativamente en los niveles de competencia inmune (Estlerling, Antoni, Kumar y Schneiderman 1990; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988), reduce el número de visitas al médico (Greenberg y Stone, 1992; Pennebaker y Beall, 1986), disminuye los niveles de acti-

vación autónoma (Berry y Pennebaker, 1993; Pennebaker, Hughes y O'Heeron, 1987), la actividad hormonal y otros marcadores biológicos ligados al estrés (Petrie, Booth, Pennebaker, Davidson y Thomas, 1995). Una exhaustiva revisión de estos estudios muestran que el tamaño medio de valor predictivo objetivo de la revelación sobre la salud se sitúa entre el .45 y .70 (Smyth, 1998).

Se han observado paralelamente otros efectos conductuales, así por ejemplo, los universitarios que han escrito entorno a sus acontecimientos traumáticos mejoran posteriormente sus calificaciones; los profesionales que han sido despedidos de sus trabajos encuentran antes trabajo que los controles tras escribir sobre sus problemas laborales (Spera, Buhrfeind y Pennebaker, 1994), e incluso reduce el absentismo laboral (Francis y Pennebaker, 1992). Es más, los procedimientos terapéuticos que han incorporado técnicas de expresión emocional de forma similar a este paradigma han comprobado sus efectos beneficiosos, por ejemplo, en las tasas de supervivencia de pacientes con cáncer de mama (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989), en el pronóstico de pacientes con melanoma (Fawzy, Fawzy, Hyun, Guthrie, Fahey y Morton, 1993), así como en la evolución de diversas enfermedades crónicas tales como el asma, la artritis reumatoide (Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell, 1999) y el cáncer (Thomas, 2000).

Se ha investigado también la posible existencia de diferencias consistentes en los beneficios inducidos al comparar la revelación oral y escrita. En este sentido, si bien aún son escasos los estudios realizados, se sabe de los efectos positivos que acarrea la revelación oral ante el terapeuta (Donnelly y Murray, 1991; Murray y Segal, 1994; Petrie, Booth, Pennebaker, Davidson y Thomas, 1995) –por otra parte, este es el pilar

sobre el que se fundamenta el trabajo de los psicólogos clínicos desde la profesionalización de la psicología-

En general, se han informado efectos terapéuticos equiparables para la expresión oral y escrita (Murray y Segal, 1994), e incluso al evaluar sus efectos sobre diversos marcadores biológicos tales como los niveles de inmunocompetencia (Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies y Schneiderman, 1994). Es importante señalar que en la mayoría de estos estudios el sujeto no recibe apoyo emocional alguno ni retroalimentación sobre su ejecución, por lo que sospechamos que los efectos de la revelación pueden ser más importantes dentro de un contexto terapéutico estándar, por lo que en el futuro previsiblemente podrían finalmente aislarse efectos diferenciales para uno u otro tipo de técnica de revelación.

El tema del que escriben los sujetos también ha despertado interés entre los investigadores, puesto que su elección puede mediar en sus efectos, ya que el tema de revelación elegido por el sujeto está fuertemente influenciado por la anticipación de la reacción del interlocutor (McKillop, Abbate, Johnson, Gattone, Murphy y Senn, 1997). Dos estudios han informado que se obtienen mayores efectos sobre la salud cuando el tema del que se escribe implica la revelación de acontecimientos traumáticos (Greenberg y Stone, 1992; Lutgendorf, Antoni, Kumar y Schneiderman, 1994); sin embargo, cuando los sujetos investigados son universitarios que acaban de ingresar en la universidad, éstos obtienen mayores beneficios cuando el tema elegido es sobre este mismo hecho, más que si revelan otros acontecimientos traumáticos no relacionados con su adaptación a la universidad (Pennebaker, 1997a). Por otra parte, si la narración del acontecimiento elaborada se centra sobre la descripción situacional del hecho traumático, excluyendo la descrip-

ción del impacto emocional experimentado (sentimientos, reacciones físicas, etc.), no contribuye a la recuperación emocional ni a una mejora significativa en la salud (Pennebaker y Beall, 1986).

En el meta-análisis realizado por Smyth (1998) se observó la existencia de una relación significativa entre el número de días en que los sujetos escriben y sus efectos en la salud; en otras palabras, es más potente el efecto observado si la revelación se realiza en cinco sesiones durante un mes, que a lo largo de cinco días consecutivos.

Diferencias individuales

Unas personas se benefician más que otras en los efectos de estos estudios; se sabe que los hombres se benefician de ellos más que la mujeres (Smyth, 1998), al igual que quienes poseen altos niveles de hostilidad (Christensen y Smith, 1994) o de alexitimia (Páez, Velasco y González, 1999). Otros estudios sugieren que el paradigma de la escritura emocional puede no ser efectivo en personas que han sufrido experiencias traumáticas que les incapacitan seriamente para hablar con los otros y expresar sus sentimientos.

En relación a la influencia de la cultura y educación, no se han encontrado diferencias en los resultados obtenidos al comparar profesionales cualificados con presos de máxima seguridad y bajo nivel cultural (Richards, Beall, Seagal y Pennebaker, 2000; Spera, Buhrfeind y Pennebaker, 1994), ni tampoco, dentro de los Estados Unidos al comparar estudiantes de diversas procedencias étnicas con distintas lenguas maternas, ni entre estudiantes de Méjico, Nueva Zelanda o España.

Se ha estudiado también el efecto de la revelación de acontecimientos traumáticos que afectan a grandes grupos de población, tal y como ocurrió en el terremoto de San

Francisco de octubre de 1989 o durante la Guerra del Golfo y más recientemente como consecuencia del atentado terrorista contra las Torres Gemelas de Nueva York. Bajo estas circunstancias, los niveles de comunicación en torno a la experiencia emocional fueron muy altos durante las dos primeras semanas, mientras que entre la segunda y la sexta semana éstos descendieron paulatinamente. De hecho, se comprobó que entre los propios sujetos se desaconsejaban hablar del terremoto como medio para superarlo, a pesar de que ellos afirmaban sentirse mejor cuando hablaban de él.

Tras verificar patrones similares de reacción tras el terremoto de San Francisco y la Guerra del Golfo, Pennebaker y Harber (1993) propusieron un modelo para explicar cómo la gente afronta estos desastres. En la primera fase, denominada de *emergencia*, se habla constantemente del acontecimiento, hasta que dos semanas después aproximadamente se entra en la fase de *inhibición*, fase en la que, si bien se piensa en el acontecimiento, se habla mucho menos de él. Durante esta fase los problemas físicos (dificultad para conciliar el sueño, ansiedad, etc.) y sociales se manifiestan más intensamente. Desde la sexta a la décima segunda semana la mayoría de las personas se adaptan a la situación, desapareciendo en la mayoría las rumiaciones sobre el acontecimiento; esta fase final es denominada de *adaptación*.

Sospechamos que los altos niveles de conversación sobre el acontecimiento traumático cumplen funciones adaptativas, puesto que cuando se dispone de la oportunidad para expresar los sentimientos acerca de una experiencia emocional intensa es más probable que se experimenten menores respuestas afectivas negativas si se ven expuestos después a otro acontecimiento emocional de similares características (Mendolia y Kleck, 1993), a la vez que de-

crece la intensidad de los pensamientos dolorosos sobre el acontecimiento (Lepore, Wortman, Silver y Wayment, 1996; Murray y Segal, 1994), mejora la salud (Pennebaker, 1997c) y facilita las relaciones e integración social (Christophe y Rimé, 1997).

Con el objeto de valorar las dimensiones lingüísticas de las narraciones emocionales que los sujetos realizan de sus experiencias se desarrolló el LIWC (*Linguistic Inquiry and Word Count*); éste es básicamente un programa informático de análisis del texto (para una descripción más pormenorizada véase Pennebaker y Francis, 1999). El LIWC analiza de manera probabilística el texto que incluye la revelación, comparándolo con una base de datos formada por 2.290 palabras y raíces de palabras. Los resultados de estos análisis son expresados en porcentajes de más de 70 dimensiones distintas, entre las que se incluyen dimensiones lingüísticas, procesos psicológicos, preocupaciones, etc. (Berry, Pennebaker, Mueller y Hillente, 1997; Pennebaker, Mayne y Francis, 1997; Pennebaker y King, 1998). El empleo del LIWC permite obtener índices objetivos de la evolución del uso del lenguaje durante el paradigma de la escritura emocional a lo largo de las diversas fases de este proceso, índices que han mostrado capacidad predictiva sobre diversos marcadores biológicos (Petrie, Booth y Pennebaker, 1999).

