

Alexitimia, familia y trastornos alimentarios<sup>1</sup>Alberto Espina Eizaguirre\*, María Asunción Ortego Sáenz de Cabezón, Iñigo Ochoa de Alda  
Martínez de Apellaniz y Amagoia Alemán Méndez

Universidad del País Vasco

**Resumen:** *Objetivo:* Contrastar las diferencias en el TAS-20 entre familias con una hija con un trastorno alimentario (TA) y un grupo control. *Método:* una muestra de 64 mujeres que presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) [26 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 14 con anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 29 con bulimia nerviosa (BN)] complementada con un grupo "control" formado por 55 mujeres, sus padres y madres, con similares características sociodemográficas fue evaluada con la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Resultados:* las hijas con TA, así como sus padres y madres, presentan puntuaciones mayores en el TAS-20 que el grupo control. La alexitimia de las hijas está asociada a las de sus padres y madres. *Discusión:* la alexitimia parece ser un característica de las familias con TA, quedando por dilucidar si es un rasgo y juega un papel en el desarrollo del trastorno o es un estado debido al mismo.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios, Alexitimia, Toronto Alexithymia Scale-20, familia.

**Title:** Alexithymia, family and eating disorders.

**Abstract:** *Objective:* to contrast the differences in the level of TAS-20 among families with a daughter with eating disorders (ED) and a control group. *Method:* 64 women with (ED) [according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition, (American Psychiatric Association, 1994)]. (26 with restrictive anorexia nervosa (RAN), 14 with bulimic anorexia nervosa (AN-BN) and 29 with bulimia nervosa (BN), and a control group, 55 women and their parents, with similar sociodemographic characteristic were evaluated with the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Eating Attitude Test (EAT). *Results:* The daughters with ED, and their parents, present bigger scores in the TAS-20. the daughter's Alexithymia is associated to this their parents. *Discussion:* the Alexithymia could be a characteristic of families with a ED, but we can not to affirm if is a trait or a state due to the ED.

**Key words:** Eating disorders, Alexithymia, Toronto Alexithymia Scale-20, family.

## Introducción

Etimológicamente la palabra "alexitimia" hace referencia a la incapacidad para describir los sentimientos. En un principio esta incapacidad fue observada en los pacientes psicómicos (Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). La alexitimia se caracteriza por: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales del arousal emocional, 3) pobreza de la vida fantasmática y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (Nemiah, 1977). Estas características se deberían a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones (Krystal, 1988; Lane y Schwartz, 1987). Marty y

De M'Uzan (1963) planteaban que los pacientes psicómicos padecían una "depresión esencial" ligada a una desvaloración personal que les llevaba a no tener una vida propia de sentimientos y fantasía y por ello se centraban en síntomas físicos y en acontecimientos externos.

La alexitimia es valorada como un rasgo de personalidad que correlaciona positivamente con neuroticismo y depresión (Hendryx, Havilland y Shaw, 1991; Lesser, 1985; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996), ansiedad, (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Martínez-Sánchez, 1996; Sandín *et al.*, 1996), neuroticismo (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor y Parker, 1999; Mann, Wise & Shay, 1992; Schiattino, Sanfuentes, Lagarribel, Jara, Lolas y Liberman, 1998), psicoticismo (Schiattino *et al.*, 1998) y negativamente con extraversión (Luminet *et al.*, 1999; Parker, Taylor y Bagby, 1989). Por otro lado, Freyberger (1977) planteaba que también puede ser secundaria, un estado debido a situacio-

<sup>1</sup> Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la Beca UPV 006.231-HA152/95.

\* **Dirección para correspondencia:** Alberto Espina Eizaguirre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián (Guipúzcoa, España). E-mail: ptpeseia@ss.ehu.es

