

# Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia

A. ESPINA EIZAGUIRRE, M.<sup>a</sup> A. ORTEGO SÁENZ DE CABEZÓN, I. OCHOA DE ALDA MARTÍNEZ

*Máster de Terapia Familiar y de Pareja. Universidad del País Vasco*

## RESUMEN

**Objetivo:** la eficacia de dos intervenciones - terapia familiar sistémica (TFS) y grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG) para mejorar la alexitimia, ansiedad y depresión, fue investigada en pacientes ambulatorios con trastorno alimentario (TA) al año.

**Método:** setenta y un pacientes con trastorno alimentario (según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, [DSM-IV]; American Psychiatric Association [APA], 1994) fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los dos tratamientos. Se utilizaron la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), el *Beck Depression Inventory* (BDI) y la *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) al inicio y al final del tratamiento.

**Resultados:** ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para reducir la alexitimia, ansiedad y depresión. La TFS produjo una mayor reducción de síntomas que la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa (BN).

**Discusión:** los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la alexitimia, ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con TA.

**PALABRAS CLAVE:** Trastornos alimentarios. Terapia familiar sistémica. Terapia de grupo. Grupo de apoyo de familiares. Alexitimia. Depresión. Ansiedad.

## INTRODUCCIÓN

La alexitimia se caracteriza por la dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales del *arousal* emocional, la

Este trabajo ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la beca UPV 006.231-HA 152/95.

*Correspondencia:* A. Espina Eizaguirre. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián. Guipúzcoa.

## ABSTRACT

**Objective:** the efficacy of two interventions -systemic family therapy (SFT) and parents' support group + group therapy (PSG+GT)-, was investigated in outpatients with eating disorders (ED) to improve alexithymia, depression and anxiety, for one year.

**Method:** seventy one participants with ED (according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, [DSM-IV]; American Psychiatric Association [APA], 1994) were randomly assigned to one of two treatment groups. Assessment was by the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) at the beginning and at the end of treatment.

**Results:** both treatments were high significantly effective at one year in terms of reductions in alexithymia, anxiety and depression. SFT produced significantly greater reductions than did PSG+GT in the symptoms, especially in patients with bulimia nervosa (BN).

**Discussion:** the results provide support for the efficacy of this type of interventions to improve alexithymia, anxiety and depression in outpatients with eating disorders.

**KEY WORDS:** Eating disorders. Systemic family therapy. Group therapy. Parents' support group. Alexithymia. Depression. Anxiety.

incapacidad de describir los sentimientos, una vida fantasmática pobre y un estilo cognitivo externamente orientado (Nemiah, 1977). Está asociada al "pensamiento operatorio" descrito por Marty y De M'Uzan (1963) en relación con los trastornos psicósomáticos, en los que la dificultad para procesar cognitivamente las emociones llevaría a "expresarlas corporalmente" (Krystal, 1988; Lane & Schwartz, 1987). La alexitimia correlaciona positivamente con neuroticismo y depresión (Hendryx,

Havilland & Shaw, 1991; Lesser, 1985; Sandin, Chorot, Santed & Jiménez, 1996) y ansiedad (Bagby, Taylor & Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson & Hodges, 1993; Martínez-Sánchez, 1996; Sandin y cols., 1996). Frente al planteamiento de qué es un rasgo de la personalidad, Freyberger (1977) sugirió que podía ser primaria (rasgo) y secundaria (estado) a situaciones traumáticas. La alexitimia se ha encontrado en trastornos somatoformes, alcoholismo, toxicomanías, estrés postraumático, asma, depresión, juego patológico, trastornos alimentarios, etc. (Espina, 1998a).

Numerosos estudios han confirmado que la alexitimia constituye un déficit central en los trastornos alimentarios (TA) (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Cochrane y cols., 1993; Corcos y cols., 2000; De Groot, Rodin & Olmsted 1995; Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, Flament & Jeammet, 1999; Rastam, Gillberg, Gillberg & Johanson, 1997; Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993; Taylor, Bagby & Parker, 1991; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998; Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996). Taylor y cols. (1996) afirman que en los TA aparece un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no el estilo cognitivo operatorio. Bourke y cols. (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.

Su origen ha sido atribuido a causas biológicas psicológicas y sociales (Espina, 1998a). Algunos autores la han relacionado con estilos de crianza inadecuados (Corcos, Guilbaud, Speranza, Stephan & Jeammet, 1998; Emde, 1988; Fukunishi, 1998; Stern, 1984; Taylor, 1987; Taylor y cols., 1991; Trichilo, 1998;) y con relaciones familiares en las que la expresión de las emociones y el conflicto están vetadas, por lo que el lenguaje a través de síntomas corporales sería la vía de comunicación utilizada (Dahlman, 1996; Onnis y Di Genaro, 1987).

