

doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ALEXITIMIA EN ADOLESCENTES FEMENINAS ESCOLARES

Lizt Janina Chunga Silva
Universidad César Vallejo

Cómo citar este artículo: Chunga, L. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología*, 17(2), 116-127. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Lizt Janina Chunga Silva, e-mail: jachus@gmail.com. Av. Larco 1770 – Distrito de Víctor Larco Herrera.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ALEXITIMIA EN ADOLESCENTES FEMENINAS ESCOLARES

Chunga Silva Lizt Janina*

RESUMEN

La investigación de tipo no experimental consistió en correlacionar los trastornos de la conducta alimentaria y la alexitimia en una muestra de 300 adolescentes femeninas escolares de la ciudad de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI – 2) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20). La investigación dio como resultado una correlación positiva entre las escalas de los trastornos de la conducta alimentaria y la alexitimia, evidenciándose una relación altamente significativa para diez de las once escalas que mide el inventario con alexitimia y significativa para ascetismo y alexitimia,

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, alexitimia.

EATING DISORDERS AND ALEXITHYMIA IN FEMALE AND SCHOOL TEENAGERS

ABSTRACT

The non experimental research consisted of correlating the eating disorders and alexithymia in a sample of 300 female adolescents students from Trujillo city. The instruments used were the Eating Disorders Inventory – 2 (EDI – 2) and 20 item Toronto Alexithymia Scale (TAS – 20). The research resulted in a positive correlation between the scales of eating disorders and alexithymia, showing a highly significant relation for ten of the eleven scales measuring inventory with alexithymia and meaningful to asceticism and alexithymia.

Key words: Eating disorders, alexithymia.

*Magíster en Educación Mención Psicología Educativa. Psicóloga Clínica. Docente universitaria de pre y postgrado.
Correspondencia: jachus@gmail.com

DISTÚRBIOS ALIMENTAR E ALEXITIMIA EM ADOLESCENTES ESCOLARES DO SEXO FEMENINO RESUMO

A pesquisa não- experimental foi correlacionar o transtorno alimentar e alexitimia em uma amostra de 300 adolescentes do sexo feminino escolares na cidade de Trujillo. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de transtorno alimentar (EDI - 2) e Toronto Alexithymia Scale (TAS - 20) . A investigação resultou em uma correlação positiva entre as escalas do transtorno alimentar e alexitimia , demonstrando uma relação altamente significativa para dez dos onze escalas que mediram o inventário com alexitimia e significativo para o ascetismo e alexitimia ,

Palavras-chave: distúrbio alimentar, alexitimia.

1. Introdução

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son una serie de enfermedades caracterizadas por alteraciones relacionadas con la actitud y el hábito de comer. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994) divide a los trastornos alimentarios en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, e incluye una categoría denominada trastorno de la conducta alimentaria no especificado (entre ellos el trastorno por atracones). Se afirma que dichos trastornos se han convertido en una epidemia, al menos en sociedades occidentales. Actualmente, los datos epidemiológicos indican que el patrón habitual de la persona que sufre un TCA es el de una mujer adolescente en un 90%-95% de casos, con una ratio hombre/mujer de 1:10, siendo más frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia y el promedio de edad entre los 15 y los 17 años (Garandillas y Febrel como se citó en Maganto, 2011). En la actualidad estos trastornos tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%. Sin embargo, las conductas de riesgo que llevan al desarrollo de estos trastornos tienen prevalencias mucho más altas. Aún no existe una definición unificada de cuáles son estas conductas; sin embargo, en general hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e

intensidad a las de los TCA. En Perú se han encontrado prevalencias de entre el 7.3 – 11.4% en una muestra de 9000 adolescentes de 17 ciudades (Romero, 2012). No hay duda de que en la pubertad/adolescencia la vulnerabilidad es más elevada, por lo que es preciso profundizar en las variables que están asociadas a dichos trastornos a fin de poder establecer medidas preventivas. La clínica y la investigación de estos trastornos, aun siendo amplia, no arrojan datos confirmatorios sobre su etiología, aunque cada vez más estudios confirman la participación de factores genéticos y biológicos, socioculturales, familiares y de índole emocional asociados a los mismos. Dentro de los factores biológicos, la herencia juega un papel en la susceptibilidad a desarrollar estos trastornos, detectándose anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotalámico, hipofisiario gonadal; sin embargo, está por determinarse si esas alteraciones son primarias o secundarias al desarrollo de los trastornos. (Maganto, 2011).