En suma, el paradigma de la revelación muestra que, cuando los sujetos hablan o escriben en torno a sus experiencias personales emocionales, experimentan mejoras significativas en sus niveles de salud física y mental, facilitándose el afrontamiento del malestar emocional (Pennebaker, Zech y Rimé, 2001). Básicamente, este paradigma presenta un modelo teórico y experimental, formulado inicialmente por Pennebaker (1989), que pone en relación la inhibición emocional y la enfermedad, por el cual la

inhibición requiere un trabajo fisiológico que influye negativamente sobre la salud.

Además, estos efectos se han mostrado consistentes entre diversas culturas y niveles culturales y sociales. Progresivamente se han ido delimitando un mayor número de efectos cognitivos y sociales ligados a la revelación, que demuestran que revelar nuestro estado emocional a los otros produce un significativo efecto positivo que facilita la reconceptualización de la magnitud del acontecimiento (Greenberg y Saffran, 1989), además facilita la recepción del apoyo social (Davison, Pennebaker y Dickerson, 2000) del que pueden proveerlos desde el entorno familiar más próximo a las redes institucionales de asistencia.

El compartimiento social de las experiencias emocionales

Acontecimientos traumáticos como la muerte de un ser querido acarrear frecuentemente la ruptura de la estabilidad emocional y social, ocasionando graves consecuencias para el sujeto (Lehman, Wortman y Williams, 1987; Pennebaker, Zech y Rimé, 2001).

Inicialmente B. Rimé (1987) propuso la hipótesis que sostenía que el deseo de hablar y compartir las emociones es una consecuencia, no sólo de un acontecimiento traumático sino, en general, de cualquier experiencia emocional. Esta hipótesis favoreció la investigación del *uso social compartido de la emoción*, con el objeto de delimitar los procesos de evocación de las experiencias emocionales dentro de un contexto de compartimiento social (Rimé, 1995).

El proceso de compartir las emociones

Los trabajos iniciales estudiaron bajo qué circunstancias las personas compartían sus emociones. Para ello, habitualmente se em-

plearon técnicas de evocación (Rimé, Mesquita, Philippot y Boca, 1991), en las que se pide a los sujetos que recuerden un acontecimiento en que hayan experimentado una emoción propuesta por el investigador (ira, miedo, etc.). El procedimiento consiste en recabar diaria y sistemáticamente información en torno al modo en que los sujetos comparten su experiencia con otros: durante cuánto tiempo y con quien hablaban, el tiempo que transcurre desde el episodio emocional hasta que se comparte, etc. También se emplearon procedimientos experimentales en los que se exponían a los sujetos a películas de diversa intensidad y contenido emocional, para estudiar cómo éstos compartían sus sentimientos con otros bajo condiciones experimentales controladas.

Los resultados mostraron que en el noventa por ciento de los casos se compartían las experiencias emocionales dentro de un patrón típico que se inicia con prontitud, en el 60 por ciento de los casos el mismo día del suceso. Esta tasa fue virtualmente idéntica para las emociones positivas y negativas, a excepción de la vergüenza y la culpabilidad que habitualmente son compartidas más tarde y con menor frecuencia (Finkenauer y Rimé, 1998a).

En general se comparte con varias personas, entre las que se incluyen amigos íntimos, los padres y la pareja. Los receptores varían en sexo y edad; así, mientras que los niños entre 6 y 8 años comparten casi exclusivamente con sus padres, entre los 8 y 12 años se amplía el grupo de destinatarios; de ellos, si bien el noventa por ciento de ellos comparten igualmente con sus padres, la mitad lo hace también con sus hermanos y un tercio con sus amigos (Rimé, Dozier, Vandenplas y Declercq, 1996). Entre adultos de 18 a 33 años el papel de la familia disminuye notablemente, en especial entre los varones, siendo en ambos sexos sus pa-

rejas con los que con mayor frecuencia se comparte. Entre los 40 y 60 años, las mujeres muestran una más heterogénea y extendida red de revelación, mientras que los hombres comparten casi exclusivamente con su pareja (para una revisión véase Rimé, Philippot, Boca y Mesquita, 1992).

Por otra parte, un meta-análisis realizado por Dindia y Allen (1992) reveló que las mujeres comparten las emociones en mayor medida que los hombres. Un estudio comparó tres grupos de edad (de 25 a 40 años, de 60 a 75 y de 76 a 94) verificando también que el compartimiento se incrementa con la edad (Rimé, Finkenauer y Sevrin, 1995).

Estudios transculturales han concluido que los procesos de compartir son muy similares en todas las culturas, tanto occidentales como orientales (Rimé, Yogo y Pennebaker, 1996; Singh-Manoux, 1999; Yogo y Onoe, 1998), si bien existen diversas especificidades ligadas al entorno cultural; todo ello confirma que este proceso es un fenómeno transcultural. Se demostró también que el grado de revelación depende fuertemente de la intensidad y consecuencias afectivas del acontecimiento emocional, siendo preciso que éste rebese un cierto umbral para ser compartido (Luminet, Bouts, Delie, Manstead y Rimé, 1999).

Los miembros de culturas individualistas, de baja distancia jerárquica y cooperativas, declaran expresar por vías verbales preferentemente las emociones negativas, frente a los miembros de culturas colectivistas, asimétricas y competitivas.

Las culturas individualistas valoran la auto-revelación, los atributos internos y la expresión de estados personales; en éstas, expresar los sentimientos es importante para darse a conocer y regular la interacción social. En cambio, en las culturas colectivistas se interactúa más en base a pertenencias grupales y normas, por lo que lo im-

portante es hacer lo que se debe, no tanto lo que se siente. Por su parte, en las culturas de baja distancia jerárquica, las personas son interdependientes, por lo que la expresión emocional es importante para regular la interacción. En las culturas que legitiman las fuertes diferencias de status, la expresión de emociones intensas negativas se interpreta como una falta de respeto – en particular de las personas dependientes respecto a las de alto status-. Finalmente, las culturas cooperativas aceptan la expresión emocional sin percibirla como una señal de debilidad (tanto hombres y mujeres pueden ser sensibles). En las culturas masculinas o competitivas ocurre lo opuesto (con la excepción la expresión de la ira).

La influencia de la cultura en el grado de revelación de las emociones positivas es menor, ya que la expresión verbal de alegría cumple funciones sociales de integración. Aunque se ha asociado al colectivismo con la mayor supresión emocional, esta creencia debe ser matizada ya que no existen diferencias con relación a la expresión verbal de la alegría, si bien es cierto que las sociedades colectivistas asiáticas informan menores niveles de revelación, tanto en las emociones negativas como positivas (Paez y Casullo, 2000).

Si, como hemos visto, compartir las emociones induce una implicación emocional, no sólo en el protagonista del suceso, sino también en su interlocutor, cabría esperar que este último sintiera, a su vez, la necesidad de compartir la emoción suscitada con una tercera persona (*uso compartido secundario*). En principio, esta idea atenta contra nuestras creencias, ya que cuando hablamos de nuestros sentimientos implícitamente aceptamos que se trata de un hecho privado, salvaguardado por la confidencialidad. Sin embargo, como demostraron Christophe y Rimé (1997), en contra de lo que generalmente se cree, en la

mayoría de los casos el interlocutor comparte con otros su experiencia; así, aunque el 85% de los sujetos manifestaba considerarse amigo de la persona que le había confiado sus emociones, el 66% de ellos afirmó hacer revelado a una tercera persona la conversación, y el 53% de los casos confesaron haberlo contado a dos o más personas. Como cabría esperar, el número de personas a quienes se contó la confidencia dependía de la intensidad emocional que se experimentó durante la primera confesión. Es más, Christophe (1997) demostró la existencia de usos compartidos de orden terciario con una o más personas, entre quienes le habían sido reveladas conversaciones emocionales acaecidas a una tercera persona. Todo ello demuestra el alto grado de propagación del uso compartido de la emoción. De hecho, se estima que cuando alguna experiencia emocional intensa afecta a un individuo, entre 50 y 60 miembros más de su comunidad tendrían noticias de este acontecimiento a las pocas horas de la primera revelación (Rimé y Zech, 2001).