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 & Taylor, 1994; Bagby, Taylor & Parker, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993), la cual consta de 3 factores: a) dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones físicas debidas a la activación emocional; b) dificultad para expresar sentimientos; c) pensamiento orientado externamente.

A nivel terapéutico Swiller (1988) sugería que la terapia de grupo activaría el *arousal* emocional y sesiones individuales posteriores ayudarían a discriminar las emociones activadas y Kleinberg

(1996) recomienda utilizar ambos abordajes. Taylor (1984) recomendaba utilizar terapias de apoyo, educacionales, de grupo y cognitivo conductuales pero no terapias psicoanalíticas clásicas. Fukunishi, Ichikawa y Matsuzawa (1994) utilizaron terapia familiar con alcohólicos y consiguieron reducir la alexitimia y Fukunishi, Kikuchi y Takubo (1997) hallaron que la alexitimia se reducía con tratamientos psiquiátricos, por lo que sugieren que se trata de un estado. Beresnevaite (2000) aplicó terapia de grupo durante 4 meses a pacientes coronarios y consiguió reducir la alexitimia.

Existen muy pocos estudios que se centren en intervenciones para modificar la alexitimia en los TA. Schmitdt, Jiwany y Treasure (1993) aplicaron un tratamiento de 10 semanas con fluvoxamina a 41 pacientes bulímicas evaluando la conducta alimentaria, la alexitimia y depresión, al final del tratamiento mejoró el TA pero no la depresión ni la alexitimia. Barth (1994) recomendó utilizar la terapia de grupo en los TA para facilitar el desarrollo de habilidades para discriminar y expresar sentimientos. De Groot, Rodin y Olmsted (1995) estudiaron la eficacia de la psicoterapia intensiva de grupo en 31 bulímicas y consiguieron disminuir la alexitimia y los atracones/vómitos. En un trabajo presentamos resultados sobre el cambio obtenido en alexitimia en paciente y familiares con un abordaje semejante al empleado en este estudio (Espina, 1998b).

El objetivo de este trabajo es comparar el cambio producido en alexitimia, ansiedad y depresión en pacientes con TA a los que se les aplicó dos tipos de intervenciones: a) terapia familiar sistémica (TFS), en la que se combinan sesiones familiares e individuales; b) grupo de apoyo de padres + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG). Los cambios en conducta alimentaria han sido descritos en otro trabajo (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000a) así como el cambio en la imagen corporal (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2000b). Una descripción detallada de la metodología empleada en este estudio puede verse en Espina y cols. (2000a), en este trabajo nos referiremos brevemente a los aspectos metodológicos, centrándonos en las diferencias entre la evaluación pretratamiento y postratamiento en las variables señaladas.

## MÉTODO

### MUESTRA

Está constituida por 71 casos [14 con anorexia restrictiva (ANR), 22 con anorexia bulímica (ANB) y 35 con bulimia nerviosa (BN)], que cumplen los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,

4ª edición, (DSM-IV), (APA, 1994). Las características de la muestra se recogen en la tabla I.

## EVALUACIÓN

### VARIABLES e INSTRUMENTOS

—*Alexitimia*. Evaluada con la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Bagby y cols., 1994a) escala autoaplicada de 20 ítems. Consta de 3 factores (Bagby y cols. 1994a; Martínez-Sánchez, 1996): F1: dificultad para identificar sentimientos, F2: dificultad para describir sentimientos y F3: pensamiento orientado externamente. Siguiendo a Taylor y cols. (1996), el punto de corte utilizado es 60.

—*Depresión*. Evaluada con el *Beck Depression Inventory* (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaun (1961). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Los baremos para población española son: depresión ausente o mínima: puntuación menor a 12; depresión leve: entre 12 y 20; depresión moderada: entre 21 y 29; depresión grave: >30 (Conde y Franch, 1984).

—*Ansiedad*. *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) (Zung, 1971). Es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems con 4 opciones de respuesta, una puntuación superior a 44 indica la presencia de un cuadro ansioso (Conde y Franch, 1984).

