

LA ALEXITIMIA EN EXTREMADURA: EXPRESION DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA

**Fajardo Caldera, M^a Isabel
Martín Romero, Raquel
Bermejo García, M^a Luisa
Heredia Cordero, Beatriz**

Departamento de Psicología y Sociología de la Educación
Facultad de Educación. Universidad de Extremadura.

RESUMEN:

El presente trabajo es un estudio epidemiológico de exploración, que forma parte de la línea de investigación que estamos desarrollando sobre hipervigilancia emocional y vulnerabilidad en diferentes trastornos (alexitimia, trastornos de alimentación, estrés postraumático en situaciones de maltrato doméstico, etc). El objetivo de esta investigación es estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer un trastorno alimentario, así como analizar las posibles relaciones entre alexitimia, conducta alimentaria y salud, en una amplia muestra de adolescentes de la provincia de Badajoz.

Nos planteamos como hipótesis principales:

- A mayor grado de trastornos emocionales y alexitimia, mayor es el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia.
- El riesgo de padecer un trastorno alimenticio aumenta con mayor facilidad en las chicas con trastornos emocionales que en los varones.

Los resultados nos muestran cómo se relaciona de forma directa una alta puntuación en los factores alexitímicos con un mayor riesgo de padecer un trastorno de la alimentación como la anorexia. Así como la diferencia que existe, en cuanto a esta correlación, entre chicos y chicas en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

PALABRAS CLAVE: desórdenes emocionales, alexitimia, desórdenes de alimentación, anorexia.

INTRODUCCIÓN

La elaboración de indicadores de riesgo es la base que soporta la implementación de políticas preventivas tanto en lo que se refiere a temáticas como a grupos de riesgo a priorizar en las mismas. Desde hace algunos años hemos venido trabajando en el diseño de indicadores de vulnerabilidad (Fajardo, 1997), en la determinación de factores específicos (Cabaco, 1999), y en la implementación de programas específicos en la infancia y en la adolescencia (Fajardo, Informe del Senado Español 1999; Cabaco, 2001). Entre las temáticas que han sido señaladas en la literatura, como más relevante en esta etapa del ciclo vital, y sobre las que se centra el trabajo se encuentran los déficits en habilidades emocionales, como la alexitimia, y su relación con los trastornos de la alimentación.

La “alexitimia” es una dificultad en el procesamiento cognitivo de los afectos y emociones, lo que supone un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de enfermedad psicosomática. Una persona con un nivel elevado de alexitimia tiene dificultades para elaborar mentalmente sus sentimientos y emociones, así como para expresarlos, lo que le puede llevar a experimentar trastornos emocionales y relacionales. Básicamente, la alexitimia es un constructo que hace referencia a la dificultad para expresar las emociones. Las personas que la padecen presentan las siguientes características:

- Dificultad para identificar y describir sentimientos.
- Dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional.
- Pobreza de fantasías.
- Estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción.

La alexitimia está asociada al procesamiento cognitivo de las emociones y es conceptualizada como un rasgo de la personalidad (alexitimia primaria) o un estado asociado a situaciones estresantes (alexitimia secundaria). En ambos casos, la dificultad para manejarse con las emociones propiciaría la aparición de trastornos psicosomáticos o conductas impulsivas como respuesta a la activación fisiológica asociada a los estados emocionales. Se han hallado correlaciones positivas con la depresión y la ansiedad (Bagby, Taylor, y Atkinson, 1988).

El instrumento más utilizado para evaluar la alexitimia es la Toronto Alexithymia Scale (TAS), en sus diferentes versiones (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994) hasta la última versión del TAS de 20 ítems (TAS - 20).

En España, se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS – 20, instrumento utilizado en este estudio. Otro instrumento de evaluación de la alexitimia, es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI – 2), usado en menor grado porque presenta los inconvenientes de la extensión y la menor validez que la anterior.

