



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y LETRAS HUMANAS

ALEXITIMIA EN TRASTORNOS ALIMENTICIOS

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

PARASHKEVA PEREZ LUNA RAFAJLOVSKI

JUAN CARLOS SARA VIA DRAGO

Asesor

Lima, 2014

RESUMEN

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

El presente estudio buscó comparar la Alexitimia y sus características entre un grupo clínico conformado por pacientes con Trastornos Alimenticios (TA) y un grupo de contraste sin trastornos mentales diagnosticados. Se evaluó a 38 participantes que presentaban Trastornos Alimenticios, quienes fueron hallados en dos instituciones hospitalarias y presentaban edades entre 20-22 años. Se utilizaron pruebas no paramétricas para el tratamiento de los datos.

Se planteó la hipótesis que los pacientes con TA que participaron de esta investigación podrían presentar Alexitimia debido a la dificultad para reconocer o identificar a cabalidad lo que sucede dentro de ellos

Los resultados mostraron que los pacientes con TA obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de Alexitimia, en comparación con el grupo contraste. Se hallaron similitudes entre las características propias de los TA y la Alexitimia, tales como los tres factores determinados en el TAS, además de la impulsividad manifestada en la toma de decisiones irreflexivas y la tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas.

Se concluye entonces que existe una gran similitud entre los TA y la Alexitimia y que tal como se había considerado inicialmente, existe un incremento en los niveles de Alexitimia en los pacientes con TA.

Palabras Clave: alexitima, trastorno alimenticio, pacientes

ABSTRACT

Alexithymia in Eating Disorders

The present study attempted to compare Alexithymia and its characteristics between a clinical group made up of patients with Eating Disorders (ED) and a control group with no diagnosed mental conditions. 38 participants presenting Eating Disorders, who were found in two hospital institutions and were in the 20-22 age group, were evaluated. Non-parametrical tests were used for the treatment of data.

The hypothesis set forth is that patients with ED who participated in this investigation could present Alexithymia due to the difficulty in fully recognizing or identifying what occurs within them.

The results showed that patients with ED achieved scores higher in the Alexithymia scale, in comparison with the control group. Similarities were found between the characteristics of EDs and Alexithymia, such as the three factors determined in the TAS, the impulsiveness manifested in the taking of rash decisions, and the tendency to establish stereotypical interpersonal relationships.

The conclusion, then, is that there is a great similarity between EDs and Alexithymia, and just as was initially considered, there is an increase in Alexithymia levels between patients with EDs.

Key words: alexithyma, eating disorder, patients

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	01
MÉTODO	
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS	26
ANEXOS	
A. Consentimiento Informado	32
B. Ficha Sociodemografica	33



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se produjo un cambio en el modelo estético que precisa cómo deben verse las personas para ser socialmente aceptadas, dando supremacía a la delgadez, tanto en hombres como en mujeres. De igual manera, se han presentado cambios en la representación de los géneros, que afectan, sin duda, los estereotipos sobre los cuales se construyen la masculinidad y la femineidad (González, 1998). Por otro lado Toro (2001) y Cervera (2005), plantearon que en personas que sufren de Trastornos Alimenticios se tiende a presentar una preocupación excesiva por los temas referidos a los alimentos, las calorías y el cuerpo, brindándoles preponderancia sobre otros aspectos de su vida. Algunas personas con Anorexia pueden llegar a presentar fallos de atención, concentración y memoria, y experimentan gran dificultad para identificar, reconocer y expresar sus emociones (Toro, 2001; Sim & Zeman, 2005). Estas últimas son características de la Alexitimia (término acuñado por Sifneos (1972), que consiste en la incapacidad para verbalizar emociones.

En nuestro contexto, la preocupación por la figura y por mantener la línea se hace cada vez mayor. Debido a ello, muchas personas se encuentran decididas a poner en práctica diferentes conductas con el objetivo de lucir delgadas y, por ende, cumplir con el ideal impuesto por la sociedad. Además, es posible observar que los medios de comunicación, a la vez que informan acerca de estas conductas y los trastornos asociados, invaden al público con publicidad que les ofrece éxito y felicidad por medio de un cuerpo inaccesible o casi perfecto (Rivarola, 2003; Verdú, 2004; Castillo, 2006).

Es posible observar, en los datos proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSA, 2011), que en el último estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", entre el 7,3% y 11,4% de los nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades del Perú, sufren problemas alimenticios. Asimismo, en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental (2002), se encontró que cerca del 60% de la población adolescente no se encontraba satisfecha con su aspecto físico y el 8,3% mostraba una tendencia a presentar problemas alimenticios. En este sentido, resulta importante hablar de los Trastornos Alimenticios (TA), fenómenos clínicos con implicancias físicas, psicológicas y sociales. Estos influyen tanto en el bienestar emocional, así como en el desempeño académico, profesional y social, y afectan especialmente a las mujeres (APA, 2002; Papalia, 2005; Wendkos & Duskin, 2005).

Bydlowski et. al. (2005) indican que en pacientes con TA se presenta incapacidad para procesar emociones. Agregan también que las personas con Anorexia frecuentemente no

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

pueden describir o diferenciar las sensaciones físicas y las emociones íntimas y muestran además una distorsionada diferenciación entre hambre y saciedad. Asimismo, los pacientes que sufren de Bulimia, tienden a presentar una imagen corporal distorsionada, tampoco perciben de manera adecuada las sensaciones de hambre y saciedad y presentan pensamientos negativos (Cervera, 2005).

Como se mencionó anteriormente, en los últimos 50 años, los Trastorno Alimenticios han experimentado una expansión progresiva y en la actualidad se encuentran muy extendidos a nivel mundial (Duskin, 2005). Al intentar explicar la razón de este incremento, Wakeling (1996) menciona que se debe a que en la actualidad existe una mayor consciencia y detección de estos desórdenes. Añade además que si bien el aumento puede no haber sido repentino, este no era uno de los desórdenes que se estudiaba en el pasado.

Cervera (2005) comenta que en estas patologías la variable género ha probado ser distintiva, encontrándose que tanto para los cuadros de Anorexia Nerviosa (AN) como para Bulimia Nerviosa (BN), la relación es de un hombre por cada nueve o diez mujeres. En relación a la prevalencia, en Estados Unidos, en el grupo de mujeres, entre los 15 y 29 años (edades consideradas de riesgo), las medidas tienden a variar entre un 3% y 10%. Steiger & Scotland (1996), Polivy & Herman (2002) agregan que si bien la cantidad de pacientes que sufren de BN supera en el doble a aquellas que sufren de AN, esta diferencia puede deberse en parte a que las personas con AN generalmente se muestran egosintónicas. Además, es más frecuente que solo se presenten algunos síntomas del trastorno, y no el cuadro completo.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) realizó un estudio epidemiológico con 4388 adolescentes y adultos, hombres y mujeres entre los 18 y 64 años, pertenecientes a Lima Metropolitana y Callao, con el fin de estudiar, entre otros trastornos clínicos, el riesgo y la presencia de Trastornos Alimenticios. Como resultado se encontró que un 11.5% de adultos y un 8.3% de adolescentes presentan mayor riesgo de desarrollar estas patologías, que el resto de la población. Además, en el grupo de adolescentes se halló un 0.8% de BN y un 0.1% de AN.

Por su parte, Hartley (1999) y Martínez, Zusman, Hartley, Morote & Calderón (2003) han realizado investigaciones con mujeres adolescentes pertenecientes a colegios públicos y privados de Lima, con la intención de estudiar cuál es el riesgo de padecer Trastornos Alimenticios. Hartley (1999) halló entre un 10.5% y un 15.2% de adolescentes en riesgo. Por su parte, Martínez et al. (2003) hallaron que de una muestra de 351 adolescentes, un 15.1% se encontraba en riesgo y un 16.4% ya presentaba uno o más TA. Se determinó que la BN es el trastorno preponderante ya que aparece en 31 casos y la AN solo en 9. Además, refieren que si

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

bien los colegios privados presentan mayor vulnerabilidad de padecer Trastornos Alimenticios no especificados, debido a los niveles de binge eating (atracones) y yo-yo dieting (ciclos repetidos de ganancia y pérdida de peso), son los colegios públicos los que parecen ser más vulnerables a los trastornos clásicos de la AN y BN. Señalaron que las adolescentes en riesgo de padecer estas patologías se encuentran a lo largo de todos los estratos sociales. Si bien no se han encontrado investigaciones actuales desarrolladas en este país, en España, Escudero, Jimenez & Sanchez (2007) observaron que los adolescentes que asisten a escuelas privadas presentan 6% más de riesgo de presentar un TA que el resto de la población escolar.

Dentro de los Trastornos Alimenticios, la insatisfacción de la imagen corporal juega un papel muy importante, ya que los pacientes con TA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los controles, y ponen excesivo énfasis en el peso y apariencia para autoevaluarse (Cash & Deagle, 1997). Cabe resaltar que la cultura occidental le atribuye al cuerpo valores como el esfuerzo y simpatía, asociando triunfo social con juventud, belleza y delgadez. Esto conlleva a que belleza sea sinónimo de delgadez y a que se consideren erróneamente como obesas a personas con sobrepeso, generando así un rechazo no solo al concepto de obesidad, sino también a las personas que la padecen (Cervera, 2005). Esta presión y búsqueda de la delgadez puede ser ejercida también por la familia y los pares, quienes a través de burlas y comentarios sobre la apariencia física, influyen en la autopercepción de las adolescentes (Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999).