## TRATAMIENTO

Las intervenciones fueron: *terapia familiar sistémica*. Unifamiliar dirigida por uno o dos terapeutas, se realizaban sesiones familiares, con varios miembros e individuales. La media de sesiones fue de 26,17 (Dt. 9,3) y el rango 9-40. La terapia siguió el modelo integral (Sluzki, 1983; Espina 1996) en el que se abordan la estructura, los procesos y los sistemas de creencias familiares. Los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia. En relación con la alexitimia, en esta terapia se favorece el contacto con las emociones, ayudando a su discriminación y expresión. Se hace hincapié en el lenguaje no verbal y en los síntomas como mensajes sobre aspectos que no se pueden verbalizar, porque no son aceptados y/o porque el sujeto no sabe lo que le sucede. En las sesiones familiares e individuales se abordan las emociones poniendo nombre a las expresiones corporales y ayudando con actitudes empáticas a discriminarlas y expresarlas con el terapeuta y entre los miembros de la familia. Las técnicas estructurales, las psicodramáticas, como la escultura (Espina, 1997) y la escenificación de las relaciones, las derivadas del modelo transgeneracional que recoge aportaciones psicoanalíticas y de la hipnosis ericksoniana (Espina, 1998c) son empleadas para abordar el mundo

TABLA I

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO (EVALUACIÓN 0)

	TFS en ANR N= 14	TFS en ANB N= 12	TFS en BN N= 18	GAP+TG ANB N= 10	GAP+TG- BN N= 17
Edad					
Media	18,66	19,17	22,50	22,30	21,18
d.t.	3,99	4,09	6,04	6,41	3,66
IMC					
Media	16,21	16,82	22,79	17,08	22,00
d.t.	1,98	1,32	3,86	1,06	2,44
TAS TOTAL					
Media	58,57	68,33	60,00	70,50	62,26
d.t.	12,77	9,86	11,55	8,29	10,67
Factor 1					
Media	20,36	27,08	24,28	27,70	25,00
d.t.	5,51	4,54	5,40	3,40	6,57
Factor 2					
Media	17,50	20,17	16,89	18,40	17,59
d.t.	4,93	3,76	4,79	6,92	4,56
Factor 3					
Media	20,71	21,08	18,94	23,80	19,71
d.t.	5,37	3,55	5,43	4,21	5,43
BDI					
Media	23,29	26,83	23,00	26,90	24,18
d.t.	11,72	9,46	7,04	6,12	8,14
SAS					
Media	43,57	47,67	45,44	46,80	46,06
d.t.	9,74	7,39	7,72	8,15	6,36

TFS: Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG: Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo. ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva. ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica. BN: Bulimia Nerviosa. NSE: Nivel Socioeconómico. IMC = índice de masa corporal; TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; SAS = *Self Anxiety Scale*.

emocional. En el estudio de un caso describimos detalladamente el proceso terapéutico seguido y su relación con la alexitimia (Espina, 1998b).

Los *grupos de apoyo de padres* se realizaban en sesiones quincenales de 1,30 horas, durante un año, totalizando 19 sesiones. En estos grupos la expresión emocional tiene gran importancia, así como el apoyo que se brindan los miembros del grupo. Cada grupo era coordinado por 2 terapeutas (hombre y mujer) e integrado por padres de hijos de una patología: ANB o BN.

*Terapia de grupo* para los pacientes. Se realizaba en sesiones semanales de 1,30 horas, durante un año. Totalizando 34 sesiones. Cada grupo fue coordinado por 2 psicoterapeutas mujeres. La orientación era gestáltica (Harper-Giufre & MacKenzie, 1992) siguiendo un modelo de psicoterapia breve focalizada en su situación vital actual y en las relaciones familiares. El mundo emocional tiene gran importancia en este abordaje. Se utilizaron las siguientes técnicas: fantasías dirigidas, polaridades, técnicas de relajación, *role-playing*, silla vacía, ejercicios de movimiento, escultura, tareas para casa.

#### Procedimiento

La asignación de los sujetos a los grupos fue realizada al azar. Para los análisis estadísticos hemos dividido la muestra de dos formas: para estudiar los resultados por patologías hemos dividido la muestra en 5 grupos: grupo 1: TFS en pacientes con ANR (n=14), Grupo 2: TFS en pacientes con ANB (n=12), grupo 3: TFS en pacientes con BN (n=18), grupo 4: GAP+TG en pacientes con ANB (n=10) y grupo 5: GAP+TG en pacientes con BN (n=17). Para estudiar la eficacia de cada intervención en todas las patologías hemos dividido la muestra en dos grupos: grupo TFS (n=44) y grupo GAP+TG (N=27). No se formó grupo de GAP+TG en pacientes con ANR porque no hubo suficientes casos y preferimos ofrecer terapia sistémica a los que acudieron, por ofrecer una ayuda individualizada y poder controlar mejor el riesgo de ingreso.