Aunque tradicionalmente el estudio de la alexitimia se realizaba aisladamente, un campo de investigación novedoso es aquel que la vincula con diferentes patologías. Dentro de este enfoque relacional encontramos numerosos estudios que vinculan este constructo con los trastornos de la alimentación (Bourke, Taylor, Parker y Bagby 1992; Morandé, 1999; Sagardoy, 2001). En esta línea, determinados trabajos parecen poner de manifiesto la existencia de altos niveles de alexitimia en personas que experimentan anorexia o bulimia. Estos dos últimos son trastornos de alimentación clasificados por el DSM – IV y evaluados con el Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI – 2). Los principales resultados de estas investigaciones ponen de manifiesto cómo los sujetos con trastornos de alimentación presentan puntuaciones más altas en alexitimia que los grupos de sujeto normales (Ayuso y Baca, 1993; Bagby, Taylor y Parker, 1994).

No obstante, existen otros estudios que no confirman estos datos. Así, Rastman, Gilberg, Gilberg y Johansson (1997) encuentran que la escala TAS – 20 no discrimina entre el grupo de anoréxicos y el grupo de control. Pierloot, Houben, y Acke (1988) tampoco encuentra diferencias entre anoréxicos y normales en rasgos alexitímicos. Estos resultados pueden deberse a la utilización de la escala de alexitimia del MMPI– 2, que no presenta unos buenos índices de fiabilidad y validez.

Otro aspecto importante a destacar es el que se refiere a la diferencia de rasgos alexitímicos entre los dos principales trastornos alimenticios, anorexia y bulimia. De esta forma nos encontramos con los estudios de Guilbaud y colaboradores (2000) que muestra cómo los anoréxicos presentan puntuaciones más altas en alexitimia que los bulímicos. En cambio, el estudio de Beales y Dolton (2000) muestra lo contrario, que son los bulímicos los que presentan puntuaciones más altas en alexitimia.

También se han estudiado las diferentes dimensiones del constructo alexitimia en los trastornos de alimentación. Los resultados de Troop, Schmidt y Treasure (1995) con grupos de anoréxicos, bulímicos y bulimaréxicos (anoréxicos – bulímicos) ponen de manifiesto que todos los grupos presentan tanto dificultades para la identificación de sentimientos como para la expresión o comunicación de los mismos, siendo los anoréxicos el único grupo que presenta menos capacidad de fantasía. Sin embargo, no se encuentran diferencias entre los grupos en cuanto al pensamiento enfermo. Fukunishi (1998) indica que las personas que presentan rasgos alexitímicos, como la dificultad para identificar y describir sentimientos, manifiestan más actitudes anormales hacia la comida. También, Sexton y cols. (1998) explican cómo las diferencias se encuentran en el factor de la expresión de las emociones, siendo los anoréxicos y bulímicos los que presentan puntuaciones más altas que el grupo de control. En esta

misma línea, Taylor, Parker, Bagby y Bourke (1996) encuentran correlaciones entre la escala TAS de alexitimia y subescalas del EDI – 2 de trastornos alimenticios, específicamente las subescalas de desconfianza e ineficacia.

Respecto a los trastornos alimentarios en España, los porcentajes de casos de padecer un trastorno alimentario, detectados con el Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979), muestran un rango de 3,5 – 12,4 en chicas y de 0,2 – 1,2 en chicos (Toro, Salamero y Martínez, 1995; Raich, 2000). En otros estudios, Morandé (1999) hallaron en chicas de 15 años de Madrid, una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 4,6%. Toro (2000) habla de un 4,52% en población femenina de Zagarza.

Por último, teniendo en cuenta el impacto que las variables culturales tiene sobre el proceso emocional y consecuentemente sobre trastornos de la alimentación o la alexitimia, las investigaciones transculturales han demostrado que hay fenómenos contextuales que favorecen la aparición de la sintomatología. En revisiones recientes, se señala que la alexitimia secundaria es mayor en aquellas culturas caracterizadas por el colectivismo, en culturas masculinas en las que existe mayor dureza, en aquellas en las que existe mayor distancia al poder y también en aquellas culturas con gran sensibilización en el área de las emociones negativas. Existen algunos factores similares en los TA que hacen aumentar la vulnerabilidad al mismo (Cabaco, Capataz, González, Fernández – Rivas y Fernández, 2002) lo que suponen patrones educativos que pueden modificarse para optimizar la salud física y mental, siendo la escuela o familia los focos sobre los que centrar la evaluación del riesgo y las posteriores intervenciones.

