

ALEXITIMIA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES DE 11 A 16 AÑOS.
Alexithymia and eating behaviors in 11- to 19-year-old students.

Alberto Espina¹,
María Asunción Ortego²,
Iñigo Ochoa de Alda³,
Amagoia Alemán⁴,
Juliana Perera⁵,
Maite Juaniz⁶.

RESUMEN

Objetivo. Estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer un trastorno alimentario, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia, conducta alimentaria y salud en estudiantes del país vasco. **Método.** Una muestra intencional formada por 1442 estudiantes de 11-16 años, 739 chicas y 663 chicos, cumplimentaron la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), el Eating Attitudes Test y el Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28). **Resultados.** La prevalencia de sujetos con riesgo de padecer un trastorno alimentario hallada fue del 8,9% de las chicas y el 3,3% de los chicos. Presentaban alexitimia el 26,8% de las chicas y el 14,5% de los chicos. La alexitimia estaba asociada a las conductas alimentarias disfuncionales y a la morbilidad psiquiátrica en ambos sexos y en los chicos a una peor salud física. **Discusión.** Estos resultados confirman estudios previos, destacando la alta prevalencia hallada en alexitimia y patología psíquica en ambos sexos, y en patología física en los chicos. Lo cual sugiere la necesidad de tener en cuenta estas patologías en la población preadolescente y adolescente, cara a realizar campañas de prevención.

Palabras clave: Alexitimia, actitudes alimentarias, salud mental.

ABSTRACT

Objective. To study the prevalence of alexithymia and the risk of eating disorders, and analyze the relationships among alexithymia, eating attitudes and health in students from the Basque Country. **Method.** The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Eating Attitudes Test, and the Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28) were administered to an adolescent population of 1442 students, 739 girls and 663 boys, in the 11-16 age group. **Results.** The prevalence of symptoms of eating disorders were 8,9% of the girls and 3,3% of the boys. Present alexithymia the 26,8% of the girls and the 14,5% of the boys. Alexithymia was related to eating behaviors and psychiatric morbidity in both sex, and the symptoms of physic pathology in boys. **Discussion.** These results confirm previous studies, standing out the high prevalence of alexithymia and psychological pathology in both sex, and in physical pathology in boys. Its results suggest the necessity to study this pathologies in preadolescent and adolescent for early prevention.

Key Words: Eating Attitudes, body shape, epidemiology.

¹ Prof. Alberto Espina. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, Nº 70. 20018 San Sebastián. Telf.: 943018317. E-mail: tpeseia@ss.ehu.es

² Psicóloga. Pedagoga. Terapeuta familiar. Jefe de Organización y docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco

³ Psicólogo. Terapeuta familiar. Jefe de estudios y docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

⁴ Psicóloga. Terapeuta familiar. Docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

⁵ Psicóloga. Terapeuta familiar.

⁶ Psicóloga.

La alexitimia es un constructo que hace referencia a la dificultad para expresar las emociones. Las personas que la padecen presentan las siguientes características: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977).

La alexitimia está asociada al procesamiento cognitivo de las emociones y es conceptualizada como un rasgo de la personalidad (alexitimia primaria) o un estado asociado a situaciones estresantes (alexitimia secundaria), en ambos casos la dificultad para manejarse con las emociones propiciarían la aparición de trastornos psicósomáticos o conductas impulsivas como respuesta a la activación fisiológica asociada a los estados emocionales. Se han hallado correlaciones positivas con depresión y ansiedad, (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al. 2000; Hendryx, Havilland y Shaw, 1991), neuroticismo y psicoticismo (Schiattino et al., 1998).

La alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías (Taylor, 2000), y numerosos estudios han confirmado que la alexitimia está presente en los trastornos alimentarios (TA), (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Cochrane et al. 1993; Corcos et al., 2000; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Guibaud et al., 1999; Rastam, Gillberg, Gillberg y Johanson 1997; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1991; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996).

El instrumento más utilizado para evaluar la alexitimia es la Toronto Alexithymia Scale (TAS), en sus diferentes versiones (Bagby, Parker y Taylor, 1994a; Bagby, Taylor y Parker, 1994b; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993) hasta la última versión del TAS de 20 ítems (TAS-20). En España, se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS-20, instrumento utilizado en este estudio, (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001; Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez et al. 1996; Velasco y Páez, 1996; Martínez y Marín, 1997; Pérez et al., 1997; Moral de la Rubia y Retamales, 1999; Páez, et al., 1999; Páez, y Casullo, 2000).