#### Análisis estadísticos

Para estudiar la homogeneidad de los grupos en la evaluación pretratamiento hemos comparado las variables estudiadas por medio de los siguientes análisis estadísticos: Chi cuadrado y test exacto de Fisher para las variables cualitativas, el test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables cuantitativas para comparar los grupos 2-4 (ANB) y 3-5 (BN); y T-Test para comparar los grupos TFS

y GP+TG. Para estudiar las diferencias entre el pre y el postratamiento fueron empleados los siguientes análisis: para las variables cuantitativas en los grupos 1 a 5, test no paramétrico de Wilcoxon y T-Test para los grupos TFS y GAP+TG. Para las variables cualitativas dicotomizadas hemos utilizado el test no-paramétrico de McNemar para los grupos 1 a 5. Para relacionar las variables ansiedad, depresión y alexitimia en la muestra total, se efectuaron correlaciones de Pearson. El paquete estadístico utilizado ha sido el *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versión 9.

#### RESULTADOS

*Abandonos y derivaciones.* Abandonaron en los 2 primeros meses de la intervención siete pacientes (25,9%): 3 con ANB y 4 con BN asignados a la intervención GAP+TG, de ellas 5 eran alexitímicas, todas padecían depresión y 4 ansiedad. Fueron derivadas a tratamiento hospitalario por riesgo de suicidio dos pacientes (4,5%), 1 con ANB y 1 con ANR asignadas a TFS, las 2 eran alexitímicas, padecían depresión y 1 ansiedad. Los abandonos y derivaciones no han sido incluidos en los análisis postratamiento.

Las correlaciones entre el TAS-20 y sus factores con el BDI y el SAS fueron positivas y estadísticamente significativas entre todas las variables excepto en el SAS y los factores 2 y 3 del TAS-20 y entre los factores 1 y 3. La relación entre el TAS-20 y sus factores habla a favor de la validez de la prueba y la asociación de la alexitimia con la depresión y ansiedad confirma estudios previos (Hendryx y cols., 1991; Sandin y cols., 1996; Bagby y cols., 1988; Cochrane y cols., 1993) (Tabla II).

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos 2-4 y 3-5 en todas las variables estudiadas. El grupo de ANR no se comparó con

TABLA II

CORRELACIONES ENTRE EL TAS-20,  
SUS FACTORES, SAS Y BDI (N=71)

	BDI	SAS	TAS	F1	F2
SAS	0,737 **				
TAS	0,509 **	0,377 **			
F1	0,451 **	0,481 **	0,748 **		
F2	0,347 **	0,199	0,711 **	0,386 **	
F3	0,267 *	0,082	0,662 **	0,147	0,391 **

BDI= Beck Depression Inventory; SAS= Self Anxiety Scale; TAS-20= Toronto Alexithymia Scale.

\*\* p < 0,01; \* p < 0,05

ninguno, pues sólo había un tipo de intervención. Al comparar los grupos: TFS (n=44) y GAP+TG (n=27), tampoco hemos encontrado diferencias significativas.

Hemos analizado las diferencias de puntuaciones totales entre la evaluación pre y postratamiento en los grupos 1-5 y hemos hallado mejorías significativas en todas las variables estudiadas en los grupos TFS en ANR, ANB y ANB, y las de los grupos GAP+TG, excepto el F2 del TAS-20 en el grupo 4 y el F1 del grupo 5 (Tabla III).

Al dicotomizar las variables: TAS-20 (> 60), BDI (> 11) y SAS (> 44) en patológico/ no patológico, y hacer análisis pre-post encontramos que en los grupos 1 y 3 aparecen mejorías significativas en todas las variables, en el grupo 2 en alexitimia y ansiedad y en el grupo 5 en ansiedad (Tabla IV).