nes traumáticas (Wise, Mann, Mitchel, Hryvniak y Hill, 1990). Horton Gewirtz y Kreuter (1992, 1993) resaltan la necesidad de evaluar la alexitimia estado y rasgo y Taylor, Bagby y Parker (1993) responden que el TAS no evalúa esa distinción. Pero Bourke, Taylor, Parker y Bagby (1992), Schmidt, Jiwany y Treasure (1993) y Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, y Sfineos (1994), estos últimos controlando la depresión, abogan por la existencia de la alexitimia-rasgo en pacientes con trastornos alimentarios; mientras que, controlando ansiedad y depresión, Martínez-Sánchez, Ato-García, Córcoles, Huedo y Selva (1998) en una muestra de estudiantes y Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby (1996) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, confirman que la alexitimia es un rasgo de la personalidad. La alexitimia se ha encontrado en trastornos somatoformes, alcoholismo, toxicomanías, estrés postraumático, asma, depresión, juego patológico, trastornos alimentarios, etc. (Taylor, 2000). Bruch (1962, 1973, 1982) sugirió que la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones corporales, constituyen un déficit central en los trastornos alimentarios (TA). Estudios posteriores han confirmado la relación entre alexitimia y TA (Bourke *et al.*, 1992; Cochrane *et al.*, 1993; Corcos *et al.*, 2000; De Groot, Rodin y Olmsted 1995; Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, Flament y Jeammet, 1999; Jimerson *et al.* (1993); Rastam, Gillberg, Gillberg y Johanson, 1997; Schmidt *et al.*, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1991; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996). Taylor *et al.* (1996) afirman que en los TA aparece un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no el estilo cognitivo operatorio. Bourke *et al.* (1992) afirman que en los TA la alexitimia no es consecuencia de la cronicidad, ni de la desnutrición y que se trata de un rasgo de la personalidad, lo mismo afirman Jimerson *et al.* (1994) con bulímicas controlando la depresión. Sexton, Sunday, Hurt y Halmi (1998) controlando la depresión, encuentran que la alexitimia diferencia a las anoréxicas restrictivas de las controles y la dificul-

tad para expresar los sentimientos las diferenciaba de las bulímicas y controles.

El origen de la alexitimia ha sido atribuido a causas biológicas psicológicas y sociales (Espina, 1998). Algunos autores la han relacionado con estilos de crianza inadecuados (Corcos, Guilbaud, Speranza, Stephan y Jeammet, 1998; Emde, 1988; Fukunishi, 1998; Stern, 1984; Taylor, 1987; Taylor *et al.*, 1991; Trichilo, 1998). Dahlman (1996) halló que las madres de hijas con TA eran más alexitímicas que las madres del grupo control sin patología, especialmente eran menos capaces de diferenciar las emociones y sus familias eran más conflictivas. Onnis y Di Genaro (1987), apoyándose en la descripción hecha por Minuchin, Rossman y Baker (1978) sobre las familias "psicosomatógenas", plantean que la alexitimia, más que un problema individual, es el síntoma de una familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales. Según estos autores, las dificultades para verbalizar experiencias emocionales son debidas a que las emociones son bloqueadas en estas familias, para evitar conflictos y mantener un "mito de armonía". El síntoma somático sería el lenguaje de toda la familia. En una revisión de los estudios controlados sobre las relaciones familiares en los TA (Espina, Pumar, García, Santos y Ayerbe, 1995) concluimos que las familias de bulímicas eran más hostiles, desligadas e impulsivas, los padres no eran empáticos y presentaban déficit en la crianza. En las familias de anoréxicas bulímicas estos rasgos eran menos acusados y en las de restrictivas los padres eran más positivos.

Para evaluar la alexitimia se han desarrollado varios instrumentos, siendo el más válido y fiable la Toronto Alexithymia Scale (TAS) desarrollada por Taylor, Ryan y Bagby (1985). Esta escala ha sufrido varias modificaciones hasta la versión de 20 ítems (TAS-20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993), la cual consta de 3 factores: 1) dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones físicas debidas a la activación emocional, 2) dificultad para expresar sentimientos y 3) pensamiento orientado externa-

mente. En nuestro país se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS-20, instrumento utilizado en este estudio (Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez, Castillo, Gordillo del Valle y Ortiz, 1996; Martínez-Sánchez y Marín, 1997; Martínez-Sánchez *et al.* 1998; Moral de la Rubia y Retamales, 1999; Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999; Páez y Casullo, 2000; Pérez, Cortés, Ortiz, Peña, Ruiz y Díaz-Martínez, 1997; Velasco y Páez, 1996).

Los objetivos de este trabajo son: a) establecer si la alexitimia está presente en los padres y madres de hijas con anorexia y bulimia nerviosa, comparados entre sí y con un grupo con características sociodemográficas semejantes, b) relacionar la alexitimia de los padres entre sí y con la de sus hijas, c) comparar la alexitimia en las hijas con TA y las del grupo control, este objetivo va a ser secundario pues lo hemos desarrollado más extensamente en otro trabajo, en el que utilizamos una muestra más amplia, que aparecerá próximamente.