El presente trabajo es un estudio epidemiológico de exploración, que forma parte de la línea de investigación que estamos desarrollando sobre hipervigilancia emocional y vulnerabilidad en diferentes trastornos (alexitimia, trastornos de alimentación, aracnofobia, estrés postraumático en situaciones de maltrato doméstico, etc.). Ejemplos del trabajo en los dos ámbitos específicos del proyecto son: en lo referido a trastornos alimenticios los estudios transculturales en España, Brasil, Argentina, Portugal, y EEUU (Cabaco, Izquierdo y Bonantini, 2001). También sobre la alexitimia hemos realizado revisiones (Fernández – Rivas y Cabaco, 2002a; Fernández – Rivas, Cabaco y Crespo, en prensa), así como trabajos aplicados a la evolución del constructo y de las habilidades emocionales asociadas o la posibilidad de optimización (Fernández – Rivas y Cabaco, 2002b). En el presente proyecto se fusionan ambas líneas de trabajo como se podrá ir viendo más adelante.

OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto de investigación es estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer un trastorno alimentario, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia, conducta alimentaria y salud, en una amplia muestra de adolescentes de

la provincia de Badajoz. A esta muestra se les aplicará el GHQ – 28 (Goldberg Health Questionnaire), la TAS – 20 y el EAT (Eating Attitudes Test). Los resultados nos permitirán:

- Aportar nueva evidencia sobre las relaciones entre alexitimia y desórdenes de alimentación.
- Ayudar a realizar índices de morbilidad que comparen la incidencia diferencial de estos trastornos con los de otras comunidades autónomas españolas.
- Planificar políticas de intervención sanitaria que repercutan sobre la salud física y psicológica de los jóvenes extremeños.

Para la consecución de dichas metas, desde la presente investigación nos planteamos como hipótesis principal:

- A mayor grado de trastornos emocionales y alexitimia, mayor es el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia.
- El riesgo de padecer un trastorno alimenticio aumenta con mayor facilidad en las chicas con trastornos emocionales que en los varones.

METODOLOGÍA

Muestra:

Los sujetos con los que hemos trabajado han sido adolescentes de ambos sexos, con una edad comprendida entre los 12 – 16 años.

La muestra tomada se ha obtenido de la población adolescente de la provincia de Badajoz, en centros educativos de carácter tanto público como privado. El total de alumnos que han participado es de 700, agrupados en 12 colegios e institutos.

La selección de esta muestra se ha desarrollado siguiendo un muestreo probabilístico aleatorio, tomando el azar como método de selección.

Fases y temporalización:

La investigación se ha estructurado en tres fases, donde cada una de ellas ha tenido un tiempo de duración diferente en función de lo planteado en las mismas.

Las fases son:

- **Primera fase:** Es aquella donde se ha presentado el programa a la comunidad educativa, y se planifica los encuentros posteriores en cada centro para el pase de cuestionarios. El primer contacto ha sido vía telefónica y por carta.
- **Segunda fase:** Es en la que se ha llevado a cabo la recogida de información a través de los diversos cuestionarios y tests que se les realiza a los adolescentes.

El mecanismo de recogida se desarrolla a través de visitas al centro y en contacto directo con los adolescentes en una hora de clase.

El desarrollo de dichas visitas se concretaban en lo siguiente: El director del centro nos presentaba al tutor, con el cual nos íbamos al aula. Una vez en el aula, se les explicaba a los alumnos las pruebas a desarrollar y, posteriormente, de forma individual y anónimo, se rellenaban los cuestionarios indicados.

- **Tercera fase:** Ha ocupado el registro de los datos, el análisis de resultados y la exposición de conclusiones.