Respecto a los trastornos alimentarios en España, los porcentajes de casos con riesgo de padecer un trastorno alimentario, detectados con el Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979), muestran un rango de 3,5-12,4 en chicas y de 0,2-1,2 en chicos, (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Alemán y Juaniz, 2001b; Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, y Martínez-González, 2000; Raich, Deus,

Muñoz, Pérez y Requena, 1991a, 1991b; Raich et al, 1992; Martínez, Toro, Salameo y Blecua, 1993; Rodríguez, 1997; Ruiz-Lázaro, 1998; Toledo et al, 1999; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989).

En otros estudios, Morandé y Casas (1997) hallaron en chicas de 15 años de Madrid, una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 4,6%. Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, y Martínez-González (2000) hallaron en población femenina Navarra de 12-21 años una prevalencia del 4,1%. Toro (2000) habla de un 4,52% en población femenina zaragozana.

El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de alexitimia y del riesgo de padecer un trastorno alimentario, y analizar las posibles relaciones entre alexitimia, conducta alimentaria y salud, en una muestra no representativa de estudiantes del país vasco. El presente trabajo es un estudio epidemiológico de exploración, sin significación estadística, que forma parte de un estudio más amplio actualmente en fase de realización.

METODO

Muestra

La muestra fue de tipo intencional no probabilístico y recogida en poblaciones de la comunidad autónoma vasca: en Alava: Vitoria; en Guipúzcoa: Hernani, Lasarte, San Sebastián y Zarauz; en Vizcaya: Bilbao y Iurreta. La elección de las poblaciones fue incidental y la muestra se obtuvo por el método de muestreo por conglomerados. El número de centros en los que se recogió la muestra fue de 10: 6 públicos y 4 privados. En dichos centros se estudiaba bachiller. La muestra total recogida estaba constituida por 1481 sujetos y la definitiva, después de eliminar a los sujetos que no habían rellenado todos los ítems de los cuestionarios, estaba constituida por 1442 sujetos: 739 chicas y 663 chicos. El nivel socioeconómico, calculado a partir de las profesiones de los padres, fue alto en el 15,6% de los casos, medio-alto en el 36,7% medio-bajo en el 37,7% y bajo en el 9,9%. El lugar de residencia de los estudiantes era el hogar familiar.

Instrumentos

- Variables sociodemográficas: recogidas con una escala "ad hoc" que incluía las siguientes variables: edad, sexo, curso, idioma, centro, estudios, población, peso, altura. Se obtuvo el índice de masa corporal (peso en kgs/altura en m²) (IMC) clasificado en 4 categorías: normal (20-25), peso bajo (<19,9; >17), severo infrapeso (< 17), sobrepeso (> 25-30), obesidad moderada (>30-40), obesidad grave (>40).

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979; Castro, Toro, Salameo y Guimerá, 1991) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las

actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado para cribar los trastornos de la conducta alimentaria es 30. En los chicos, hemos utilizado dos criterios para categorizar los casos positivos: 30 y 27 (al eliminar la puntuación máxima del ítem que hace referencia a la regla) con vistas a facilitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios. Al comparar chicos y chicas hemos eliminado el ítem 23 porque hace referencia a la regla y distorsionaría los resultados.

- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby et al., 1994a) escala autoaplicada de 20 ítems. Consta de 3 factores (Bagby et al. 1994a; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993; Martínez, 1996): F1: dificultad para identificar sentimientos, F2: dificultad para describir sentimientos y F3: pensamiento orientado externamente. Siguiendo a Taylor et al. (1996), el punto de corte utilizado es 60.
- Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979; Lobo, Pére-Echeverría y Artal, 1986). Cuestionario autoaplicado de 28 ítems con cuatro opciones de respuesta, sirve para evaluar la probabilidad de algún trastorno psiquiátrico y está diseñado para identificar trastornos mentales no psicóticos. Consta de 4 factores: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social, y D: depresión grave. El punto de corte utilizado es 5/6 (no caso/caso).

Procedimiento

En primer lugar se contactó con los centros y se informó de la finalidad del estudio. Después de obtener la autorización de centro, padres y alumnos se concertó la cita. El peso y la altura fueron evaluados en los centros. Los cuestionarios fueron repartidos individualmente en las aulas por miembros del equipo investigador, después de dar una explicación sobre su contenido y aclarar dudas. Los investigadores permanecieron en el aula, aclararon las dudas que pudieran surgir al rellenar los cuestionarios y revisaron si estaban cumplimentados adecuadamente a la hora de entregarlos. El orden en el que se aplicaron los cuestionarios fue: variables sociodemográficas, EAT, TAS-20 y GSQ-28.

