



PUCP

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

ALEXITIMIA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN MUJERES CON
ANOREXIA NERVIOSA DE UNA CLÍNICA PRIVADA

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachillera:

LUCÍA JAZMÍN MURILLO MARTÍNEZ

María Antonia Rodríguez García

Asesora

LIMA-PERÚ
2017



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo explorar si existe relación entre el funcionamiento familiar de pacientes con anorexia nerviosa y sus síntomas alexitimicos. Para este propósito se contó con la participación de 37 pacientes mujeres de una clínica privada de Lima diagnosticadas con anorexia nerviosa según criterios del CIE-10, cuyo rangos de edad oscilaban entre los 18 y 30 años ($M = 20.14$, $DE = 2.43$). Los instrumentos usados fueron el FACES III que mide funcionamiento familiar, validado en nuestro contexto por Reusche (1994), y la adaptación lingüística del TAS-20 realizada por Romero (2009) el cual mide síntomas de alexitimia. Como resultado, se encontró que existe una relación entre el funcionamiento familiar reportado por las pacientes y sus síntomas alexitimicos, hallando que una baja cohesión estaría relacionado con la dificultad para identificar y describir sus emociones. Asimismo, se encontró que las pacientes que percibían a sus familias con mayor disfuncionalidad presentaban mayor dificultad para identificar y describir sus emociones. En este marco, se concluyó que la disfuncionalidad familiar percibida por la paciente estaría vinculado con sus síntomas alexitimicos.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, Funcionamiento familiar, Alexitimia

ABSTRACT

This research aimed to explore whether there is an association between family functioning and symptoms of alexithymia in patients diagnosed with Anorexia Nervosa. Thirty-seven female patients of a private clinic in Lima diagnosed with Anorexia Nervosa according to ICD-10 criteria were recruited. Ages ranged between 18 and 30 years ($M = 20.14$, $SD = 2.43$). Two questionnaires were used, the FACES III, validated in our context by Reusche (1994) to measure family functioning, and the linguistic adaptation of TAS-20 by Romero (2009) to measure alexithymia. Overall, there is a relationship between family functioning reported by the patients and their alexithymic symptoms. Specifically, low cohesion is related to difficulty in identifying and describing emotions. Moreover, patients who perceived greater dysfunctionality in their families had greater difficulty in identifying and describing their emotions. In conclusion, the family dysfunction perceived by the patient is related to the alexithymic symptoms.

Keywords: Anorexia Nervosa, Family functioning, Alexithymia

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	15
Participantes	15
Medición	16
Procedimiento	18
Análisis de Datos	19
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	31
ANEXOS	43



A lo largo de la historia, uno de los principales cuidados que ha tenido el ser humano ha sido la belleza física. Por años, esta característica ha significado salud y bienestar. No obstante, con la aparición del culto al cuerpo delgado surgen nuevos valores y estándares de belleza que, llevados al extremo, podrían desencadenar la aparición de un desorden alimenticio (Merino, Pombo y Godás, 2001).

Al principio esta enfermedad era apreciada como consecuencia de las decepciones amorosas y matrimonios forzados propios del siglo XII (Sala, 2008). De igual forma, los ayunos estrictos tenían un significado religioso de pureza, y se veían como una virtud que se debía cultivar. Sin embargo, con el paso del tiempo, este último significado fue cambiando hacia una connotación más estética, estrechamente relacionada con la imagen corporal.

Desde finales del siglo XX e inicios del XXI hasta la actualidad, la globalización y la cultura moderna traen consigo nuevos modelos e ideales de belleza, y con ello se impone el estereotipo de delgadez. El cuerpo, entonces, cobra importancia y relevancia en el proceso de construcción de la identidad, donde incluso mujeres dentro de los parámetros de normalidad manifiestan su descontento con esta identidad (Rigol, 2006). En otras palabras, la mujer postmoderna depende y se define a partir del cuerpo (Counihan, 2013).

La anorexia como tal, lejos de ser una enfermedad física es una enfermedad multifactorial (Morgan, Ramalho y Brooking, 2002; Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, y Halley, 2013) y biocultural (Counihan, 2013). Esta sigue las normas culturales de la época, por ello es necesario contextualizar el problema para tener una comprensión más objetiva. Según Counihan (2013), existe una mayor probabilidad de que se desarrolle durante la adolescencia, lo cual estaría relacionado con los cambios hormonales vinculados directamente al cambio físico (Portela de Santana, Ribeiro, Giral y Raich, 2012). Para el adolescente su cuerpo se convierte en el espacio donde puede expresarse, el cual puede ser moldeado de acuerdo a la cultura y la sociedad, pues su identidad se construye a partir de la opinión que tienen los demás sobre ella (Rigol, 2006; Zusman, 2009). En este sentido, para el adolescente su cuerpo es el móvil que le permite definirse y relacionarse con el entorno que le rodea.

Para la persona, el cuerpo es el medio que le permite defenderse de los conflictos de su vida y construir su autoestima (Curzio, Bastiani, Scalesse, Cutrupi, Romano, Denoth, Maestro, Muratori y Molinaro, 2015). Asimismo, le brinda una sensación de

control pues responde a la premisa de que, si se controla lo que se come, se controlarán otros aspectos vitales (Borrego, 2010; Jáuregui, 2013; Rigol, 2006). Es probable que este supuesto provenga del miedo que tiene la persona a madurar en la adolescencia, ya que esta etapa trae consigo cambios a nivel físico que no se pueden predecir ni manejar (Rigol, 2006; Vellisca, Orejudo y Latorre, 2012). De esta manera, el peso cobra sentido y valor dentro de la construcción de su identidad: es la expresión concreta de su necesidad de control sobre su vida y su entorno.

En esta línea, la anorexia nerviosa es un desorden alimenticio que se presenta entre los 12 y 29 años aproximadamente (Ministerio de Salud, 2014; Vellisca et al., 2012), con mayor incidencia en adolescentes entre los 12 y 17 años (Minsa, 2014). Es un trastorno grave y complejo donde la persona manifiesta pérdida o falta de apetito – sin origen orgánico-, preocupación excesiva por el peso, empieza a restringirse drásticamente los alimentos –carbohidratos, calorías, entre otros- y a realizar actividad física excesiva por temor a ganar peso, pues percibe una imagen distorsionada de su cuerpo, el cual rechaza (Hernández, 2005; Jáuregui, 2013; Portela et al., 2012; Ruiz, Vázquez, Mancilla, López y Álvarez, 2010).

La Asociación Americana de Psicología (2015) describe este trastorno como hábitos alimenticios inusuales o perturbados, en el cual falla la percepción de la imagen corporal y existe una excesiva preocupación por engordar. Asimismo, el peso corporal se encuentra por debajo del nivel normal mínimo del Índice de Masa Corporal (IMC) y se diagnostica cuando la pérdida de peso es mayor al 15% (Calvo, Gallego y García, 2012; Hernández, 2005).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión 5 (American Psychiatric Association, 2013), para diagnosticar a una persona con este trastorno alimenticio, esta debe cumplir con los siguientes criterios (DSM5, 2013, p. 191):

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- B.** Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Este manual señala que existen subtipos dentro de la anorexia, los cuales se clasifican dependiendo de los síntomas que presente la persona. El primer tipo es el restrictivo, el cual se caracteriza por presentar pérdida de peso mediante dietas, ayuno y/o ejercicio físico. El segundo es el purgativo o anorexia con episodios de atracones, este se caracteriza por presentar episodios recurrentes durante tres meses de sobreingesta luego de un periodo de anorexia para después expulsarlo, ya sea a través de vómitos, diuréticos, laxantes, etc. (American Psychiatric Association, 2013).

De igual manera, según el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) realizado por la Organización Mundial de la Salud (2004), se debe tener en cuenta los siguientes criterios para diagnosticar a una persona con este trastorno (CIE-10, 2004, p. 140 - 141):

- A.** Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
- B.** La pérdida del peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”.
- C.** Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso.
- D.** Trastorno endocrino generalizado que afecte el eje hipotalámico-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).

E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos Ay B bulimia nerviosa (F50.2).

Entre los cambios físicos principales que la caracterizan serían la amenorrea, la sensibilidad al frío, la piel pálida, el estreñimiento, la debilidad y cansancio, los mareos, la hiperactividad, la falta de respuesta sexual, y el lanugo. Asimismo, se encuentran problemas de salud como la osteopenia, la osteoporosis, la complicación gastrointestinal, la insuficiencia renal, la anemia, la hipotermia, la bradicardia, la hipotensión entre otros (Hernández, 2005; Hidalgo, Ceñal y Güemes, 2014; Zusman, 2009).

La anorexia nerviosa es una enfermedad que no solo se manifiesta a través del aspecto físico, sino también se presenta a nivel psicológico, pues puede surgir ante la vulnerabilidad de los factores individuales, familiares y socioculturales (Marmo, 2014; Portela, Ribeiro, Giral y Raich, 2012). El temor a subir de peso, la necesidad de control y demás preocupaciones para la mujer anoréxica se construyen interdependiente al contexto social y cultural en el que está inmersa, pues guían su comportamiento (Micolta, Escobar y Betancourt, 2013). Asimismo, a nivel familiar esta presencia cultural también influye en las interacciones familiares (Nichols y Tafuri, 2013), puesto que a través de este núcleo se transmiten roles, costumbres, normas, hábitos, etc. (León y Aizpuru, 2010) a los miembros. Es por ello necesario tener en cuenta su multicausalidad al estudiar y trabajar con este diagnóstico para tener una comprensión más completa del trastorno.