Diseño:

En esta investigación, se ha seguido un método experimental, con dos tipos de variables:

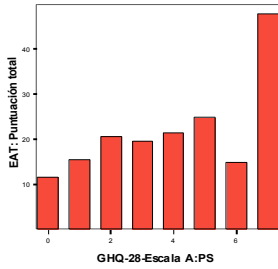
- *Variables cualitativas:*
 - Edad de los adolescentes, operativizada por los cursos de Educación Secundaria.
 - Sexo de los adolescentes.
 - Factores de personalidad, con los siguientes valores: imagen corporal, expresión y comprensión emocional.
 - Riesgo de trastorno de conducta, operativizada en los siguientes valores: autoestima, imagen corporal, insatisfacción corporal, perfeccionismo, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, inseguridad, asceticismo.
- *Variables cuantitativas:*
 - Reflejadas en los resultados en forma de medias obtenidas a la hora de analizar las respuestas de los diferentes cuestionarios.

Instrumentos de recogida de datos y evaluación.

Los recursos con los que vamos a contar para poder llevar a cabo la recogida de datos y la evaluación de los mismos, son los siguientes:

- ***Recogida de datos:***
 - TAS – 20
 - GHQ – 28
 - EAT
- ***Evaluación y análisis de datos:***
 - SPSS 12.0 para Windows

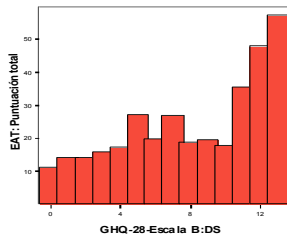
RESULTADOS



Las barras muestran Medias

GRÁFICA 1

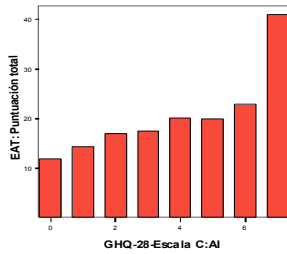
EAT Puntuación Total
GHQ-28: Escala A:PS



Las barras muestran Medias

GRÁFICA 2

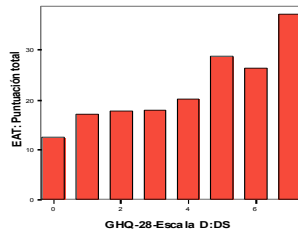
EAT Puntuación Total
GHQ-28: Escala B:DS



Las barras muestran Medias

GRÁFICA 3

EAT Puntuación Total
GHQ-28: Escala C:AI

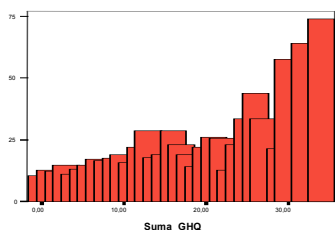


Las barras muestran Medias

GRÁFICA 4

EAT Puntuación Total
GHQ-28: Escala D:DS

EAT: Puntuación total



Las barras muestran Medias

GRÁFICA 5

EAT Puntuación Total
GHQ-28: Suma de Escalas

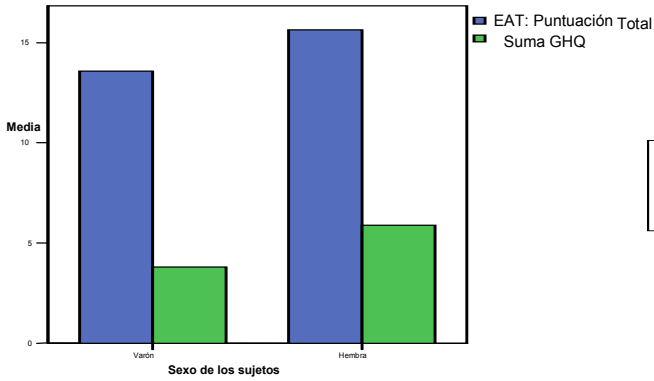
Correlaciones PEARSON TABLA 1

		EAT: Puntuación total	VAR00001
EAT: Puntuación total	Correlación de Pearson	1	,455(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	656	656
Suma GHQ	Correlación de Pearson	,455(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	656	662

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Prueba de muestras relacionadas TABLA 2