Análisis estadísticos

En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de algunas variables sociodemográficas y puntuaciones en las pruebas utilizadas.

Posteriormente se realizaron análisis multivariante del varianza (MANOVA), análisis de la varianza (ANOVA), chi cuadrado, correlaciones de Pearson, T de Student y regresiones lineales múltiples. El paquete estadístico utilizado ha sido el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Fiabilidad de los cuestionarios.

El índice de consistencia interna del TAS-20, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach = .759 para el total de la muestra, y $\alpha = .781$ para las chicas, y $\alpha = .732$ para los chicos. Los factores para el total de la muestra mostraron las siguientes alfas: F1: $\alpha = .805$; F2: $\alpha = .676$; F3 $\alpha = .361$. Estos valores son semejantes a los hallados por los autores del instrumento (Bagby et al., 1994b), a los de Martínez-Sánchez (1996) con estudiantes universitarios y a los de diferentes muestras transculturales (Páez et al. 1999), excepto en el F3 que muestra una fiabilidad más baja de lo habitual. En cuanto al EAT, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido para las chicas es $\alpha = .873$ y para los chicos $\alpha = .787$ algo inferior al hallado en la validación del versión española (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991) y por nosotros con una muestra de mujeres con trastornos alimentarios (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes, Alemán, 2001c). En el GHQ-28 hallamos una $\alpha = .906$ en las chicas y $\alpha = .853$ en los chicos, siendo alta la consistencia de cada escala en ambos sexos.

Fueron realizadas correlaciones entre las puntuaciones totales del GHQ-28 y sus factores, EAT, TAS-20 y sus factores con la muestra total, obteniendo correlaciones positivas excepto en el F3 con el factor B del GHQ que es negativa y la no correlación del F3 con el GHQ-28 y sus otros factores (ver tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre el GHQ-28 y sus factores, EAT, TAS-20 y sus factores en la muestra total (N = 1402).

	GHQ28	GHQA	GHQB	GHQC	GHQD	EAT	TAS-20	F1	F2
GHQA	.739**								
GHQB	.861**	.531**							
GHQC	.771**	.432**	.574**						
GHQD	.809**	.410**	.600**	.551**					
EAT	.478**	.329**	.399**	.358**	.447**				
TAS	.393**	.259**	.321**	.298**	.375**	.281**			
F1	.459**	.304**	.398**	.321**	.427**	.312**	.835**		
F2	.353**	.240**	.300**	.273**	.316**	.209**	.787**	.612**	
F3	-.006	-.021	-.053*	.042	.033	.056*	.494**	.098**	.154**

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = Síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave.
** p < .001; * p < .005.

Descriptivos

La distribución de la muestra por territorios históricos, centros y edades puede verse en las tablas 2 y 3.

Padecían enfermedades físicas diagnosticadas el 15.2% de las chicas y el 15.1% de los chicos y enfermedades psíquicas diagnosticadas el 1.2% de las chicas y el 0.2% de los chicos. Puntuaban más de 5 en el GSQ-28 196 (26,5%) de las chicas y el 90 (13.6%) de los chicos.

Tabla 2. Distribución de la muestra por territorios históricos, centros e idioma de las pruebas.

	chicas		chicos	
	N	%	n	%
Gipuzkoa	396	53.6	390	59
Alava	208	28.1	196	29.7
Vizcaya	135	18.3	75	11.3
Público	401	54.3	361	54.6
Privado	338	45.7	300	45.4
Total	739	100.0	663	100.0

Tabla 3. Distribución de la muestra por edades

	chicas		chicos	
	n	%	n	%
11	29	3.9	38	5.7
12	88	11.8	76	11.5
13	117	15.8	104	15.7
14	142	19.2	127	19.2
15	153	20.7	161	24.3
16	210	28.4	157	23.7
Total	739	100.0	663	100.0

Respecto a los porcentajes de casos patológicos en el EAT hallamos que el 8,9% de las chicas y el 3,3 % de los chicos son sujetos de riesgo de padecer un TA. Pero si bajamos el punto de corte a 27 en los chicos, al eliminar el ítem 23 referido a la regla, hallamos que 28 (4,2%) muestran síntomas de TA. Hacen régimen el 9,1% de las chicas y el 5% de los chicos. Presentan alexitimia el 26,8% de las chicas y el 14,5% de los chicos.