Se estudiaron también los rasgos de personalidad que modulaban el compartimiento emocional (Luminet, Zech, Rimé y Wagner, 1999), comprobando que mientras que los “cinco grandes” factores de personalidad no poseían valor predictivo alguno, la alexitimia (Taylor, Bagby Parker, 1997) correlaciona negativa y significativamente con ésta.

Otro amplio grupo de estudios se centraron en el estudio de los efectos diferenciales que inducen los acontecimientos emocionales que se han compartido frente a los mantenidos en secreto. Finkenauer y Rimé (1998b) estudiaron una amplia muestra a la que se preguntó si eran capaces de recordar una emoción que no hubieran compartido; de ellos, el 43% respondió positivamente. Concordantes con los resultados obtenidos anteriormente por Penneba-

ker (1989), quienes no habían compartido la emoción mostraron diferencias significativas en sus niveles de bienestar emocional y salud, al ser comparados con el grupo de sujetos que la compartieron. Sin embargo, en contra de lo esperado, las memorias de los acontecimientos no revelados anteriormente no fueron revividas con mayor intensidad afectiva que aquellas que en su tiempo sí fueron compartidas.

Efectos del compartimiento sobre la recuperación emocional

Gran parte de los estudios realizados se han interesado por los efectos que sobre la recuperación emocional acarrea compartir las emociones. Cabe preguntarse por los beneficios que provoca esta tendencia transcultural a compartir, a pesar de que durante el proceso el sujeto rememora vívidamente el malestar emocional junto a cada uno de los componentes (cognitivos, fisiológicos y conductuales) ligados a la experiencia emocional (Rimé, Noël y Philippot, 1991). El sentido común induce a pensar que al compartir una memoria emocional ésta se transforma y, tras verbalizarla, pierde una parte significativa de su valencia hedónica displacentera. Esta suposición está avalada por un trabajo en el que el 89% de los sujetos de una muestra formada por más de mil sujetos afirmaban sentirse aliviados tras compartir la experiencia emocional (Zech, 2000).

Se realizaron diversos estudios siguiendo un mismo diseño, en el que se valoraba la intensidad del episodio emocional, el grado en que posteriormente se había compartido, así como la intensidad emocional experimentada durante la rememoración (Zech, 1999, 2000). Se hipotetizó la existencia de una correlación positiva entre la intensidad del episodio emocional y el grado de recuperación posterior como efecto del compartimiento; sin embargo, los resultados no apoyaron esta hipótesis.

La búsqueda de una variable que modulara el proceso de recuperación fue el objeto de cuatro estudios que realizamos posteriormente. En cada uno de ellos se instruyó a un grupo a que la descripción del episodio emocional se centrara exclusivamente sobre los aspectos objetivos situacionales, mientras que al otro grupo se le pedía expresamente que se centrara en los aspectos emocionales; por último, la condición de control consistía en pedir que se narrara un acontecimiento de escaso valor afectivo. Este diseño pretendía delimitar el efecto del tipo de discurso que se comparte (situacional vs emocional) sobre la recuperación emocional final. En todos los grupos se evaluaron diversos índices (intensidad emocional suscitada por la rememoración del acontecimiento, respuestas psicofisiológicas, etc.) en distintas fases: antes, durante, dos días después de la entrevista, y en algunos casos dos meses después.

Contrariamente a lo esperado no se encontró ningún efecto significativo que pudiera atribuirse al empleo de un tipo u otro tipo de narración compartida sobre los diversos índices de recuperación emocional. El hecho de no encontrar ningún efecto en la intensidad con que se revivían las memorias emocionales entre los diversos grupos sugiere que el proceso de compartimiento emocional fracasó a la hora de aliviar la memoria emocional displacentera (Zech, 1999, 2000).

Estos resultados nos indujeron a estudiar la noción de recuperación emocional con la que habíamos trabajado anteriormente. En un estudio realizado por Rimé, Hayward y Pennebaker (1996), se instruyó a los sujetos para que recordaran una experiencia emocional de la que estimaban que se habían recuperado emocionalmente, así como de otra de la que no se hubieran recuperado. En ambas condiciones se evaluó el impacto inicial y las consecuencias de la

experiencia, así como el uso compartido que habían hecho de ambas. Los resultados mostraron que ambas experiencias suscitaban un impacto emocional similar, así como que habían sido compartidas mayoritariamente durante los días y semanas posteriores a que acaecieran. Sin embargo, con relación a la recuperación inducida por ambos tipos de acontecimientos, encontramos diferencias estables en el impacto emocional residual y en los índices de recuperación. Los resultados confirman la utilidad del concepto de recuperación emocional, ya que las memorias de las que los sujetos afirmaban no haberse recuperado mostraron un fuerte impacto en los sentimientos, la conducta social y adaptación con relación a las memorias ante las que afirmaron haberse recuperado anteriormente.

En estudios posteriores se pidió a los sujetos que valoraran la intensidad emocional con la que rememoraban un acontecimiento emocional reciente (*intensidad emocional residual*), así como el grado en que tenían necesidad de hablar de él y aún lo hacían (*compartimiento social residual*). El periodo de tiempo transcurrido entre el acontecimiento emocional y las valoraciones de sus efectos varió desde una semana (Rimé, Zech, Finkenauer, Luminet y Dozier, 1996), varios meses (Luminet et al., 1999), e incluso varios años (Rimé, Finkenauer y Sangsue, 1994). Se observó la existencia de una relación significativa positiva entre la intensidad emocional residual y compartimiento social residual, confirmándose que las memorias de acontecimientos emocionales recientes de los que el sujeto no se ha recuperado son compartidas más frecuentemente que aquellas se consideran superadas (para una revisión, véase Rimé et al., 1998).

Este hecho permite diversas interpretaciones; en primer lugar entendemos que hablar de un acontecimiento emocional reactiva los sentimientos asociados y favore-

cen el compartimiento residual. ¿Significa esto que cuando un sujeto no ha sido capaz de recuperarse de un acontecimiento emocional lo comparte indefinidamente? Al examinar los datos de que disponemos, observamos que en seis de los ocho estudios realizados la intensidad emocional residual está más relacionada con la necesidad de compartir que con la necesidad de compartir residual; en otras palabras, cuando la gente se ha recuperado de un episodio emocional siente la necesidad hablar de él hasta cierto punto. Ciertas restricciones sociales (Pennebaker, 1993) modulan probablemente la relación entre la emotividad residual y el uso compartido residual.

En resumen, experimentar una emoción nos induce a compartirla socialmente, preferentemente con nuestro entorno más cercano, y todo ello a pesar de que durante este proceso revivamos efectos displacenteros. Por otra parte, está muy extendida la creencia de que compartir una emoción induce necesariamente al alivio emocional, sin embargo nuestros trabajos matizan esta creencia, puesto que no parece que hablar de una memoria emocional tenga un impacto significativo sobre su intensidad emocional residual. No obstante, al compartir las emociones sentimos que este proceso acarrea consecuencias saludables, si bien nuestros resultados matizan esta creencia, ya que la falta de recuperación está fuertemente asociada a la perpetuación de su uso compartido, y aún más intensamente con la necesidad constante de compartir. Algunas de las hipótesis de partida que fueron refutadas experimentalmente nos llevan a concluir que el compartir una emoción no induce alivio emocional *per se*, esto es, al compartir una emoción se modifica la memoria emocional en menor grado de lo que se creía.

Este hecho permite una interpretación en términos adaptativos, ya que una memo-

ria emocional transmite información importante con relación a situaciones pasadas que pueden reexperimentarse en el futuro; si pudiéramos cambiar los sentimientos que despierta una emoción por la mera conversación sobre ella, entonces nos veríamos privados para poder hacer uso adaptativo de esta experiencia relevante en el futuro al confrontarnos ante situaciones similares que son, como todo lo que envuelve a la emoción, vitales para nuestra supervivencia (Rimé, 1999).

Mecanismos explicativos de la confrontación y el compartir emocional

Tras revisar algunos de los procesos que pueden explicar los efectos de la confrontación y el compartir social de las emociones, en este apartado revisamos estos procesos integrándolos dentro de los modelos explicativos clásicos que han estudiado los efectos de la expresión emocional. Abordaremos también los estudios sobre el afrontamiento de hechos traumáticos y estresantes, enmarcándolos dentro de las principales teorías explicativas de las emociones.