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 EAT: Puntuación total - Suma GHQ	9,75457	10,21072	,39866	8,97176	10,53738	24,468	655	,000

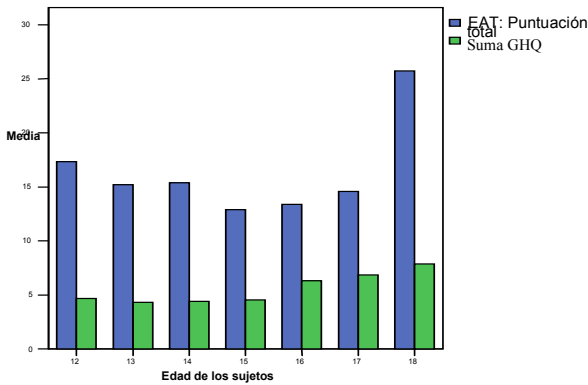


GRÁFICA 6

EAT Puntuación Total
GHQ-28: Suma Escalas
Sexo de los Sujetos

ANOVA TABLA 3

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EAT: Puntuación total	nter.-grupos	693,640	1	693,640	5,377	,021
	Intra-grupos	84235,941	653	128,998		
	Total	84929,582	654			
Suma GHQ	nter.-grupos	723,464	1	723,464	18,251	,000
	Intra-grupos	26082,734	658	39,639		
	Total	26806,198	659			



GRÁFICA 7

EAT Puntuación Total
GHQ-28: Suma Escalas
Edad de los Sujetos

ANOVA TABLA 4

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
EAT: Puntuación total	nter.-grupos	2038,051	6	339,675	2,717	,013
	Intra-grupos	79625,108	637	125,000		
	Total	81663,160	643			
Suma GHQ	nter.-grupos	594,675	6	99,112	2,448	,024
	Intra-grupos	25991,171	642	40,485		
	Total	26585,846	648			

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo de este proyecto de investigación es estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer un trastorno alimentario, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia, conducta alimentaria y salud, en una amplia muestra de adolescentes de la provincia de Badajoz.

Asimismo, desde la presente investigación nos planteamos como hipótesis principales:

- A mayor grado de trastornos emocionales y alexitimia, mayor es el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria como la anorexia.
- El riesgo de padecer un trastorno alimenticio aumenta con mayor facilidad en las chicas con trastornos emocionales que en los varones.

Expuestos los resultados de dicha investigación en forma de tablas y gráficas, vistas en el apartado anterior, pasamos a continuación a analizarlos desde tres puntos de vista principales: la relación entre alexitimia y trastorno de conducta alimentaria, relación de ambas variables con el sexo, y relación de ambas variables de la edad de los sujetos.

1. Relación entre emoción y trastorno anoréxico.

- En la Gráfica 1, donde comparamos el riesgo de padecer anorexia con la escala A: PS del cuestionario GHQ, podemos comprobar que, de forma general, a mayor puntuación en dicha escala, existe mayor riesgo de caer en este trastorno mental. Por tanto, podemos señalar que existe una relación significativa entre la presencia de preocupaciones a nivel somático y el riesgo de padecer un trastorno alimentario, ya que ambos se relacionan con problemas a nivel mental.
- En la Gráfica 2, donde comparamos el riesgo de padecer anorexia con la escala B: DS del cuestionario GHQ, podemos apreciar que, de forma general, también existe una correlación entre el riesgo de padecer dicho síndrome y la mayor puntuación en dicha escala. Esto implica que el riesgo de

padecer un trastorno alimentario se relaciona significativamente con aquellas personas que presentan conductas sociales disfuncionales, es decir, con aquellos individuos que miran la vida y su papel en la sociedad desde un punto de vista negativo y problemático, traduciéndose en: agobio constante, tensión, malhumor, nervios, fobias, incapacidad de toma de decisión, no disfrute de las actividades diarias, etc.