Comparaciones por sexos

Las diferencias en las categorías de EAT y TAS-20 entre chicos y chicas son estadísticamente significativas: EAT, ($t^2 = 21.425$, $g.l. = 1$, $p < 0.0001$), y TAS-20, ($t^2 = 31.972$, $g.l. = 1$, $p < 0.0001$), con más casos patológicos en el EAT y en el TAS-20 en las chicas. Al comparar ambos grupos en las medias, vemos que las chicas tienen medias superiores estadísticamente significativas en todas las escalas y sus factores (los factores del GHQ alcanzan una significación de $p < .0001$), excepto en el F3 en el los chicos presentan medias superiores (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación entre los sexos en EAT, TAS-20 y sus factores y GHQ-28.

	Sexo del sujeto	N	Media	Dt.	t ($g.l. = 1400$)	Sig.
EAT	chica	739	13.15	12.14		
	chico	663	11.23	8.68	3.428	.001
TAS-20	chica	739	52.87	11.53		
	chico	663	49.55	11.12	5.470	.000
F1	chica	739	18.46	6.31		
	chico	663	15.07	6.05	10.256	.000
F2	chica	739	13.60	4.44		
	chico	663	12.33	4.30	5.459	.000
F3	chica	739	20.89	4.46		
	chico	663	22.35	4.39	-6.177	.000
GHQ-28	chica	739	3.93	5.16		
	chico	663	2.17	3.38	7.609	.000

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire.

Comparaciones por edad

Un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) fue realizado para estudiar si la edad estaba asociada a las puntuaciones del EAT, TAS-20 y sus factores. Cuando la variable edad fue introducida como un factor intergrupos, el efecto global de edad fue significativo: para las chicas [Lambda de Wilks = 0.891, $F(25, 2.709.617) = 3.404$, $p < 0.0001$], y para los chicos [Lambda de Wilks = 0.931, $F(25, 2.927.289) = 1.899$, $p = 0.005$].

Para estudiar si existían diferencias entre los grupos de edad en las puntuaciones del EAT, TAS-20 y sus factores, hemos realizado análisis de la varianza (ANOVA) con los 6 grupos de edad (11-16 años) como variable independiente y las puntuaciones en el EAT, TAS-20 y sus factores como variable dependiente, y hallamos que en las chicas existen diferencias estadísticamente significativas en los 3 factores del TAS-20, para

F1: $F(5) = 2.317$, $p = 0.042$; para F2: $F(5) = 3.446$, $p = 0.004$; y para F3: $F(5) = 6.973$, $p < 0.0001$. Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé solo hallamos diferencias estadísticamente significativas en el F3 entre los grupos de edad 12 vs. 16 ($p = 0.003$) y 12 vs. 16 ($p < 0.0001$), con medias inferiores en el grupo de 16 años. En los chicos hallamos diferencias estadísticamente significativas en el EAT, $F(5) = 2.927$, $p = 0.013$, pero desaparecen en las comparaciones "post hoc" de Scheffé.

Comparación por centros y nivel socioeconómico

Al comparar las muestras de colegios privados y públicos en el EAT, TAS-20 y sus factores, vemos que en las chicas, las puntuaciones en el TAS-20, F1 y F2 son superiores en los colegios públicos. Mientras que en los chicos las diferencias se hallan en el TAS-20, F1 y dos factores del GHQ-28; el

factor C [$t(616.420) = -2.475, p = 0.014$] y el D [$t(656.233) = 2.047, p = 0.041$]. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Comparación de los colegios públicos y privados en el EAT, TAS-20 y factores y GHQ-28 en las chicas.

	Tipo de colegio	N	Media	Dt	$t (gl = 737)$	Sig.
EAT	C. Público	401	13.84	12.34	-.443	.658
	C. Privado	338	14.24	12.26		
TAS-20	C. Público	401	53.72	11.18	2.177	.030
	C. Privado	338	51.87	11.87		
F1	C. Público	401	19.20	6.03	3.492	.001
	C. Privado	338	17.59	6.52		
F2	C. Público	401	13.94	4.48	2.279	.023
	C. Privado	338	13.20	4.35		
F3	C. Público	401	20.81	4.63	-.520	.603
	C. Privado	338	20.98	4.24		
GHQ-28	C. Público	401	4.10	5.48	1.018	.309
	C. Privado	338	3.72	4.75		

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire.

Tabla 6. Comparación de los colegios públicos y privados en el EAT, TAS-20 y factores y GHQ-28 en los chicos.