Por otro lado, Acevedo (2008) y Chinchilla (2003), plantearon que la prevalencia de la AN es mayor en zonas socioculturales selectivas, como la occidental, en las que el cuerpo está más sujeto a los impactos y modificaciones que impone la cultura. Ellos agregaron que se ha observado un aumento en la preocupación social y cultural por la figura, que a su vez provoca un aumento de la prevalencia e incidencia.

Por su parte, Cash y Deagle (1997) encontraron que las pacientes con AN y BN tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre cuerpo y talla, que las mujeres sin TA. Si bien las pacientes anoréxicas y bulímicas no difieren en su distorsión perceptiva, sí lo hacen en sus actitudes hacia la imagen corporal (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Paxtón, 2006). En esta línea, las pacientes con BN presentan mayor insatisfacción en la apariencia global y el peso-figura. Esto puede deberse a que las pacientes que presentan Anorexia, debido a su bajo peso y disminución de masa corporal, encuentran su cuerpo más cercano a su ideal. Debido a esta insatisfacción corporal Sim & Zeman (2005) propusieron que las personas se encuentran propensas a desarrollar emociones negativas hacia su cuerpo, siendo los TA una estrategia de regulación emocional desadaptativa. En este sentido, ellos sugirieron que el

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

afecto negativo es un importante mediador en la relación entre la insatisfacción corporal y los TA

El inicio de la AN se encuentra cada vez más temprano, hallándose casos entre los 8 y 10 años de edad. La AN se clasifica en dos tipos; la compulsiva/purgativa y la restrictiva. La diferencia radica en que si bien en ambos casos se intenta controlar la comida que se ingiere, las personas que presentan la forma compulsiva/purgativa, no consiguen que este control sea riguroso. Por ello, durante el episodio de AN recurren regularmente a atracones o purgas. (APA, 2002; Chinchilla, 2003; Guadarrama & Mendoza, 2011)

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso dentro de los límites corporales saludables, unido a un inmenso temor a ganar peso y a una exagerada preocupación por la delgadez (Guerrero, 2008). Las personas que sufren de AN se valoran a sí mismas en relación con la opinión que tienen sobre su cuerpo, por lo que tienden a reducir la cantidad de alimentos que ingieren diariamente, logrando una disminución de peso. Sin embargo, el temor a recuperar el peso perdido continúa e incluso se incrementa, por lo que se persevera en la disminución de este, dedicando una cantidad excesiva de energía a este propósito (Cervera, 2005). Por su parte, las personas que presentan una AN compulsiva/purgativa, tienen más problemas relacionados con el control de impulsos, abuso de sustancias, robos, promiscuidad sexual, y daños contra sí mismas, que pueden llegar a intentos de suicidio (Guadarrama & Mendoza, 2011).

La Bulimia Nerviosa es otro trastorno alimenticio, caracterizado por la ingesta exagerada de comida (atacón) y posterior compensación con purgas, abuso de laxantes o dietas restrictivas, además de una gran preocupación corporal y alteraciones físicas, así como consecuencias emocionales negativas (Chinchilla, 2003). Si bien un “atacón” presupone ingerir grandes cantidades de comida, su característica principal es la forma compulsiva y rápida de comer, acompañada de la sensación de pérdida de control (Cervera, 2005).

La BN también se clasifica en dos tipos; el purgativo y el no purgativo. En el primero, la persona recurre habitualmente al uso de vómitos, laxantes, diuréticos o enemas, los cuales son utilizados más de lo saludable y necesario. Para los pacientes de BN purgativa estos son métodos para contrarrestar lo ingerido. En cambio, en el no purgativo, la persona no suele emplear estas conductas compensatorias, sino más bien, suele utilizar el ayuno o ejercicio intenso como compensación, para quemar de esta manera las calorías consumidas (APA, 2002; Celada, 2003; Chinchilla, 2003; Polivy & Herman, 2002).

Según Celada (2003), la BN puede pasar más inadvertida que la AN, ya que estas personas suelen comer delante de los demás, y los atracones y conductas compensatorias

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

(vómitos, laxantes) las suelen practicar en un ámbito privado. Además, para el autor estas pacientes se caracterizan por ser más extrovertidas, pero emocionalmente volubles, ansiosas, depresivas e irritables; suelen experimentar sentimientos de culpa y descontrol de impulsos.

En relación a la dinámica familiar de las personas con AN, se ha encontrado que los pacientes con Anorexia suelen estar rodeados de familias perfeccionistas, dependientes, depresivas y que presentan una obsesiva preocupación por la comida y el temor a engordar, lo que tiene implicancias en su desarrollo, ya que generalmente tanto la familia como los amigos de estas pacientes, alaban su delgadez y envidian el autocontrol y disciplina requerida para lograrlo (Cavoto, 1999; Celada, 2003; Polivy & Herman, 2002). Olesti, Piñol, Martín, De la Fuente, Riera, Borafull & Ricomá (2008) agregan que si bien las familias de personas con AN son grupos heterogéneos y no existe una tipología familiar única, sí se presenta una serie de elementos de riesgo que pueden predisponer al paciente, encontrando características similares en pacientes con Alexitimia. Espina (1995) añade que el conflicto conyugal es siempre una característica en las familias en las que se presenta AN, siendo esta la propiedad más significativa en los pacientes que sufren de AN de tipo restrictivo.

Por su parte, las familias de los pacientes con BN tienen como característica en común la impulsividad y una estructura más desordenada. Debido a esto, la comunicación de las sensaciones se hace difícil pues suelen presentarse problemas de abuso de alcohol y drogas, ingesta de comida descontrolada y compulsiva (Espina, 1995). Por ello, las cualidades y percepciones que presentan los progenitores de sí mismos, pero que no consideran como aceptables, suelen ser depositadas sobre la hija que presenta Bulimia, quien debido a la carga y críticas que experimenta se convierte en el vehículo de la voracidad e impulsividad de la familia (Gabbard, 2000). Bonne, Lahat, Kfir, Berry, Katz y Bachar (2003) encontraron en adolescentes con BN nerviosa, la percepción de un menor soporte y unión en sus familias. Agregan además, que una de las figuras paternas presenta la característica de ser muy protector, pero deficiente en cuanto al cuidado y atención que se les brinda a los hijos, encontrándose esta cualidad también en los familiares de pacientes con Alexitimia. Esto se relaciona con los hallazgos de Chinchilla (2003), quien señala en estas pacientes la percepción de una actitud menos emocional por parte de sus padres. Además, los pacientes reportan más historias de castigo físico y de una disciplina voluble, en comparación a personas que no presentan estas condiciones.

En relación a las emociones de pacientes que sufren de TA, un elemento encontrado en ambos trastornos mencionados es el temor a ser evaluados de manera negativa por otro (Bagby, Parker & Taylor, 1997). Gilbert & Meyer (2005) hallaron que los individuos con un

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

acentuado temor a la valoración negativa pueden llegar a presentar una patología restrictiva para ser más aceptados entre sus pares. En el caso de que este mecanismo no sea suficiente, los individuos podrían desarrollar síntomas bulímicos para resolver sus temores a la evaluación negativa. Por su parte, Hayaki, Friedman & Brownell (2002) examinaron la correlación entre expresión emocional e insatisfacción corporal en una muestra de 147 mujeres universitarias jóvenes de E.E.U.U, encontrando que la expresión emocional se relaciona inversamente a la insatisfacción corporal. Por otro lado, Bydlowski, Corcos, Jeammet, Paterniti, Berthoz, Laurier, Chambry & Consoli (2005) agregaron que los pacientes con Anorexia no solo muestran una distorsionada diferenciación entre hambre y saciedad, sino que además presentan dificultades, que frecuentemente no pueden describir, para diferenciar sus sensaciones físicas de sus emociones íntimas, de forma semejante a la Alexitimia.

Sifneos (1973) denomina Alexitimia a la ausencia de palabras para expresar las emociones. Este concepto es utilizado inicialmente para describir ciertas características en los pacientes psicósomáticos, que presentan como principal manifestación psicológica la dificultad para verbalizar los afectos (Lieberman, 1959; McLane, 1996; Gratz, 2007).

Sin embargo, posteriores investigaciones realizadas por Bagby, Parker & Taylor (1997); Bagby, R.M. & Taylor (1988); Retamales (1989); Sivak & Wiater (1998) determinaron que la Alexitimia es un constructo multifacético que incluye un conjunto de características. La primera es la dificultad para identificar y describir afectos. La segunda, la incapacidad para diferenciar los afectos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional. La tercera es la reducida capacidad de fantasía y pensamiento simbólico. La cuarta es la preocupación por detalles y acontecimientos externos. Por último, la quinta característica es la preponderancia de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto.