Los factores socioculturales no pueden dejarse de lado al referirnos a este tema; la sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura es un factor de innegable importancia para la generación de estos cuadros. Las influencias socioculturales y

concretamente, "el anhelo de delgadez", constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de estos trastornos. Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son muchos: modas de vestir; producción y venta de productos y servicios adelgazantes con su publicidad, rechazo de la obesidad y el sobrepeso, famosos encarnados en cuerpos delgados, medios de comunicación, difusión de actividades físicas de riesgo y cambios en el papel social de la mujer. (Staudt, Rojo y Ojeda, 2006).

La familia también es un núcleo de aprendizaje de lecciones culturales en general y entre ellas, las relativas a la conducta alimentaria. La transmisión del modo de comer (patrones de alimentación) es intergeneracional, es decir, nosotros aprendemos de nuestros padres y ellos a su vez de los suyos a través de la imitación. Dentro de los factores emocionales asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, algunas investigaciones consideran la baja autoestima, la alexitimia, las estrategias de afrontamiento inadecuado frente a situaciones de ansiedad como la no expresión de las emociones y la tendencia a actuar impulsivamente (Pascual et al., 2011 y Cruz – Sáez et al., 2013). Por esta razón, se ha planteado que los trastornos de la conducta alimentaria podrían estar relacionados con la alexitimia, constructo que se utilizó para describir ciertas características en los pacientes psicósomáticos, que tenían como principal manifestación psicológica la dificultad para verbalizar los afectos.

La alexitimia "se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas" (Sivak y Wiater, 1998). Se trata de un trastorno

muy extendido entre la población: afecta a una de cada siete personas. En particular, la alexitimia se manifiesta en el 85% de los afectados por trastornos del espectro autista y se estima que el 8% de los hombres y el 1,8 % de las mujeres son alexitímicos, así como el 30 % de las personas con problemas psicológicos (Schvartzman, 2013). Se presenta un déficit en la simbolización, que se puede observar en la pobreza de la actividad imaginaria y la vida fantasmática. Por último, la capacidad introspectiva es pobre y el conformismo social, así como el pensamiento operatorio, son altos. Como un constructo relativamente nuevo e investigado ampliamente en otros países por su relación con diferentes trastornos, en especial los psicósomáticos, viene despertando gran interés entre los investigadores en las últimas décadas; definida como una disposición cognitivo – afectiva que se caracteriza por tres dimensiones básicas: la dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales que acompañan al arousal emocional; la pobreza para describir los sentimientos a los demás; y el empleo de un estilo cognitivo extremadamente operativo y dirigido al exterior. (Bagby, Parker y Taylor, 1994). Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación de la alexitimia con problemas de adicción, trastornos somatomorfos, dolor, estrés, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros, encontrando en los casos anteriormente mencionados relación (Sivak y Wiater, 1998). En esta investigación, nos interesa la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la alexitimia, la cual como suposición teórica viene siendo corroborada por investigaciones empíricas en las que se observa en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria presencia de alexitimia. Así por ejemplo, Behar, R. (2011) en su

investigación “Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad”, encontró que todos los sub grupos de TCA alcanzaron puntajes en rango de alexitimia, especialmente las anoréxicas. Las bulímicas mostraron más dificultad para discriminar señales emocionales y las anoréxicas mostraron mayores pensamientos orientados a detalles externos. Díaz y Balbás (2002), en su estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, encuentra la existencia de niveles medios significativamente superiores de alexitimia en el grupo de sujetos con TCA frente a los obtenidos por el grupo control. Por otro lado, Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Aleman (2002). Espina (2002), en su estudio sobre alexitimia en los trastornos alimentarios, buscó contrastar las diferencias en la TAS – 20 entre mujeres que presenten un trastorno alimentario (TA) con un grupo control. Los resultados indicaron que los grupos de trastornos alimentarios se diferencian del control en la TAS – 20 y los factores 1 y 2 (dificultad para discriminar y expresar sentimientos) pero no en el factor 3 (pensamiento orientado externamente), lo cual muestra que en los TA existe un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no en el pensamiento operatorio. El constructo pensamiento operatorio es complejo y quizás no se evalúa adecuadamente con el TAS – 20 (Páez, como se citó en Espina et al., 2002). El mismo autor en otra investigación, busca establecer si la alexitimia está presente en los padres y madres de hijas con anorexia y bulimia nerviosa, comparadas entre sí y con un grupo con características sociodemográficas semejantes; así como relacionar la alexitimia de los padres entre sí con la de sus hijas, las conclusiones encontradas en su trabajo fueron que las