Dentro de los factores de riesgo biológicos se encuentra antecedentes de sobrepeso y la alteración en las señales interoceptivas (Portela et al., 2012). Como factor de riesgo psicológico están la preocupación excesiva por el peso y el cuerpo (Díaz-Castillo y Aizpuru, 2016), la hostilidad, los episodios de purgas seguidos de sentimientos de vergüenza y culpa, el incremento de ansiedad, la baja autoestima (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016; Guadarrama y Mendoza, 2011; Portela et al. 2012). Por otro lado, dentro de los factores socio-culturales se encuentra la evaluación social negativa, la presión social, el retraimiento social, episodios de acoso escolar, antecedentes de abuso sexual (Curzio et al., 2015; Marmo, 2014; Sainos, Sánchez, Vázquez y Gutiérrez, 2015). Finalmente, dentro de ámbito familiar se considera como factor de riesgo las separaciones, la pérdida de un ser querido, la presión familiar,

rigidez en los vínculos familiares (De abreu, Addison y Benicio, 2013; Marmo, 2014; Portela et al. 2012, Ruíz, Vásquez y Mancilla, 2013; Sainos et al. 2015).

Esta enfermedad se encuentra entre uno de los trastornos con mayor mortalidad entre los trastornos psicopatológicos (Raich, 2011). A la fecha, tiene una prevalencia de 0.4% entre las jóvenes a nivel mundial (American Psychiatric Association, 2013), y mantiene un índice de recaídas alto con un mal pronóstico de recuperación (Attia y Walsh, 2008).

Según datos recogidos por el Ministerio de Salud en el año 2016, se presentaron 2418 casos de trastornos de la ingestión de alimentos en la población peruana, más del doble reportados en el último informe realizado en el 2014 (Ministerio de Salud, 2014). Dentro de estos casos, se observa que 787 presentan como único diagnóstico anorexia nerviosa, de los cuales el 57% solo se concentran en Lima Metropolitana (Ministerio de Salud, 2016).

En estos últimos años se observa que la edad de aparición ha descendido en un año aproximadamente (Borrego, 2010), teniendo un rango de aparición entre los 10 y 19 años. Asimismo, según investigaciones realizadas entre el 2002 y el 2003 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, la presencia de este trastorno era del 0.1% como trastorno clínico agudo del 8.3% de la población con riesgo a presentar un problema alimenticio, teniendo menor pronóstico de recuperación en edades más tempranas (INSM HD-HN, 2002). Lamentablemente, estas cifras continúan en aumento, pues se ha registrado 300 pacientes más en el 2013 de los que había hace dos años (INSM HD-HN, 2014). De igual forma, según informes realizados por el Hospital Hermilio Valdizán (Hospital Hermilio Valdizán, 2013; Hospital Hermilio Valdizán, 2014), el 3% de su población está conformada por pacientes mujeres con este diagnóstico.

Ahora bien, estas cifras en aumento revelan la carencia que tenemos como sistema para reducir la prevalencia en la población. Para ello es necesario abordar el diagnóstico a partir de los diferentes factores involucrados en el mantenimiento del trastorno. En específico, la familia, a diferencia de otros factores, puede ser considerado tanto como un factor de riesgo como un factor de protección dependiendo del impacto y presencia que tenga en la vida de la paciente (Marmo, 2014). En este sentido, es muy

importante que se aborde y estudie como parte fundamental en la gestación de un trastorno alimenticio.

Para comprender con mayor detalle esta realidad, es necesario aclarar ciertos puntos referidos a la familia. Esta puede ser entendida como un sistema que interactúa continuamente con el individuo y con el medio que le rodea (Sánchez, 2015). Este sistema es un conjunto de partes comprendido como una totalidad (López, Nuño y Arias, 2006), el cual se construye a partir de los sistemas de valores y creencias compartidos que se transmiten generacionalmente (Espina, Gimeno y González, 2006). Dentro del sistema familiar sus elementos se encuentran en constante interacción y el estado de cada miembro determina el estado de los demás, es decir el cambio de un miembro afecta a los demás ya que sus acciones están interconectadas (Botella, 2010). Así, cada sistema se transforma y se organiza según las metas que se plantee cada miembro como parte del grupo (Espina et al., 2006).

Dentro del sistema familiar existen subsistemas, los cuales con una adecuada interacción y límites, permite al sujeto desarrollar su independencia e individualización (Sánchez, 2015). Cada persona es un subsistema en sí mismo dentro del sistema familiar (Villarreal, 2008). El fin de estos subsistemas es diferenciar los elementos del sistema y facilitar su integración, es decir, mantener el equilibrio y la interconexión entre ambos polos ante posibles cambios que surjan en el sistema familiar (Botella, 2010). En este sentido, los límites en los subsistemas tienen como objetivo diferenciar y facilitar la integración de sus miembros.

A través del tiempo, se puede observar como el sistema familiar va cambiando y ajustándose a las demandas del ambiente. Con el avance de la vida, la familia se organiza y forma reglas de interacción que les permite ajustarse a las tensiones percibidas en el transcurrir de la vida cotidiana (Sánchez, 2015), de forma que se mantiene como una estructura estable y equilibrada tanto dentro como fuera del sistema social –interacciona con el entorno- (Espina et al., 2006). De esta manera, la familia construye un sistema de creencias que le permite interpretar su entorno a través de patrones de comportamiento consensuados y aceptados por el grupo (López et al., 2006). En este sentido, toda acción o comportamiento dentro del círculo familiar tendría efectos en los demás miembros.

Desde mediados del siglo pasado ya se mencionaba que la familia de la paciente con anorexia pasaba por una situación estresante de desorden y desequilibrio, donde era la paciente quien se “sacrificaba” para mantener el sistema familiar (Doerr-Zeger, Petravic y Morales, 1988). La familia se ha ido ajustando a las diferentes situaciones y costumbres que se presentan en su entorno. En esta línea, los patrones de belleza y el culto al cuerpo estarían influyendo en su organización y estructura, por ello es consecuente proponer que la presencia de una enfermedad tendría efectos sobre el funcionamiento y estructura familiar. De esta forma, la paciente era entendida como el síntoma de la disfuncionalidad del sistema familia (Sánchez, 2015). En este sentido, este síntoma es una alerta para los miembros de la familia que les permite tomar conciencia de la crisis y la desorganización familiar. En otras palabras, la paciente hace visible los problemas familiares, y con ello se involucra la familia en la enfermedad.

De esta manera, se empieza a reconocer la importancia de la familia y se identifica características que posiblemente se encuentran implicadas en la enfermedad. Se encuentra que estas familias tienden a ser rígidas, perfeccionistas, dependientes, con rasgos depresivos, intrusivas, con relaciones distantes poco afectivas, donde las madres de las pacientes tienden a ser más críticas con el peso de sus hijas (Morgan et al., 2002, Pérez-Luna, 2013). Aparentemente, desde su primera infancia las pacientes con anorexia son educadas para ser niñas obedientes, preocupadas por el éxito y la apariencia física (Borrego, 2010). Estas aprenden a negar e ignorar los conflictos familiares, basándose en la imagen de una “familia ideal” (Cruzat et al., 2008).

Asimismo, se observa que en el subsistema parental la madre tiende a mantener un carácter dominante y sobreprotector, mientras el padre se encuentra desvalorizado, lejos del círculo familiar (Cervantes, 1998; Le Grange, Lock, Loeb y Nicholls, 2010; Mateos, García, De la Gándara, Vegas, Sebastián, Sanz, Martínez y Martín, 2014). En general, se habla de una sobreinvolucración de la madre, lo cual disminuye la privacidad y la autonomía de la persona y aumenta la confusión de sus roles y su dependencia al subsistema parental (González, Romero, Rascón y Caballero, 2013; Onnis, 1990). Diversos autores refieren que Este tipo de características serían propias de una familia disfuncional. Por tanto, el análisis del funcionamiento y dinámica familiar en pacientes con anorexia se vuelve necesario para entender esta patología (Borrego, 2010; Curzio et al., 2015; Minuchin, 1979; Minuchin, Rosman, Baker, 1978; Sánchez, 2015).

En líneas generales, el funcionamiento familiar es un constructo que hace referencia a las relaciones que establecen los miembros del sistema familiar (Ruiz et al., 2010). El modelo circunflejo entiende al funcionamiento familiar a partir de tres dimensiones: cohesión, flexibilidad y comunicación (Olson, Sprenkle y Russell, 1979). La Cohesión es el vínculo emocional que tienen los miembros por cada uno y hace referencia a la proximidad entre ellos. La flexibilidad o adaptabilidad refiere a la capacidad de adaptación para cambiar y ajustarse a los roles y las normas sociales. En el caso de la comunicación se habla de las habilidades comunicativas y la interacción del grupo, además facilita el despliegue de las dos primeras dimensiones, en el sentido que es visto como el elemento que puede modificarlos (Alarcón, 2014; Fontes et al., 2012; Olson, 2011; Schimdt, Barreyro y Maglio, 2010).