Más adelante, Custodio (2002) y Velazco (2000) coincidieron en agregar como características más sobresalientes de la Alexitimia, la escasez de fantasías y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior. Por otro lado, Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grabe & Freyberger (2005) mencionaron la dificultad para conjugar estímulos verbales y no verbales tanto en emociones positivas como negativas. Refirieron también el hecho de que en personas con Alexitimia, la propia expresión no verbal es reducida. Por esta razón se presenta dificultad para expresar adecuadamente los sentimientos mediante el lenguaje verbal, lo cual estaría en estrecha relación con la poca capacidad para definir las propias emociones (Páez & Casullo, 2000; Romero, 2009; Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grabe & Freyberger, 2005).

Sivak y Wiater (1997) propusieron entender la Alexitimia como una alteración de la personalidad en tres áreas: el trastorno cognitivo, el cual se refiere al pensamiento operatorio,

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

ya que la dificultad para simbolizar no se relaciona con una limitación intelectual. El trastorno afectivo, referido a la dificultad de verbalizar emociones y diferenciar sensaciones corporales. Finalmente, el trastorno en las relaciones interpersonales alude a una alteración en la empatía.

Según Alonso-Fernandez (2011); Fernandez Montalvo & Yarnoz (1994); Sifneos, (1996), existen diversas perspectivas sobre la Alexitimia. No obstante, todas coinciden en que en este cuadro se ha generado tanto una dificultad para integrar distintas emociones, como una separación entre las emociones positivas y negativas y sus representaciones mentales. Estas serían las estructuras que permiten darle sentido al entorno.

Entre las múltiples hipótesis sobre las posibles causas de la Alexitimia, Sifneos (1996) propuso que se debe a una falla en la transmisión entre los hemisferios cerebrales. Por otro lado, Taylor & Bagby (2004) señalaron que no existe suficiente evidencia para afirmar que se trata de un defecto en la conexión entre el sistema nervioso y el neocórtex y que la Alexitimia se podría deber a la imposibilidad en la transferencia adecuada de información de un hemisferio a otro. Además plantearon que también podrían presentarse ciertas limitaciones, como un funcionamiento disminuido del hemisferio derecho o alteraciones psicológicas y socioculturales.

Mc Dougall (1994), agrega que el origen de este fenómeno surge en el vínculo primario que se tiene con la madre, quien presenta incapacidad para contener y traducir las emociones del bebe, por lo que se presenta una carencia de posibilidades de desarrollo de representaciones mentales. En este sentido, es posible observar una similitud entre los orígenes de la Alexitimia y los Trastornos Alimenticios ya que estos tienen como base, características parecidas (Goodsitt, 1997).

Los síntomas físicos (tales como la privación de alimentos, la insatisfacción y la obsesión por la delgadez) son la forma en que las personas que sufren de TA, expresan los sentimientos que no pueden elaborar a nivel de pensamiento. Esto se debe a que el campo emocional de estas personas ha perdido su vínculo con las representaciones mentales. Específicamente, se ha perdido una adecuada conexión entre las emociones y el lenguaje (Casullo & Páez, 2000). Bydlowski (2005) agrega que los pacientes que sufren de Anorexia no solo muestran una distorsionada diferenciación entre hambre y saciedad, y rara vez pueden diferenciar las sensaciones físicas de sus emociones íntimas, las cuales no pueden describir con facilidad. En cambio, los pacientes con Bulimia presentan crisis bulímicas y vómito como respuesta al estrés, pero rara vez relacionan sus crisis con un estímulo emocional. Por otro lado, Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiem (2006) plantean que algunos pacientes con Trastornos Alimenticios también podrían presentar Alexitimia, pues si bien inicialmente este

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

concepto fue desarrollado al observar pacientes psicósomáticos, la Alexitimia está definida centralmente con deficiencias cognitivas y afectivas mencionadas anteriormente. Asimismo, las deficiencias en la conciencia emocional han sido vistas como una de las principales características de esta condición (Bydlowski, Corcos, Jeammet, Paterniti, Berthoz, Laurier, Chambry & Consoli, 2005; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmién, 2006).

En la actualidad existen investigaciones que relacionan la Alexitimia con los TA. Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges (1993), Díaz y Balbás (2002), Pinaquy, Charol, Simon, Louvet y Barbe (2003) manifestaron la existencia de una mayor prevalencia de características alexitímicas en pacientes que presentan Trastornos de Alimentación como Anorexia y Bulimia. Luego de una comparación con distintos grupos control, se ha encontrado en estas investigaciones, que los niveles de Alexitimia son más altos en personas que sufren de TA, siendo estos similares tanto en jóvenes como en adultos.

Además, De Berardis, Carano, Gambi, Campanella, Giannetti y Ceci (2007); Fassino, Daga, Piero y Delsedime (2007); Taylor, Parker, Bagby y Bourke (1996) y Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo y Larimer (2007) plantearon la existencia de evidencias que sugieren que la Alexitimia puede ser relevante en el desarrollo de los TA. Añadieron, que los nuevos hallazgos acerca de la relación entre estos puede deberse a una comprensión más profunda del desarrollo de los TA en los individuos que presentan Alexitimia. Por otra parte, Speranza, Loas, Wallier y Corcos (2007) plantearon que el diagnóstico de Alexitimia en pacientes con TA es importante, ya que puede actuar como factor de pronóstico negativo y, por lo tanto, los pacientes que lo presenten requieren estrategias específicas de tratamiento.

Por otro lado, Bydlowski et al. (2005) indicaron que los pacientes con Trastornos Alimenticios evidencian déficit en el proceso de emociones, independiente de un desorden afectivo, debido a los altos puntajes obtenidos en Depresión y Ansiedad. En este estudio, pacientes con Trastornos Alimenticios se caracterizaron por presentar un déficit para procesar emociones globales, con una dañada habilidad para identificar sus propias emociones así como también incapacidad para juzgar la experiencia emocional de otros. Además, en un estudio realizado por Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmién (2006) se examinó la relación entre Alexitimia, Ansiedad y Depresión en los TA y se encontró que la Depresión y la Ansiedad mediaron la relación entre Trastornos Alimenticios y Alexitimia.

En distintas investigaciones se ha evidenciado una relación positiva entre la Alexitimia y la Depresión (Berenbaum & Irvin, 1996; Rueda, Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viimamaki, 2000; Pérez-García, San Juan & Ruiz, 2007; Valkamo, 2001), planteando la idea de que, en la medida en que la Alexitimia se presenta como una dificultad para identificar y

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

comunicar emociones, es esperable una mayor inhibición de respuestas emocionales negativas, al igual que una tendencia a la rumiación o evitación.

Por otro lado, Echeburrúa (2001) y Vega (2009) mencionaron que existe una relación entre los TA y la Depresión. La controversia se centra en una cuestión predictiva. Un estudio realizado por Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy & Brouillette (1988) muestra que en un 44% de las 18 pacientes diagnosticadas de Depresión Mayor, el inicio de esta se dio al menos un año antes de empezar la alteración de la conducta alimentaria. Además, en el 22% los trastornos comenzaron a la vez y, por último, en el 34% restante la sintomatología depresiva fue posterior al trastorno de la conducta alimentaria.

Autores como Cooley & Toray, 2001; Stice, 2001, señalaron que la Depresión genera TA. Otros sostienen la hipótesis inversa, ubicando a la Depresión como consecuencia de la inanición y del aislamiento social presentes en la Anorexia (Heatherton & Polivy, 1992; Stice & Bearman, 2001; Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000;). Un tercer grupo (Zaider, Johnson & Cockell, 2002) afirmó que las asociaciones se deben a que los mecanismos intervinientes tales como el duelo patológico, la desmentida como defensa hegemónica, los sentimientos de ineficacia y la baja autoestima -entre otros- son compartidos por ambas patologías.

En cualquier caso, la relación entre Anorexia y Depresión es muy estrecha. Además, Toro y Vilardell (1989) señalaron que no es infrecuente incluso que personas que sufrieron TA en el pasado, mantengan niveles altos de Depresión. Zukerfeld (1992) agrega que existe entre estos trastornos una relación entre desesperanza y descontrol, equivalente a la relación existente entre déficit de autoestima y acto. De este modo, se establece un circuito donde cada "acto" impulsivo, por ejemplo un atracón, incrementa la desesperanza y esta a su vez, recrea situaciones de baja autoestima, cuyo resultado es un nuevo acto.

López Mato, Boullosa, Cetkovich-Bakmas & Ciprian-Ollivier (1992), en una investigación realizada con pacientes mujeres con TA encontraron que el 70% de la muestra tenía valores para Depresión Moderada, en contraste con el grupo control que puntuó por debajo del corte. Otro estudio (Espina, 2003) investigó la Alexitimia en padres y madres de jóvenes con TA, hallando que los progenitores de las adolescentes con TA tenían niveles superiores de Depresión, Ansiedad y Alexitimia, que los padres del grupo control.