Expresión verbal, facial y procesos de recuperación emocional

El modelo de la catarsis

Durante décadas se supuso que hablar sobre la propia vida afectiva acarrea efectos positivos, ya que permitía la descarga emocional.

Esta creencia es, en parte, compartida en nuestra cultura individualista, aunque no en otras que consideran la moderación y el equilibrio una regla fundamental de expresión emocional. Los resultados experimentales y correlacionales confirman que expresar o narrar eventos emocionales contribuye a la recuperación emocional, si bien

en una primera fase del proceso pueden incrementarse o mantenerse la afectividad negativa ligada al suceso.

Los resultados generales de estos estudios sugieren la existencia de una relación lineal entre expresión emocional (tanto facial como verbal) e intensidad de la experiencia afectiva (Kennedy-Moore y Watson, 1999). Dos estudios confirman que quienes expresan predominantemente por vías no verbales la tristeza (mediante sollozos o expresiones faciales), tienden a mantener a medio y largo plazo peores niveles de adaptación y bienestar, controlando los niveles iniciales de distrés (Bonnano y Kaltman, 1999).

Probablemente la expresión verbal y no verbal intensa de emociones negativas refuerce la intensidad subjetiva de la emoción ligada al acontecimiento displacentero, obstaculice el empleo de formas adaptativas de afrontamiento (distracción, encontrar un sentido) y reduzca la red capaz de proveer apoyo social a la persona.

El modelo de la fiebre o de la expresión como efecto de la activación emocional

Para este modelo, verbalizar y expresar las emociones es predominantemente un efecto de la hiperactivación afectiva. Así, haciendo una analogía con los procesos febriles, habríamos de entender que el grado de hipertermia habría de ser proporcional a la magnitud de la infección orgánica, como expresión de los procesos internos que protegen el medio orgánico interno.

Varios estudios muestran que el grado de auto-revelación emocional no se asocia a una mejora o, paradójicamente, están relacionados con incrementos en el malestar, congruentemente con los resultados que muestran que escribir o hablar repetidamente sobre hechos emocionales negativos incrementa el distrés a corto plazo (Stiles, 1995).

El modelo compensatorio o del efecto techo

Hablar sobre sucesos emocionales es beneficioso para quienes los han inhibido, bien por ausencia de apoyo social, por la presencia de un entorno que estigmatice o rechace lo revelado, bien por carecer de habilidades expresivas.

De hecho, el meta-análisis de Smyth (1998) antes descrito, amén de dos estudios más confirman que las personas con déficits de expresión verbal de las emociones, como quienes presentan altos niveles de alexitimia, obtienen un mayor beneficio de la expresión emocional inducida (véase Paez, Velasco y González, 1999). Ahora bien, la mayoría de la gente comparte o habla sobre sus experiencias emocionales (varios estudios estiman que los sucesos traumáticos no narrados rondan el 5%, Paez, González y Velasco, 1999).

Los posibles beneficios inducidos por la expresión verbal provocan rápidamente un efecto techo, por el cual reincidir en la expresión de un mismo acontecimiento puede constituir una forma desadaptada de rumiación interpersonal, capaz de evocar constantemente el suceso, manteniendo la afectividad negativa vinculada a éste.

Respuestas afectivas y cognitivas automáticas y recuperación emocional

El modelo de la desensibilización

Supone que hablar o escribir sobre un hecho, reviviéndolo en un estado de hipoactivación afectiva contribuye a reducir la activación emocional. Los efectos positivos del tratamiento de estrés post-traumático en que se rememora el suceso en un estado de relajación reafirman esta posibilidad (Herman, 1997). Sin embargo, el hablar o escribir de forma breve, en medio de una fuerte activación emocional, puede provocar también un

efecto de sensibilización, esto es, de mantenimiento de la memoria emocional negativa.

El modelo de expresión y rumiación

Este modelo postula que la expresión disminuye los pensamientos automáticos de carácter icónico-emocional.

Aunque algunos autores creen que los pensamientos intrusivos o la rumiación pueden jugar un importante papel en la asimilación del hecho; sin embargo, los resultados de diversos estudios parecen refutar esta creencia. La rumiación, los pensamientos repetitivos sobre un hecho emocional se asocian desadaptativamente al mantenimiento de la activación afectiva negativa vinculada a éste.

Diversas investigaciones muestran que quienes mantienen altos niveles de rumiación prolongan su estado afectivo negativo (Kennedy-Moore y Watson, 1999). Posiblemente, la rumiación refuerce los estados afectivos negativos si ésta no se asocia a un cambio cognitivo o a la búsqueda de un sentido que permita la asimilación del hecho traumático.

Por otra parte, Lepore, Wortman, Silver y Wayment (1996) demostraron la importancia del contexto social en los efectos de la expresión emocional, por cuanto el nivel de pensamientos intrusivos predecía la depresión un año después, en el caso de madres que habían perdido su bebé y vivían en un contexto social que negaba o reprimía la comunicación sobre el trauma. Por el contrario, no encontró relación alguna entre rumiación y depresión en el grupo de madres que poseían una red social que aceptaba hablar de la pérdida.

En suma, creemos que la inhibición inducida por factores sociales refuerza el impacto afectivo de la rumiación, aunque existen menos evidencias que indiquen que la expresión verbal reduzca la frecuencia.

Evaluación, reevaluación y recuperación

El modelo de la asimilación cognitiva

Un suceso emocional negativo e intenso modifica en gran medida la creencias del sujeto. La reevaluación de este acontecimiento, su integración en los esquemas o creencias sobre sí y el mundo, constituyen aspectos centrales para su asimilación.

Los estudios sobre formas de afrontamiento de hechos traumáticos y estresantes han confirmado que otorgarle un sentido (ya teleológico, ya ideológico) a un hecho, encontrar sus aspectos positivos (“*aprendí a valorar la vida, a desdramatizar los pequeños problemas*”) se asocia y predice una mejor recuperación.

Un total de 5 estudios han informado que percibir aspectos positivos personales o interpersonales de hechos traumáticos se asocia a una menor alteración afectiva (Calhoun y Tedeschi, 1998; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

Es preciso señalar que otorgar un sentido menos amenazante, más controlable y positivo a un hecho traumático implica un esfuerzo cognitivo. Un estudio experimental confirmó que era necesario escribir con cierta intensidad y profundidad sobre un hecho traumático para que se produjera un efecto positivo a medio plazo. Las personas que escribían brevemente, en particular si previamente tenían un déficit de verbalización afectiva, evaluaban el hecho más negativamente después que antes de escribir de él (Paez, Velasco y González, 1999).

Estos resultados sugieren la necesidad de realizar esfuerzos cognitivos para que se produzcan efectos positivos, y que este trabajo implica darle un sentido “positivista” y asimilarlo simbólicamente. Es preciso señalar que ante muchos hechos traumáticos es imposible otorgarles un sentido, por lo que en estos casos se dificulta el proceso, así por ejemplo los

así por ejemplo los deseos de venganza de víctimas del terrorismo se asocian y predicen un peor estado afectivo (Herman, 1997). Dos estudios muestran que quienes más intentan comprender el suceso traumático mantienen durante más tiempo el duelo mientras siguen preguntándose el porqué de lo ocurrido durante años (Bonnano y Kaltman, 1999).

El modelo de la validación o apoyo emocional y del conflicto cognitivo

La mera descarga afectiva y el apoyo emocional en sí mismos no son adaptativos. Un meta-análisis sobre nuestras investigaciones reuniendo más de dos mil sujetos no encontró relación entre la forma de afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional y el equilibrio afectivo

Una investigación sobre el afrontamiento de recuerdos traumáticos en veteranos de guerra encontró que tanto el aislamiento como la descarga y búsqueda de apoyo emocional se asociaban a mayores niveles de afectividad negativa (Fairbanks, Hansen y Fitterling, 1991). Un estudio sugiere que el factor realmente importante es la manifestación de apoyo y validación de la emoción, aunque también su regulación y el cuestionamiento de las creencias de la persona que expresa la emoción.