hijas con trastornos alimentarios, así como sus padres y madres, presentan mayores porcentajes de alexitimia que el grupo control. Asimismo, la alexitimia de sus hijas está asociada a sus padres y madres, concluyendo que la alexitimia parece ser una característica de las familias con trastornos alimentarios, quedando por dilucidar si es un rasgo y juega un papel importante en el desarrollo del trastorno o es un estado debido al mismo (Espina, Ortego, Ochoa de Alada y Aleman, 2001). Laquatra y Clopton (1994) estudiaron en Texas Tech University las características de alexitimia en estudiantes mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y obesidad). Evaluaron una muestra de 308 mujeres estudiantes, utilizando la TAS y el EDI (Eating Disorders Inventory). Los puntajes de la TAS se correlacionaron con los de la EDI, encontrándose correlaciones positivas entre las escalas del EDI y los factores 1 y 2 del TAS (dificultad para discriminar y expresar sentimientos), más no se halló lo mismo para los trastornos alimentarios y el factor de pensamiento orientado externamente. Jimerson, Wolfe, Franko, Covino y Sifneos (como se citó en Sivak y Wiater, 1998) realizaron en Boston un estudio para investigar la relación entre bulimia y alexitimia, evaluando a 20 pacientes no hospitalizadas con peso normal con bulimia nerviosa y 20 mujeres voluntarias sanas. Administraron la TAS y obtuvieron los siguientes resultados: las pacientes con bulimia obtuvieron puntajes más elevados en alexitimia que la muestra control. En comparación con el grupo control, las pacientes mostraron puntajes altos significativos en la TAS en factores que reflejan déficit de afecto y puntajes normas en factores relacionados con imaginación y pensamiento abstracto. Los datos indicarían que algunas pacientes con bulimia nerviosa tienen

características de alexitimia. Asimismo, los italianos Molinari, Morosin y Riva (como se citó en Sivak y Wiater, 1998) estudiaron la relación entre obsesidad y alexitimia, administrando a una muestra de 200 mujeres (100 mujeres obesas y 100 mujeres de peso normal) la TAS, el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), la escala ASQ (Ipat Anxiety Scale) y el test EAT (Eating Attitude Test). Los resultados obtenidos indicaron que desde el punto de vista psicopatológico la obesidad no es un fenómeno unitario, es posible identificar distintos fenómenos psicopatológicos y rasgos psicológicos. Troop, Schmidt y Treasure (1995) estudiaron la alexitimia en pacientes con trastornos de conducta alimentaria y compararon los resultados con población normal, encontrando que los tres grupos con trastornos de la conducta alimentaria fueron menos capaces de identificar sus sentimientos y las pacientes con anorexia nerviosa tuvieron mayor disminución de la fantasía que las pacientes con bulimia y las estudiantes normales. Paéz et al. (como se citó en Espino, 2002) realizaron un estudio transcultural para indagar la validez psicométrica de la escala de Alexitimia de Toronto TAS – 20, por tanto se analizó la fiabilidad y validez factorial de la escala mencionada en una muestra española mediante análisis factorial confirmatorio, para luego correlacionar los pesos factoriales obtenidos en las muestras iberoamericanas con los obtenidos en muestras alemanas, canadienses, estadounidenses, belgas, inglesas y mexicanas. La comparación de los coeficientes de consistencia de fiabilidad entre los países tomados en cuenta en la investigación confirman que el TAS – 20 era fiable en todos los países y los tres factores que la conforman mostraron coeficientes de consistencia interna satisfactorios. Se observaron diferencias en cuanto al

género en algunas dimensiones de la alexitimia lo que es explicada en función a las diferencias culturales y de género.