La Alexitimia es un constructo relativamente nuevo que ha despertado un creciente interés en los últimos tiempos. Se han realizado investigaciones en diversos países y se han traducido los instrumentos para su medición a varios idiomas (Romero, 2009). Sin embargo, en

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

nuestro medio aún no se han llevado a cabo trabajos de este tipo, motivo por el cual se considera necesario iniciar la investigación.

Se ha elegido trabajar con pacientes con Trastornos Alimenticios debido a que la información encontrada sugiere la existencia de una dificultad en la conexión entre la sintomatología somática y el correlato cognitivo consciente. Dado que tanto en los TA como en la Alexitimia existe una escisión entre las emociones y su correlato mental, es posible pensar que los pacientes con este trastorno presentan también rasgos alexitímicos (Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Díaz y Balbás, 2002; Pinaquy, Charol, Simon, Louvet y Barbe, 2003).

El interés por el cual surge la idea de realizar el presente trabajo es la carencia de investigaciones conocidas sobre este fenómeno, tanto en Latinoamérica como en nuestro país. Se investigarán las características de la Alexitimia entre pacientes con Trastornos Alimenticios, y un grupo de contraste constituido por personas sin trastornos mentales diagnosticados, con dos intenciones específicas. La primera es la de profundizar el conocimiento de la Alexitimia para así poder adoptar medidas encaminadas a disminuir su porcentaje en la población. La segunda es el proponer que la Alexitimia sea tomada en cuenta en el tratamiento de pacientes que sufran de Trastornos Alimenticios, de manera que se puedan diseñar distintas técnicas de abordaje, según las características de cada paciente, para que el tratamiento sea más eficaz.

El propósito de este estudio es el de comparar la Alexitimia y sus características entre un grupo clínico conformado por pacientes con TA y un grupo de contraste sin trastornos mentales diagnosticados. A partir de la información obtenida de las distintas investigaciones, se presupone la existencia de un incremento en los niveles de Alexitimia en los pacientes con TA.

Se llevó a cabo buscando especificar y describir determinadas características relacionadas a los Trastornos Alimenticios, tal como se presentaron en un determinado momento. Por otro lado, se observó los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, sin manipular las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 38 participantes que presentaban Trastornos Alimenticios, de nivel socioeconómico medio y medio-bajo de Lima Metropolitana. Esta fue hallada en dos instituciones hospitalarias. Se contó con un grupo control de personas con características sociodemográficas muy similares, tomándose en cuenta las edades, el grado de instrucción, estado civil y con quién viven.

Los participantes pertenecientes al grupo clínico tenían en su mayoría 21 años (23.7%). En relación al grado de instrucción, se obtuvo que el 50% ha estudiado únicamente primaria, el 26.3% educación secundaria y el 23.7% (N=9) cuenta con estudios superiores, ya sea técnicos o profesionales.

Sobre el estado civil, se observó que mientras el 50% (N=19) de la muestra convive con su pareja, el 39.5% (N=15) están solteros y el 10.5% (N=4) están casados. Además, el 34.4% de la muestra vive con su familia y pareja, el 31.4% vive con familia, mientras que el 34.2% vive solo o con su pareja.

En relación al diagnóstico, se encontró que el 52.6% (N=20) presenta únicamente un TA, el 28.9% (N=11) presenta Trastornos depresivos o de bipolaridad adicionales al TA y el 18.4% (N=7) presenta, además de un TA, adicción a sustancias. Estos pacientes, en su mayoría (44.7%, N=17) han sido diagnosticados hace aproximadamente un mes, el 36.9% (N=14) fue diagnosticado hace más de seis meses y el 18.5% (N=11) fue diagnosticado hace menos de dos meses.

Entre los medicamentos que consumen las personas diagnosticadas con TA, se encuentra que el 39.5% son estabilizadores del ánimo. El 26.3% consume ya sea antidepresivos o ansiolíticos, mientras que el 23.7% consume tanto antidepresivos como ansiolíticos. Por último, el 10.5% consume antipsicóticos.

Por otro lado, se trabajó con un grupo control conformado por 40 participantes, cuya edad fue en su mayoría 22 años (27.5%). En relación al grado de instrucción, se obtiene que el 51% ha estudiado únicamente primaria, el 25% educación secundaria 26.3% y el 23.7% cuenta con estudios superiores, ya sea técnicos o profesionales.

Sobre el estado civil de las personas del grupo control, se observa que mientras el 51.3% (N=21) de la muestra convive con su pareja, solo el 10.3% (N=4) están casadas y el 38.5% (N=15) están solteras. Por otro lado, el 34.2% (N=14) de la muestra vive con su familia,

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

el 31.6% (N=12) vive con su pareja y su familia, mientras que el 34.2%(N=14) vive solo o con su pareja.

La muestra fue elegida previamente de manera arbitraria, por lo que no todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de pertenecer a esta. Además, los participantes fueron elegidos tomando en cuenta ciertos criterios de inclusión (tal como el diagnóstico previo del Trastorno), con el fin de obtener una muestra representativa, eliminando los casos que no cumplan dichos criterios.

Medición

Para la evaluación de Alexitimia se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Este instrumento es el resultado de las adaptaciones realizadas a la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), que es la versión original creada en 1988 por Taylor, Ryan y Bagby. Esta primera escala consistía en un autoinforme para evaluar la Alexitimia (Sivak & Wiater, 1998; Martínez & Ortiz, citado en: Páez & Casullo, comp., 2000; Romero, 2008). Inicialmente esta prueba estaba compuesta por 41 ítems (que abarcaban cinco áreas: dificultad para explicar o describir sentimientos, dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y vida fantasiosa empobrecida y fracaso en el recuerdo de sueños) y se empleaba un modelo Likert con 5 opciones de respuesta desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Luego de los análisis factoriales se eligieron 26 ítems, quedando excluidos los temas referidos al recuerdo de los sueños y a la tendencia a emplear la acción, más frecuentemente que la reflexión. Asimismo, se encontró que eran cuatro los factores congruentes con el constructo de Alexitimia: dificultad para identificar y describir los sentimientos y para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, dificultad para comunicar a las demás personas los propios sentimientos, reducida capacidad para imaginar y fantasear, y tendencia a preocuparse más por los problemas externos que analizar las experiencias personales. Esta escala de 26 ítems, cuenta con una consistencia interna adecuada ($\text{Alfa}=0.75$) y una buena confiabilidad test-retest en intervalos de una semana ($r=0.82$, $p<0.001$), cinco semanas ($r=0.75$, $p<0.001$) y tres meses ($r=0.77$, $p<0.001$).

Una de las adaptaciones de habla hispana más mencionadas de la versión original (TAS) es la de Casullo, Wiater y Maristany (1992), quienes elaboraron la Escala de Alexitimia UBA, en Buenos Aires (Argentina). Posteriormente, Taylor, Ryan y Bagby (1994) realizaron una nueva adaptación de la escala, que se denominó TAS-20. Esta escala contiene 20 ítems, 13 de los cuales pertenecen a la TAS inicial y presenta además 5 ítems inversos

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

(Ítem 4, Ítem 5, Ítem 10, Ítem 18 e Ítem 19). Contiene una escala de calificación de modelo Likert de 5 opciones de respuesta. La puntuación total de la escala oscila entre los 20 y los 100 puntos, considerando que una persona presenta Alexitimia si obtiene un puntaje igual o mayor a 61. Para esta adaptación de la prueba se encuentra que los factores congruentes son: la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional (F1), la dificultad para describir los sentimientos a los demás (F2) y el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo (F3). Las primeras investigaciones realizadas con este instrumento indicaron que posee una buena consistencia interna (0.81). Asimismo, presenta una buena confiabilidad test-retest en un intervalo de tres semanas ($r=0.77$; $p<0.01$) (Martínez & Ortiz, citado en: Páez & Casullo, comp., 2000).

En nuestro país, al realizarse una prueba de confiabilidad haciendo uso del Alfa de Cronbach, para el Factor 1, se obtuvo un valor de 0.88; en el caso del Factor 2, el valor fue de 0.80 y para el Factor 3, se obtuvo un valor de 0.28. Finalmente, el valor para la escala total fue de 0.81 (Romero, 2009).

Durante esta investigación se obtuvo una confiabilidad de 0.89 para el grupo clínico y 0.80 para el grupo control. En relación a los factores se obtiene para el Factor 1 ($n=7$) una confiabilidad de 0.68, para el Factor 2 ($n=5$) una confiabilidad de 0.69 y para el Factor 3 ($n=8$) una confiabilidad de 0.77.

El instrumento utilizado para medir la sintomatología depresiva fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) el cual tiene como finalidad medir la severidad de la sintomatología depresiva en personas mayores de 13 años, sean estas o no pacientes psiquiátricos. Se ha encontrado pertinente la aplicación de este Inventario para poder observar la existencia de una posible comorbilidad entre los TA y la Depresión (Beck, 2006).

Este instrumento consta de 21 ítems y cada uno de estos presenta 3 opciones de respuesta; sin embargo, los ítems 16 y 18 tienen tres opciones adicionales de respuesta, cuya finalidad es medir el incremento o la disminución de la motivación (Beck, 2006). Los síntomas que mide esta prueba son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Estos ítems están basados en los síntomas propuestos en el DSM-IV-TR (Beck, 2006).