Las personas expuestas a un estímulo traumático (película de una violación) que hablaron con un amigo que estaba en desacuerdo con su reacción y la cuestionaba, mostraban menor estrés y enfado al hablar posteriormente sobre la película, y les costó menos procesar estímulos vinculados a la violación, que un grupo de control (Ramos, 2000). Si se cuestionan las creencias de la persona se crea un conflicto cognitivo, y al mismo tiempo se le apoya emocionalmente, ayudándoles a reevaluar su respuesta afectiva. El mero refuerzo de la emoción sentida sólo ayuda a intensificar el estado afec-

tivo; una investigación encontró una asociación negativa entre apoyo social y ansiedad en familiares de soldados en guerra: las personas más integradas compartían más rumores ansiógenos y empeoraban su estado de ánimo (Kennedy-Moore y Watson, 1999).

Procesos sociales y recuperación emocional

El modelo de la externalización y sentido social

Hablar y expresar las emociones, incluso mediante mecanismos semióticos no verbales, conductuales o mixtos (escultura, pintura, rituales), es una forma de exteriorizar, otorgar un sentido inter-subjetivo y público a un hecho emocional.

Los efectos positivos observados en expresos políticos de la técnica del testimonio (principalmente la disminución de los síntomas de estrés post-traumático) sugieren que este proceso es funcional. La técnica del testimonio implica narrar los hechos traumáticos, transcribirlos y revisarlos junto con el terapeuta, el que actúa como “notario” de la verdad de lo ocurrido en una ceremonia pública. Además, a esta narración se le otorga sentido de denuncia y testimonio de lo ocurrido. Procesos similares, sin el sentido de denuncia, en los que se comparte la objetivación y reconocimiento público ceremonial, se producen en los tratamientos por creación narrativa de escenarios traumáticos y desensibilización (Herman, 1997).

El modelo de la integración social

Expresar y hablar tiene un efecto positivo porque refuerza la integración social, el autoconcepto y autoestima social de las personas: un meta-análisis concluye que la autorevelación emocional se asociaba a ser positivamente evaluados por las personas que escuchaban esta información; del mis-

mo modo, las personas que hablaban sobre sí mismos apreciaban en mayor medida a sus oyentes (Collins y Miller, 1994).

Los estudios sobre los efectos de los rituales de duelo (entre viudos, parejas de fallecidos por SIDA o familiares de víctimas de traumas colectivos), que implican la expresión y externalización pública de las emociones vinculadas a la pérdida, han encontrado que estos no disminuyen las emociones negativas, sin embargo aumentan la integración social, las conductas altruistas y la cohesión social (Martín, Páez y González, 2000). Una limitación a este proceso es que la escucha de hechos traumáticos se asocia a activación emocional negativa, que las personas que entregan excesivamente información emocional sobre sí no son tan apreciadas, así como que las personas deprimidas que expresan repetidamente emociones negativas tienden a ser rechazadas por su entorno.

De igual modo, este proceso puede atribuirse a las colectividades incapaces de conmemorar de forma inmediata y repetida los hechos traumáticos, sino que tienden a hacerlo de forma distanciada e idealizada (enfaticando sus aspectos positivos) (Páez, Valencia, Pennebaker y Rimé, 1998). Esto implica que la integración social puede implicar un coste afectivo para los afectados, por la reactivación emocional de las conmemoraciones, así como una sensación de extrañamiento cultural, por la distancia entre su propia experiencia y el contenido de las actividades colectivas de recuerdo (Herman, 1997).

Después de examinar las explicaciones de los efectos de la expresión emocional, creemos que la expresión verbal se asocia tanto a procesos adaptativos (desensibilización, asimilación cognitiva, integración social) como a otros desadaptativos, ya que inducen un mantenimiento de la activación emocional a causa de la rumiación y la per-

petuación de la verbalización más allá de un umbral que no contribuye a la reevaluación cognitiva del hecho.

Por otro lado, estudios sobre enfermedades y hechos estresantes confirman regularmente que la evitación e inhibición emocional se asocian negativamente a la salud y adaptación (Kennedy-Moore y Watson, 1999).

Déficits en la identificación y expresión emocional: la alexitimia

Hasta este punto hemos revisado los efectos que acarrea la revelación emocional y su uso compartido, tanto para la salud como para la recuperación emocional.

Similares efectos han sido observados también en otros estudios en los que la inhibición voluntaria de la respuesta emocional manifiesta se relacionan con estados de hiperactivación psicofisiológicas (Gross y Levenson, 1993; Gross y Levenson, 1997; Gross, 1998; Berry y Pennebaker, 1993).

La premisa implícita en todos estos estudios, y sobre la que se fundamentan los efectos beneficiosos de la expresión emocional, es que el sujeto voluntariamente exprese sus sentimientos. Pero, ¿qué ocurre cuando el sujeto presenta dificultades para identificarlos, expresarlos y, en su caso, compartirlos?, ¿puede este hecho acarrear repercusiones negativas sobre su salud y bienestar?

Estas preguntas tienen, como el lector sospecha, difícil contestación, sin embargo un importante cuerpo de investigación ha tratado de esclarecer las relaciones entre la incapacidad para expresar e identificar emociones y la salud; estas investigaciones se han centrado en un constructo denominado alexitimia.

La alexitimia -etimológicamente, ausencia de palabras para expresar las propias emociones- es un constructo hipotético multidimensional, formulado en la década de los setenta por Sifneos (1973) para describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes aquejados de alteraciones psicósomáticas.

El interés por estudiar las alteraciones en la identificación y expresión de las emociones, como uno de los mecanismos capaces de esclarecer las relaciones que se establecen en el complejo binomio emoción-salud, supone una alternativa a las simplistas concepciones que establecen una relación lineal cuasi proporcional entre emociones negativas y patología somática, a la vez que se postula que las relaciones entre agentes patológicos y trastornos psicósomáticos no son simples, ni por supuesto lineales (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994).

Se considera que quienes padecen altos niveles de alexitimia muestran una marcada dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, junto a dificultades para describir sentimientos a los otros, asimismo muestran constricción en los procesos simbólicos, expresada a través de una reducida capacidad de fantasía, así como un patrón de expectativas y atribuciones orientado a los acontecimientos y detalles externos (Martínez-Sánchez, 1999; Taylor, 2000). Estas características son interpretadas en términos de un desorden en la regulación afectiva, así como un rasgo de personalidad (Taylor, Bagby y Parker, 1991) muy estable en el tiempo (Martínez-Sánchez, Ato, Córcoles, Huedo y Selva, 1998).

La etiología de la alexitimia implica probablemente múltiples factores, entre los que se incluyen influencias genéticas, socioculturales, alteraciones neurobiológicas, deficiencias en el desarrollo afectivo, experiencias traumáticas tempranas, así como déficits en el procesamiento cognitivo de la información y regulación afectiva (Martínez-Sánchez y Ortiz, 2001).

Un creciente cuerpo de investigación apoya la visión de que la alexitimia refleja déficits en el procesamiento cognitivo y regulación emocional (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994; Berenbaum y Prince, 1994; Roedema y Simons, 1999; Suslow, 1998). Se propone su consideración en términos de un déficit en la regulación afectiva y en el procesamiento de la información emocional, subrayando la dificultad de los alexitímicos para procesar información de carácter afectivo.

Recientemente han sido validadas experimentalmente algunas de las premisas sobre las que se asienta esta hipótesis, entre las que destacan: 1) Dificultad para procesar información afectiva de carácter no lingüístico (Dewaraja y Sasaki, 1990), tales como expresiones faciales emocionales (McDonald y Prkachin, 1990; Mandal y Singh, 1990; Jessimer y Markham, 1997; Parker Taylor y Bagby, 1993) y el reconocimiento de expresiones vocales emocionales (Martínez-Sánchez, Montero y de la Cerra, en prensa); 2) Dificultad para discriminar entre distintos estados emocionales en tareas que implican el uso de descriptores verbales (Bagby, Parker, Taylor y Acklin, 1993; Lambert y Holt, 1995); 3) Patrones atencionales específicos de la información emocional (Martínez Sánchez y Marín, 1997); 4) Procesamiento no simbólico de la in-

formación visual (Montreuil, Jouvent, Carton, Bungener y Widlocher, 1991).