El objetivo de este modelo es hallar en qué niveles estas dimensiones se equilibran para lograr un funcionamiento familiar saludable (Olson, 2011). Y es que a partir de la interacción de sus tres dimensiones, se pueden encontrar diferentes tipos de familias tales como la familia aglutinada, la cual se refiere a la proximidad excesiva entre sus miembros; la familia semi-relacionadas, la cual describe una familia con una proximidad moderada; y la familia desligada, la cual tiene nada o escasa proximidad (Fontes et al., 2012). En pocas palabras, las familias varían dependiendo de la configuración de las dimensiones antes mencionadas.

Es así que partiendo del modelo propuesto por Olson, diversos autores han encontrado que familias con pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por ser altamente cohesivas, sin límites claros entre sus miembros y con déficit en la comunicación, lo cual estaría afectando su independencia y dificultando la comunicación de sus síntomas psicósomáticos (Fernández, Masjuan, Costa y Cracco, 2015; Rivero, Martínez e Iraurgi, 2011; Ruiz et al., 2010). Asimismo, se encontró diferencias en la percepción del funcionamiento familiar entre los miembros de la familia, donde la paciente tiende a percibir el conflicto con mayor intensidad que sus demás familiares, lo cual finalmente dificulta la comprensión del problema (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008; Maglio y Molina, 2012; Sainos, Sánchez, Vásquez y Gutiérrez, 2015).

Esto último estaría relacionado con la dificultad que tiene la paciente para conectarse con sus emociones y comunicar sus necesidades básicas (Espinosa et al., 2010; Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001; Onnis y Di Genaro, 1987). Las pacientes

con anorexia reportan padres más fríos e indiferentes a sus estados de ánimo (Castellano, 2006), donde los conflictos y la expresión de emociones no son dialogados (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2001). En este sentido, el problema de la comunicación en la paciente no es solo a nivel individual, sino que también involucra a la familia, en la medida que esta mantiene un ambiente con poca apertura a la expresión de los sentimientos, lo cual estaría bloqueando la comunicación y verbalización de sus afectos al mantener estos patrones y/o modelos de socialización (Casullo, 1996, citado en Sivak y Wiater, 1997).

Los miembros de estas familias estarían transmitiendo a los más jóvenes estos patrones de comunicación que no permiten la expresión afectiva. Por ello, no se señala en vano que en este contexto familiar las pacientes anoréxicas estarían más propensas a presentar síntomas alexitimicos (Behar, 2011; Sivak y Wiater, 1997; Torres, Guerra, Lencastre, Vieira, Roma-Torres y Brandão, 2011).

La alexitimia es conocida como la dificultad en la expresión y comunicación de las emociones. Se define como un disturbio en la expresión emocional que implica la incapacidad para describir, reconocer e identificar los sentimientos (Nehmiah 1977; Romero, 2006; Sifneos 1973; Torres, Guerra, Lencastre, Vieira, Roma, Brandão, 2011). La alexitimia es un constructo relacionado con los trastornos psicossomáticos (Sáez y Tiznado, 2012; Sivak y Wiater, 1997) y se caracteriza por la dificultad que tiene la persona para describir y diferenciar sus señales interoceptivas, por lo que se les hace difícil relacionar el malestar corporal con el malestar psicológico (Behar 2010; Espina, Ochoa de Alda y Ortego, 2007; Nemiah, Freiburger y Sifneos, 1976; Taylor y Bagby, 2000).

Dentro de los autores que estudian este constructo se encuentran Taylor, Ryan y Bagby (1985), los cuales logran identificar sus características más resaltantes y las agrupan inicialmente en cinco áreas: dificultad para describir sus sentimientos, dificultad para distinguir las sensaciones corporales que acompaña las emociones, la ausencia de introspección, el conformismo social y la imaginación pobre. No obstante, con el transcurrir de los años se redujeron en tres grandes áreas o dimensiones, manteniendo las dos primeras y creando una nueva referida a la influencia de lo exterior en el pensamiento de la persona (Sáez y Tiznado, 2012).

Este constructo se puede hallar en diferentes niveles en la persona, en el sentido que puede ser tanto parte de la enfermedad como de la personalidad de la persona (Carballo, citado en Sivak y Wiater, 1997). Es por ello que no existe consenso general para incluirlo en algún manual diagnóstico o como síntoma de una patología. Lo importante a rescatar de este constructo es que permite reconocer problemas relacionados con las emociones, la percepción del afecto y la comunicación (Sivak y Wiater, 1997).

En particular, se halló que los síntomas alexitimicos eran más altos en pacientes con anorexia, indicando que estas no tendrían desarrollada la capacidad para conectarse con sus emociones (Bruch, 1985; Díaz y Balbás, 2002). De igual forma, se encontró que pacientes con TCA presentaban indicadores de alexitimia al reconocer que estos tendían a suprimir sus emociones y presentar dificultad para identificarlas y expresarlas verbalmente (Behar, 2011; Pérez-Luna, 2013). En este sentido, existe presencia de alexitimia en personas con patología alimentaria (Sivak y Wiater, 1997; Taylor, 2000).

Ahora bien, es importante indicar que la alexitimia también es señalada como una característica presente en las familias con hijas con anorexia (Espinosa et al., 2001). La alexitimia estaría relacionada con las experiencias vinculares de la paciente en las etapas más tempranas, en los cuales no logra conectarse ni regular sus emociones ya que no tuvo un modelo para guiarla y contenerla dentro de su familia (Azabal, 2014; Behar, 2010; Behar, 2011; Nehmia, 1977; Nemiah et al., 1976; Sibak y Wiater, 1997; Sifneos, 1973). De esta manera, la poca apertura para el diálogo de los afectos y las carencias en el comportamiento para reconocer sus emociones no son más que indicadores o síntomas alexitimicos, los cuales se manifiestan en pacientes con anorexia. Es por ello que se propone que la familia tendría una presencia crucial en el proceso de identificación, definición y comunicación de las emociones y sentimientos.

Finalmente, como objetivo general este estudio busca explorar la relación entre el funcionamiento familiar de la paciente anoréxica con sus síntomas alexitimicos, desde la percepción de la paciente identificada.



MÉTODO

Participantes

Las participantes fueron 37 mujeres con diagnóstico de anorexia según criterios del CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10) con un rango de edad entre los 18 y los 30 años ($M = 20.14$, $DE = 2.43$). Las participantes fueron seleccionadas de una clínica privada de Lima. Esta clínica posee dos sedes en diferentes distritos de Lima Metropolitana. Ambas sedes se encuentran en distritos que poseen características similares (zona de residencia, vivienda, bienes y servicios, características del jefe de familia, e ingreso familiar mensual) y está constituido en su mayoría por población del nivel socioeconómico medio alto y alto según los informes realizados por el APEIM (Asociación Peruana de Investigación de Mercados) en los últimos años (APEIM, 2012; APEIM, 2013; APEIM, 2014; APEIM, 2015). No se menciona el nombre de los distritos según solicitud de la institución para mantener la privacidad de las pacientes. Sin embargo, es importante añadir que fueron 12 participantes de la sede A y 25 participantes de la sede B, respectivamente.

Respecto al tratamiento, según refiere la coordinadora de psicología de la institución, la psicóloga D. Pacheco (2016), el tratamiento consta de cinco fases que permiten medir el avance de los pacientes. La institución brinda el servicio de clínica de día, donde las pacientes asisten a terapias grupales y diferentes actividades diarias. Según explica la psicóloga, el tratamiento consta de cinco etapas que permiten evaluar los progresos de los pacientes. Se trabajó con personas que se encontraban solo en el módulo 1 del tratamiento, de forma que se pudo tener un grupo con criterios similares dentro del tratamiento además de controlar el impacto del tratamiento en los resultados. Asimismo, estas personas cumplieron con el criterio de tiempo dentro del tratamiento no menor a 4 semanas para garantizar la estabilidad y soporte del paciente.

Respecto a los criterios éticos, las participantes tuvieron la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento. Se trabajó en conjunto con el equipo de psicología para evaluar la estabilidad de las pacientes y ver cualquier efecto que podría tener la investigación en su tratamiento. De igual forma, los resultados fueron informados a la institución para que puedan ser usados dentro del tratamiento de las pacientes participantes.

En líneas generales, según la percepción de las pacientes sobre su condición económica, el 62.2% se encontraba en un nivel socioeconómico medio, el 32.4% en un nivel socioeconómico medio-alto, y el 5.4% en un nivel socioeconómico medio-bajo. Se encontró, que el 59.5% se encontraba estudiando en la universidad o en una institución técnica, el 37.8% había concluido la secundaria, pero no había iniciado con estudios superiores, y solo una participante se encontraba cursando todavía la secundaria. La edad promedio de inicio de enfermedad fue de 13 años aproximadamente, y llevaban asistiendo al tratamiento 20 semanas en promedio. De este grupo, el 67.6% reportaba haber acudido a otro tratamiento anteriormente, ya sea terapia individual y/o atención psiquiátrica. Asimismo, el 54.1% de las participantes indicaron no haber sufrido recaídas durante el tratamiento actual. Ninguna de las pacientes reportó la presencia de alguna enfermedad física. Finalmente, es pertinente mencionar que las participantes en su totalidad eran solteras en el momento de la aplicación.

Respecto a sus familias se observa que el 45.9% de ellas son familias nucleares, el 24.3% familias monoparentales, el 18.9% familias monoparentales extensas (viven con tíos, abuelos y otros familiares), y el 10% estaba conformado por familias extensas sin los padres (4 de las pacientes vivían con sus abuelos y/o tíos).