En los antecedentes a nivel nacional, no se encuentran estudios relacionando las variables propuestas para la presente investigación; sin embargo, sí se encuentran algunas relacionando alexitimia con otras variables, asimismo estos estudios utilizan la escala de Alexitimia de Toronto y encuentran resultados interesantes respecto a la misma que se detallarán a continuación, es así que Romero (2009), en su estudio de alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) trabajando con un grupo clínico y un grupo de contraste de nivel socioeconómico medio – alto de Lima Metropolitana, encuentra que los pacientes con TAG se acercan más a las características presentes en las personas alexitímicas que los individuos sin trastornos mentales diagnosticados, de igual manera, el grupo clínico exhibe mayores dificultades para identificar sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales. De igual manera, Vásquez (2009), en su estudio acerca de alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana teniendo como objetivo general describir las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana, encontró que existe relación entre ambos constructos, concluyendo que a mayores niveles de alexitimia, existe mayor posibilidad de que la persona haya incurrido en autolesiones, asimismo en aquellas personas que se han autolesionado existe mayores probabilidades de encontrar elevados niveles de alexitimia. Vásquez también tuvo como objetivo verificar la validez y confiabilidad de la TAS – 20

concluyendo que en cuanto a la validez la prueba en su conjunto es válida y confiable, sin embargo el factor 3 presentaba dificultades debidas a la gran cantidad de ítemes redactados de manera negativa, además de que dicho factor presenta ítemes muy distintos entre sí, lo que contribuye a que no sea confiable como factor.

A pesar de esta situación a nivel nacional no se encuentran trabajos relacionando estas variables, razón por la cual la presente investigación, busca estudiar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la alexitimia en un grupo de adolescentes femeninas escolares, planteándose como problema: ¿Cuál es la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la alexitimia en adolescentes femeninas escolares?

2. Método

Participantes

La población estuvo constituida por las adolescentes mujeres escolares de 15 a 18 años de las siguientes instituciones educativas: Augusto Alva Ascurra, Víctor Larco, José Antonio Encinas, Víctor Raúl Haya de la Torre y Carmelitas. El muestreo fue no probabilístico intencional conformado por 300 estudiantes.

Instrumentos

Para el levantamiento de la información se empleó dos instrumentos válidos y confiables para nuestra realidad, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI – 2 y la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 elementos (TAS – 20)

Procedimiento

La presente investigación es de tipo no experimental porque busca estudiar el fenómeno sin ejercer manipulación sobre el objeto de estudio, más allá de la selección de la muestra. (Hernández et al., 2006). El diseño empleado es de tipo correlacional y tiene como objetivo describir relaciones entre las variables antes mencionadas.

Para el análisis de la información, se elaboró una base de datos. Para la evaluación de la normalidad de las variables en estudio, se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov. Para determinar la validez de constructo de los instrumentos, se utilizó la correlación ítem – subtest. La determinación de la confiabilidad de ambos instrumentos se hizo mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La verificación de hipótesis se realizó mediante el estadístico de correlación de Spearman. Los resultados son presentados en tablas.

3. Resultados

Tabla 1

Relación entre las escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Alexitimia en adolescentes femeninas escolares de 15 a 18 años de la ciudad de Trujillo.

Dimensión EDI	Alexitimia	Correlación de Spearman (r)	Significancia
Obsesión por la delgadez	Alexitimia	0.365	0.000 **
Bulimia	Alexitimia	0.308	0.000 **
Insatisfacción corporal	Alexitimia	0.413	0.000 **
Ineficiencia	Alexitimia	0.527	0.000 **
Perfeccionismo	Alexitimia	0.305	0.000 **
Desconfianza interpersonal	Alexitimia	0.385	0.000 **
Conciencia Introceptiva	Alexitimia	0.570	0.000 **
Miedo a la madurez	Alexitimia	0.275	0.000 **
Ascetismo	Alexitimia	0.288	0.000 *
Impulsividad	Alexitimia	0.429	0.000 **
Inseguridad social	Alexitimia	0.384	0.000 **

**p<.01

*p<.05

En los resultados se puede apreciar que existe una correlación positiva y altamente significativa entre diez de las once escalas que mide el inventario de Trastornos de la

Conducta Alimentaria EDI 2 y alexitimia. Asimismo, se aprecia una correlación positiva y significativa entre ascetismo y alexitimia.

4. Discusión

Antes de pasar a discutir los resultados, se hará una breve referencia a los estadísticos utilizados para la investigación así como al instrumento para medir la alexitimia la TAS – 20. Para el procesamiento de los datos, se utilizó en primer lugar la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov para ambas escalas encontrándose que los resultados no se ajustaban a la curva normal procediéndose a utilizar la prueba de Spearman para las correlaciones. Asimismo, al realizar el análisis de la confiabilidad de la Escala de Alexitimia de Toronto, se encontró que la escala presenta un coeficiente de confiabilidad de 0.70; sin embargo, al