- En la Gráfica 3, donde comparamos el riesgo de padecer anorexia con la escala C: AI del cuestionario GHQ, podemos apreciar que, de forma general, también existe una correlación entre el riesgo del trastorno anoréxico y la mayor puntuación en dicha escala. Esto implica, que el riesgo de padecer un trastorno alimentario se relaciona significativamente con problemas de ansiedad e insomnio. Podemos decir, que aquellas personas que suelen tomarse la vida como un problema constante y un obstáculo continuo presentarían un mayor riesgo de inestabilidad emocional, muy relacionado éste con el riesgo de aparición del trastorno.
- En la Gráfica 4, donde comparamos el riesgo de padecer anorexia con la escala D: DS del cuestionario GHQ, podemos apreciar que, de forma general, sigue existiendo una correlación entre el riesgo de padecer la anorexia y la mayor puntuación en dicha escala. Esto implica que el riesgo de padecer un problema alimentario se relaciona con conductas depresivas, las cuales pueden llegar a ser severas en muchos momentos. Desde aquí, se puede señalar que el síntoma depresivo es algo a tener en cuenta en la anorexia en la medida en que se va agravando por el porcentaje de suicidio que conlleva.
- En la Gráfica 5, comparamos el riesgo de padecer un trastorno alimentario (anorexia) con la suma de puntuaciones de las cuatro escalas del cuestionario GHQ. Desde ella observamos:
 - La relación entre las variables principales de nuestra investigación concuerdan entre ellas y entre las gráficas anteriores. Así, se puede afirmar que la primera de nuestras hipótesis es aceptada, ya que a mayor nivel de alexitimia existe mayor riesgo de padecer anorexia. No obstante, fijándonos en la primera tabla de resultados, tenemos que señalar que no existen diferencias significativas, asumiendo igualdad de varianzas.
 - Esta quinta gráfica es la que nos va a dar información más fiable, ya que en ella se recoge la media de todas las escalas de la que se compone el cuestionario GHQ y la relaciona con los resultados del EAT. Es por ello, que resulta más completa, ya que el mayor riesgo de padecer anorexia depende de la existencia en una persona de las 4 dimensiones que evalúa dicho cuestionario, porque ninguna por separado desencadena tal enfermedad.

2. Relación entre ambas variable y el sexo

Como se puede observar en la Gráfica 6 podemos apreciar que las mujeres alcanzan una puntuación más alta en ambas variables en relación con los varones, haciéndolo en la misma proporción. Además, esta diferencia entre sexos, según observamos en la tabla 3, resulta significativa, por lo que aceptamos la segunda hipótesis que nos planteamos.

También tenemos que señalar que, según lo dicho anteriormente, se puede comprobar que mientras aumenta la puntuación en alexitimia sube proporcionalmente el riesgo en el trastorno en ambos sujetos.

3. Relación entre ambas variables y la edad

Desde la Gráfica 7 podemos apreciar que es en los extremos de edad donde se registran las mayores puntuaciones en ambas variables, pero sobre todo en el riesgo del trastorno anoréxico. Además, estas diferencias entre las edades, según observamos en la Tabla 4, resultan significativas, por lo que aceptamos una nueva hipótesis: en los momentos más críticos emocionalmente, existe mayor riesgo de sufrir un trastorno alimentario (anorexia).

Se observa en la Gráfica 7 como en los 13 y 14 años, y los 15 y 16 años se aprecia una cierta estabilidad en ambas variables, que reducen el riesgo de anorexia. Pensamos que este hecho puede ser debido a que es en estas edades cuando los adolescentes encuentran un mayor equilibrio emocional porque, por una parte, las modificaciones puberales ya se han establecido; y, por otra parte, no existen presiones externas que supongan tomas de decisiones importantes, como es el acceso al instituto, a la universidad, a módulos profesionales, al mundo laboral...

CONCLUSIONES

Como es bien conocido, la “alexitimia” es una dificultad en el procesamiento cognitivo de los afectos y emociones, lo que supone un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de enfermedad psicosomática, como puede ser un trastorno de la conducta alimentaria, concretamente, la anorexia, que es la que hemos estudiado en esta investigación. Así, una persona con un nivel elevado de alexitimia tiene tanto dificultades para elaborar mentalmente sus sentimientos y emociones, como para expresarlos, lo que le puede llevar a experimentar trastornos emocionales y relacionales. Las personas que la padecen presentan las siguientes características: dificultad para identificar y describir sentimientos, dificultad para distinguir los componentes somáticos de los subjetivos de la activación emocional, pobreza de fantasías, estilo cognitivo externamente concreto y racional y un estilo de vida orientado a la acción.