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

La versión original de la prueba tiene una consistencia interna evaluada con el Alfa de Cronbach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos del mismo país. Además tiene cociente de estabilidad por medio del método test-retest de 0.93 en EE.UU. ($p < 0,001$) (Beck, 2006). La versión adaptada en Argentina por Brenlla & Rodríguez (2006) tiene una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0.88 para pacientes y 0.86 para el grupo de comparación en no-pacientes. Esta versión también posee estabilidad de tipo test-retest, siendo una correlación positiva y significativa ($R = 0.90$, $p < 0.001$). Asimismo posee una validez de constructo, que demuestra una matriz de correlaciones adecuada (Test de Esfericidad de Bartlett = 1850.68 $p < 0.001$) (Dasso, 2010). Brenlla & Rodríguez (2006) determinaron que los puntos de corte establecidos clasifican la puntuación total de 0 - 13, perteneciente al rango de Depresión mínima; 14 - 19 al rango de Depresión leve; 20 - 28 a la categoría de Depresión moderada y de 29 - 63 a un nivel de Depresión severa.

Este inventario no se ha adaptado, se ha utilizado en distintas investigaciones en el Perú, como las realizadas por Brenlla y Rodríguez (2008) quienes hallaron un Alfa de Cronbach de 0.94 y 0.91 respectivamente. Además, Alcántara (2008) determina que en el análisis de correlación ítem-test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre 0.48 y 0.79, y la confiabilidad por consistencia interna del factor Cognitivo-Afectivo arrojó un Alfa de Cronbach de 0.92 con correlaciones ítem-test de 0.50 a 0.76.

Durante la presente investigación se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.75 y 0.71 para los grupos clínico y control respectivamente.

El tercer instrumento utilizado fue el Inventario Sobre Trastornos Alimenticios (ITA), el cual mide la presencia de TA. Este fue creado en el Perú por Marcés y Delgado en 1995, para evaluar los comportamientos relacionados con los Trastornos Alimenticios (Guerrero, 2008). Posteriormente fue adaptado por Hartley (1999), a partir de una muestra de 361 adolescentes escolares peruanas de nivel socioeconómico bajo (Herrera, 2008). Este inventario puede aplicarse de manera tanto individual como colectiva. Está compuesto por 51 ítems que evalúan las siguientes escalas: preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo; métodos drásticos de control de peso; episodios de atracón alimentario; escasa variación en la percepción de sí misma; métodos socialmente aceptados de control de peso y sintomatología física asociada a Trastornos Alimenticios (Hartley, 1999). El ITA cuenta con validez de contenido obtenida a través del criterio de jueces, presentándose un índice de acuerdo del 80%. Por otro lado, presenta una confiabilidad total de 0.93 expresada en el índice Alfa de Cronbach y niveles de confiabilidad adecuados para sus distintas escalas (Hartley, 1999).

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

Según Guerrero (2008) el aporte de este instrumento radica en su capacidad para discriminar sujetos sin riesgo de desarrollar Trastornos Alimenticios de los que sí lo presentan, pero no permite describir las características psicológicas que presenta la persona.

Durante esta investigación, el ITA fue utilizado para confirmar que ninguno de los participantes del grupo control presente un TA, por lo que esta prueba le fue administrada únicamente a este grupo, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.81.

Procedimiento

En la presente investigación no se manipularon variables de manera deliberada. En lugar de ello, se estudió el fenómeno tal y como se da en su contexto natural sin poder controlar la totalidad de las variables. Se proporcionó información sobre un fenómeno particular, rescatando las características y diferencias más resaltantes entre el grupo de pacientes con TA y el grupo de contraste. Además, durante el estudio se recogieron los datos en un momento específico y una sola vez.

Antes de la aplicación de las pruebas se conversó con los encargados de las áreas de psicología de dos instituciones psiquiátricas, a fin de que conozcan los objetivos planteados, para que faciliten la muestra. Estas instituciones consintieron en participar en el estudio, aceptando su veracidad.

Para la aplicación, se contó con un consultorio del área de psicología de cada institución. Este proceso incluía inicialmente la presentación del investigador a los participantes y la explicación de los objetivos de la investigación. Posteriormente, se procedió a repartir los cuadernillos con la prueba y la ficha sociodemográfica en los cuales se encontraba anexado el Consentimiento Informado. Luego se procedió a revisar el Consentimiento Informado con los mismos, de forma que se aseguraba que conocían sus derechos en la investigación. Luego se solicitó a los individuos que contesten la ficha sociodemográfica y que posteriormente iniciaran la resolución del instrumento.

El periodo de aplicación de las pruebas a los participantes del grupo clínico fue de ocho semanas. En el transcurso de la aplicación se les aconsejó a los individuos que contestaran el instrumento en su totalidad y se especificó que no había un tiempo límite para la resolución del mismo. La aplicación se desarrolló en forma de entrevista y de manera individual, contando con un aproximado de dos pacientes por visita. La duración total aproximada de las pruebas fue de 20 minutos.

En relación al grupo de contraste, este se reclutó mediante la técnica de apareamiento, tomando en consideración el sexo, la edad y el grado de instrucción de los individuos. Para

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

obtener la muestra se contactó con una ONG en la que se cuenta con datos de personas con características sociodemográficas similares a la del grupo clínico y se realizó un contacto individual con cada una de las personas. Las pruebas se aplicaron en aulas administradas por servicios municipales de dos distritos de Lima Metropolitana.



RESULTADOS

A continuación se mostrarán los resultados de las pruebas para determinar la posible existencia de Alexitimia entre los pacientes con Trastornos Alimenticios, empezando por describir la información hallada en el TAS-20 junto con los resultados del Protocolo de Depresión. Luego, se examinarán los resultados descriptivos de las escalas del Inventario sobre Trastornos Alimenticios aplicada solamente al grupo control. Finalmente, se analizarán las diferencias y las correlaciones entre ambos instrumentos para responder a la pregunta central de esta investigación.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de Alexitimia, Depresión y Trastornos Alimenticios

		Media	D.E.	Mínimo	Máximo
clínico *	TAS	80.63	5.64	67	94
	Inventario de depresión de Beck II	31.84	7.41	13	51
clínico **	TAS	80.3	5.97	87	94
	Inventario de depresión de Beck II	29.5	3.82	13	30
control ***	TAS	40.65	8.62	1	49
	Inventario de depresión de Beck II	6.85	4.56	3	17
	Inventario Sobre Trastornos Alimenticios (ITA)	54.65	5.42	50	67

*n=38 , **n=30, ***n=40

Al revisar los datos obtenidos en las pruebas aplicadas, se observa que ocho de los participantes que pertenecían a la población clínica obtuvieron un puntaje mayor a 30 en el Inventario de depresión de Beck II, lo cual indica la presencia de depresión grave o mayor (DM). Si bien los resultados del Inventario de Alexitimia son similares, es posible notar una disminución en el promedio del BDI del grupo clínico inicial. Esto se debe a que no se toman en cuenta los puntajes de las personas que presentaban Depresión mayor. Esta decisión se basa en que cabe la posibilidad de que la existencia de Alexitimia estuviese relacionada a la DM y no a la presencia de Trastornos Alimenticios.

Se observa en la Tabla 1 que, al comparar los resultados obtenidos entre la población que no incluye a las personas con DM y el grupo control, se presenta una diferencia en los promedios obtenidos tanto en la Escala de Alexitimia de Toronto como en el Inventario de depresión de Beck II.

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

Por otro lado, al observar los puntajes del grupo control, es posible determinar que en esta población no se presentan ni Alexitimia ni Depresión. Además, según el puntaje obtenido en el Inventario sobre Trastornos Alimenticios, se evidencia que ninguno de los participantes de a este grupo presentan TA ya que el promedio se encuentra en el primer quintil (51-78) y además, el máximo puntaje obtenido fue de 67 (Harley, 1999).

En relación al Inventario de depresión de Beck II es posible observar, a nivel descriptivo, una amplia diferencia entre las medianas de los grupos clínico y control, además de una diferencia entre los puntajes mínimos y máximos de estos grupos. Puede observarse también una desviación estándar (D.E.) más pronunciada en el grupo control.

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos de Alexitimia por Factores

		N	D.E.	Mediana	Mínimo	Máximo
TAS_Tot	clínico	30	5.968	81	67	97
	control	40	8.616	43.5	1	49
Factor 1	clínico	30	1.86	24	19	28
	control	40	2.09	13	8	16
Factor 2	clínico	30	1.682	20	17	25
	control	40	1.672	10	7	13
Factor 3	clínico	30	2.596	32	27	38
	control	40	2.597	16.5	12	21

Factor 1: la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional

Factor 2: la dificultad para describir los sentimientos a los demás

Factor 3: el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo (pensamiento concreto)

En la Tabla 2 se muestra la comparación de los descriptivos de los grupos clínico y control, encontrándose que entre los distintos factores del Inventario de Alexitimia, el Factor 3 (El estilo de pensamiento orientado hacia lo externo y pensamiento concreto), además de presentar los puntajes más altos y con mayor diferencia entre los grupos clínicos y control, presentan la misma desviación. La siguiente diferencia notoria se puede observar en los Factores 1 (La dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional) y 2 (La dificultad para describir los sentimientos a los demás), donde los puntajes son mayores para el grupo clínico

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

que para el grupo control. Por otro lado, mientras que en el Factor 1 se observa que el grupo control obtiene una mayor desviación que la hallada en el grupo clínico, en los Factores 2 y 3 se obtienen desviaciones muy parecidas para los grupos clínico y control.