realizar el análisis de la confiabilidad de cada factor se encontró que el factor 3 (pensamiento orientado hacia detalles externos) obtenía un nivel de confiabilidad bajo con un 0.227, razón por la cual al realizar las correlaciones se realizan sólo con las dos áreas de Alexitimia medidas en la escala. Estos datos se sustentan también en lo encontrado por Vásquez (2009) quien en su estudio acerca de alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana buscó como uno de los objetivos verificar la validez y confiabilidad de la escala de alexitimia de Toronto (TAS – 20) argumentando que la prueba en su conjunto es válida y confiable; sin embargo, el factor 3 presenta dificultades debida a la gran cantidad de ítems redactados de manera negativa, además de que dicho factor presenta ítems muy distintos entre sí, lo que contribuye a que no sea confiable como factor, concluyendo que el conjunto de ítems que comprenden el factor 3 no estaría funcionando adecuadamente en la población estudiada (escolares entre 15 y 19 años)

– como conjunto de ítems – para distinguir una subcategoría del constructo de alexitimia, tal como lo parecen hacer los otros dos factores. Del mismo modo, Laquatra (1994) en su investigación para relacionar las escalas de la TAS y EDI encuentra relación entre las escalas del EDI y los factores 1 y 2 de la TAS; sin embargo, no encuentra dicha relación con el factor 3. Espina y cols. (2002) encuentran similares resultados que Laquatra concluyendo que en los trastornos alimenticios existe un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no en el pensamiento operatorio e incluso argumenta que el constructo pensamiento operatorio es complejo y quizás no se evalúa adecuadamente con el TAS – 20. Similares resultados encontramos en la investigación realizada por Romero (2009), quien a pesar de modificar los ítems 10, 16 y 20 de dicho factor obtuvo un valor de 0.279, por lo que optó por eliminar el ítem 5 y el ítem 18 mejorando con la eliminación de estos el nivel de confiabilidad del factor 3 aunque sólo influyó de manera leve en la confiabilidad total de la prueba, concluyendo que tanto el ítem 5 como el ítem 18 resultan no muy adecuados como medidas para evaluar el pensamiento orientado hacia lo externo (Factor 3), no son muy claros en relación al constructo y tienen una menor calidad en comparación con los demás ítems. Respaldada por las afirmaciones anteriores es que se tomó la decisión de prescindir de este factor en el momento de realizar la correlación entre ambos constructos.

Por otro lado, al relacionar los trastornos de la conducta alimentaria con la alexitimia, se encuentra relación entre las once escalas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria evaluadas por el EDI – 2 y la Alexitimia confirmando con ello la hipótesis

alterna general. Asimismo, los resultados obtenidos confirman las once hipótesis alternas específicas planteadas que abordaremos a continuación.

En cuanto a las hipótesis específicas de investigación, los resultados confirman la relación positiva altamente significativa entre las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, inseguridad social e impulsividad y la alexitimia y una relación positiva significativa entre ascetismo y alexitimia.

La preocupación por el peso, las dietas, el miedo a engordar; la tendencia a tener pensamientos o a darse atracones de comida incontrolables; la insatisfacción con la forma general del cuerpo o con algunas partes del mismo; el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida; el desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos; la dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad; el deseo de volver a la seguridad de la infancia; la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad, además de la dificultad para regular los impulsos se relacionan con la alexitimia en general.

Una relación significativa es encontrada entre la escala de ascetismo y alexitimia. La tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales y el control de las necesidades corporales se relaciona con la dificultad para discriminar verbalmente las emociones así como

para expresarlas verbalmente y la capacidad de elaborar fantasías.

Debido a no encontrar estudios de relación entre las variables propuestas en un grupo no clínico de sujetos, la discusión se hará con las investigaciones en las que se relacionan las variables con pacientes que presentan dicho trastorno. Es así que nuestros resultados concuerdan con Behar (2011) quien halló presencia de alexitimia en todos los subgrupos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), en donde las más alexitímicas eran las anoréxicas, las bulímicas mostraron mayor dificultad para identificar sentimientos y las anoréxicas para describirlos. Escudero (2006) también encuentra características de alexitimia en pacientes con anorexia nerviosa. Díaz y Balbás (2002) observan igualmente relación entre alexitimia y TCA al estudiar la presencia de esta en 25 sujetos con dicho trastorno. Jimerson et al. (como se citó en citado en Sivak y Wiater, 1998) encuentran que algunas pacientes con bulimia nerviosa tienen características de alexitimia. Troop, Schmidt y Treasure (1995), al comparar alexitimia en pacientes con TCA y la población normal, demuestran que los grupos con TCA son menos capaces de identificar sus sentimientos y las pacientes con anorexia nerviosa tienen mayor disminución de la fantasía que las pacientes con bulimia y las estudiantes normales.