## Método

### Sujetos

La muestra estaba compuesta por 64 mujeres con un trastorno alimentario derivadas de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi (ACABE). Los criterios de selección de la muestra experimental fueron los siguientes: diagnóstico del trastorno alimentario según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), con un mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron el estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico y/o requerir ingreso hospitalario. 23 presentaban anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 14 anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y 27 bulimia nerviosa purgativa (BN). De forma paralela se recogieron datos de 55 mujeres de la población general como grupo control que fue homogéneo con el grupo experimental teniendo en cuenta las características sociodemográficas de sexo, edad, medio, nivel

económico y estudios. Se evaluó también a los padres y madres de todas las mujeres. Las características sociodemográficas de la muestra total eran: medio urbano (90.8%); nivel socioeconómico bajo el 16%, medio el 43,7% y alto el 40,3%; las hijas solteras (94,6%); estudiantes (74,6%) de las cuales estudiaban bachiller el 36% y estudios universitarios el 30,3% y eran económicamente dependientes el 84%. Tenían bachiller elemental o inferior el 55,4% de los padres y el 79,1% de las madres; el 75,7% de los padres tenían un rango profesional de titulación media a trabajador cualificado, el 58% de las madres eran amas de casa. Los criterios de selección del grupo control fueron que las hijas no tuvieran conductas purgativas, atracones o dietas y que puntuaran < 30 en el Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel, 1979) y < 6 en el Goldberg Health Questionnaire-28 (Goldberg & Hillier, 1979). Las características de la muestra son descritas en la Tabla 1.

### Variables e instrumentos

Se recogieron las variables sociodemográficas y con un escala "ad-hoc. En las hijas se evaluó el índice de masa corporal (peso en kgs/altura en metros al cuadrado) (IMC).

Los instrumentos utilizados fueron:

- *Eating Attitudes Test* (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Bagby *et al.*, 1994a) escala autoaplicada de 20 ítems. Consta de 3 factores (Bagby *et al.* 1994b; Martínez-Sánchez, 1996): 1) dificultad para identificar sentimientos, 2) dificultad para describir sentimientos, 3) pensamiento orientado externamente. Siguiendo a Taylor *et al.* (1996), el punto de corte utilizado es 60.
- *Goldberg Health Questionnaire* (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979), Cuestionario autoaplicado de 28 ítems, sirve para evaluar el estado general de salud mental. El punto de corte utilizado es 6.

**Tabla 1:** Características de la muestra por grupos.

	ANOREXIA NERVIO- SA RESTRICTIVA N = 23		ANOREXIA BULIMICA N = 14		BULIMIA NERVIOSA N = 27		GRUPO CONTROL N = 55	
	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.
<b>HIJO</b>								
EDAD	19.35	4.56	19.14	5.10	19.48	3.17	20.24	3.60
EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD	16.22	2.86	16.50	2.85	16.41	1.89		
MESES DE EN- FERMEDAD	36.17	39.39	37.21	40.06	41.11	23.17		
IMC	16.82	1.36	16.81	1.56	21.70	2.66	21.92	2.17
EAT	62.61	15.09	59.79	9.19	52.70	15.09	9.55	6.43
TAS -20	62.04	10.68	68.71	9.22	59.52	11.41	45.35	11.94
TAS (FACTOR 1)	22.87	7.09	28.36	3.39	24.52	4.89	14.02	5.86
TAS (FACTOR 2)	18.35	4.21	20.07	4.39	16.44	5.33	13.00	4.94
TAS (FACTOR 3)	20.83	5.15	20.14	4.22	18.56	5.56	18.33	5.30
<b>PADRE</b>								
EDAD	50.26	6.78	51.43	7.83	50.75	9.81	51.41	5.94
TAS -20	53.96	14.81	45.50	12.39	50.73	6.07	47.87	11.91
TAS (FACTOR 1)	16.65	6.09	14.21	6.25	17.56	5.88	14.38	6.03
TAS (FACTOR 2)	16.61	4.21	12.57	4.96	14.96	4.69	13.00	4.66
TAS (FACTOR 3)	22.83	3.41	18.71	3.99	21.41	3.50	20.131	4.19
<b>MADRE</b>								
EDAD	52.83	10.89	46.57	7.93	48.93	6.38	51.25	5.70
TAS -20	48.61	6.83	52.93	11.38	55.30	13.17	46.13	10.02
TAS (FACTOR 1)	16.83	6.41	17.86	5.22	17.48	7.02	14.45	5.77
TAS (FACTOR 2)	14.04	4.50	13.86	5.43	15.07	4.53	12.18	4.36
TAS (FACTOR 3)	21.87	3.88	20.50	4.55	21.93	4.36	19.49	3.89

IMC = Índice de Masa Corporal; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20;  
EAT = Eating Attitude Test.