Tabla 3
Comparación de descriptivos de Alexitimia entre los grupos clínico y control

		N	Mediana	Z	U-Mann	r
TAS-Total	Clínico	30	81	-7.13	0.000***	0.85
	Control	40	43.5			
F1*	Clínico	30	28	-7.15	0.000***	0.85
	Control	40	15			
F2**	Clínico	30	20	-7.17	0.000***	0.86
	Control	40	10			
F3***	Clínico	30	32	-7.14	0.000***	0.85
	Control	40	16.5			

*Factor 1: la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional

*Factor 2: la dificultad para describir los sentimientos a los demás

*Factor 3: el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo (pensamiento concreto)

*** $p < .001$

En la Tabla 3 se muestra la diferencia en el número de participantes de los grupos clínico y control, siendo menor la muestra clínica. Los resultados obtenidos en la r de los grupos clínico y control, podría ser catalogada entonces como “grande” ya que, a menor distancia con el puntaje 1, mayor es el efecto. Esta diferencia se presenta tanto en el puntaje total del Inventario como en los tres factores de este, obteniéndose el mismo resultado para tres de las áreas. Se encuentra una mínima diferencia en el factor que mide la dificultad para describir los sentimientos a los demás (Factor 2), el cual presentó una diferencia de 0.01 en relación a dos demás factores.

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

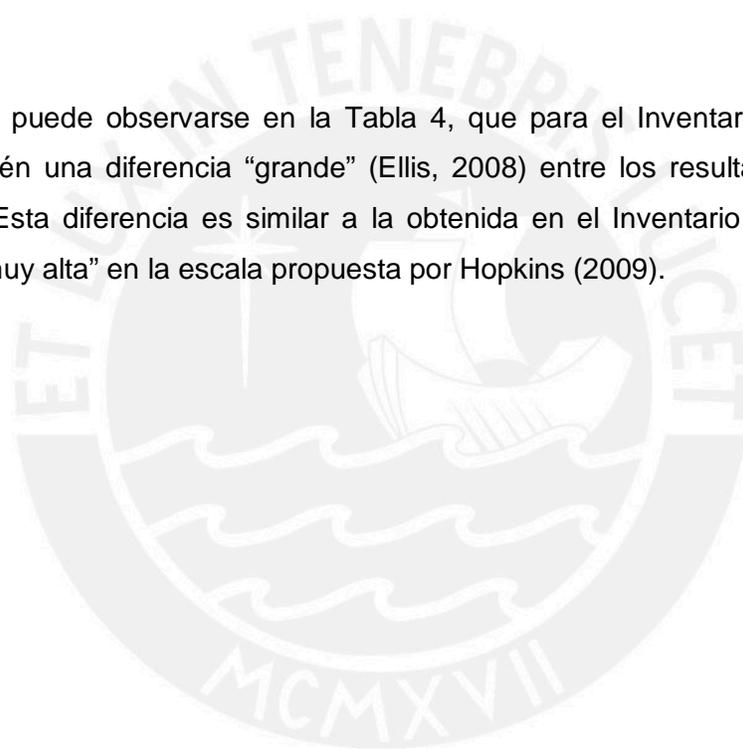
Tabla 4

Comparación de medianas de depresión entre los grupos clínico y control

		N	Mediana	Z	U-mann	r
BDI	Clínico	30	32	-7.08	7***	0.85
	Control	40	5			

*** $p < 0.001$

Por último, puede observarse en la Tabla 4, que para el Inventario de Depresión de Beck existe también una diferencia “grande” (Ellis, 2008) entre los resultados de los grupos clínico y control. Esta diferencia es similar a la obtenida en el Inventario de Alexitimia, y es calificada como “muy alta” en la escala propuesta por Hopkins (2009).



DISCUSIÓN

Como se mencionó, el objetivo de este estudio fue comparar los niveles de Alexitimia y sus características, entre un grupo clínico conformado por pacientes con TA y un grupo de contraste. Este último estuvo constituido por personas sin Trastornos mentales diagnosticados, presuponiendo la existencia de un incremento en los niveles de Alexitimia en los pacientes con TA.

Es importante aclarar que no se está planteando que hay más personas diagnosticadas con Alexitimia dentro del grupo de pacientes, en comparación al grupo de contraste. La investigación realizada sugiere que los pacientes con TA se aproximan más a las características que presentan las personas con Alexitimia, que los individuos sin trastornos mentales diagnosticados.

Los resultados hallados indican que los pacientes con TA obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de Alexitimia, en comparación con el grupo de contraste. Sin embargo, es importante recalcar que estas diferencias no se dieron debido a la comorbilidad que podría tener la Alexitimia con otros Trastornos tales como la Depresión. Al tomar en cuenta la existencia de una correlación positiva entre la Alexitimia y Depresión Mayor (Sandin, Chorot, Santed & Jiménez, 1996; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmién, 2006) se descartó para el análisis de las variables de Alexitimia a las personas que presentaban tanto sintomatología depresiva grave como Trastornos Alimenticios. Esto se debe al posible incremento paralelo de una serie de fenómenos psicológicos vinculados a la alta Alexitimia (tales como disminución de la empatía y aumento del retraimiento, disminución de sus capacidades cognitivas, etc.), que también son propios de la Depresión. No hubiese sido posible determinar si, en estos participantes, la Alexitimia era producto de los TA, de la Depresión o de ambos Trastornos en conjunto.

Las similitudes halladas entre las características propias de los TA y la Alexitimia concuerdan con lo propuesto en investigaciones realizadas anteriormente (Cochrane, Brewerton, Wilson & Hodges, 1993; Díaz & Balbás 2002; Pinaquy, Charol, Simon, Louvet & Barbe, 2003), quienes señalaron la existencia de una mayor prevalencia de características alexitímicas en pacientes que presentan TA tales como Anorexia y Bulimia. Estas características, además de los factores determinados en el TAS, son la impulsividad manifestada en la toma de decisiones irreflexivas y la tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas, ya sea de dependencia o de aislamiento.

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

Los pacientes con TA inhiben la expresión de emociones negativas y positivas y se centran principalmente en aquello que ocurre en el exterior (Forbush & Watson, 2006). Concuerdando con los hallazgos de las pruebas aplicadas y, el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo se mostró como el factor del TAS que presentó mayor presencia, lo cual indicaría que tanto los pacientes con TA como los que presentan Alexitimia tienden a suprimir la expresión de emociones negativas y positivas. Por lo tanto, esta información sugiere que, tal como fue hallado en esta investigación, los individuos que no son capaces de identificar y, consecuentemente, expresar sus emociones buscarán otras formas de manejar la angustia emocional, conflictos interpersonales y hostilidad no explícita. Al hacerlo se manifiesta un cambio en su manera de expresarse, brindando mayor importancia a aquello que sucede en el exterior (Rutzstein, Armatta & Murawski, 2009). Los hallazgos podrían darse porque las personas con TA se encuentran cada vez menos conscientes de sus pensamientos y sentimientos internos (auto-consciencia privada), y se genera una acentuada consciencia de los pensamientos y expectativas de los otros (auto-consciencia pública). Estas características se pueden observar también en las personas con Alexitimia, ya que presentan un patrón de expectativas y atribuciones orientado a lo externo, una actitud predominantemente negativa hacia la expresión emocional y un bajo nivel de autoconsciencia (Pinaquy, Charol, Simon, Louvet & Barbe, 2003).

En la misma línea, los pacientes con TA que participaron de esta investigación podrían presentar Alexitimia debido a la dificultad para reconocer o identificar a cabalidad lo que sucede dentro de ellos. Los pacientes con TA describen la presencia de un malestar continuo y difuso, acompañado de una sensación de descontrol a la que difícilmente se puede dar un nombre. Tanta es la dificultad para denominar el malestar presentado, que se intenta relacionar diversas preocupaciones, sin obtener un resultado positivo (Haigh & Treasure, 2003). Estas sensaciones son también comunes entre las personas con Alexitimia (Ritcher, et. al., 2006). Al no tener la capacidad de identificar y describir sus propias sensaciones, el paciente puede llegar a generar una desconexión, pues no será consciente de distintas fallas reales que pueden ocurrir en su organismo. Estas fallas, al presentarse en algunos pacientes con TA, pueden derivar en deficiencias cardíacas, daño hepático, disminución de reflejos, etc. Luego, en concordancia con lo propuesto por Bagby (1992), Rastam, Gillberg, Gillberg, & Johansson (1997), Romeil, et. al., (2008), se observó una alta incidencia en relación a los TA en el factor que mide la dificultad para describir sus sentimientos a los demás.