Por otro lado, Velasco (como se citó en Páez, Fernández y Mayordomo, 2000) señala que los sujetos que muestran altos niveles de alexitimia presentan ciertas características tales como: predisposición a somatizar; patrón de expectativas y atribuciones encaminado hacia el locus de control externo; altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y depresión;

actitud preponderantemente negativa hacia la expresión emocional y patrón de pensamiento operatorio-concreto; mínima autoconciencia respecto de los aspectos internos y externos; bajos niveles de deseabilidad social; peor balance afectivo; menor apoyo social objetivo y subjetivo y uso de formas evitativas de afrontamiento.

Taylor y cols. (Como se citó en Escudero, 2006) declaran que los trastornos alimenticios aparecen como un déficit en el proceso cognoscitivo de las emociones, pero no en el estilo cognoscitivo operacional, sugiriendo la falta de relaciones de pacientes anoréxicos podría deberse a la alexitimia. Por ello, la alexitimia suele estar asociada con las desconfianza interpersonal, ineficacia y falta de conocimiento introyectivo en los TA, pero no está relacionada con que impulsará la delgadez y al descontento con el cuerpo, estos datos discrepan con los hallados en la presente investigación que si encuentra relación entre la dimensión insatisfacción corporal y la variable en cuestión.

La presente investigación constituye un aporte para el cuerpo de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria y la alexitimia en nuestro país. Si bien es cierto que estudios similares se han realizado ninguno ha sido en una muestra no clínica, y en el Perú existe poca información sobre alexitimia. Finalmente, se espera que los resultados obtenidos contribuyan hacia nuevos métodos de abordar los trastornos de conducta alimentaria y la alexitimia.

5. Referencias

American Psychiatric Association (APA) (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

- Mentales . DSM IV.* (4ta ed).
Barcelona: Editorial Masson.
- Arbinaga, F. (2002). Alexitimia y estado de ánimo en enfermos con esclerosis múltiple. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (60,61), 13-21. Recuperado de www.editorialmedica.com/cuadernos.asp
- Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49 (4), 338 – 346.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (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.
- Bagby, R.M., Parker, J. D., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40.
- Castañeda A. (2003). *Alexitimia, cólera, hostilidad en mujeres con historia de maltrato infantil*. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Femmina Sagrado Corazón UNIFE. Lima, Perú.
- Cruz-Saez, M., Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburua, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anal. Psicol*, 29 (3), 724-733. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300011&lng=es&nr m=iso.
- Díaz, J. y Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5 (10). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/adiazj9270605102/texto.html>
- Espina, A.; Ortego, A; Ochoa de Alda, I. y Aleman, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (117), 25-42. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/55-Alexitimia%20en%20los%20trastornos%20alimentarios.pdf
- Espina et al. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimenticios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.
- Escudero, J. (2006). *Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes gallegos de 12 – 16 años*. Tesis para optar el grado de doctor en psicología. Universidad de Burgos, España.
- Garner D.M., Garfinkel P.E., (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Hernández, R. y cols. (20006). *Metodología de la investigación*.(4ta ed.). México: Mc Graw – Hill Interamericana.

- Laquatra, T, y Clopton, J. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors, 19* (4), 373-380.
- Maganto, C. (03 de mayo del 2011). *Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología, 63*, 55-76.
- Páez, D., Fernández, I., y Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. D. Páez & MM Casullo (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos*, 51-71.
- Pascual, A., Etxebarria I., Cruz - Saez M. y Echeburua E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(2), 229-247. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33716996003>
- Romero, C. (2009). Alexitimia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sánchez, M., Martínez, F. y Van der Hofstadt, C. (2011). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, Sin mes, 707-712.
- Schwartzman, V. (2013). Alexitimia, la incapacidad de demostrar emociones y afectos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.infodemencias.com/blog/item/434-alexitimia-incapacidad-de-demostrar-emociones>.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Staudt, M., Roj, N. y Ojeda, G. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 156*, 24 – 30.
- Torres, J. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida*. Tesis para optar el título profesional de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Troop, N., Schmidt, U., & Treasure, J. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders, 18*(2), 151–157.
- Vásquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Recibido: 01 de agosto del 2015
Aceptado: 07 de septiembre del 2015