Como puede observarse, la alexitimia es conceptualizada como un rasgo de la personalidad (alexitimia primaria) o un estado asociado a situaciones estresantes (alexitimia secundaria). En ambos casos, la dificultad para manejarse con las emociones propiciaría la aparición de trastornos psicossomáticos o conductas impulsivas como respuesta a la activación fisiológica asociada a dichos estados.

Por otra parte, la Anorexia, según la Organización Mundial de la Salud, es “*un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo*”. Como se puede apreciar, la anorexia tiene una manifestación externa a nivel corporal, que se percibe a través de la pérdida excesiva de peso, pero a ello hay que añadirle toda la presión externa que conlleva la publicidad, presentando un modelo corporal ideal y la estructura psicológica de la persona. En relación con el componente psicológico, las personas que padecen dicho trastorno presentan lo que comúnmente se denomina como “personalidad premórbida”, la cual se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Una baja autoestima.
- Una deficiente comunicación y expresión de sentimientos, unida a una misma deficiente comprensión de las emociones de los demás.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Expectativas muy altas, como consecuencia de ese perfeccionismo.
- Viven pendientes de hacer felices y dar gustos a todo el mundo que le rodea.
- Son personas que presentan un retraso en su desarrollo madurativo lo cual las hace mostrarse a veces como infantiles.
- Vulnerabilidad, como consecuencia de la necesidad de ser aceptadas y valoradas por los demás.
- Fácil adaptación a cualquier situación social.

Estos son los rasgos de una personalidad premórbida porque una vez que se instaura la anorexia, las características anteriores se modifican y cambian, apareciendo las dificultades en las relaciones con los demás, consigo mismas y en la adaptación al mundo externo.

Como puede verse, los trastornos emocionales, la alexitimia, forman parte de la anorexia como un factor psicológico de la misma. Así pues, parece lógico plantear que dicha disfunción emocional se considere dentro de los parámetros de alerta de este trastorno alimentario, por lo que quedaría justificado el estudio de esta relación.

Centrándonos, a continuación, en el desarrollo de dicho estudio, hay que mencionar que los resultados obtenidos avalan la significatividad de la relación propuesta. Así, se observa, primero, que existe una relación de dependencia entre ambas variables (riesgo de anorexia - alexitimia), la cual es directamente proporcional: a

mayor grado de alexitimia, mayor riesgo de padecer una anorexia. En segundo lugar, desde el estudio también se puede observar la existencia de resultados que corroboran que esta relación se da en mayor medida en las mujeres que en los varones; al igual que es en las edades extremas estudiadas donde la relación es más alta que en edades intermedias de la adolescencia.

Desde esta investigación, queremos, además, dejar un camino abierto a posteriores ámbitos de trabajo en este área con jóvenes-adultos, ya que a ellos también les puede afectar esta enfermedad. Además, se podría desarrollar dicha investigación en una población más amplia para contrarrestar los resultados. En la actualidad, desde Departamento de Psicología, y con la financiación de la Junta de Extremadura, se está llevando a cabo el mismo estudio en la provincia de Cáceres con el objetivo de ampliar la muestra y hacer un estudio de toda la Comunidad extremeña.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso, J.L. y Baca, E (1993): Disorders of feeding behavior an alexithymia. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica Ciencias Afines*, 21, 72 – 77.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. (1994): *Los 20 ítems de la Escala de Alexitimia de Toronto: Ítems de selección y validación de la estructura del factor (The twenty – ítems Toronto Alexithymia Scale: I. Items selection and cross – validation of the factor structure)*.
- Bagby, R.M., Parker, J. D. A. y Taylor G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bagby, R.M, Taylor, G. J, y Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. y Bagby, R. M.(1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161.
- Bas, F. y Andrés, V. (2000): *Trastornos de alimentación en nuestros hijos*. Edita Eos. Madrid
- Cabaco, A.S. (1995): Indicadores de Salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia. Salamanca. Publicaciones de la UPSA.
- Cabaco, A.S. (2001): Eficacia de los programas cognitivo – instruccionales en la prevención de la inadaptación infanto – juvenil. *Temas de psicología*, 7, 229 – 247.
- Cabaco, A.S., Capataz, I., Bonantini, C., y Hage, S. (2002): Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: estudio transcultural (España – Argentina – Brasil). *Revista iberoamericana en educación. Salud y trabajo*, 2 – 3, 211 – 228.