Además, tal como indica el Factor 1 del TAS, se encontró que los pacientes con TA presentan también dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

corporales fisiológicas que acompañan la activación. Se observa entonces que en los pacientes con TA se presentan alteraciones cognitivas. McDougall (1994), Ritcher, et. al. (2006) & Romei, et. al. (2008) plantearon que estas alteraciones se manifiestan a través de pensamientos concretos, los cuales podrían ser como en una estrategia que los aleja de los sentimientos internos provocados por el trastorno. Estas características pueden ser observadas también en personas con Alexitimia. Asimismo, a diferencia del grupo control, existe dificultad en la conexión entre la sintomatología somática y el correlato cognitivo consciente.

Por su parte, Bydlowski (2005) propuso que en pacientes con Trastornos Alimenticios se presenta incapacidad para procesar emociones. Señaló que los pacientes con Anorexia no solo muestran una distorsionada diferenciación entre hambre y saciedad, sino que rara vez pueden diferenciar sus sensaciones físicas de sus emociones íntimas, las cuales frecuentemente no pueden describir. Al relacionar esto con lo hallado en el Factor 1, se podría sugerir que esta incapacidad para procesar emociones, no permite que estas sirvan de alerta o den a conocer los cambios por los que el organismo está pasando, siendo esta también una característica de la Alexitimia. Esto concuerda con lo propuesto por Pinaquy, Charol, Simon, Louvet & Barbe, (2003). Esto podría deberse a una estrategia inconsciente que mantiene al paciente alejado de lo que ocurre en su interior. De esta manera, la persona no sería capaz de identificar emociones tales como la irritabilidad o la culpa,

Tal como se ha mencionado anteriormente, adicional al Inventario de Alexitimia se utiliza el Inventario de Depresión, cuyo objetivo fue asegurar la no inclusión de personas que presentaban Depresión Mayor, logrando que los resultados muestren las características de la Alexitimia únicamente. Barun et al. (1994), Guerra & Barjau (2001) y Polivy & Herman (2002) mencionan que la Depresión Mayor es el diagnóstico más común en las personas con TA y presenta comorbilidad. Esto pudo observarse en los resultados, ya que ocho de los participantes del grupo clínico presentaron niveles de Depresión Mayor. Además, se hallaron participantes que presentaban Depresión Moderada y Depresión Leve, pero no se obtuvo una correlación entre estas y Alexitimia. Esto podría deberse a que es en la Depresión Mayor cuando se presentan síntomas tales como la dificultad de concentración, retraimiento e incapacidad para pensar (Hinrichsen & Pollack, 1997). Tal como es mencionado por Evren, Evren & Dalbunak (2009), se observa además en estos pacientes la dificultad para identificar y comunicar los sentimientos, y una falta de comunicación acerca de los cambios de humor ocasionados por la Depresión. Ellos, además de plantear que la Depresión se presenta debido a la existencia de Alexitimia, consideran que es complicado lograr que los pacientes tomen conciencia del síndrome afectivo por el que atraviesan, ya que, al no ser capaces de identificar

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

sus emociones y al mismo tiempo poder comunicarlas, no tendrían las herramientas suficientes para percatarse de aquello que ocurre en su interior. Además, en los TA y en la Depresión se presentan manifestaciones psicológicas similares, haciendo que estos sean dos Trastornos con una alta comorbilidad. Entre las expresiones clínicas compartidas por ambos desórdenes se encuentran la sensación de ineficacia personal y la desconfianza interpersonal (Rodríguez, 2011).

Es necesario mencionar que las variables sociodemográficas estudiadas (edad, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo, tiempo de diagnóstico, entre otros) no resultaron ser significativas para diferenciar a los distintos grupos, a pesar de haber sido elegidas de manera específica, adquiriendo, de esta manera un valor meramente referencial. Por este motivo, no fueron incluidas en los resultados.

Entre las limitaciones de la investigación es necesario mencionar que los hallazgos tienen solidez únicamente en la muestra seleccionada debido a que esta cuenta con características específicas.

Otra limitación es el tamaño de la muestra, pues si bien estuvo constituida por una cantidad adecuada de participantes, los hallazgos podrían haber sido más representativos si la muestra hubiese sido mayor. Lamentablemente el número de personas con Trastornos Alimenticios que acude a Centros de Salud Públicos registrados y que requiere atención hospitalaria es mínimo, en comparación con la realidad.

Por otro lado, el tipo de muestreo utilizado en este caso fue intencional, por lo que no es representativo de la población. Por esto, no es posible generalizar los resultados obtenidos en la investigación, es decir, esta tiene una validez externa limitada, debido a que corresponde a una pequeña porción del universo muestral. Sin embargo, se debe considerar que las entrevistas fueron realizadas en dos centros de salud de características similares, por lo que las particularidades de la muestra fueron similares entre sí.

Tal como se observó, no se encontraron diferencias en Alexitimia entre variables demográficas. Por ello, sería importante que más adelante se realicen investigaciones con pacientes que pertenezcan a distintos niveles socioeconómicos. Otro aspecto que podría ser interesante de estudiar es si existen diferencias entre personas que presentan TA y viven en Lima Metropolitana, con personas de provincias, ya que no se ha encontrado datos que registren el índice de TA fuera de la capital del Perú. La incidencia de Alexitimia en Lima Metropolitana podría deberse a que, al someterse a las personas a una mayor cantidad de estímulos, estas podrían enfocarse más en lo externo y no desarrollar tanto la capacidad de verbalizar emociones y diferenciar sensaciones corporales.

Alexitimia en Trastornos Alimenticios

Ligado a lo anterior, sería interesante investigar si la exposición a distintos medios de comunicación como la televisión o internet tiene relación con el desarrollo de los TA, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, ya que existen distintos programas y páginas web que promueven la esbeltez, planteando que este es un método que busca la perfección.

Todas las investigaciones similares respecto a la Alexitimia han sido evaluadas con el mismo instrumento, el TAS-20, ya que tiene validez factorial y confiabilidad por consistencia interna y está validado en distintos idiomas. Ahora bien, debido a la posible incongruencia de algunos de los ítems propuestos, además de los estudios de validez realizados, podría ser importante considerar la utilización de otro método para medir la Alexitimia, dando así nuevas luces acerca del tema. En este sentido existen dos pruebas que podrían ser administradas. Una de ellas es el Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ), creado por Sifneos (1973), que consta tanto de un cuestionario como de una entrevista inestructurada que explora la capacidad de cada paciente para hablar de sus emociones. Esta prueba, al no emplear preguntas cerradas, podría brindar una idea más clara de cómo se encuentra cada paciente, además de la posibilidad de establecer diferencias que se puedan presentar entre los pacientes evaluados. Otra prueba que podría utilizarse es la Escala de Alexitimia del Observador (OAS) basada en el hetero reporte como una estrategia para medir la Alexitimia. Está planteada para ser respondida por familiares o conocidos de la persona a quien se desea evaluar, buscando tener una percepción externa del paciente. Puede ir acompañada tanto del TAS como del BIQ, logrando así un mejor acercamiento.

En relación a investigaciones sucesivas, se recomienda que el TAS sea administrado a través de entrevistas, tal como se hizo en esta investigación. De esta manera se podría lograr que los ítems sean comprendidos, incrementándose la confiabilidad de la prueba.

Esta investigación sirve entonces como un primer acercamiento a la Alexitimia y los TA. Para los pacientes que sufren de un TA, este hallazgo podría ser muy beneficioso pues les brindaría nuevas alternativas de tratamiento. Desde el punto de vista del evaluador y en base a lo mencionado se propone la posibilidad de que más adelante la Alexitimia pueda servir como un criterio diagnóstico de los Trastornos Alimenticios, sin embargo, para ello se requiere aún una mayor investigación.

REFERENCIAS

Acevedo, J. (2008). La cólera y el riesgo de presentar Trastornos Alimenticios en mujeres adolescentes. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Alcántara, N. (2008) Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Alonso-Fernandez, F. (2011). La Alexitimia y su trascendencia clínica y social. Salud Mental, Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

American Psychiatric Association (2002). Dignostical and Statistical Manual of Mental Disorder (4a ed.). Washington DC.

Bagby, M. & Taylor, J. (1988). Measurement of Alexithymia: Recommendations for Clinical Practice and Future Research. Psychiatric Clinics of North America, 11, 351-366.

Bagby, M., Parker, A. & Taylor, J (1997). Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge: Cambridge University Press

Bagby, R.M., Parker J.D. y 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, 23-32.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006) Inventario de Depresion de Beck (BDI-II). Buenos Aires: Paidós.

Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E., Katz, M. & Bachar, E. (2003). Parent daughter Discrepancies in Perception of Family Function in Bulimia Nervosa. Journal of Psychiatry, Interpersonal & Biological Processes

Braun, L.; S. Sunday; K. Halmi. (1994). Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorder. Psychological and Medical Practice. Num. 24:859-867

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. y Consoli, S. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. Int. J. Eat. Disord., 37, 321-329.

Cash, T.& Deagle, E. (1997). The Nature of Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. International Journal of eating disorders. 21, 2-19.