	Tipo de colegio	N	Media	Dt.	t	gl	Sig.
EATTOT	C. Público	363	11.44	9.37	.697	661	.486
	C. Privado	300	10.96	7.76			
TASTOT	C. Público	363	50.54	10.95	2.516	661	.012
	C. Privado	300	48.36	11.22			
TASF1	C. Público	363	15.63	6.22	2.626	661	.009
	C. Privado	300	14.39	5.79			
TASF2	C. Público	363	12.59	4.52	1.743	657.874	.082
	C. Privado	300	12.01	4.00			
TASF3	C. Público	363	22.52	4.41	1.076	661	.282
	C. Privado	300	22.15	4.36			
GHQ-28	C. Público	363	2.09	3.50	-.689	661	.491
	C. Privado	300	2.27	3.24			

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire

Al comparar los diferentes niveles socioeconómicos en el GSQ-28, EAT, TAS-20 y sus factores, no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas excepto en el F3 del TAS-20, [$F(3) = 3.579, p = .014$], hallándose las

Al comparar las medias en el EAT, TAS-20 y factores y el GHQ-28 y sus factores entre los grupos constituidos por la categoría de IMC (peso normal, bajo, severo infrapeso y sobrepeso), en las chicas no encontramos diferencias significativas entre los grupos. En los chicos hallamos

diferencias ($p = .014$) entre los grupos de nivel alto y medio-bajo de las chicas, con medias superiores en el nivel medio-bajo.

Comparación según el índice de masa muscular (IMC).

diferencias significativas entre los grupos en el F1 del TAS-20 ($F(3) = 3.615, p = 0.03$), en la prueba "post hoc" de Scheffé vemos que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre IMC normal y peso bajo ($p = .046$) con mayor puntuación en el F1 en el grupo de peso bajo.

A. Espina y cols

Comparaciones por el estado de salud

Al comparar los sujetos que padecen alguna enfermedad física diagnosticada con los que no la padecen en el EAT, TAS-20 y factores, no hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas, mientras que en los chicos los que padecen alguna enfermedad física puntúan más

alto en el TAS-20 [$t(661) = -1.992, p = 0.047$] y en el F1 [$t(661) = -2.799, p = 0.005$].

Al compara los sujetos con puntuaciones patológicas/no patológicas en el GSQ-28, vemos en la tabla que existen diferencias estadísticamente significativas en el EAT, TAS-20, F1 y F2, con medias superiores en los casos patológicos, en ambos sexos.

Tabla 7. Comparaciones entre los grupos de GSQ-28 patológico/no patológico en el EAT, TAS-20 y sus factores en las chicas.

	GHQ-28	N	Media	Dt.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.
EAT	<6	543	11.01	7.89	-8.801	224.417	.000
	>5	196	22.37	17.44			
TAS	<6	543	50.65	10.95	-9.184	737	.000
	>5	196	59.02	10.88			
F1	<6	543	16.96	5.90	-12.183	369.167	.000
	>5	196	22.63	5.48			
F2	<6	543	12.85	4.25	-8.046	737	.000
	>5	196	15.70	4.27			
F3	<6	543	20.95	4.46	.649	737	.517
	>5	196	20.71	4.47			

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire.

Tabla 8. Comparaciones entre los grupos de GSQ-28 patológico/no patológico en el EAT, TAS-20 y sus factores en los chicos.

	GHQ-28	N	Media	Dt.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.
EAT	<6	573	10.20	7.18	-5.211	97.180	.000
	>5	90	17.72	13.39			
TAS	<6	573	48.40	10.64	-6.994	661	.000
	>5	90	56.91	11.32			
F1	<6	573	14.37	5.78	-7.760	661	.000
	>5	90	19.48	5.91			
F2	<6	573	11.87	4.15	-7.162	661	.000
	>5	90	15.23	4.07			
F3	<6	573	22.31	4.40	-.610	661	.542
	>5	90	22.61	4.35			

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire.

Comparaciones en grupos de EAT y TAS-20 patológicos/no patológicos.

En las chicas que presentan puntuaciones patológicas en el EAT las medias en el resto de las

escalas y factores son estadísticamente mayores con una $p < 0.0001$, excepto en el F3 en el que la $p = 0.001$. En los chicos los resultados pueden verse en la tabla 9

Tabla 9. Comparaciones en los caso patológicos/no patológicos en el EAT en el TAS-20, GSQ-28 y sus factores en los chicos .