Como ya hemos señalado, no encontramos diferencias significativas en la evaluación 0 entre los grupos 2-4 y 3-5. Más tarde hemos comparado los mismos grupos, 2-4 y 3-5, en la evaluación 1 en las variables cuantitativas, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y hemos encontrado las siguientes diferencias significativas: entre los grupos 2 y 4 los resultados son mejores en el grupo 2 frente al 4 en el F2 del TAS-20 ( $z = -2,103$ ;  $p = 0,035$ ). Al comparar los grupos 3 y 5 hemos encontrado diferencias significativas con mejores resultados en el grupo 3 en: TAS-20 ( $z = -3,026$ ;  $p = 0,002$ ), F1 ( $z = -3,191$ ;  $p = 0,001$ ), F2 ( $z = -2,250$ ;  $p = 0,025$ ), SAS ( $z = -2,588$ ;  $p = 0,008$ ) y en BDI ( $z = -3,572$ ;  $p = 0,000$ ). Es decir, que la mejoría hallada en el grupo 3, TFS en BN, es superior a la hallada en el grupo 5, grupo de GAP+TG en BN, en casi todas las variables estudiadas.

Al estudiar el cambio al final de la intervención en los grupos TFS y GAP+TG hemos hallado que en ambos grupos aparecen mejorías estadísticamente significativas, en todas las variables. En el grupo TFS la  $p = 0,000$  en todas las variables y en el grupo GAP+TG es igual en el TAS-20, SAS y BDI, mientras que es algo inferior en el F1 ( $T = -3,27$ , g.l. 19,  $p = 0,004$ ), F2 ( $T = -2,68$ , g.l. 19,  $p = 0,015$ ) y F3 ( $T = -3,25$ , g.l. 19,  $p = 0,004$ ).

Finalmente, hemos comparado los grupos TFS y GAP+TG en la evaluación postratamiento, y hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables excepto en el F3, con mejores resultados en el grupo TFS.

Respecto a la remisión de la alexitimia en la evaluación postratamiento, excluyendo abandonos y derivaciones, encontramos los siguientes resultados:

—En el grupo 1: TFS en ANR, de los 7 alexitímicos que reciben terapia, 6 dejan de serlo (85,7% de remisiones).

—En el grupo 2: TFS en ANB, de los 9 alexitímicos que reciben terapia, 8 dejan de serlo (84,4% de remisiones).

—En el grupo 3: TFS en BN, los 11 casos que eran alexitímicos todos dejan de serlo (100% de remisiones). En el grupo 4: GAP+TG en ANB, 4 de los 7 que acabaron el tratamiento dejan de ser alexitímicos (57,1% de remisiones, 40% incluyendo los abandonos) y en el grupo 5: GAP+TG, de las 8 alexitímicas 4 (50% y el 40% incluyendo abandonos) dejan de serlo. En depresión, destaca que en el grupo 5 de los 12 casos con depresión, 11 siguen padeciéndola, así como el 50% de los casos del grupo 2 y el 57,1% de los casos del grupo 4. Respecto a la ansiedad los resultados son mejores (Tabla IV).

## DISCUSIÓN

Respecto a los abandonos, el que todas las pacientes padecieran depresión y 5 de las 7 alexitimia podría llevar a pensar que estas variables se asocian a una mayor probabilidad de abandono en la terapia de grupo, pero el hecho de que todas las pacientes del grupo GAP+TG en ANB fueran alexitímicas y padecieran depresión y abandonaran un 30%, lo cual es habitual en las terapias de grupo, y el que en el grupo GAP+TG en BN abandonaran 2 pacientes alexitímicas y 2 no alexitímicas, no permite llegar a la conclusión sugerida, es decir, no parece que el abandono esté asociado a la alexitimia y depresión.

Los resultados de este estudio sugieren que tanto la TFS como la GAP+TG son efectivas para mejorar la alexitimia. Pero si comparamos ambas intervenciones, los resultados son significativamente mejores en la TFS que combina sesiones familiares e individuales, frente a la intervención que combina grupo de apoyo de padres más terapia de grupo para las pacientes, especialmente al abordar la BN.

En la TFS los resultados al finalizar la intervención muestran un porcentaje de remisión de alexitimia importante, casi el doble que en las intervenciones grupales sin contar los abandonos. Las relaciones familiares de las pacientes anoréxicas se suelen caracterizar por dificultades de comunicación, la expresión de emociones negativas se ve dificultada por el temor al conflicto, y son frecuentes las disfunciones en la fijación de límites entre individuos y subsistemas, que suelen llevar a relaciones enmarañadas en las que frecuentemente se dan relaciones simbióticas. Las familias de bulímicas suelen ser más hostiles, desligadas e impulsivas y los padres menos empáticos (Espina, Pumar, García, Santos y Ayerbe, 1995). El abordaje familiar e individual empleado (Espina, 1998b), da gran importancia al mundo emocional y a la discriminación y expresión de las emociones. A los síntomas se les atribuye una función en la familia y