### Procedimiento

Las pacientes fueron evaluadas consecutivamente, según nos las enviaban de ACABE. Cuatro psicólogas entrenadas en la evaluación de trastornos alimentarios realizaron entrevistas clínicas con las pacientes para recoger información sobre la historia de la enfermedad, peso y altura, aplicar las escalas de síntomas y realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV (APA, 1994). A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad. El grupo control fue obtenido con características sociodemográficas análogas al grupo experimental para que fueran grupos homogéneos y fue recogido de la población general. Para realizar los

análisis estadísticos hemos dividido la muestra de dos maneras: a) en 2 grupos: TA y control, b) en 4 grupos: ANR, ANB, BN y control.

Los análisis estadísticos empleados han sido la comparación de las medias obtenidas mediante análisis de la varianza (ANOVA), t-test, chi-cuadrado, correlaciones de Pearson, las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y la U de Man-Whitney, mediante el paquete estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS) V. 9.

### Resultados

El índice de consistencia interna del TAS-20, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach para las hijas es  $\alpha = .86$ , y respecto a los

factores:  $F1 = .89$ ,  $F2 = .70$ ,  $F3 = .65$ . En los padres en el TAS-20 total  $\alpha = .82$ ,  $F1 = .79$ ,  $F2 = .70$ ,  $F3 = .60$ . en las madres en el TAS-20 total  $\alpha = .80$ ,  $F1 = .77$ ,  $F2 = .69$ ,  $F3 = .65$ . Vemos que la consistencia interna es adecuada en el TAS-20 y algo baja en el F3. Estos valores son semejantes a los hallados por los autores del instrumento (Bagby et al., 1994b) y en diferentes muestras transculturales, coincidiendo todos los estudios en que el F3 muestra la fiabilidad más baja (Páez et al. 1999). En cuanto al EAT, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido, en las hijas es  $\alpha = .94$ .

En cuanto a los casos con alexitimia (TAS-20 > 60) destaca el alto porcentaje de alexitímicas en los grupos con TA frente al grupo control y el alto porcentaje de padres y madres con alexitimia en el grupo BN (ver Tabla 2).

Con los dos grupos: TA y control, hemos comparado la presencia/ausencia de alexitimia utilizando el punto de corte de 60 propuesto por Taylor et al. (1996) y hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las hijas ( $\chi^2 = 32.433$ , gl 1,  $p = .000$ ) y en las madres ( $\chi^2 = 7.867$ , gl 1,  $p = .005$ ) con mayor porcentaje de alexitímicas, tanto en hijas como en madres, en el grupo con TA; mientras que no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los padres de ambos grupos. Comparando las medias en el TAS-20 y factores entre los grupos TA y control hallamos diferencias estadísticamente significativas, con mayores medias en el grupo de TA, en el TAS-20, F1 y F2 de las hijas. En los padres en el TAS-20 y el F3, mientras que en las madres las diferencias se hallan en el TAS-20 y los 3 factores (ver Tabla 3).

**Tabla 2:** Casos con alexitimia (TAS-20 > 60) en los cuatro grupos.

	Madre n (%)	Padre n (%)	Hija n (%)
ANR	7 (30,4)	6 (26,1)	14 (60,9)
ANB	4 (28,6)	2 (14,3)	11 (78,6)
BN	11 (40,7)	13 (48,1)	13 (48,1)
CONTROL	7 (12,7)	11 (20)	6 (10,9)

ANR = anorexia nerviosa restrictiva;

ANB = anorexia nerviosa bulímica; BN = bulimia nerviosa.

Para estudiar las diferencias entre los cuatro grupos hemos realizando un ANOVA y se han encontrado contradicciones con las pruebas no paramétricas y dado el incumplimiento de supuestos paramétricos y que en la muestra existen subgrupos pequeños, optamos por obtener las conclusiones de los resultados de las pruebas no paramétricas.

Hemos comparado el TAS-20 y sus factores en padres, madres e hijas por separado en los 4 grupos mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el TAS-20 total de hijas madres y padres; en las hijas en F1 y F2, y en las madres y padres en F3 (ver Tabla 4).