Medición

Para el presente estudio se elaboró una ficha de datos que permitió seleccionar aquellos casos que vayan acorde a las características requeridas en la investigación. A través de esta se recogió su edad, el grado de instrucción de la persona, la percepción de su nivel socioeconómico, su estado civil, los miembros que conforman su sistema familiar, la fecha de inicio de la enfermedad, el tiempo asistiendo al tratamiento, si sufrió recaídas durante el tratamiento, y la presencia de alguna otra enfermedad física (Anexo A).

Escala de Alexitimia de Toronto-20 (TAS-20).

Para analizar los síntomas alexitimicos de las pacientes se usó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la cual consiste en un listado de ítems tipo autoinforme que permite evaluar los síntomas o rasgos alexitimicos en el paciente (Taylor, Ryan y Bagby, 1992; Taylor, Ryan y Bagby, 1994; Taylor, Ryan y Bagby, 1998). Su primera versión estuvo compuesta por 41 ítems tipo Likert donde “1” era totalmente en desacuerdo y 5 “totalmente de acuerdo”. Estos ítems abarcaban cinco dimensiones: dificultad para explicar o describir sentimientos, dificultad para distinguir los

sentimientos de las sensaciones corporales, ausencia de la capacidad introspectiva, estilo de pensamiento orientado a lo externo, y la vida fantasiosa empobrecida.

Tiempo después los autores realizaron una versión revisada de la prueba, la TAS-R con 23 ítems, manteniendo el mismo modelo tipo Likert de 5 opciones de respuesta. No obstante, se redujo las dimensiones a cuatro: dificultad para identificar y describir los sentimientos y sensaciones corporales, dificultad para identificar y explicar los sentimientos, vida fantasiosa empobrecida y pensamiento orientado a lo externo (Taylor, Ryan y Bagby, 1992). Posteriormente, en el año 1994, se redujo el número de ítems a 20, de los cuales solo se mantuvieron 13 de la primera versión (Taylor, Ryan y Bagby, 1994). De igual forma se redujo las dimensiones a tres: dificultad para identificar los sentimientos y las sensaciones corporales, dificultad para describir los sentimientos propios, y estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. Esta versión obtuvo una buena consistencia interna ($\alpha = .81$) y presenta una buena fiabilidad test-retest en un lapso de tres semanas ($r = 0.77$). En la versión española se validó la distribución factorial de la prueba encontrando coeficientes de alfa en un rango de .87 y .67 con un rango de media interna de .48 y .20, concluyendo que a través de sus tres factores se podía recoger información de los procesos emocionales (Férrandez-Jiménez, Pérez-San-Gregorio, Taylor, Bagby, Ayearst e Izquierdo, 2013).

La versión usada en esta investigación es la adaptación lingüística realizada por Romero (2009) de la versión traducida al español. En esta versión se realizó análisis factoriales y se realizó ajustes para mejorar la confiabilidad del factor 3, de forma que se usó los puntajes medios del ítem 5 y 18 en el análisis estadístico. En esta versión se obtuvo una confiabilidad de .82 respectivamente (Romero, 2006). Esta versión ha sido usado previamente en una investigación con pacientes con patología alimentaria, encontrando una confiabilidad de .89 en la muestra clínica (Pérez-Luna, 2013). Asimismo su punto de corte es a partir de los 52 puntos para hablar de presencia alexitimica, mientras que a partir del puntaje 61 síntomas alexitimicos graves. En la actual investigación, a nivel de dimensiones se encontró que la dimensión de “dificultad para identificar los sentimientos” tenía una confiabilidad de .80, mientras que la dimensión de “dificultad para describir los sentimientos” obtuvo una confiabilidad de .74. En el caso de la dimensión de “pensamiento orientado a lo externo”, se optó por eliminarla en lo sucesivo para el análisis estadístico por no alcanzar la confiabilidad necesaria al obtener una confiabilidad de .41 (ver Anexo C).

Escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).

La escala de autoevaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar es una escala creada en 1985 en Canadá. Esta mide la percepción real, la percepción ideal y el nivel de satisfacción familiar en un sistema familiar (Condori, 2002). En esta versión se buscó reducir la correlación entre escalas a casi cero, pues se esperaba que las dimensiones fueran completamente independientes (Tueros, 2004). Esta escala está conformada por 20 ítems con preguntas tipo autoreporte -10 ítems referidos a la cohesión y 10 referidos a la adaptabilidad familiar- y se puede aplicar tanto a nivel familiar (grupal) o individual. La distribución de los ítems se organiza de tal forma que los impares refieren a la dimensión de cohesión y los ítems pares a la dimensión de adaptabilidad, mientras que sus respuestas tienen cinco opciones posibles donde nunca es “1” y siempre es “5”.

Esta escala está diseñada para evaluar dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de Olson: la dimensión de cohesión y la dimensión de adaptabilidad – flexibilidad- familiar. La dimensión de cohesión se encarga de evaluar la proximidad entre los miembros, mientras que la adaptabilidad se encarga de evaluar la capacidad de ajuste del individuo a nuevas situaciones. Cada una de estas dimensiones tiene cuatro rasgos que permite clasificar las familias en 16 tipos, dentro de cada dimensión existen tres niveles que describen a mayor detalle el funcionamiento familiar (Muñoz, Pinto Callata, Napa y Perales, 2006, Tueros, 2004). Esta escala tiene una confiabilidad de .77 y una consistencia interna de .68. Asimismo, tiene una confiabilidad de test-retest con un intervalo de 4-5 semanas de .83 para la dimensión de confiabilidad y .80 para adaptabilidad. La validez se verificó a través de análisis factorial y se pudo corroborar la distribución bidimensional de la escala.

En el contexto peruano la adaptación de la escala estuvo a cargo de Reusche (1994) obteniendo una fiabilidad test-retest en la dimensión cohesión de .83 y en adaptabilidad .80 durante el intervalo de 5 semanas. En la presente investigación la confiabilidad de la dimensión de cohesión de .66 y de la dimensión de adaptabilidad fue de .75.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en dos sedes de una clínica privada de Lima Metropolitana. Se coordinó previamente con la coordinadora del área de Psicología y se concretó una fecha para el piloto. Este piloto fue aplicado individualmente y se contó

con la participación de 5 pacientes. A cada una se les explicó los objetivos, beneficios, riesgos, y tiempo promedio de la investigación y se les pidió la firma del consentimiento informado (ANEXO B). Luego de aceptar participar se procedió a aplicar la batería de pruebas. Este piloto tuvo como objetivo verificar la comprensión de las preguntas de la ficha de datos sociodemográficos y de los ítems de ambas escalas.

Después de revisar los resultados del piloto y realizar las correcciones pertinentes a la ficha de datos para su mayor comprensión, se coordinó la aplicación. Se dio en un intervalo de dos meses aproximadamente y se aplicó en grupos no mayores a 10 personas. En estas sesiones se siguió el mismo procedimiento del piloto: se explicó el objetivo del estudio y luego se les dio tiempo para que revisen el consentimiento informado. De igual manera, se les brindó la oportunidad de que puedan dejar la sala en caso no deseen participar en la investigación. Después de esto se les aplicó de forma general la batería de pruebas.

Al término de la aplicación en cada sesión, se brindó un espacio de preguntas al grupo en caso alguna participante tenga dudas referidas a la investigación. Asimismo la evaluadora estuvo atenta a cualquier eventualidad que pudo surgir durante o después de la aplicación de la investigación. Finalmente, se coordinó con la institución la devolución de los resultados obtenidos en un informe redactado, de manera que la información pueda enriquecer el proceso de tratamiento en las pacientes.

Análisis de Datos

La investigación propuesta es tipo cuantitativo con un diseño correlacional. Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS versión 22. Se realizaron análisis descriptivos de los datos recogidos en la ficha de datos y se efectuó pruebas de normalidad de Shapiro-Wilks a la muestra. De igual manera, se vio la consistencia interna de cada escala a nivel global y por dimensiones usando alfa de cronbach. Al encontrar que la distribución de la muestra era normal, se realizó una prueba T para muestras independientes para analizar si se encontraban diferencias entre las participantes de una y otra sede de la clínica privada. Asimismo, se procedió a realizar una correlación Pearson entre las dimensiones de cada prueba, excluyendo a la dimensión de “pensamiento orientado a lo externo” por no alcanzar la confiabilidad necesaria. Finalmente, se aplicó un anova one way para analizar los resultados obtenidos de ambas pruebas.



RESULTADOS

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos en la presente investigación. Para ello se procederá primero a describir los resultados preliminares de la comparación entre sedes según los datos sociodemográficos. Luego se procederá a describir los resultados descriptivos de la escala alexitimia (TAS-20) y la escala de funcionamiento familiar (FACES III). Seguido de esto, se describirá las correlaciones entre ambas escalas a nivel de dimensiones. Por último, se presentará los resultados obtenidos de la relación entre las dimensiones confiables del TAS-20 y los resultados del FACES III.

En líneas generales, no existen diferencias entre las participantes de la sede A y de la sede B a nivel de edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, tipo de familia, edad de inicio de enfermedad, tiempo asistiendo al tratamiento, asistencia a otro tratamiento anteriormente, número de recaídas, y presencia de alguna enfermedad orgánica.

Se encontró que en su mayoría las participantes de ambas sedes percibían el funcionamiento de sus familias como medianamente caóticas y disfuncionales. Asimismo, se encontró que en la sede A, el 41.7% no presentaba síntomas alexitimicos marcados, el 16.7% presentaba alexitimia leve y el 41.7% alexitimia marcada. Por otro lado, en la sede B el 20% no presentaba síntomas alexitimicos marcados, el 48% presentaba alexitimia leve y el 32 % alexitimia marcada.