TABLA III

RESULTADOS PRE-POST EN EL BDI, SAS, TAS-20 TOTAL Y FACTORES EN LOS GRUPOS 1 - 5

		TFS ANR			TFS ANB			TFS BN			GAP + TG ANB			GAP + TG BN		
		N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P	N	Z	P
BDI	Rangos +	0			0			0			0			1		
	Rangos -	13			11			18			6			12		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,94	0,003	0	-3,72	0,000	1	-2,20	0,028	0	-2,94	0,003
SAS	Rangos +	0			0			0			0			0		
	Rangos -	13			11			18			7			13		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,94	0,003	0	-3,73	0,000	0	-2,37	0,018	0	-3,18	0,003
TAS-20	Rangos +	0			0			0			0			0		
	Rangos -	13			11			18			6			11		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,94	0,003	0	-3,72	0,000	1	-2,20	0,028	2	-2,94	0,003
Factor 1	Rangos +	0			0			0			0			1		
	Rangos -	13			11			18			6			9		
	+/-	0	-3,18	0,001	0	-2,94	0,003	0	-3,73	0,000	1	-2,21	0,027	3	-1,79	0,079
Factor 2	Rangos +	0			0			1			1			3		
	Rangos -	10			11			16			4			9		
	+/-	3	-2,81	0,005	0	-2,84	0,003	1	-3,10	0,002	2	-1,35	0,176	1	-1,97	0,049
Factor 3	Rangos +	2			0			2			0			2		
	Rangos -	11			10			15			5			9		
	+/-	0	-2,38	0,017	1	-2,84	0,004	1	-2,94	0,003	2	-2,03	0,042	2	-2,29	0,022

TFS: Terapia Familiar Sistémica. GAP + TG: Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo. ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva.

ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica. BN: Bulimia Nerviosa. TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale*; BDI = *Beck Depresión Inventory*; SAS = *Self-Rating Anxiety Scale*.

TABLA IV

RESULTADOS INTRAGRUPRO AL INICIO Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO EN PRESENCIA/AUSENCIA DE ALEXITIMIA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

	TFS ANR N = 13			TFS ANB N = 11			TFS BN N = 18			GAP + TG ANB N = 7			GAP + TG BN N = 13			
	Ev. 0 N	Ev. 1 N (%)	Sig.	Ev. 0 N	Ev. 1 N (%)	Sig.	Ev. 0 N	Ev. 1 N (%)	Sig.	Ev. 0 N	Ev. 1 N (%)	Sig.	Ev. 0 N	Ev. 1 N (%)	Sig.	
TAS-20																
<60	6	(46,1)	12 (92,3) *	2	(18,1)	10 (90,9) **	7	(38,9)	18 (100) **		4	(57,1)	NS	5	(38,5)	9 (69,2) NS
>61	7	(53,9)	1 (7,7)	9	(81,9)	1 (9,1)	11	(61,1)	*	7	(100)	3 (42,9)		8	(61,5)	4 (30,8)
SAS																
<45	7	(53,9)	13 (100) *	4	(36,4)	10 (90,9) *	8	(44,4)	18 (100) **	3	(42,9)	7 (100)	NS	4	(30,8)	11 (84,6) *
>44	6	(46,1)		7	(63,6)	1 (9,1)	10	(55,6)		4	(57,1)			9	(69,2)	2 (15,4)
BDI																
<12	3	(23,1)	11 (84,6) **	1	(9,1)	6 (54,5) NS	1	(5,6)	17 (94,4) ***		3	(42,9)	NS	1	(7,7)	2 (15,4) NS
>11	10	(76,9)	2 (15,4)	10	(90,9)	5 (45,5)	17	(94,4)	1 (5,6)	7	(100)	4 (57,1)		12	(92,3)	11 (84,6)

TFS: Terapia Familiar Sistémica; GAP + TG: Grupo de Apoyo a Padres y Terapia de Grupo; ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva.

ANB: Anorexia Nerviosa Bulímica; BN: Bulimia Nerviosa. TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale*; BDI = *Beck Depresión Inventory*; SAS = *Self-Rating Anxiety Scale*.

\* p ≤ 0,05, \*\* p ≤ 0,01, \*\*\* p ≤ 0,001

son interpretados como mensajes que se envían en un contexto en el que la comunicación es disfuncional. Se intenta buscar sentido a los síntomas y conductas, favoreciendo la comprensión y expresión emocional. Cuando existe confusión en las relaciones, hacemos sesiones individuales para clarificar las emociones propias y ajenas y, posteriormente, hacemos sesiones conjuntas en las que se favorece la comprensión empática del otro.