Para estudiar entre qué grupos estaban las diferencias hemos utilizado la prueba de Mann-Whitney comparando los grupos por pares. Entre los grupos ANR y BN no hay diferencias significativas. Entre los grupos ANR y ANB el rango promedio del F1 de las hijas es más elevado en las anoréxicas bulímicas y en el F3 de los padres es más elevado en el grupo de ANR. Al comparar los grupos ANB y BN hallamos que en las hijas los rangos promedios del TAS-20 total es superior en el grupo ANB, así como en el F1 y el F2 en los padres el TAS-20 total es superior en el grupo ANB. Comparados cada grupo de TA con el control encontramos los siguientes resultados: en el grupo BN hallamos rangos promedios estadísticamente significativos, más elevados que en control en el TAS-20 total, F2 y F3 de las madres, en los padres en el TAS-20 total y los 3 factores y en las hijas en el Tas-20 total, F1 y F2. Al comparar el grupo ANB con el control hallamos rangos promedios más elevados en el grupo ANB en el Tas-20 total y el F3 de las madres, y en las hijas en el TAS-20, F1 y F2. Entre los grupos ANR y control en el primero los rangos promedios son más elevados en el TAS-20 total y en el F3 en madres y padres. Mientras que las hijas con anorexia restrictiva puntúan más alto en el TAS-20 total, F1 y F2 (ver Tabla 5).

**Tabla 3:** Comparación de las medias de TAS-20 y factores en los grupos TA y control.

	grupo	N	Media	Dt.	Et	t	gl	p
HTT	TA	64	62.44	11.12	1.39	8.080	117	.000
	CN	55	45.35	11.94	1.61			
HF1	TA	64	24.77	5.83	.73	9.999	117	.000
	CN	55	14.02	5.86	.79			
HF2	TA	64	17.92	4.89	.61	5.448	117	.000
	CN	55	13.00	4.94	.67			
HF3	TA	64	19.72	5.12	.64	1.455	117	.148
	CN	55	18.33	5.30	.71			
PTT	TA	64	54.63	11.52	1.44	2.857	117	.005
	CN	55	48.53	11.71	1.58			
PF1	TA	64	16.50	6.08	.76	1.902	117	.060
	CN	55	14.38	6.03	.81			
PF2	TA	64	14.02	4.63	.58	1.189	117	.237
	CN	55	13.00	4.66	.63			
PF3	TA	64	24.13	4.33	.54	3.725	117	.000
	CN	55	21.15	4.37	.59			
MTT	TA	64	55.86	11.96	1.50	4.436	117	.000
	CN	55	46.71	10.29	1.39			
MF1	TA	64	17.33	6.36	.80	2.563	117	.012
	CN	55	14.45	5.77	.78			
MF2	TA	64	14.44	4.68	.59	2.705	117	.008
	CN	55	12.18	4.36	.59			
MF3	TA	64	24.09	5.03	.63	4.691	117	.000
	CN	55	20.07	4.19	.57			

HTT = TAS-20 hija; PTT = TAS-20 padre; MTT = TAS-20 madre; HF1, HF2, HF3 = factores del TAS-20 hija; PF1, PF2, PF3 = factores del TAS-20 padre; MF1, MF2, MF3 = factores del TAS-20 madre; TA = grupo de trastornos alimentario; CN = grupo control.

**Tabla 4:** Comparación intergrupos (anorexia restrictiva, anorexia bulímica, bulimia y control) en el TAS-20 y factores en padres, madres e hijas.

		X <sup>2</sup>	g.l	P
TAS-20	Hija	47.57	3	.000
	Madre	16.93	3	.001
	Padre	12.41	3	.006
Factor 1	Hija	58.70	3	.000
	Madre	6.39	3	.094
	Padre	7.62	3	N.S
Factor 2	Hija	27.17	3	.000
	Madre	7.52	3	.057
	Padre	5.12	3	N.S
Factor 3	Hija	4.08	3	N.S
	Madre	21.22	3	.000
	Padre	18.72	3	.000

TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20

**Tabla 5:** Comparación intregupos, por pares, en el TAS-20 y factores, en padres, madres e hijas (se han seleccionado las comparaciones estadísticamente significativas).