Casullo, M. & Páez, D. (2000). Cultura y alexitimia: ¿cómo expresamos lo que sentimos? Buenos Aires: Paidós

Cavoto, K. (1999). The Emotional Environment of Eating-Disordered Families: A Comparison of Anorexics and Bulimics to Normal and Depressed Controls. *Interdisciplinary – Dissertations & Theses*

Chinchilla, A. (2003). *Revision histórica de la anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon, S.A., pp. 12-39

Celada, J. (2003). *Anorexia & Bulimia: guía ilustrada para el tratamiento*. Lima: Impresos y Sistemas.

Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Ediciones Pirámide

Chinchilla, A. (2003): *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.

Cochran, C., Brewerton, T., Wilson, D. & Hodges, E. (1993). Alexithymia in the eating disorders/ *International Journal of Eating Disorders*. 14, 461-466.

Curial, D. & Repila, B. (1997). Estudio de variables relacionadas con la Alexitimia en pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Revista de Motivación y Emoción*. Vol. 5 Nro. 10. España.

Custodio, E. (2002). *Alexitimia y sentido de coherencia en un grupo de adolescentes limeños*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Daso, A. (2010). *Sintomatología Depresiva y Prácticas Religiosas en Internas por Delitos Comunes de un Penal de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P., Ceci, A. (2007). Alexithymia and its Relationship with Body Checking and Body Image in a Non-Clinical Female Sample. *Eat Behav* 8:296-304.

Díaz, J. & Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con Trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*

Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Paidós

Díaz, J. & Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con Trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Extraído el 1 de octubre del 2012 en: <http://reme.uji.es/articulos/adijaz102/texto>.

Espina, A., Pumar, B. García, E., Santos, A. & Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. Cuadernos de Terapia Familiar, 27, 5-17

Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A. & Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. Advances in Psychosomatic Medicine, 28, 141–168.

Fernández-Montalvo, J. & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. Psicothema, 6(3). 357-366.

Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. Psychosomatics, 28, 180-190

Gabbard, G. (2000). Trastornos relacionados con sustancias y de la conducta alimentaria. Psiquiatría dinámica en la práctica clínica, 369-392.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. Psychological Medicine. P. 273-279

Gilbert, N. & Meyer, C. (2005). Fear of Negative Evaluation and Eating Attitudes: A Replication and Extension Study. International Journal of Eating Disorders, 37(4), 360-363.

Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. y Jeczmierny, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific Impairment or General Distress Related Deficiency? Depression and Anxiety, 23, 331- 339

González, María (1998). Femenidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico. Madrid: Biblioteca Nueva.

Gratz, K. (2007). Risk Factors for Deliberate Self-Harm among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. American Journal of Orthopsychiatry, 2(76), 238-250.

Guerra D & Barjau R. (2001). Epidemiología de los Trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. Actas Españolas de Psiquiatría. 29(6) 403

Guerrero, D. (2008). Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Haigh, R. & Treasure, J. (2003). Investigating the Needs of Carers in the area of Eating Disorders: Development of the Careers Needs Assessment Measure (CaNAM). European Eating Disorders Review, 11, 125-141.

Hartley, J. (1999). Trastornos Alimenticios en mujeres adolescentes escolares. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Hayaki, J., Friedman, M. & Brownell, K. (2002). Emotional Expression and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 57-62.

Hendryx, MS., Havilland, MG & Shaw DG. (1991) Dimensions of Alexithymia and their Relationships to Anxiety and Depression. *Journal of Personality Assessment*; 56: 227-37.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental*, 18.

Herrera, T. (2008). Validez y confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimenticios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana. Lima: Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Hinrichsen, G. & Pollack, S. (1997). Expressed Emotion and the course of Latelife Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 336-340.

Martínez-Sánchez, F., Sánchez, JA., Castillo, JC., Gordillo, E & Ortíz, B. (1997). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*; 17 (1): 46-52.

McDougall, J. (1994). Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico. Argentina: Julian Yébenes

McLane, J. (1996). The Voice on the Skin: Self-Mutilation and Merleau-Ponty's Theory of Language. *Hypatia*, 11, 107-119.

MINSA (2011). Hasta el 11,4 % de adolescentes sufren Trastornos Alimenticios en el País. *Boletín Epidemiológico (Tacna)* Vol. 27, 201

Olesti, B., Piñol, M., Martín, V., De la Fuente, G.M., Riera, S.A., Borafull, B. & Ricomá, G. (2008). Prevalence of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and other Disorders in Adolescent Girls in Reus (Spain). *An Pediatric (BARC)*, 68(1), 18-23.

Páez, D. & Casullo, M. (2000). Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos? Argentina: Paidós.

Papalia, D., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. Novena edición. México: Mc. Graw Hill Interamericana.

Pinaquy, S., Charol, H., Simon, C., Louvet, J. & Barbe, P. (2003). Emotion Eating, Alexithymia and Binge Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11. 195 – 201.

Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53 (1), 187-213.

Retamales, R. (1989). Different Personality Tests Applied to the Concept of Alexithymia. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*. 263-273.

Richter, J., Möller, B., Spitzer, C., Letzel, S., Bartols, S. & Barnow, S. (2006). Transcallosal Inhibition in Patients with and without Alexithymia. *Neuropsychobiology*, 53(2). 101-107.

Rodríguez, A. (2011). Trastorno distímico y alexitimia. Extraído el 12 de octubre de 2012 de: <http://hdl.handle.net/10401/4326>

Rodríguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Romei, V., De Gennaro, L., Fratello, F., Curcio, G., Ferrara, M. & Pascual-Leone, A. (2008). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3). 175-181

Rivarola, M. F. & Puma, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los Trastornos Alimenticios e Imagen Corporal. En: *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol, 8, 2. pp. 61-72.

Romero, C. (2009). Alexitimia en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Rutzstein, G., Armatta, A. & Murawski, B. (2009). Interdisciplina en Trastornos Alimenticios. *Revista Redes y Paradigmas*, 3

Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P. (1996). Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis*. 17 (1). P. 37-45.

Sifneos, P. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*. 153(7). 137-142

Sim, L. & Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, Iss. 2, 219-228

Sim, L. & Zeman, J. (2005). Emotion Regulation Factors as Mediators Between Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms in Early Adolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 25 (4), 478-496.

Sivak, R. & Wiater, A. (1998). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós

Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive Value of Alexithymia in Patients with Eating Disorders: A 3-year Prospective Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365–371.

Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4). 240-246.

Steiger, H. & Scotland, S. (1996). Prospective Study in Bulimic as a Function of Axis II Comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 141-151.

Taylor, G. & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2). 68-77.

Taylor, G., Parker, J, Bagby, R. y Bourke, M. (1996). Relationship between Alexithymia and Psychological Characteristics Associated with Eating Disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.

Toro, J. (2001). Anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*. Num, 117, Barcelona: Ariel.

Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. En: Páez, D. & Casullo, M. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós

Verdu, V. (2004). *La delgadez*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca

Wakeling, A. (1996). Epidemiology of Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 3-9.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. & Larimer, M. (2007). Difficulties Regulating Emotions: Do Binge Eaters have Fewer Strategies to Modulate and Tolerate Negative Affect? *Eating Behaviors*, 8, 162–169



ANEXO A

Consentimiento Informado

Ud. Está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre Aspectos Psicológicos y Físicos de la Salud. Este estudio es realizado por la estudiante de psicología Parashkeva Pérez Luna Rafajlovski y forma parte de una investigación que busca obtener una aproximación psicológica a temas de salud en mujeres adultas de Lima Metropolitana.

Usted fue seleccionada para participar en esta investigación al ser una mujer adulta entre 18 y 25 años de edad.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y cuatro cuestionarios relacionadas con los temas arriba mencionados. Su participación es muy valiosa ya que contribuye a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

- **Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Firma del participante

--	--	--

ANEXO B

Ficha Sociodemográfica

A continuación se le presentará una serie de preguntas relacionadas con su vida cotidiana. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, **es importante no dejar preguntas en blanco**, y ser lo más sincero(a) posible. Cualquier pregunta que tenga no dude en preguntar.

De antemano muchas gracias por su tiempo, colaboración y sinceridad.

Sexo: Masculino
 Femenino

Edad: _____ años

Estado civil: (Marque con un x la opción que considere apropiada)

- Soltero/a
 Casado/a
 Divorciado/a
 Conviviente
 Otro: (especificar) _____

Con quien vive: _____

Nivel de instrucción: (Marque con un x la opción que considere apropiada)

- Primaria
- Secundaria
- Estudios Técnicos
- Estudios Universitarios
- Estudios de Posgrado

¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad? Especificar.

Aproximada fecha de diagnóstico: _____

¿En la actualidad toma algún medicamento recetado por un médico? Especificar.

¿Hace cuanto tiempo lo toma? (Marque con un x la opción que considere apropiada)

- Una semana
- Un mes
- Dos meses
- Seis meses
- Un año

¿Alguna vez ha seguido otro tratamiento además de los ya mencionados? (Marque con un x la opción que considere apropiada)

- Si Especifique: _____
- No