- Cabaco, A.S., Capataz, I., González, S., Fernández – Rivas, S., y Fernández, L.M. (2002): Factores de riesgo psicológicos y socioculturales en los trastornos alimenticios: una revisión. *Temas e psicología*, 9, 289 – 305.
- Cabaco, A.S., Capataz, I., Fernández, L.M., González, S., y Fernández – Rivas, S. (2003): Variables familiares predictoras de vulnerabilidad a trastornos alimenticios. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 26, 31 – 48.
- Fajardo, MI y Vicente, F.(1999): *Condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia*. Senado Español.
- Fajardo, MI y Vicente, F.: *Prevención de la anorexia y la bulimia*. Interfaces de Psicología. Departamento de pedagogía e educacao de Universidades de Evora. Braga. Lusografe.
- Fajardo Caldera, M.I. (2004). Presiones Internas y Externas que influyen en quien es el adolescente. *Infancia y adolescencia: desarrollo psicológico y propuestas de intervención*. Psicoex. Badajoz.
- Fernández Aranda, F. y Turón Gil, V. (1999): *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson, Barcelona, 1999.
- Fukunishi, I. (1998). Eating attitudes in female collage studentes with self-reported alexithymic characteristics. *Psychological Report*, 82 (1).
- Galvín, V. (2002): *Cuando la mente tortura al cuerpo*, Imaginate, Madrid, n.9
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Encephale* 26 (5).
- Junta de Extremadura. *Anorexia y bulimia nerviosa*. Conserjería de Sanidad y Consumo.
- Morandé, G. (1999): *La Anorexia*. Ed. Temas de hoy. Madrid.
- Martín Romero, R. y Fajardo Caldera, MI: *Anorexia Nerviosa. Un plan para su prevención en adolescentes de 14 – 16 años*. Aportaciones Psicológicas y mundo actual: Dando respuestas. Congreso INFAD 2005. 351 – 368.
- Pierloot, R.A., Houben, M.E. y Acke, G. (1988). Are anorexia nervosa patients alexithymic? *Acta Psychiatrica Belga*, 88 (3).
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Rastman, M., Guilberg, C. y Johansson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 95 (5).
- Sagardoy, R (2001): *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Ed- Planetas.

- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. y Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorders in patients. *International Journal of eating disorders*, 23 (3).
- Taylor, G., Parker, J.D.A, Bagby, R.M. y Bourke, M.P. (1996). Relationship between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6).
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 205-214.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos alimentarios de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114.
- Troop, N.A., Schmidt, U.H. y Treasure, J.L. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of eating disorders*, 18 (2).

DIRECCIONES DE INTERNET DE INTERÉS:

tgh: [//www.psiquiatria.com/áreas/tralimentacion](http://www.psiquiatria.com/areas/tralimentacion).

<http://www.cop.es/delegaci/andocci/boletin/boletinanalisis94.htm>

tgh: [//www.gonzalomorande.eresmas.net/homeaetca.htm](http://www.gonzalomorande.eresmas.net/homeaetca.htm)

<http://mujer.tercera.cl/2000/07/28/anorexia3.htm>

<http://www.solomujeres.com/articles/anorexia.html>

NOTA:

Esta comunicación ha sido financiada con cargo al proyecto **Indicadores de salud y vulnerabilidad a trastornos alimenticios en adolescentes extremeños de educación secundaria** de la Junta de Extremadura.

Clave Expediente **2PR03A069**