Respecto a la escala de Funcionamiento Familiar, se recogen sus datos en la tabla 1. En ella se observa la media, desviación estándar de sus dimensiones confiables, de igual forma se observan los porcentajes de las subdimensiones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad de la escala FACES III. En el caso del factor de cohesión se observa que la media es de 2.08 con una *DE* .89, mientras que en el factor de Adaptabilidad es de 3 con una *DE* .89.

En el caso de las subdimensiones de la dimensión de Cohesión se observa que el 29.7% de las participantes percibe que no existen relaciones entre sus familiares, el 37.8% perciben a sus familias semi-relacionadas o semi-cohesionadas, el 27% perciben a su familia relacionada o vinculada, mientras que el 5.4% percibe a su familia aglutinada o sobreinvolucrada. En cuanto a las subdimensiones de adaptabilidad se encontró que el 13.5% de las participantes percibe rígidas a sus familias, el 10.8% las

perciben estructuradas, el 37.8% perciben que son flexibles, y el 37.8% las perciben caóticas.

Tabla 1
Análisis descriptivos de la escala FACES III
FACES III

	<i>Md.</i>	<i>DE</i>	<i>%</i>
Cohesión	2.08	.89	
1. No Relacionada			29.7
2. Semi-relacionada			37.8
3. Relacionada			27
4. Aglutinada			5.4
Adaptabilidad	3	1.02	
1. Rígida			13.5
2. Estructurada			10.8
3. Flexible			37.8
4. Caótica			37.8

Por otro lado, en el caso de las dimensiones del TAS-20 se observa en la tabla 2 los resultados y los descriptivos de sus dimensiones confiables. A nivel general, el 27% de la muestra no presenta síntomas alexitimicos significativos, el 37.8% presenta síntomas alexitimicos leves, y el 35.1% presenta síntomas alexitimicos marcados. Asimismo, se puede apreciar que la media de la dimensión “dificultad para identificar los sentimientos” es de 18.22 con una DE 6.63, mientras que a dimensión “dificultad para describir los sentimientos” tiene una media de 15.03 y una DE 4.04.

Tabla 2
Análisis descriptivos de la escala TAS-20

<i>TAS-20</i>	<i>Md.</i>	<i>DE</i>	<i>%</i>
Resultados generales			
- Sin síntomas alexitimicos			27
- Alexitimia leve			37.8
- Alexitimia marcada			35.1
Descriptivos de las dimensiones confiables			
- Dificultad para identificar los sentimientos	18.22	6.63	
- Dificultad para describir los sentimientos	15.03	4.04	

Respecto al objetivo principal de la investigación, se plantea explorar si existe una relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la presencia de síntomas

alexitimicos en las pacientes anoréxicas. A nivel global del FACES III se encontró que del total de participantes el 35.1% de las participantes reportaban un funcionamiento familiar balanceado, el 43.2% reportaba un funcionamiento familiar de rango medio (entre balanceado y disfuncional), y el 21.6% reportaba un funcionamiento familiar disfuncional.

Tabla 3

Correlaciones entre Funcionamiento Familiar y Alexitimia

	<i>Cohesión</i>	
	<i>r</i>	<i>P</i>
Dificultad para identificar los sentimientos	-.43	.009
Dificultad para describir los sentimientos	-.34	.038

Por otro lado, al correlacionar la escala con las dimensiones confiables del TAS-20 se encontró que tanto la dimensión de “dificultad para identificar los sentimientos” como la “dificultad para describir los sentimientos” tienen una correlación inversa significativa con la dimensión de cohesión (ver tabla 3). Esto a grandes rasgos estaría indicando que a menor cohesión familiar mayor dificultad para identificar y describir los sentimientos en las pacientes.

Tabla 4

Análisis de varianza entre dimensiones confiables del TAS-20 y el FACES III

TAS- 20	<i>FACES III</i>		<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>DE</i>	<i>P</i>
Dificultad para identificar los sentimientos			2	.01		
	Extremo	Balanceado			2.68	.02
	Extremo	Rango Medio			2.58	.03
Dificultad para describir los sentimientos			2	.01		
	Extremo	Balanceado			1.63	.05
	Extremo	Rango Medio			1.58	.02

Asimismo, al comparar ambas escalas se encontró que existen diferencias significativas entre las familias con funcionamiento balanceado, de rango medio y de funcionamiento extremo (disfuncionalidad familiar) respecto a su dificultad para identificar y describir sus sentimientos (ver tabla 4). Se encontró que las pacientes que perciben a sus familias como extremas (disfuncionales) tienden a tener mayor dificultad para identificar y describir sus sentimientos, a diferencias de las participantes que perciben a sus familias como balanceadas o de rango medio.



DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación era explorar la relación entre el funcionamiento familiar percibido por la paciente anoréxica y la manifestación de los síntomas alexitimicos dentro de su diagnóstico. En este apartado se procederá a describir brevemente ambos constructos estudiados para luego discutir los resultados obtenidos, y en las líneas finales se mencionará las recomendaciones y limitaciones a tomar en cuenta en futuras investigaciones del tema trabajado.

Respecto al funcionamiento familiar en la dimensión de cohesión, se encontró que la mayoría de las familias eran semi-relacionadas. Este resultado no implica que las relaciones percibidas eran distantes, pero si plantea la existencia de una ambivalencia, pues es posible que en algunas ocasiones las pacientes hayan percibido a sus padres fríos y poco afectivos (Castellano, 2006; Morgan et al., 2002). Por otro lado, respecto a la dimensión de adaptabilidad se observó que la mayoría de familias eran percibidas entre flexibles y/o caóticas. Esto último estaría señalando que la mayor parte de los pacientes no percibían con claridad los límites y reglas dentro de su familia, lo cual finalmente estaría perjudicando su adaptación y respuesta ante situaciones problemáticas para ellas (Sánchez, 2015).

Si bien Minuchin y colaboradores (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Minuchin, 1979) propusieron la existencia de estructuras familiares que propiciaban la aparición de patologías en sus miembros, no se pretende culpar a la familia ni asumir la percepción del funcionamiento familiar del paciente como única descripción de la realidad; sino más bien se desea reconocer que la percepción reportada es una versión cargada de la vivencia personal de la paciente sobre su dinámica familiar. Es así que la paciente puede describir su entorno como mucho más deteriorado por los sentimientos negativos que guarda hacia sus familiares (Ruiz, Vásquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena, 2010). Asimismo, al reportar la disfuncionalidad y carencias de su familia, la paciente estaría también reportando su malestar al no percibir un adecuado cuidado parental y una red de soporte necesaria para superar los conflictos (Balottin, Mannarini, Rossi, Rossi, Balottin, 2017; Medellín, 2012).

Respecto a los niveles de alexitimia encontrados, la mayoría de participantes reportaron presencia de síntomas leves y marcados, siendo las dimensiones de “dificultad para describir los sentimientos” y “dificultad para identificar los sentimientos” los más significativos para la investigación. Estos resultados ya se venían

observando en investigaciones previas en las cuales indicaban que estas pacientes tendrían a presentar mayor dificultad para discriminar, identificar y expresar emociones, pues interpretan y brindan a sus emociones significados confusos, llevándolas en ocasiones a evitar involucrarse en relaciones que impliquen la comunicación de sus afectos (Behar, 2011a; Behar, 2011b; Brewer, Cook, y Bird, 2016; Chunga, 2015; Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburría, 2013; Díaz-castillo, y Aizpuru, 2016; Merino, Godás y Pombo, 2002; Sagardoy, Solórzano, Morales, Kassem, Codesal, Blanco, y Gallego, 2014; Torres et al., 2011). Dicho comportamiento podría explicar porque la mayoría de las participantes de la investigación no se encontraban con pareja. De esta manera, se observa que los patrones relacionales de la persona estarían repercutiendo directamente en diferentes ámbitos de su vida.

En específico, respecto a la repercusión en el ámbito familiar, se encuentra que los síntomas alexitimicos manifestados por la paciente podían ser parte de un patrón sostenido a través del tiempo por la familia (Azabal, 2014; Behar y Arancibia, 2013; Espina et al., 2001a; Espina et al., 2011b; Nowakoski, 2013; Ochoa de Alda, 2009; Ormaetxea, 2010; Reyna, 2011). Este patrón se encargaría de evitar e ignorar los conflictos y las tensiones familiares, de forma que las situaciones desagradables serían negadas y silenciadas para mantener la armonía. De igual manera, diversos autores sostienen que este tipo de familias tienden a evitar los conflictos y crisis familiares pues la familia no tiene las estrategias para afrontarlos adecuadamente (Cruzat et al., 2008; Fernández, 2004; López, Nuño y Arias, 2006; Mateos et al., 2014; Ochoa, 2009). Este tipo de dinámica, finalmente, estaría sosteniendo su dificultad para identificar y verbalizar sus emociones.

De esta manera, los síntomas alexitimicos de la familia serían una forma de evitar e ignorar los malestares emocionales (Minuchin, Rosman y Baker, 1978a). En pocas palabras, las conductas alexitimicas serían la defensa de la familia ante toda situación estresante, y estas a su vez serían aprendidas y reproducidas por sus hijos a todos los ámbitos. En este sentido, la alexitimia de la paciente estaría relacionado con la historia familiar (Cole y Kobak, 1996; Espina et al., 2001).