Aleximia y salud

Numerosos estudios han informado la existencia relaciones significativas entre la alexitimia, síntomas y un amplio espectro de patologías asociadas a etiología emocional: abuso de sustancias psicoactivas (Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1992); anorexia nerviosa (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992); dolor crónico (Chaturvedi, 1988), trastornos somatoformes (Cox et al., 1994), hipertensión (Jula, Salminen y Saarijarvi, 1999), enfermedad inflamatoria intestinal (Porcelli et al., 1996), úlcera péptica duodenal (Vinaccia, Tobón, Martínez-Sánchez y Sandín, 2001), etc.

Se ha asociado también la alexitimia a trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés: estrés postraumático (Krystal, Giller y Cicchetti, 1986; Zeitlin, McNally y Cassiday, 1993); trastornos de pánico (McNally, Riemann y Kim, 1990); estrés cotidiano (Kohn et al., 1994), etc.

A raíz de esta observación, Martin y Phil (1985) formulan la denominada "hipótesis del estrés" que sostiene que la presencia de características alexitímicas supone un factor de riesgo capaz de agravar las repercusiones patógenas del estrés, propiciando las condiciones favorables para el desarrollo de trastornos que cursen con el estrés. El proceso acaecería, en situaciones de adaptación, por la confluencia de una serie de procesos:

1) la limitada conciencia afectiva y el patrón de afrontamiento orientado a la acción, junto a la dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional, favorecen la amplifica-

ción, retroacción y el prolongamiento de los componentes somáticos de la activación emocional (Lane y Schwartz, 1987).

2) las deficiencias en la habilidad para modular el nivel de activación simpática y reaccionar de manera adecuada (homeostática), en el plano cognitivo, fisiológico y conductual, que permita la resolución y el afrontamiento adecuado del estado emocional displacentero.

3) la disociación entre respuestas fisiológicas y subjetivas incapacitan al sujeto para percibir la activación como una señal interna indicadora de la existencia de procesos de adaptación, por tanto, el sujeto tendería a seguir expuesto a sus efectos patógenos al carecer de la información precisa, no solo para realizar un afrontamiento dirigido a la emoción, sino también hacia el problema, o en su caso para poner en marcha estrategias de evitación o huida.

Se cree que la limitada conciencia emocional y la particular forma de procesar los afectos provocan una amplificación crónica de la activación fisiológica emocional y neurovegetativa en respuesta al estrés (Infrasca, 1997; Martin y Pihl, 1986) capaz, potencialmente, de alterar el sistema inmune, pituitario-adrenal y autonómico. Esta desregulación autonómica, junto a los altos niveles de activación no contingentes con las demandas situacionales puede explicar las frecuentes patologías asociadas a la alexitimia.

Además, la alexitimia ha sido interpretada también como un riesgo para la salud, capaz de incrementar los factores de riesgo para la salud haciendo el sujeto más vulnerable a la enfermedad por la realización de ciertas conductas insanas, como el afrontamiento mediante la ingesta de alcohol o el paso a la acción, así

como por la existencia de sesgos en la percepción e interpretación de las sensaciones somáticas y síntomas ligados a la activación emocional, que impedirían la realización de conductas de salud (Lumley, Stettner y Wehmer, 1996; Lumley, Tomakowsky y Torosian, 1997; Näring y van der Staak, 1995; Sachse, 1994; Martínez-Sánchez, Ortiz y Ato 2001). Por ejemplo, el déficit de verbalización afectiva de la alexitimia se asociaba negativamente al informe de conductas preventivas de salud (Paez y Velasco, 1993).

Mecanismos explicativos de los efectos negativos de la alexitimia asociados a la inhibición emocional

Complementariamente a los mecanismos explicativos anteriormente abordados, vinculados al déficit intra-personal de procesamiento de las emociones, en este apartado revisaremos cómo el déficit de verbalización emocional se asocia a la inhibición, supresión o evitación cognitiva-conductual de estados emocionales. Examinaremos los procesos disfuncionales de esta inhibición, revisando las evidencias que apuntan a que la inhibición y sus procesos asociados constituyen la principal manifestación de quienes muestran altos niveles de dificultad para expresar verbalmente sus sentimientos.

La alexitimia se ha asociado a formas de afrontamiento evitativo o de inhibición emocional. Los sujetos con altos niveles de alexitimia tienden a evitar compartir con otros, a ocultar su malestar o utilizar mecanismos sustitutorios como la ingesta de alcohol para olvidar su malestar emocional (Paez, Basabe, Valdoseda, Velasco y Iraurgi, 1995; Velasco, Fernandez y Paez, 2001). Del mismo modo, la ausencia de expresión verbal se asocia a esfuerzos

de inhibición desadaptativos e involuntarios (Kennedy-Moore y Watson, 1999). Esta evitación emocional es disfuncional, dado que:

1) Implica un esfuerzo fisiológico: inhibir se asocia a incrementos del nivel general de activación; este hecho permite conceptualizar la inhibición como un estresor crónico acumulativo; en otras palabras: a mayor déficit de verbalización emocional, mayor será el esfuerzo inhibitorio (Paez, Velasco y González, 1999).

2) La inhibición de la expresión emocional puede evitar la habituación y disminución de la reactividad fisiológica y afectiva al ser expuestos a estímulos asociados al episodio emocional inicial. Existen evidencias parciales que apoyan este mecanismo explicativo por cuanto Paez y Velasco (1993) informaron que el déficit de verbalización se asociaba a una mayor activación afectiva al recordar un suceso emocional, mientras que disminuían la activación emocional provocado por el recuerdo de un hecho traumático después de escribir intensamente sobre él -lo que no ocurría en el caso de las personas de baja alexitimia o que escribían brevemente sobre el hecho-. Este hecho muestra que la expresión emocional permite disminuir la activación emocional del recuerdo y facilitar la habituación, así como que las distintas dimensiones que componen la alexitimia tienen relaciones diferentes con ciertos procesos mediadores.

3) La inhibición implica intentar suprimir voluntariamente los pensamientos intrusivos vinculados a un hecho emocional. Un estudio ha confirmado que las personas de alta alexitimia utilizan más la inhibición y evitación cognitiva (Velasco, Fernandez y Paez, 2001). La su-

presión voluntaria de pensamientos intrusivos muchas veces es infructuosa. Estas tentativas de inhibición implican generalmente un efecto de rebote: después del esfuerzo inhibitorio se incrementa el nivel de rumiación. Según Wegner el esfuerzo consciente de buscar distractores provoca que de forma automática se asocie el estímulo emocional negativo a una serie mayor de otros estímulos: si trato de no pensar en un episodio de vergüenza, para hacerlo escucho música. Al final el estímulo vergonzante se podrá recuperar más fácilmente de la memoria por su fuerte red asociativa (habré establecido relaciones entre la vergüenza y una música relajante), por ello, los estímulos negativos tendrán relaciones con una amplia red asociativa de estímulos en mi memoria.

Las personas que inhibían pensamientos intrusivos sobre un hecho estresante tendían a rumiar más sobre él a largo plazo. La supresión se asocia con un aumento del arousal, es decir, actúa como estresor acumulativo y al reforzar la rumiación se refuerza la afectividad negativa –ya que la rumiación intensifica el estado emocional- (Davis et al., 1998; Kennedy-Moore y Watson, 1999).

Es preciso señalar que la alexitimia no se asocia a la rumiación sobre hechos traumáticos, por lo que este mecanismo explicativo no parece tan decisivo, aunque si se asocia a la evitación general y cognitiva en particular. Esto es coherente con los resultados anteriormente descritos sobre los efectos positivos de la expresión: estos no se producían por una disminución de la frecuencia de pensamientos repetitivos o rumiación, sino porque la confrontación escrita superaba la evitación y permitía tanto la habitua-

ción como la re-evaluación cognitiva de los estímulos emocionales (véase Paez, Gonzalez y Velasco, 1999).

4) La inhibición de la comunicación sobre los hechos emocionales impide la búsqueda de un sentido y su re-evaluación. Las tareas cognitivas sin finalizar tienden a permanecer más tiempo activas en la memoria (efecto Zeigarnik). Confirmando este mecanismo explicativo, las personas con altos niveles de alexitimia informan emplear menos formas de afrontamiento ante hechos estresantes relacionadas con la búsqueda de información y la reevaluación (Velasco, Fernández y Páez, 2001). En el mismo sentido, las personas de mayor puntuación en la dimensión de déficit de verbalización manifestaban una menor claridad de la memoria (menor claridad de imágenes, etc.) y una peor evaluación (menos controlable, menor sentido, más difícil de narrar) tanto de hechos emocionales normales (Paez y Velasco, 1993) como de hechos traumáticos (Paez, González y Velasco, 1999).