Este tipo de tratamiento se muestra más efectivo para mejorar la alexitimia que el abordaje grupal, lo cual puede ser debido a que la alexitimia en los TA no es únicamente un problema de la paciente, sino un problema familiar, como sugirieron Onnis y Di Genaro (1987), afirma Dahlman (1996) y confirma un estudio que hemos finalizado recientemente. Desde esta visión de la "familia alexitímica" las intervenciones familiares conjuntas, acompañadas de sesiones individuales, favorecerían el abordaje de la alexitimia en mayor medida que las intervenciones grupales en las que se separa padres y pacientes y no se incluyen los hermanos. En este abordaje las sesiones familiares sirven para activar el *arousal* y las individuales para discriminar las emociones activadas y las sesiones familiares posteriores para hablar de esas emociones. En este formato confluyen las intervenciones familiares grupales con las individuales favoreciendo lo que planteaban Swiller (1988) y Kleinberg (1996). Mientras que las sesiones de terapia de grupo, aunque activan las emociones, y de suyo mejoran la alexitimia, parece que la ausencia de sesiones individuales dificulta un abordaje más completo de la alexitimia. Taylor (1984) recomendó la terapia de grupo para abordar la alexitimia y Bart (1994) específicamente en los TA, pero los cambios obtenidos

en alexitimia utilizando terapia de grupo intensiva (De Groot, y cols., 1995) en pacientes bulímicas son menores que los obtenidos por nosotros con la TFS.

Estos cambios en alexitimia sugieren que puede tratarse de un estado, pero en otro trabajo (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2000c) hemos hallado cambios importantes en los perfiles del MMPI en TA con este tipo de intervención, por lo que la alexitimia podrá ser también un rasgo modificable con la terapia.

En cuanto a la depresión, vemos que la remisión es menor que en la alexitimia, lo cual nos muestra que, aunque están relacionadas, la desaparición de la alexitimia no se acompaña siempre de la ausencia de depresión, por lo que la hipótesis de que la alexitimia pueda deberse a la depresión, se vería cuestionada, pero el diseño de este estudio no permite aventurar un afirmación en esa dirección. Sí podemos decir que las intervenciones utilizadas ofrecen resultados más pobres, en la remisión de la depresión, en la TFS aplicada a ANB y la GAP+TG en ANB y BN, mientras que es muy eficaz la TFS en ANR y BN. Respecto a la ansiedad los resultados son mucho mejores en todos los grupos.

Comentábamos en un trabajo anterior y refiriéndonos a la patología alimentaria (Espina y cols., 2000a), que otro aspecto que puede incidir en los resultados es que la GAP+TG se ceñía a un año, mientras que en la TFS el final de la terapia era abierto, lo cual permite regular mejor el proceso.

Finalmente, señalar que estos resultados deben ser valorados con cautela, pues el número de pacientes en cada tipo de patología es reducido y nos referimos únicamente a los resultados al final de la terapia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press. 1994.
2. Bagby RM, Taylor GJ, Atkinson L. Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J Psychosom. Res.* 1998; 32: 107-116.
3. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38 (1): 23-32.
4. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994b; 38 (1): 33-40.
5. Barth FD. The use of group therapy to help women with eating disorders differentiate and articulate affect. *Group* 1994; 18 (2): 67-77.
6. Beck, AT, Ward CM, Mendelson M, Mock JE, Erbaun JK. An inventory for measuring depression. *Arch General Psychiat* 1961, 4: 561-571.
7. Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychother Psychosom* 2000; 69 (3): 117-122.
8. Bourke MP, Taylor GJ, Parker J, Bagby RM. Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *Br J Psychiat* 1992; 161: 240-243.
9. Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. Alexithymia in the eating disorders. *Int J Eat Disor.* 1993; 14 (2): 219-222.
10. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación conductual para la clasificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Valladolid: Departamento de Psicología Médica de la Universidad de Valladolid 1984.
11. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Stephan P, Jeammet P. Alexithymia's role in eating disorders: Place and function. *Ann Med Psychol* 1998; 156 (10): 668-680.
12. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiat. Res.* 2000; 93 (3): 263-266.