		GRUPOS	Z	P	
TAS-20	Hija	ANR > CN	- 4.912	.000	
		ANB > CN	- 4.993	.000	
		BN > CN	-4.511	.000	
		ANB > BN	- 2.409	.01	
	Madre	ANR > CN	- 3.153	.002	
		ANB > CN	- 2.173	.03	
		BN > CN	- 3.318	.001	
	Padre	ANR > ANB	- 2.180	.02	
		ANR > CN	- 2.385	.01	
		BN > ANB	- 2.423	.01	
		BN > CN	- 2.705	.007	
	Factor 1	Hija	ANR > CN	- 4.557	.000
ANB > CN			- 5.370	.000	
BN > CN			- 5.921	.000	
ANB > ANR			- 2.391	.01	
ANB > BN			- 2.987	.002	
Padre		BN > CN	- 2.265	.02	
Factor 2		Hija	ANR > CN	- 3.970	.000
			ANB > CN	- 4.039	.000
	BN > CN		- 2.626	.009	
	ANB > BN		- 2.083	.03	
	Madre	BN > CN	- 2.569	.01	
	Padre	BN > CN	- 2.067	.03	
Factor 3	Madre	ANR > CN	- 4.097	.000	
		ANB > CN	- 2.173	.03	
		BN > CN	- 2.795	.005	
	Padre	ANR > CN	- 3.857	.000	
		BN > CN	- 2.646	.008	
		ANR > ANB	- 2.607	.009	

TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa bulímica; BN = bulimia nerviosa; CN = control.

En la Tabla 6 pueden verse las correlaciones entre el TAS-20, sus factores y la edad. Hallamos que son positivas y estadísticamente significativas entre el TAS-20 total y los 3 factores en los padres, madres e hijas por separado, lo cual habla a favor de la fiabilidad de la

escala y sus factores. Al relacionar el TAS-20 total de las hijas, hallamos que se asocia positivamente con el TAS-20 total y el F3 de padres y madres y con el F1 de las madres. El F1 de las hijas se asocia positivamente al TAS-20 total y F3 del padre, y al TAS-20 total y los 3 facto-

res de las madres. El F2 de las hijas al TAS-20 total, F1 y 3 de las madres. Al relacionar las puntuaciones de padres y madres hallamos que los TAS-20 totales correlacionan positivamente entre sí y con todos los factores de padres y madres. En los factores de padres y madres

también hallamos correlaciones positivas. En resumen, podemos afirmar que cuando más alexitímicas son las hijas más lo son los padres y madres. Cuando más alexitímicos son los padres, más lo son las madres y viceversa.

**Tabla 6:** Matriz de correlaciones entre TAS-20, sus factores y las edades en hijas padres y madres en la muestra total (N = 119).

	HF1	HF2	HF3	PF1	PF2	PF3	PTT	MF1	MF2	MF3	MTT	HTT
HF2	.565**											
HF3	.188*	.336**										
PF1	.165	.113	.123									
PF2	.141	.035	.016	.516**								
PF3	.241**	.139	.002	.286**	.415**							
PTT	.232**	.125	.071	.821**	.812**	.691**						
MF1	.246**	.192*	.078	.282**	.197*	.110	.263**					
MF2	.197*	.112	.005	.170	.228**	.328**	.301**	.517**				
MF3	.279**	.294**	.134	.302**	.149	.277**	.318**	.250**	.293**			
MTT	.320**	.265**	.099	.338**	.252**	.300**	.385**	.821**	.775**	.661**		
HTT	.841**	.819**	.599**	.178	.096	.188*	.201*	.239**	.154	.317**	.316*	
HeD	-.279**	-.202*	-.147	-.066	-.014	-.096	-.076	-.174	-.214*	-.179	-.247**	-.288**
PeD	-.233*	-.112	-.137	-.051	.083	-.015	.000	-.040	-.040	-.105	-.080	-.221*
MeD	-.229*	-.071	-.130	.010	.050	-.001	.024	-.179	-.107	-.079	-.167	-.203*

HTT = TAS-20 hija; PTT = TAS-20 padre; MTT = TAS-20 madre; HF1, HF2, HF3 = factores del TAS-20 hija; PF1, PF2, PF3 = factores del TAS-20 padre; MF1, MF2, MF3 = factores del TAS-20 madre; HeD = edad hija; PeD = edad padre; MeD = edad madre.

\*\* p < .01; \* p < .05

## Discusión

En relación con el primer objetivo, establecer si la alexitimia está presente en padres y madres de hijas con anorexia y bulimia nerviosa y compararlos entre sí y con un grupo control, nuestros resultados muestran que en las madres de hijas con TA las puntuaciones del TAS-20 y sus factores son más elevadas que en el grupo control, lo cual confirma los hallazgos de Dahlman (1996), mientras que en los padres destaca el pensamiento externamente orientado. Al comparar los diferentes grupos de patología, vemos que padres y madres de los tres grupos, ANR, ANB y BN, puntúan más alto que los del control en el TAS-20 total. La alexitimia es más frecuente en las madres de las hijas con TA que en las del grupo control sin patología, todo lo cual permite afirmar que la alexitimia es una característica de las familias con TA, especialmente en las madres.