Aunque existen dificultades en general para otorgarles un sentido y extraer un beneficio a los hechos traumáticos, estos son evaluados de más forma negativa e incontrolable por las personas con mayores déficits de verbalización. Un estudio experimental confirmó que la expresión emocional permitía mejorar la evaluación de un hecho traumático previamente inhibido o poco hablado. Los sujetos con alto déficit de verbalización emocional que escribían de forma intensiva mejoraban su evaluación de un hecho traumático, mientras que no ocurría lo mismo con los que escribían brevemente –si bien el efecto era pequeño y

rondaba la significación- (Pennebaker, 1989; Paez, González y Velasco, 1999).

5) Por otra parte, la inhibición emocional y evitación de la expresión tiene efectos negativos en la inserción social de la persona: el no revelar información emocional evita que se establezcan relaciones de confianza con los otros, a la vez que obstaculiza la integración social. Dos estudios apuntan que el déficit de verbalización emocional se asocia a un menor apoyo social objetivo o frecuencia de contacto con familiares, amigos y vecinos, tanto como a la percepción de una peor calidad del apoyo o a un menor apoyo social subjetivo. Además, en el último estudio, las personas con altos niveles de alexitimia afrontaban el estrés mediante la evitación del contacto social (Paez y Velasco, 1993; Velasco et al., 2001).

Ahora bien, debemos interrogarnos sobre si estos mecanismos son suficientes para explicar los efectos disfuncionales de la alexitimia. Una forma de hacerlo es mediante un análisis mediacional: si se controlan las formas de afrontamiento y el apoyo social que se asocian a la alexitimia, y el efecto de la alexitimia en la salud y el bienestar, su influencia específica desaparecería en un análisis multivariado. Si bien un análisis mediacional se ve condicionado por las limita-

ciones muestrales, de fiabilidad y validez de las medidas utilizadas, por lo que tiene sólo una utilidad limitada –mucho más cuando tratándose de un estudio correlacional-. Siendo conscientes de ello, un estudio correlacional mostró que la alexitimia se asociaba a un peor apoyo social subjetivo, menor búsqueda de información y re-evaluación, mayor inhibición cognitivo-afectiva, menor expresión emocional y menor afrontamiento directo o instrumental, mayor evitación conductual, además de asociarse a una peor balanza de afectos.

Todo ello sugiere que todos estos mecanismos cognitivos-conductuales parecen mediar los efectos de la alexitimia y del déficit de verbalización emocional, con la excepción de la rumiación, aunque no son los únicos procesos explicativos del papel disfuncional de la alexitimia. Sugieren también que los factores psicosociales juegan un destacado papel en el estado de salud y bienestar.

Agradecimientos

La preparación de este trabajo ha sido posible gracias a la subvención del National Institutes of Health (MH-52391) y la subvención 8.4506.98 del Belgian National Fund for Scientific Research.

Referencias bibliográficas

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. y Acklin, M. W. (1993). Alexithymia and the ability to distinguish different emotional states. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 122.
- Berenbaum, H. y Prince, J.D. (1994). Alexithymia and the interpretation of emotion-relevant information. *Emotion and Cognition*, 8(3), 231-244.
- Berry, D. S. y Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 11-19.
- Berry, D. S., Pennebaker, J. W., Mueller, J. S. y Hiller, W. S. (1997). Linguistic bases of social perception. *Personality and So-*

- cial Psychology Bulletin*, 23, 526-537.
- Bonano, G.A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 760-776.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. y Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1998). Beyond recovery from trauma. *Journal of Social Issues*, 54, 357-371.
- Chaturvedi, S.K. (1988). Chronic pain patients with and without alexithymia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(9), 830-833.
- Christensen, A. J. y Smith, T. W. (1994). Cynical hostility and cardiovascular reactivity during self-disclosure. *Psychosomatic Medicine*, 55, 193-202.
- Christophe, V. (1997). *Le partage social des émotions du point de vue de l'auditeur*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Lille III, Francia.
- Christophe, V. y Rimé, B. (1997). Exposure to the social sharing of emotion: emotional impact, listener responses and secondary social sharing. *European Journal of Social Psychology*, 27, 37-54.
- Cox, B.J., Kuch, K., Parker, J.D.A., Shulman, I.D. y Evans, R.J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 523-527.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construal of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Davison, K. P. y Pennebaker, J. W. y Dickerson, S. S. (2000). Who talks?. The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205-217.
- Dewaraja, R. y Sasaki, Y. (1990). A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54(4), 201-207.
- Dindia, K. y Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106-124.
- Donnelly, D. A. y Murray, E. J. (1991). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 334-350.
- Echevarría, A. y Páez, D. (1989). *Emociones: perspectivas psico-sociales*. Madrid: Fundamentos.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Fletcher, M. A., Margulies, S. y Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Kumar, M. y Schneiderman, N. (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-bar vital capsid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*, 52, 397-410.
- Fairbank, J.A., Hansen, D.J. y Fitterling, J.M. (1991). Pattern of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without Posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281.
- Finkenauer, C. y Rimé, B. (1998a). Socially shared emotional experiences kept secret: differential characteristics and consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 295-318.
- Finkenauer, C. y Rimé, B. (1998b). Keeping emotional memories secret: Health and subjective well-being when emotions are not shared. *Journal of Health Psychology*, 3, 47-58.
- Francis, M. E. y Pennebaker, J. W. (1992). Putting stress into words: The impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Greenberg, L. S. y Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- Greenberg, M. A. y Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 75-84.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Herman, J.D. (1997). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Infrasca, R. (1997). Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism. An experimental study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 276-280.
- Jessimer, M. y Markham, R. (1997). Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expres-

- sions?. *Brain and Cognition*, 34, 246-258.
- Jula, A., Salminen, J.K. y Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33, 1057-1061.
- Kauhaneen, J., Julkunen, J. y Salonen, J.T. (1992). Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18(3), 121-126.
- Kennedy-Moore, E. y Watson, J.C. (1999). *Expressing emotion*. New York. The Guilford Press.
- Kohn, P.M., Gurevich, M., Pickering, D.I., y McDonald, E. (1994). Alexithymia, reactivity, and the adverse impact of hassles-based stress. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 805-812.
- Krystal, J.H., Giller, E. y Cicchetti, D. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 48-94.
- Lamberty, G.J. y Holt, G.S. (1995). Evidence for a verbal deficit in alexithymia. *Journal of Neuro-psychiatry*, 7(3), 320-324.
- Lane, R.D. y Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lehman, D. R., Wortman, B. C. y Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231.
- Lepore, S.J., Silver, R.C., Wortman, C.B. y Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Lepore, S.J., Wortman, C.B., Silver, R.C. y Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic?. *Clinical Psychology Review*, 18, 71-102.
- Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. S. R. y Rimé, B. (1999). Social sharing of emotion: Experimental evidence. Manuscrito en revisión.
- Luminet, O., Zech, E., Rimé, B. y Wagner, H. (1999). *Predicting cognitive and social consequences of emotional episodes: The contribution of emotional intensity, the Five Factor Model and alexithymia*. Manuscrito enviado para publicación.
- Lumley, M.A., Stettner, L. y Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518.
- Lumley, M.A., Tomakowsky, J. y Torosian, T. (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, 38, 497-502.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Kumar, M. y Schneiderman, N. (1994). Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 63-78.
- Mandal, M.K. y Singh, S.K. (1990). Lateral asymmetry in identification and expression of facial emotions. *Cognition and Emotion*, 4, 61-70.
- Martín, C., Paez, D. y González, J.C. (2000). Rituals, Social Sharing, Silence, Emotions and Collective Memory in the case of Guatemalan Genocide. *Psicotherma*, 12, 117-130.
- Martin, J. B. y Pihl, R.O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Martin, J.B. y Pihl, R.O. (1986). Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 66-77.
- Martínez-Sánchez, F. (1999). La alexitimia: un factor de riesgo para el padecimiento de los efectos patógenos del estrés. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.). *Emoción y Salud* (pp. 387-401). Barcelona: Ariel.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109.
- Martínez-Sánchez, F. y Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. *Psicothema*, 9(3), 519-527.
- Martínez-Sánchez, F. y Ortiz, B. (2001). Consideraciones en torno a la etiología de la alexitimia. *Boletín de Psicología*, 70, 11-28.
- Martínez-Sánchez, F., Ato, M., Córcoles, E., Huedo, T. y Selva, J. (1998). Stability in the alexitimia levels: a longitudinal analysis of temporary series on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 767-772.
- Martínez-Sánchez, F., Montero, J.M. y de la Cerra, J. (en prensa). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*.
- Martínez-Sánchez, F., Ortiz, B. y Ato, M. (2001). Subjective and autonomic stress responses in alexithymia. *Psicothema*, 13(1), 63-68.