13. Dahlman, K. Affective capacity in mothers of eating disorders patients. *Dissertations Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering.* 1996, 56 (9B): 5163.
14. De Groot J, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiat* 1995; 36 (1): 53-60.
15. Emde RN. Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 1988; 69: 23-42.
16. Espina A, Pumar B, García E, Santos A, Ayerbe A. Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar* 1995; 27: 5-17.
17. Espina A. Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En Espina A, Pumar B (Eds). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación.* Madrid: Fundamentos 1996.
18. Espina A. El uso de la escultura en terapia de pareja. *Revista de psicoterapia.* 1997; 7 (28): 29-44.
19. Espina A. El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En García J, Garrido M, Rodríguez L (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista.* Madrid: Fundamentos 1998a.
20. Espina A. Psicoterapia relacional de la alexitimia. Un caso de anorexia nerviosa. En García J, Garrido M, Rodríguez L (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista.* Madrid: Fundamentos 1998b.
21. Espina A. Anorexia nerviosa en el varón, alexitimia e hipnoterapia ericksoniana. *Revista de psicoterapia.* 1998c; 30-31: 131-152.
22. Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I. Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría.* 2000a; 16 (8): 322-336.
23. Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I, Alemán A. Imagen Corporal en los trastornos alimentarios: Un ensayo controlado de terapia familiar sistémica y terapia de grupo + grupo de Apoyo de Padres. *Cuadernos de terapia familiar* 2000b; 44-45: 71-82.
24. Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I. Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en personalidad. Comunicación presentada en el 2º congreso de la Asociación Española para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar: Madrid 2000c.
25. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychosom* 1977; 28: 180-190.
26. Fukunishi I. Eating attitudes in female college students with self-reported alexithymic characteristics. *Psychol Repor* 1998; 82 (1): 35-41.
27. Fukunishi I, Ichikawa M, Ichikawa T, Matsuzawa K. Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychol Repor* 1994; 74 (2): 568-570.
28. Fukunishi I, Kikuchi M, Takubo M. Changes in scores on alexithymia over a period of psychiatric treatment. *Psychol Repor* 1997; 80 (2): 483-489.
29. Guilbaud O, Corcos M, Chambry J, Paterniti S, Flament M, Jeammet P. Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Ann Med Psycholog* 1999; 157 (6): 390-401.
30. Harper-Giuffre H, MacKenzie KR. *Group psychotherapy for eating disorders.* Washington D.C: American Psychiatric Press 1992.
31. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J Personal Asses* 1991; 56: 227-237.
32. Kleinberg JL. Working with the alexithymic patient in groups. *Psychoanal Psychother* 1996; 13 (1): 76-85.
33. Kristal H. *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia.* Hillsdale NJ. Analytic Press 1988.
34. Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-development theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 133-143.
35. Lesser IM. Current concepts in psychiatry: Alexithymia. *N Eng J Med* 1985; 312: 690-692.
36. Marty P, De M'Uzan M. La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse* 1963; 27: 1345-1356.
37. Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud,* 1996; 7 (1): 19-32.
38. Nemiah JC. Alexithymia: theoretical considerations. *Psychoter. Psychosom* 1977; 28: 199-206.
39. Onnis L, Di Genaro A. Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica* 1987; 32: 45-64.
40. Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ, Endler NS, Schmitz P. Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Eur J Personal.* 1993; 7 (4): 221-232.
41. Rastam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johanson M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 385-388.
42. Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P. Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis.* 1996; 17 (1): 37-45.
43. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiat* 1993; 34: 54-58.
44. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The relationship between alexithymia, depression and Axis II. *Psychopathology in eating disorder in patients.* *Int J Eat Disord* 1998; 23 (3): 277-286.
45. Sluzki C. Process, structure and World views: An integrated view of systemic models in family therapy. *Fam. Process* 1983; 22: 469-476.
46. Stern DN. Affect attunement, in *Frontiers in Infant Psychiatry,* 2, 3-14. In Call JD, Galenson E, Tyson RL (Eds). New York: Basic Books 1984.
47. Swiller H. Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 1998; 38 (1): 47-61.
48. Taylor GJ. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141 (6): 725-732.
49. Taylor GJ. *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis.* Madison, C.T.: International Universities Press 1987.
50. Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychoter. Psychosom.* 1985; 44: 191-199.
51. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosom.* 1991; 32: 153-164.
52. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res* 1996; 41 (6): 561-568.
53. Trichilo DL. Parental attachment and affect disturbance in young bulimic women. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering.* 1998; 59 (5B): 2441.
54. Zung W. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosom* 1971; 12: 371-379.