Al estudiar las diferencias entre los grupos en los factores del TAS-20, veíamos que, frente al grupo control, los padres del grupo de bulimia puntuaban más alto en los tres factores, mientras que las madres tenían mayor dificultad para describir los sentimientos (factor 2) y su pensamiento era externamente orientado (factor 3). Los padres y madres de anoréxicas restrictivas tenían un pensamiento externamente orientado en mayor medida que los de los grupos control y las madres de las anoréxicas bulímicas mostraban un pensamiento externamente orientado en mayor medida que las de los grupos control. Las personas con alexitimia no pueden procesar cognitivamente las emociones, lo cual les impide discriminar sus sentimientos, expresarlos y orientan su pensamiento hacia el mundo exterior; si los padres padecen este trastorno, las dificultades en la crianza serán la norma, pues no podrán ser empáticos ni ayudar a sus hijos a conocer el mundo de las emociones, lo cual abogaría por un origen de la alexitimia basado en un

déficit de crianza como afirman Fukunishi (1998), Trichilo *et al.* (1998) y Corcos *et al.* (1998). En cuanto a las diferencias entre los grupos de TA destaca el que los padres de las bulímicas y anoréxicas restrictivas puntúan más alto en el TAS-20 que los de anoréxicas bulímicas.

Respecto al segundo objetivo, relacionar la alexitimia de los padres entre sí y con la de sus hijas, nuestros resultados muestran que la alexitimia de las hijas se relaciona positivamente con la de padres y madres, al igual que entre los padres, lo cual sugiere que la alexitimia es una característica familiar.

Al observar los porcentajes de alexitimia en el grupo control vemos que madres e hijas presentan un 10% mientras que los padres un 20%, estos datos concuerdan con la atribución social de que las mujeres se manejan mejor con el mundo emocional que los hombres, los cuales se moverían mejor en el mundo del pensamiento racional.

En el grupo BN vemos que los porcentajes de alexitimia son semejantes en padres e hijas (48,1%) y algo inferior en las madres (40,7%), lo cual nos lleva pensar que la alexitimia puede ser una característica de las familias de bulímicas y puede estar asociado a la descripción de los padres y madres de bulímicas como impulsivos y poco empáticos (Espina *et al.* 1995). En el grupo ANR vemos que madres (30,4%) y padres (26,1%) presentan porcentajes semejantes de alexitimia, mientras que las hijas les duplican (60,9%), quizás la alexitimia parental influya en la de las hijas, pero deben influir otros factores específicos de las hijas, entre los que no parecen hallarse el bajo peso (Taylor *et al.* 1996) ni la depresión (Sexton *et al.* 1998). En los grupos ANR y ANB las madres muestran porcentajes semejantes de alexitimia (30,4% y 28,6% respectivamente) frente al 12,7% de las

madres controles, mientras que en los padres los porcentajes son más dispersos.

Estos resultados sugieren que la alexitimia es una característica de ambos padres en las familias con bulimia nerviosa y de las madres en las tres patologías. Lo cual se asocia a la afirmación de Onnis y Di Genaro (1987) de que la comunicación a través de la conducta alimentaria, según se plantea desde la terapia familiar sistémica (Minuchin *et al.* 1978), puede ser la salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectar con el mundo emocional, lo cual confirmaría el planteamiento de que la alexitimia es un rasgo de la personalidad (Horton *et al.* 1992; Jimerson *et al.*, 1994; Martínez-Sánchez *et al.* 1998; Porcelli *et al.* 1996; Salminen, Saarijärvi, Äärela y Tamminen, 1994). Pero no podemos dejar de lado, aunque parece menos probable a la luz de los estudios citados, la posibilidad de que las dificultades que atraviesan familiares y pacientes les lleven a bloquear las emociones y recurrir a un pensamiento externamente orientado como forma de combatir el estrés, siendo entonces la alexitimia un estado reactivo (alexitimia secundaria), como planteaba Freyberger (1977).