- McDonald, P.W. y Prkachin, K.W. (1990). The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 52, 199-210.
- McKillop, K., Abbate, D., Johnson, E., Gattone, T., Murphy, B. y Senn, T. (1997). Don't judge, don't tell: Revealing secrets and the response of the confidant. *68th Annual Meeting of the Eastern Psychological Association*. Washington, DC.
- McNally, R.J., Riemann, B.C. y Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 407-412.
- Mendolia, M. y Kleck, R. E. (1993). Effects of talking about a stressful event on arousal: Does what we talk about make a difference?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 283-292.
- Montreuil, M., Jouvent, R., Carton, S., Bungener, C. y Widlocher, D. (1991). Parallel Visual Information Processing Test. An experimental assessment of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(4), 212-219.
- Murray, E. J. y Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 391-405.
- Näring, G.W. y van der Staak, C.P. (1995). Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 193-200.
- Páez, D. y Casullo, M. (2000). *Alexitimia y cultura*. Buenos Aires: Paidós.
- Páez, D. y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la Represión. En D.Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Páez, D., Basabe, N., Valdoseda, M., Velasco, C. e Iraurgi, I. (1995). Confrontation: Inhibition, Alexythimia, and Health. En J. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association.
- Páez, D., Velasco, C. y González, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 630-641.
- Páez, D., Valencia, J., Pennebaker, J. y Rimé, B. (1998). *Memorias Colectivas de Procesos Culturales y Políticos*. Bilbao: Eds. UPV.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J. W. (1995). Emotion, disclosure, and health: An overview. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1997a). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J. W. (1997b). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: Guilford Press. (Traducción. *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza).
- Pennebaker, J. W. (1997c). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W. y Francis, M. E. (1999). *Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC*. Erlbaum Publishers.
- Pennebaker, J. W. y Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49, 125-145.
- Pennebaker, J. W. y King, L. A. (1999). Linguistic styles: language use as an individual difference. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1296-1312.
- Pennebaker, J. W., Barger, S.D. y Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. y Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F. y O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K. y Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J. y Francis, M. E. (1997). Linguistic

- predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Pennebaker, J. W., Zech, E. y Rimé, B. (2001). Disclosing and Sharing Emotion: Psychological, Social and Health Consequences. En M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, y H. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539). Washington DC: American Psychological Association.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K. P. y Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a Hepatitis B vaccination program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63, 787-792.
- Petrie, K. J., Booth, R.J. y Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 569-573.
- Ramos, N. (2000). *Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Málaga: Universidad de Málaga.
- Richards, J. M., Beal, W.E., Seagal, J.D. y Pennebaker, J.W. (2000). The effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 156-160.
- Rimé, B. (1987). Le partage social des émotions. *Paper presented at the Symposium on Social Psychology and the Emotions*, Maison des Sciences de l'Homme, Paris, France.
- Rimé, B. (1995). Mental rumination, social sharing, and the recovery from emotional exposure. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 271-291). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rimé, B. (1999). Expressing emotion, physical health, and emotional relief: a cognitive-social perspective. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 175-179.
- Rimé, B. y Zech, E. (2001). *Reactivating the memory of an emotional episode that the person "recovered from" versus an emotional episode that the person "did not recover from": An examination of subjective and physiological variables*. Psychophysiological Approaches to Learning, Affect and Health; Le Lignely, Belgica.
- Rimé, B. y Zech, E. (2001). The Social Sharing of Emotion: Interpersonal and Collective Dimensions. *Boletín de Psicología*
- Rimé, B., Dozier, S., Vandenplas, C. y Declercq, M. (1996). Social sharing of emotion in children. En N. Frijda (Ed.) *ISRE 96. Proceedings of the IXth Conference of the International Society for Research in Emotion* (pp. 161-163). Toronto, Ontario: ISRE.
- Rimé, B., Finkenauer, C. y Sangsue, J. (1994). *How do you feel now?. A retrospective investigation on the adjustment to positive and negative emotional events*. Manuscrito no publicado, Universidad de Lovaina, Louvain-la-Neuve, Belgium.
- Rimé, B., Finkenauer, C. y Sevrin, F. (1995). *Les émotions dans la vie quotidienne des personnes âgées: Impact, gestion, mémorisation, et réevocation*. Manuscrito no publicado, Universidad de Lovaina, Louvain-la-Neuve, Belgica.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. y Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 9, pp. 145-189). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Rimé, B., Hayward, M. S. y Pennebaker, J. W. (1996). *Characteristics of recovered vs. unrecovered emotional experiences*. Trabajo no publicado.
- Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P. y Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5, 435-465.
- Rimé, B., Noël, M. P. y Philippot, P. (1991). Episode émotionnel, réminiscences mentales et réminiscences sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 11, 93-104.
- Rimé, B., Philippot, P., Boca, S. y Mesquita, B. (1992). Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 3, pp. 225-258). Chichester: Wiley.
- Rimé, B., Yogo, M. y Pennebaker, J. W. (1996). *Social sharing of emotion across cultures*. Manuscrito no publicado.
- Rimé, B., Zech, E., Finkenauer, C., Luminet, O. y Dozier, S. (1996). *Different modalities of sharing emotions and their impact on emotional recovery*. 11th General Meeting of the European Association for Experimental Social Psychology, Gmunden, Austria.
- Roedema, T.M. y Simons, R.F. (1999). Emotion-processing deficit in alexithymia. *Psychophysiology*, 36, 379-387.
- Sachse, R. (1994). Herzsclangwahrnehmung bei psychosomatischen patienten: abwendung der aufmerksamkeit von eigenen körperprozessen. *Psychothera-*

- pie, *Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44(8), 284-292.
- Sifneos, P.E. (1973). Prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Singh-Manoux, A. (1998). *Les variations culturelles dans le partage social des émotions*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de París X-Nanterre, Francia.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, J. M., Stone, A.A., Hurewitz, A. y Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(14), 1304-1309.
- Spera, S. P., Buhrfeind, E. D. y Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment of patients with metastatic breast cancer, *Lancet*, ii, 888-891.
- Stiles, W. (1995). Disclosure as a Speech Act: Is it psychotherapeutic to disclose?. En J.W.Pennebaker (Ed.). *Emotion, disclosure and health*. Washington: American Psychological Association.
- Suslow, T. (1998). Alexithymia and automatic affective processing. *European Journal of Personality*, 12, 433-443.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illnesses*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Thomas, J.A. (2000). Disclosure and autonomic autopoiesis: A research and treatment model for twenty-first century cancer survivorship. *Advances in Mind-Body Medicine*, 16, 135-148.
- Traue, H. y Deighton, R. (1999). Inhibition, disclosure, and health: don't simply slash the Gordian knot. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 184-193.
- Velasco, C., Fernández, I. y Páez, D. (2001). Alexitimia, afrontamiento, compartir social y salud. *Boletín de Psicología* (en prensa).
- Vinaccia, S., Tobón, S., Martínez-Sánchez, F y Sandín, B. (2001). Estrés y úlceras péptica duodenal en sujetos con helicobacter pylori: un estudio controlado. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 317-331.
- Yogo, M. y Onoe, K. (1998, Agosto). *The social sharing of emotion among Japanese students*. International Society for Research on Emotion, Wuerzburg, Alemania.
- Zech, E. (1999). Is it really helpful to verbalise ones emotions?. *Gedrag en Gezondheid*, 27, 42-47.
- Zech, E. (2000). *The impact of the communication of emotional experiences*. Tesis Doctoral, University de Lovaina, Louvain-la-Neuve, Bélgica.
- Zeitlin, S.B., McNally, R.J. y Cassidy, K.L. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 661-663.