Ante esto, en la investigación se encontró que existe relación entre el funcionamiento familiar de la paciente y sus síntomas alexitimicos. Se observó que las pacientes que percibían una baja cohesión familiar manifestaban mayor dificultad para identificar y describir sus emociones. Estas pacientes, al igual que sus familias, evitan el

conflicto somatizando y/o colocando el problema en lo externo (Behar, 2010; Behar, 2011a; Espina et al., 2002), específicamente usando como vehículo su imagen corporal para poder afrontar el problema (Azabal, 2014). De esta manera, el funcionamiento familiar reportado estaría respondiendo a vínculos desligados y rotos con límites muy rígidos que dificultan la interacción y/o comunicación entre los miembros de la familia (Minuchin, 1979). Por ello es importante resaltar que estas características alexitimicas mantenidas por estas familias no estarían permitiendo el desarrollo y la expresión emocional dentro del círculo familiar (Behar, 2010; Behar, 2011a; Behar, 2011b; Behar y Arancibia, 2013). Esto finalmente estaría interfiriendo en la formación de su autonomía, individualidad e identidad de la paciente al mantener vínculos desligados y carentes de comunicación (Behar y Arancibia, 2013; Pérez-Luna, 2013).

De esta manera, los vínculos en estas familias estarían siguiendo pautas rígidas, ambivalentes y estáticas, con poca comunicación familiar y padres emocionalmente fríos (Behar y Arancibia, 2013; Castellano, 2006; Herraíz, Rodríguez y Beato, 2015; Mateos et al., 2014; Sánchez, 2015). Asimismo, estaría vinculada con niveles altos de conflictos personales y familiares, lo cual conllevaría a que las pacientes tengan una baja tolerancia a la frustración y busquen control de sus emociones a través de su cuerpo al percibir una baja cohesión familiar (Nowakowski, McFarlane y Cassin, 2013). De esta forma sus conductas patológicas la ayudarían a expresar su frustración por los conflictos que se presentan en su ambiente familiar y con ello estaría cumpliendo el rol de síntoma de la problemática de la familia al expresar el conflicto familiar (Espina et al., 2001).

Sobre esta propuesta, se ha planteado anteriormente que los síntomas de la paciente estarían atenuando los problemas familiares, asumiendo la etiqueta de paciente “identificado del problema”, derivando el estrés familiar hacia ella (Andolfi et al., 1989). Esto nos llevaría a comprender que la paciente estaría respondiendo a un ambiente familiar deteriorado y estaría buscando mantener la apariencia de estabilidad (Calvo, 2002; Espina et al., 2001a; Espina et al., 2001b; Sánchez, 2015; Ruiz et al., 2010). De esta manera resulta muy preocupante que estos patrones comunicacionales puedan ser reproducidos por la paciente, pues podrían ser consideradas como factores de riesgo y de mantenimiento de la enfermedad (Espina et al., 2001a; Espina et al., 2001b; Herraíz, Rodríguez y Beato, 2015; Ruíz et al. 2013,).

Por otro lado, respecto a las diferencias encontradas en las familias con funcionamiento balanceado, de rango medio y de funcionamiento extremo respecto a su capacidad para describir e identificar sus sentimientos, se halló que las familias reportadas como extremas (disfuncionales) tienden a tener mayor dificultad para identificar y describir sus sentimientos. Esto se debe a que este tipo de familias son descritas y percibidas como caóticas, donde la paciente se siente deprivada emocionalmente sin sostén ni protección con una comunicación disfuncional para transmitir su malestar (Arenas, 2009; Cruzat, 2008; Fernández et al, 2015; Espina et al., 2006; Sánchez, 2015). De esta manera, estos vínculos pasarían a formar patrones de relación que finalmente guiarían la comunicación afectiva y emocional de la paciente, y mientras mayor sea la permanencia de estos patrones en la dinámica familiar más privación percibiría en su familia y mayor dificultad tendría para expresarse (Sainos-López, 2015; Sánchez, 2015; Ruíz et al., 2013). En este sentido, la familia cumple un rol importante dentro del estilo de comunicación afectivo de sus miembros, por lo que es necesario reconocer qué está sucediendo dentro de la dinámica familiar y de esta manera explorar lo que estaría posiblemente reforzando estos patrones de relación.

En específico, es necesario rescatar la importancia de modificar la dinámica familiar y construir en conjunto nuevos patrones comunicacionales que permitan el desarrollo y madurez de la paciente a través de la intervención familiar y el trabajo grupal (Balottin et al. , 2017; Espina et al., 2001a; Espina et al., 2001b; Fernández-Montalvo y Yárnez, 1994; Torres et al., 2011). Igualmente, recomiendan que este tipo de intervención evoque e integre las experiencias emocionales, así como también genere nuevos patrones vinculares (Fernández-Montalvo y Yárnez, 1994). De esta manera, la esencia del trabajo estaría en la intervención conjunta con la familia y el grupo de apoyo para mejorar la comunicación emocional y sostenerla a través del tiempo.

Ante la necesidad de profundizar más sobre la relación de los constructos trabajados se recomienda explorar el contexto familiar de la paciente. Cabe mencionar que resulta importante tomar en cuenta la percepción de otros miembros de la familia para poder construir una imagen más exacta de su funcionamiento. En esta línea, se evidencia en la investigación realizada por Ruíz, Vásquez, Mancilla, Viladrich y Halley (2013) que las pacientes percibían con mayor deterioro el funcionamiento familiar, en contraste con sus familiares. En este sentido, sería interesante ver cómo estas

percepciones interactúan con los síntomas alexitimicos manifestados por la familia, y en general la enfermedad.

De igual forma se sugiere trabajar con una muestra más amplia que incluya también pacientes masculinos a fin de analizar si existen diferencias respecto a las participantes femeninas. De esta manera, se podría explorar los diferentes síntomas alexitimicos que puedan manifestar, ya que se sostiene que los pacientes masculinos tienden a tener mayor dificultad en expresar e identificar sus emociones por la influencia cultural (Fernández, Zubieta y Páez, 2000).

Asimismo, se propone para futuras investigaciones tener en cuenta las diferentes variables involucradas y/o factores de riesgo presentes en el proceso de gestación y mantenimiento del diagnóstico anoréxico. De esta manera, se podría tener una imagen más completa sobre el trastorno recabando antecedentes sobre su ambiente escolar, ambiente familiar, relación con sus pares, predisposición biológica o genética, posibles comorbilidades, historia de acoso escolar o violencia, historia de abuso sexual entre otros para análisis posteriores (De abreu, Addison y Benicio, 2013; Marmo, 2014; Portela et al. 2012, Ruíz, Vásquez y Mancilla, 2013; Sainos et al., 2015; Zusman, 2009).

Entre las limitaciones de la investigación se encuentra que la tercera dimensión de la escala TAS-20 no alcanzó un adecuado grado de confiabilidad, pues presenta una baja consistencia interna en la población con TCA (Espina et al., 2002; Eukunishi, 1997; Romero, 2006). Asimismo, en un intento por validar la prueba al contexto peruano, los autores de la misma señalaron que esta escala tenía dificultades para recoger los síntomas alexitimicos de la población peruana (Loiselle y Cossette, 2001). Por ello, recomendaron realizar una exploración más profunda del tercer factor, a fin de tomar en cuenta la cultura y las valoraciones externas que se presentan en la sociedad peruana. En este sentido, para futuras investigaciones es necesario realizar un estudio de validez del instrumento en general al contexto peruano.

Asimismo, es importante señalar que en el caso de la escala FACES se usó la versión 3 pues la nueva versión todavía no ha sido validada en nuestro País. En todo caso es importante que se plantee la posibilidad de validar la versión 4 de la escala, ya que la versión 3 mantiene su vigencia desde 1994 y es posible que existan cambios que puedan tener impacto sobre los resultados de la prueba.

Del mismo modo, se considera como una limitación el tamaño de la muestra de la investigación. Si bien es cierto se obtienen resultados significativos, es posible que con una muestra mayor se puedan conseguir resultados más representativos. Asimismo, se advierte que el número desigual entre las sedes A y B, lo cual no permite contrastar adecuadamente si existen diferencias que puedan aportar a la investigación.

Otra posible limitación fue la dificultad para poder acceder a la muestra clínica y recabar la información de las pacientes. Se observó a lo largo de la investigación que las instituciones de salud mental privadas tienen mucho cuidado con la privacidad y la confidencialidad de sus pacientes. Es por ello importante tener en cuenta este criterio al trabajar con este tipo de pacientes.

En general, dentro de la investigación se observa que las participantes ingresadas al tratamiento por sus familiares estarían en caminadas a su mejoría. Ahora bien, la pregunta en cuestión es si la participación de la familia no solo es importante durante el tratamiento, sino también en el proceso de gestación de la enfermedad. Por ello, resulta necesario generar mayor consciencia sobre los patrones de interacción que puedan sostener la enfermedad en el sistema familiar.