	EAT	N	Media	Dt.	t	gl	Sig.
TAS-20	<31	641	49.36	11.06			
	>30	22	55.09	11.56	-2.385	661	.017
F1	<31	641	14.99	6.06			
	>30	22	17.32	5.63	-1.777	661	.076
F2	<31	641	12.24	4.27			
	>30	22	14.77	4.46	-2.730	661	.007
F3	<31	641	22.30	4.41			
	>30	22	23.64	3.39	-1.401	661	.162
GHQ-28	<31	641	2.02	3.17			
	>30	22	6.59	5.73	-6.422	661	.000
GHQA	<31	641	.50	1.05			
	>30	22	1.50	1.71	-2.713	21.547	.013
GHQB	<31	641	.58	1.16			
	>30	22	1.86	1.83	-3.272	21.585	.004
GHQC	<31	641	.51	.95			
	>30	22	1.36	1.50	-2.665	21.587	.014
GHQD	<31	641	.46	1.14			
	>30	22	1.86	1.78	-3.667	21.599	.001

EAT = Eating Attitude Test; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; GHQ-28 = Goldberg Health Questionnaire; GHQA = síntomas somáticos; GHQB = ansiedad e insomnio; GHQC = disfunción social; GHQD = depresión grave.

Al comparar los casos con alexitimia/no alexitimia, las medias son peores en las alexitimias en todas las escalas y sus factores con una significación de $p = < 0.0001$. En los chicos los resultados son semejantes, pero con un nivel de significación menor en el EAT ($p = 0.042$), factor A ($p = 0.001$) y C ($p = 0.002$) del GHQ-28.

Al comparar los casos con las variables dicotomizadas patológico/no patológico en el EAT y el TAS-20, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas ($\chi^2 = 5.874$, $gl = 1$, $p < 0.0001$), con más alexitimia en las que padecen síntomas de trastorno alimentario. En los chicos no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar los casos con las variables dicotomizadas patológico/no patológico en el GHQ-28 y el TAS-20, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas ($\chi^2 = 81.121$, $gl = 1$, $p < 0.0001$), y en los chicos ($\chi^2 = 35.618$, $gl = 1$, $p < 0.0001$), con más alexitimia en

los que presentan puntuaciones patológicas en el GSQ-28.

Al comparar los casos con las variables dicotomizadas patológico/no patológico en el GHQ-28 y el EAT, hallamos diferencias estadísticamente significativas en las chicas ($\chi^2 = 100.855$, $gl = 1$, $p < 0.0001$), y en los chicos ($\chi^2 = 23.768$, $gl = 1$, $p < 0.0001$), con más riesgo de padecer un trastorno alimentario en los que presentan puntuaciones patológicas en el GSQ-28.

Finalmente fueron realizadas una serie de regresiones lineales múltiples con el TAS-20 como variable dependiente y la edad, IMC, EAT, GSQ-28 y sus factores como variables independientes, y los resultados en las chicas mostraron que el TAS-20 era influido positivamente por el GHQ-28, EAT, factor D y edad, [$R^2 = .218$, para GHQ-28: $Beta = .233$, $t(734) = 3.818$, $p < 0.0001$; para EAT: $Beta = .150$, $t(734) = 3.873$, $p < 0.0001$; factor D: $Beta = .162$, $t(734) = 2.758$; $p = 0.006$; para edad: $Beta = -.076$, $t(734) = -2.245$, $p = 0.025$]. En los chicos el

TAS-20 era influido por el GHQ-28, factor D e IMC, [$R^2 = .104$; para GHQ-28: $Beta = .207$, $t(659) = 3.654$, $p < 0.0001$; para factor D: $Beta = .121$,

$t(659) = 2.132$, $p = 0.033$; para IMC: $Beta = .074$,
 $t(659) = 2.001$, $p = 0.046$.

DISCUSIÓN

Las medias en el EAT halladas en las chicas de nuestra muestra (13.5, *dt.* 12.14) es inferior a la hallada en Cataluña (Toro et al., 1989) y Navarra (Pérez-Gaspar et al., 2000). En los chicos (11.23, *dt.* 8.68) es semejante a la de Toro et al. (1989).

El porcentaje de casos patológicos en el EAT (> 30) hallado en las chicas (8.9%), es semejante al hallado en muestras españolas por Toro et al. (1989), superior al de Raich et al. (1992) e inferior al de otros autores (Carbajo et al., 1995; Pérez-Gaspar et al., 2000). En los chicos el 3,3% (4,2% con el punto de corte de 27) hallado es superior al de otros estudios (Toro et al., 1989; Raich et al., 1992).