Finalmente, respecto al tercer objetivo de este trabajo, comparar la alexitimia de las hijas con TA y las del grupo control, únicamente señalaremos, por haberlo discutido ampliamente en otro trabajo pendiente de publicación, que la alta tasa de alexitímicas hallada en los grupos de TA frente al grupo control y el que la diferencia se base en los factores 1 y 2, referidos a la dificultad para procesar cognitivamente las emociones, confirman estudios previos (Taylor *et al.* 1996) y reafirman la necesidad de incluir este aspecto en los objetivos terapéuticos a la hora de abordar los TA. Lo cual hacemos extensivo a ambos padres.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. y Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. y Taylor G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. y Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. y Bagby R. M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders. *Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa; therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. y Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Stephan, P. y Jeammet, P. (1998). Alexithymia's role in eating disorders: Place and function. *Annales Medico Psychologiques*, 156(10), 668-680.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- Dahlman, K. (1996). Affective capacity in mothers of eating disorders patients. *Dissertations Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 56(9B), 5163.
- De Groot, J. M., Rodin, G. y Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy. *International Journal Psychoanalytic*, 69, 23-42.
- Espina, A., Pumar, B. García, E., Santos, A. y Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nervosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.
- Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychosomatics*, 28, 180-190.
- Fukunishi, I. (1998). Eating attitudes in female college students with self-reported alexithymic characteristics. *Psychological Reports*, 82(1), 35-41.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Goldberg, D. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M. y Jeammet, P. (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G. y Shaw, d. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Horton, P.C., Gewirtz, H. y Kreutter, K. J. (1992). Alexithymia-state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 91-96.
- Horton, P.C., Gewirtz, H. y Kreutter, K. J. (1993). RE: Alexithymia-state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 213-214-96.
- Jimerson, D., Wolfe, B., Franko, D., Covino, N. y Sifneos, P. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatics Medicine*, 56, 90-93.
- Kristal, H. (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Lane R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-development theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lesser, I. M. (1985). Current concepts in psychiatry: Alexithymia. *New England Journal of Medicine*, 312, 690-692.
- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J. y Parker, J. D. (1999). Relations between alexithymia and the five-factor model of personality: A facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345-358.
- Mann, L. S., Wise, T. N. y Shay, L. (1992). Factor Analysis of Toronto Alexithymia Scale: Elucidation of a Polythetic Construct. *Psychotherapy Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., Sánchez, J. A., Castillo J. C., Gordillo del Valle, E. y Ortiz, B. (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- Martínez-Sánchez, F. y Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea de stroop. *Psicothema*, 9 (3), 519-527.
- Martínez-Sánchez, F., Ato, M., Corcoles, E., Huedo, T. y Selva, J. (1998). Stability in the alexithymia levels: a longitudinal analysis of temporary series on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24, 767-772.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. London: Harvard University Press.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- Nemiah J. C. (1977). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Nemiah, J. C. y Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, en *Modern Trends*

- in *Psychosomatic Medicine*. Vol. II, 26-34. London: Hill OW.
- Onnis, L. y Di Genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisión crítica. *Medicina Psicosomática*, 32, 45-64.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, D., y Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona: Paidós.
- Parker, J. D. A.; Taylor, G. J y Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry* 30, 434-441.
- Parker, J. D. A.; Bagby, R. M.; Taylor G. J; Endler N. S y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*. 7(4), 221-232.
- Pérez, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20 (3), 30-34.
- Porcelli, P., 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.
- Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I. C. y Johanson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385-388.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärela, E. y Tamminen, T. (1994). Alexithymia: State or trait? One follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681-685.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A., y Jimenez, P. (1996). Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis*, 17 (1), 37-45.
- Schiattino, I., Sanfuentes, M. T., Lagaribel, M., Jara, S., Lolas, F., y Liberman, C. (1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la diada madre-hija. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26 (5), 303-308.
- Schmidt, U., Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S. y Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression and Axis II. Psychopathology in eating disorder in patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286.
- Sifneos P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, 255-262.
- Stern, D. N. (1984). *Affect attunement*, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, 2, 3-14. In J. D. Call, E. Galenson, R. L. Tyson (Eds). New York: Basic Books.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, C.T.: International Universities Press.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G. J., Ryan, D. P. y Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44, 191-199.
- Taylor G. J., Bagby R. M. y Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor G. J., Bagby R. M. y Parker, J. D. A. (1993). Alexithymia- State and trait. *Psychotherapy Psychosomatic*, 60, 211-212.
- Taylor, G.J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. y Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 561-568.
- Trichilo, D. L. (1998). Parental attachment and affect disturbance in young bulimic women. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 59(5B), 2441.
- Velasco, C., y Páez, D. (1996). Alexitimia comunicación emocional y problemas psicosomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Wise, T. N., Mann, L. S., Mitchel, J. D., Hryvniak, M. y Hill, B. (1990). Secondary alexithymia: An empirical validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, (4), 284-288.

(Artículo recibido: 5-2-2001, aceptado: 5-6-2001)