En conclusión, este estudio buscó aportar al conocimiento y la profundización del diagnóstico anoréxico, ya que no se encontraron investigaciones previas que indaguen en el ámbito familiar en nuestro contexto. De igual manera se quiere poner en foco de atención a la familia para entender desde una perspectiva más relacional-sistémica su involucración en la enfermedad.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2014). Funcionamiento familiar y sus relaciones con la Felicidad. *Revista Peruana de Psicología Y Trabajo Social*, 3(1), 61–74. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington DC.
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (2015). Informe de los Niveles Socioeconómicos del Perú 2015. Recuperado de <http://apeim.com.pe/niveles.php>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (2014). Informe de los Niveles Socioeconómicos del Perú 2014. Recuperado de <http://apeim.com.pe/niveles.php>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (2013). Informe de los Niveles Socioeconómicos del Perú 2013. Recuperado de <http://apeim.com.pe/niveles.php>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (2012). Informe de los Niveles Socioeconómicos del Perú 2012. Recuperado de <http://apeim.com.pe/niveles.php>
- Asociación Americana de Psicología (2015). Trastornos en la Alimentación. Centro de Apoyo. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos.aspx>
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf
- Attia, E., y Walsh, T. (2008). Anorexia Nerviosa. *American Journal of Psychiatry*, 11(3), 157–162. doi: 10.1016/S0025-7753(01)72105-7
- Azabal, B. (2014). *Proceso emocional y niveles de ansiedad en personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria*. (Tesis de Maestría). Universidad de Valladolid, Madrid, España. Recuperado de <http://cerro.cpd.uva.es/bitstream/10324/7839/1/TFM-G 342.pdf>
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., y Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(February), 319–327. doi: 10.2147/NDT.S128418

- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90–101. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/>
- Behar, R. (2011a). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad Emotional expression in eating disorders: alexithymia and assertiveness. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatria*, 49(4), 338–346. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art05.pdf>
- Behar, R. (2011b). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 113–124. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n2/v2n2a7.pdf>
- Behar, R. y Arancibia, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2013), 53–61. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Borrego, C. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 12, 13-50. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a02.pdf
- Berengüí, R., Castejón, M. Á., & Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, Mayo (7), 1–8. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v7n1/2007-1523-rmta-7-01-00001.pdf>
- Botella, L. y Vilaregut, A. (2010). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución Concepción Sistémica de la Familia Conceptos de la Teoría General de Sistemas Conceptos de la Cibernética Conceptos Comunicacionales. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41–72. Recuperado de <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarisistemica.pdf>
- Brewer, R., Cook, R., y Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10), 150664. doi: 10.1098/rsos.150664
- Bruch H. (1985). Four decades of eating disorders. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Guilford Press, pp. 7-19. Recuperado de <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2013/09/Bruch-H.-Four-Decades-of-Eating-Disorders-1985-p-7-18.pdf>

- Calvo, R., Gallego, L., y García, A. (2012). Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 763–770. doi: 10.3305/nh.2012.27.3.5690
- Castellano, P. (2006). *Funcionamiento parental em uma amostra brasileira de pacientes como transtornos alimentares*. (Tesis de Maestría). Universidad Federal de Rio Grande del Sur, Puerto Alegre. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7804/000557230.pdf?sequence=1>
- Cervantes, L. (1998). La anorexia nerviosa. *Revista de Psicología*, 2(1-2) 7-15.
- Condori, L. (2002). *Funcionamiento Familiar y Situaciones de crisis en adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/978380?origin=crossref>
- Cole, H. y Kobak, R. (1996). Attachment pro- cases in eating disorders and depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 282-299. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.282
- Counihan, C. (2013). *Food and Culture: a reader*. New York: Routledge.
- Chunga Silva, L. (2015). Trastornos De La Conducta Alimentaria Y Alexitimia En Adolescentes Femeninas Escolares. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 17(2), 116–127. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015
- Curzio, O., Bastiani, L., Scalesse, M., Cutrupi, V., Romano, E., Denoth, F. Maestro, S., Muratori, F. y Molinaro, S. (2015). Developing anorexia nervosa in adolescence: the role of the self-image as a risk factor in a prevalence study. *Advances in Eating Disorders*, 3(1), 63-75. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01136
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81–90. doi: 10.4067/S0718-22282008000100008
- Cruz-Sáez, M., Pascual, A., Etxebarria, I., y Echeburría, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescents. *Anales de Psicología*, 29(3), 724–733. doi: 10.6018/analesps.29.3.151041

- De Abreu, J., Addison, E., Benicio, E., y Medeiros, G. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96–103. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/en_17.pdf
- Díaz, J. y Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionados la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 5(10). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/adijaz9270605102/texto.html>
- Díaz-castillo, R., y Aizpuru, A. (2016). Relationship between alexithymia and body dissatisfaction in Mexican women with different eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(Mayo), 71–77. doi: 10.1016/j.rmta.2016.04.002
- Doerr-Zegers O, Petrasic J, y Morales E (1988). The role of family in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. (34), 33–40.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa de Alda, I., De Apellaniz, M., y Alemán, A. (2001a). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1977), 139–149. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v17/v17_1/11-17_1.pdf
- Espina, A., Ortego, M., y Ochoa de Alda, I. (2001b). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 64–72. Recuperado de [http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/48-transtornos alimentarios cambios en alexitimia.pdf](http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/48-transtornos%20alimentarios%20cambios%20en%20alexitimia.pdf)
- Espina, I., Gimeno, A., y González. (2006). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. *ISSN*, 14(1), 21–34. Recuperado de [http://www.uv.es/jugar2/Enfoque Sistémico.pdf](http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistémico.pdf)
- Espina, A. Ochoa de Alda, I. y Ortego, M. (2007). Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Guipúzcoa. San Sebastián: Délikatuz Bizi. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/9-adolescentes%20salud%20y%20pautas%20de%20crianza.pdf>
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa, D., y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunflejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 153–162. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9nspe/v9nspea05.pdf>

- Fernández-Jiménez, E., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ayearst, L. E., & Izquierdo, G. (2013). Psychometric properties of a revised Spanish 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 226–234. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70027-9
- Fernández-Montalvo, J., y Yárnez, S. (1994). Alexitimia: Concepto, Evaluación y Tratamiento. *Psicothema*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/931.pdf>
- Fernández, I., Zubieta, E., y Páez, D. (2000). *Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. Cultural y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Recuperado de: <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
- Fontes, M, Elena, M., Heredia, R., Peñaloza, J., Gabriela, M..., Cedeño, K., y Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147–154. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n2/v35n2a8.pdf>
- González, L., Romero, M., Rascón, M., Caballero, A. (2013). Anorexia nerviosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36(1), 33–39. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252013000100005&lng=es&tlng=es.
- Guadarrama, R., & Mendoza, S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 16(1), 125–136. Recuperado de [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/38869/FACTORES DE RIESGO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA UN ANÁLISIS POR SEXO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/38869/FACTORES_DE_RIESGO_DE_ANOREXIA_Y_BULIMIA_NERVIOSA_EN_ESTUDIANTES_DE_PREPARATORIA_UN_ANÁLISIS_POR_SEXO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Herraíz, C., Rodríguez, T., y Beato, L. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43(3), 91-98. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/95/ESP/17-95-ESP-91-8-814795.pdf>
- Hernández, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. *Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27, 141–147. Recuperado de

- http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.1.Materiales_divulgacion/4.6.Anorexia_entorno_familiar.pdf
- Hidalgo, M., Ceñal, M. y Güemes, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 11(61) 3579-3587. doi: 10.1016/S0304-5412(14)70818-2
- Hospital Hermilio Valdizán (2013). Informe sobre el análisis de situación de Salud Hospitalaria del año 2013.
- Hospital Hermilio Valdizán (2014). Informe sobre el análisis de situación de Salud Hospitalaria del año 2014.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>
- Jáuregui, I. (2013). Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en la anorexia. *Reflexiones sobre algunos intentos innovadores*, 17, 1848-1862.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2014). La obsesión por estar muy delgado es un problema de salud mental generado por baja autoestima y sentimiento de inferioridad. Nota de prensa. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/002.html>
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., y Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5. doi: 10.1002/eat.20751
- León, R., & Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 1, 119–124. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642132>
- Loiselle, C. y Cossette, S. (2001). Cross-Cultural Validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in U.S. and Peruvian Populations. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 348–362. doi: 10.1177/136346150103800305
- López, B., Nuño, B., y Arias, A. (2006). Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. *IMSS*. Recuperado de http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/FAMILIA/Una_aproximacion_a_la_estructura_familiar_de_mujeres_con_anorexia_y_buli

mia_BERENICE_LOPEZ_C_BERTHA_L_NUNO_G_ALBA_G_ARIAS_I_IMSS.pdf

- Maglio, A., y Molina, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo percibe sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(2012), 1–19. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria Parental styles and risk factors associated with eating pathology. *Avances En Psicología*, 22(2), 165–178. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf
- Mateos, M., García, I., De la Gándara, J., Vegas, M., Sebastián, C., Martínez, A., y Martín, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 267–280. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-267-280-402585.pdf>
- Medellín, M., Rivera, M., López, J., Peñaloza, J., Kanán, G., y Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147–154. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n2/v35n2a8.pdf>
- Merino, H. Pombo, M. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*. 13(4). 539-545. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72713402.pdf>
- Merino, H., Godás, A., y Pombo, M. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 7(1), 35–44. doi: 10.5944/rppc.7.1.3920
- Morgan, C., Ramalho, C. y Brooking, N. (2002). Etiología dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18–23. doi: 10.1590/S1516-44462002000700005
- Micolta, A., Escobar, M., y Betancourt, L. (2013). La investigación y la intervención con familias. *Prospectiva*, 18(octubre), 349 – 381. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8240/1/Prospectiva%2018%20FAMILIA%20La%20investigacion%20y%20la%20intervencion.pdf>