El que en las chicas hallemos medias superiores en el EAT y más casos patológicos confirma estudios previos y confirma la mayor prevalencia de problemas en la conducta alimentaria en el sexo femenino. Nuestros resultados sugieren que, en ambos sexos, los problemas en la conducta alimentaria no están influidos por la edad, nivel socioeconómico, tipo de enseñanza e IMC; mientras que se asocian a un estado de salud mental peor, lo cual sugiere que los problemas en la conducta alimentaria pueden potenciar, y ser potenciados a su vez, por problemas psicológicos.

A la hora de interpretar estos resultados, debemos tener en cuenta que, aunque el EAT es el instrumento más utilizado para cribar los casos con un TA, pueden existir falsos positivos y falsos negativos (Williams, Hand y Tarnopolsky, 1982), además de la posibilidad, siempre presente, de que no se responda con sinceridad al cuestionario. De todas formas, la prevalencia hallada de casos con riesgo de padecer un TA es importante, confirma los hallazgos de los estudios realizados en otras comunidades autónomas y sugiere la necesidad de prestar especial atención a estas patologías.

Respecto a la morbilidad psiquiátrica (26,5% en las chicas y 13,6 en los chicos) es bastante superior a la de un estudio con jóvenes zaragozanos de 15-19 años en el que presentaban puntuaciones patológicas en el GHQ-28 el 4% de los chicos y el 11,2% de las chicas (Seva, Merino, Magallón, Sarasola y Magallón, 1990), y al 15% en mujeres y 3% en hombres hallado en Cataluña en un grupo control con población general (rango, 25-44 años) (Prieto et al. 1997).

En cuanto a la alexitimia, la media en el TAS-20 hallada en las chicas (52.87) es superior a las halladas en mujeres del País vasco, México, Murcia y Argentina, en un estudio transcultural (Páez et al., 1999), en estudiantes universitarias murcianas (Martínez-Sánchez, 1996) y a la hallada por nosotros en mujeres (Espina, et al. 2001). En los chicos la media en el TAS-20 (49.55) también es superior a la hallada en el estudio transcultural citado y semejante a la del estudio de Martínez-Sánchez (1996). Estas diferencias pueden estar asociadas a que en nuestra muestra la edad es menor que en los estudios citados y la capacidad de comprender y expresar el mundo emocional sea menor.

El porcentaje de casos con alexitimia hallado (26.8% en chicas y 14.5% en chicos), es más elevado en las chicas que el rango (15-22%) hallado por Parker et al. (1989) en estudiantes, de más edad, en Canadá y USA. En las chicas hallamos medias más altas que en los chicos en el TAS-20 y más dificultad para discriminar y describir sentimientos que en los chicos, mientras que estos puntúan más alto en el F3, referido al pensamiento externamente orientado. Estos resultados chocan con la opinión de que el sexo femenino está más familiarizado, en nuestra cultura, con el mundo emocional. Quizás los chicos, al estar más externamente orientados, se cuestionen menos qué sucede en su mundo emocional y por ello den respuestas más normalizadas, mientras que las chicas están más conectadas con las emociones cambiantes, y muchas veces confusas, propias de la adolescencia. En las chicas de 12 y 13 años aparecía un pensamiento más externamente orientado que en las de 16, lo cual puede deberse a que una mayor madurez favorece el contacto con el mundo interno.

Con muestras de USA, Canadá, País vasco y Argentina se halló que las mujeres puntuaban más alto que los hombres en el F1 y más bajo en el F2 y F3. Mientras que en muestras de Murcia y México los resultados son semejantes a los nuestros, las mujeres puntúan más alto en F1 y F2 y los hombres en el F3. En Alemania los hombres puntuaban más alto en los tres factores y presentan medias más altas en el TAS-20 total en todas las muestras citadas, excepto en las de Murcia y México (Páez y Casullo, 2000).