- Ministerio de Salud (2016). Reporte de número de casos de trastornos de ingestión de alimentos por etapas, según departamentos, correspondiente al año 2016. MINSa: Perú
- Ministerio de Salud (2014). Reporte de número de casos de trastornos de ingestión de alimentos por etapas, según departamentos, correspondiente al año 2014. MINSa: Perú
- Minuchin, S. Rosman, B., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Harvard University Press: Mass.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 23(4), 239–246. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista_234.pdf
- Nemiah J. (1977). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28, 199-206. doi: 10.1159/000287064
- Nemiah J., Freyberger H. y Sifneos P. (1976). Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. 3, 430 - 439. doi: 10.1186/1751-0759-7-1
- Nichols, M., y Tafuri, S. (2013). Techniques of structural family assessment: A qualitative analysis of how experts promote a systemic perspective. *Family Process*, 52(2), 207–215. doi: 10.1111/famp.12025
- Nowakowski, M., McFarlane, T., y Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 21. doi: 10.1186/2050-2974-1-21
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud*, 84(9), 106–124. Recuperado de <http://www.feafes.org/publicaciones/Saludmentalpersonasjovenes.pdf#page=107>
- Olson, D., Sprenklen, D. y Russell, C. (1979) Circumplex Model of Marital and Family Systems: Cohesion and Adaptability dimensions, family types, and clinical application. *Family Process*. 18(1), 3-28.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(1), 64–80.

- Onnis, L. y Di Genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisión crítica. *Medicina Psicosomática*, 32, 45-64.
- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los trastornos psicosomáticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana: España.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Datos y cifras. Salud de los adolescentes. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index4.html
- Ormaetxea, O. (2010). *La alexitimia*. Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Alexitimia.pdf>
- Pérez-Luna, P. (2013). *Alexitimia en trastornos alimenticios*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5548/PEREZ_LUNA_RAFAJLOVSKI_PARASHKEVA_TRASTORNOS_ALIMENTICIOS.pdf?sequence=1
- Pacheco, D. (comunicación personal, mayo, 12, 2016)
- Portela de Santana, M., Ribeiro, H., Giral, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. doi: 10.3305/nh.2012.27.2.5573
- Raich, M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Reusche, R. (1994). (Tesis de Maestría). El Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar en la estructura familiar de adolescentes de nivel socioeconómico medio. UNIFE: Lima, Perú.
- Reyna, C. (2011). Comer : ¿Necesidad biológica o social ? Análisis motivo-emocional de los trastornos alimentarios. *Psicolatina*, 22, 1–7. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n22/a08.pdf>
- Rigol, A. (2006). The “other” identity: analysis of cultural patterns in female body disorders. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería Y Humanidades*, (19), 47–54. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2030813&info=resumen&idioma=ENG>

- Rivero N., Martínez, A., y Iraurgi, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicossomáticos. *Clínica Y Salud*, 22(2), 175–186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180621194006>
- Romero, C. (2006). *Alexitimia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/410/ROMERO_WATSON_CAROLINA_ALEXITIMIA.pdf?sequence=1
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., y Álvarez, G. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447–455. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/804/463>
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., y Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 4(2013), 45–57. doi: 10.1016/S2007-1523(13)71992-X
- Sala, J. (2008). *Anorexia nerviosa: perfil familiar. La incidencia de la familia en la enfermedad*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://184.168.109.199:8080/jspui/handle/123456789/213>
- Sánchez, J. (2015). *La dinámica familiar en la anorexia nerviosa: un enfoque sistémico*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_1_2.pdf
- Sáez, C., y Tiznado, G. (2012). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto Versión española. (TAS-20)*. (Tesis de Licenciatura). Universidad del Bío-Bío, Concepción, Chile. Recuperado de http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2012/saez_c/doc/saez_c.pdf
- Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vázquez-Cruz, E., y Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54–57. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2015/af152g.pdf>
- Sagardoy, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., y Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs.

- Adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica Y Salud*, 25(1), 19–37. doi: 10.1016/S1130-5274(14)70024-6
- Schmidt, V., Barreyro, J., y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30–36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>
- Sifneos P. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 255-262. doi: 10.1159/000286529
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor G., Ryan D. y Bagby R. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*. 44(4), 191 – 199. doi: 10.1159/000287912
- Taylor, G., Ryan, D. y Bagby, R. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and psychosomatics*. 57(1-2), 34–41. doi: 10.1159/000288571
- Taylor G., Ryan D. y Bagby R. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 38(1), 23–32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Taylor, G. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*. 45(2). 134-142. doi: 10.1177/070674370004500203
- Taylor, G. y Bagby, R. (2000). An overview of the alexitimia construct. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass. 40-67.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Vieira, F., Roma, A., y Brandão, I. (2011). Prevalencia da alexitimia na anorexia nervosa e sua associacao com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182–189. doi: 10.1590/S0047-20852011000300006
- Tueros R. (2004). (Tesis de Grado). *Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el rendimiento académico*. UNMSM: Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/2728/tueros_cr.pdf?sequence=1
- Vellisca, M., Orejudo, S., y Latorre, J. (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica Y Salud*. doi: 10.5093/cl2012a7

Villarreal, C. (2008). La orientación familiar : una experiencia de intervención. *Revista Educación*, 31(2), 79–94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44031206>

Zusman, L. (2009). *Los desórdenes de la conducta alimentaria Anorexia y Bulimia*. Lima: Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.



ANEXOS
ANEXO A – FICHA DE DATOS

A continuación se presenta una serie de preguntas, por favor responde con sinceridad.
No hay respuestas correctas

1. Edad:		
2. Grado de Instrucción:	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria Incompleta	
	Secundaria Completa	
	Superior/ Técnico en curso	
	Superior/ Técnico Inconcluso	
	Superior/ Técnico Completo	
3. Estado Civil:	Soltera	
	Casada	
	Conviviente	
4. Nivel Socioeconómico al cual consideras pertenecer:	Alto	
	Medio-Alto	
	Medio	
	Medio-Bajo	
	Bajo	
5. ¿Con quienes vive en casa?		
6. ¿A qué edad se inició la enfermedad?		
7. ¿Cuánto tiempo tiene asistiendo al tratamiento?		
8. ¿Ha presentado esta enfermedad en el pasado antes de ingresar al tratamiento actual? Si () No ()		
9. A la fecha, ¿Ha tenido recaídas en la enfermedad? Si () No ()		
10. ¿Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada a parte de la patología alimentaria? Si ()* No () *¿Cuál?		

**PUCP****ANEXO B – CONSENTIMIENTO INFORMADO****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado paciente:

Deseamos solicitar su participación en el estudio “**Alexitimia y funcionamiento familiar en pacientes mujeres anoréxicas**” a cargo de la alumna Lucía Jazmín Murillo Martínez, alumna de último año de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El **objetivo** de este estudio es: Explorar si existe una relación entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas alexitimicos que presentan las pacientes anoréxicas.

Su **participación implica** una aplicación grupal del estudio que le tomará aproximadamente 20 minutos. Se aplicará una batería de pruebas conformada por este documento, una ficha de datos y dos pruebas de 20 preguntas cada una.

La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, la entrevista es anónima, por ello será codificada utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si bien la participación en este estudio **no tiene beneficios directos** para su condición, le brinda la oportunidad de compartir su punto de vista sobre el funcionamiento de su familia. También, está ayudando a profesionales entender la experiencia de una persona con diabetes.

El estudio supone un **riesgo** mínimo. Este estudio no hará ningún cambio en su tratamiento recetado por su médico. Es posible que tenga unas emociones de tristeza o enojo hablando acordándose de sus vivencias familiares.

Es importante recalcar que si bien su participación es importante para este estudio, **Ud. tiene derecho a decidir si desea o no hacerlo sin ningún perjuicio**. Puede darse el caso de que alguna pregunta o actividad le incomode, en ese caso puede negarse a responder o decidir no continuar participando.

El equipo conformado por **profesionales tiene el compromiso de mantener la confidencialidad de toda la información del estudio** lo cual significa que nadie excepto los investigadores tendrá acceso a la información que nos proporcione. Su nombre o datos personales **no serán identificados** en ningún informe del estudio ni en sus resultados.

Si tiene cualquier pregunta puede contactarse con la investigadora al correo murillo.lucia@pucp.edu.pe o la asesora, Dra. María Antonia Rodríguez al 626 2000 anexo 4553.

¹ Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP.

**PUCP**

Yo, _____ he recibido información en forma verbal sobre el estudio " **Alexitimia y funcionamiento familiar en pacientes mujeres anoréxicas**" yo he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Nombre completo del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Código

¹ Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP

ANEXO C – CONFIABILIDAD DEL FACES III Y TAS-20

Confiabilidad del TAS-20 y el FACES III

	<i>MD.</i>	<i>DE.</i>	<i>Alfa</i>
Total TAS-20	55.41	11.04	.77
<i>TAS-20</i> Dificultad para identificar los sentimientos	18.22	6.63	.80
Dificultad para describir los sentimientos	13.89	4.53	.74
Pensamiento orientado a lo externo	23.30	17.38	.41*
Total FACES III	64.16	9.61	.79
<i>FACES III</i> Cohesión	27.30	5.48	.66
Adaptabilidad	36.86	5.86	.75

*Nota. Confiabilidad de la dimensión que se excluyó en el análisis estadístico de la investigación.