La alexitimia ha sido vinculada al nivel socioeconómico y cultural por algunos autores (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson y Salonen, 1993) mientras que otros (Taylor et al. 1985; Parker, et al., 1989) afirman que estas variables no

influyen en la alexitimia. En nuestros resultados, no hemos hallado diferencias entre los diferentes niveles socioeconómicos, excepto en el pensamiento externamente orientado, que es superior en las chicas de nivel medio-bajo, frente a las de nivel alto. El que los estudiantes de ambos sexos, que acuden a centros privados puntúen más bajo en el TAS-20 y F1, y las chicas en el F2, parece indicar que factores socioeconómicos y culturales tienen alguna influencia en la alexitimia. Destaca también la mayor disfunción social y depresión en los chicos de colegios públicos

Las correlaciones positivas entre EAT, TAS-20 y sus factores confirma estudios previos (Taylor, 2000; Espina et al. 2001) que destacan la íntima asociación entre alexitimia y trastornos alimentarios. Lo mismo podemos decir de la asociación entre alexitimia y los síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988; Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Corcos et al. 2000; Espina, 1998; Hendryx, Haviland y Shaw, 1991; Taylor, 2000). Los resultados de las regresiones lineales también muestran que el EAT, GHQ-28 y el factor depresión predicen la alexitimia en ambos sexos.

La peor salud física en los chicos se asocia a mayor puntuaciones en el TAS-20 y el F1. En ambos sexos, la peor salud mental y conducta alimentaria disfuncional va asociada a la alexitimia, especialmente a los factores 1 y 2, lo cual también confirma estudios previos (Taylor, 2000).

Finalmente destacar que la alexitimia, morbilidad psiquiátrica y conductas alimentarias disfuncionales están íntimamente relacionadas en los jóvenes de nuestra muestra y presentan porcentajes importantes de casos patológicos, que sugieren la necesidad de prestar atención a estos aspectos de la salud de los jóvenes cara a la prevención primaria y secundaria.

Los datos presentados aquí, son parte de un estudio en el que incluimos otras variables y en el que contaremos con una muestra representativa de los jóvenes de 11-18 años del País vasco. Esperamos poder presentar en breve datos con un mayor peso específico desde el punto de vista epidemiológico, que permitan servir de base para programas de prevención.

BIBLIOGRAFIA

- Bagby, R. M.; Taylor, G. J., & Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- Bagby, R. M.; Parker, J. D. A., & Taylor G. J. (1994a). 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.; Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bourke, M. P.; Taylor, G. J., Parker, J., & Bagby R. M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-190.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- De Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.
- Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda y Alemán, (2001a). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Alemán A., y Juániz, M. (2001b). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco. Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12(2), 217-235.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001c). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Gamer, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

- Goldberg, D., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., & Jeammet, P. (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W., & Salonen, J. T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 330-335.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M. y Blecua, M. J. (1993). Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*, 20, 55-65.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS -20). *Clinica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., Sánchez, J. A., Castillo J. C., Gordillo del Valle, E. y Ortiz, B. (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- Martínez-Sánchez, F. y Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea de stroop. *Psicothema*, 9 (3), 519-527.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- Nemiah J. C. (1977). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28, 199-206.
- 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., y Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona. Paidós.
- Parker, J. D. A.; Taylor, G. J & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry* 30, 434-441.
- Parker, J. D. A.; Bagby, R. M.; Taylor G. J; Endler N. S & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*. 7(4), 221-232.
- Pérez, H., Cortés, J., Ortiz, S.; Peña, J.; Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20 (3), 30-34.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J. Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Prieto, J. M., Sáez, R., Carreras, E., Atala, J., Sierra, J., Rovira, M., Battle, M., Blanch, J., Escobar, R., Vieta, E., Gómez, E., Rozman, C., y Cirera, L. (1997). Funcionamiento físico y psicosocial en 117 sobrevivientes de trasplante de médula ósea. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24(7), 185-199.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. Y Requena, A. (1991a). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 210-220.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. y Requena, A. (1991b). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (7), 305-315.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.
- Rastam, M.; Gillberg, C.; Gillberg, I. C., & Johanson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385-388.
- Rodríguez, M. C. (1997). Distorsión de la imagen corporal como factor de riesgo para la anorexia nerviosa: un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 13 (8), 327-331.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 152, 1052-1058.

- Schiattino, I., Sanfuentes, M. T., Lagarribel, M., Jara, S., Lolas, F., y Liberman, C. (1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la diada madre-hija. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26 (5), 303-308.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G. J., Ryan, D. P., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44, 191-199.
- Taylor G. J., Bagby R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Toledo, M., Ferrero, J. Capote, J., Roger, L., Sánchez, M., Donet, E. y Tormo, E. (1999). Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la comunidad valenciana. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 51/52, 38-48.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos alimentarios de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114, 543-544.
- Velasco, C., y Páez, D. (1996). Alexitimia comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.
- Williams, P., Hand, D., & Tarnopolsky, A. (1982). The problems of screening for uncommon disorders- a comment on the eating attitudes test. *Psychological Medicine*, 12, 431-434.