



***PATOLOGÍAS EN ALEXITIMIA, SALUD MENTAL Y TRASTORNOS
ALIMENTICIOS: UN ESTUDIO CON ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA
SECUNDARIA OBLIGATORIA DE GALICIA***

Jacinto ESCUDERO VIDAL

Alfredo JIMÉNEZ EGUIZÁBAL*

Antonio SÁNCHEZ CABACO**

Colegio Mayor Maristas de Salamanca

**Universidad de Burgos*

***Universidad Pontificia de Salamanca*

Data de recepción: 12/09/2006

Data de aceptación: 12/02/2007

RESUMEN

En la sociedad actual en la que vivimos, muy marcada por las modas y el culto al cuerpo, es necesario conocer la problemática que viven los adolescentes ya que es una etapa muy importante en el desarrollo de la persona.

El presente artículo analiza las patologías que presentan los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de Galicia en los problemas de Alexitimia, Salud Mental y Trastornos Alimentarios con edades comprendidas entre 12 y 16 años, evaluadas con las Escalas TAS-20, GHQ-28 y EAT-40. Así mismo, busca encontrar las diferencias significativas que existen entre unas y otras edades, y las dificultades que se pueden presentar de cara a una buena educación y orientación por parte de sus profesores.

PALABRAS-CLAVE: Alexitimia, Salud Mental, Trastornos Alimentarios, Anorexia, Bulimia, Educación Secundaria Obligatoria, Adolescencia.

ABSTRACT

In the current society in which we live, very marked by the modes and the worship to the body is necessary to know the problematics through that the teenagers live since it is a very important stage in the development of the person.

The present article tries to analyze then the pathologies which present the pupils of E.S.O. of Galicia in Alexithymia's problems, Mental Health and Eating Disorders aged between 12 and 16 years, evaluated with the Scales TAS-20, GHQ-28 and EAT-40. Likewise it seeks to think the significant differences that exist between some and other ages and the difficulties that they can present with a view to a good education and orientation on the part of their teachers.

KEY WORDS: Alexitimia, Mental Health, Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Obligatory Secondary Education, Adolescence.

INTRODUCCIÓN

La investigación presentada en este artículo es el resultado del trabajo llevado a cabo en la comunidad gallega con alumnos de Educación Secundaria Obligatoria, durante los cursos 2002-2004, y refleja en parte algunos de los resultados de la tesis doctoral “Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes gallego de 12 a 16 años”. El estudio epidemiológico descriptivo que presentamos en este trabajo se refiere a la comparación entre las distintas edades de los alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria según las Escalas de Alexitimia (TAS-20), Salud Mental (GHQ-28) y Trastornos Alimentarios (EAT-40).

Con los resultados obtenidos se sugieren las profundas transformaciones educativas que es preciso abordar para el estricto control de los trastornos alimentarios en los escolares adolescentes. En este sentido, puede asegurarse que el problema que aquí se registra y documenta no está, desde luego, cerrado. En un tiempo relativamente corto se deben operar sucesivas innovaciones en el diseño curricular para plantear cambios en las actitudes y comportamientos no sólo en la educación estética, sino también y fundamentalmente en la dimensión axiológica, suscitando la interacción de todos los agentes que intervienen en la educación.

1.- CONTEXTUALIZACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En una sociedad que cada día está padeciendo más los trastornos alimentarios y los problemas de salud mental, nos parece interesante trabajar y analizar todos estos problemas en los adolescentes. Ante la interdisciplinariedad de la Salud Mental, no debe ser abordada sólo desde el ámbito puramente médico, sino que debe abarcar todos los campos que rodean al individuo, tanto desde el punto de vista psicológico, clases sociales, mundo laboral, educación, cultura, creencias, modas, lugar de residencia, como desde el vivir en el aquí y ahora de lo que somos por sociedad y cultura.

Según la O.M.S. el término de “salud”, es el estado de completo bienestar, mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencia. José Guimón (2001), con el término salud mental, hablamos más que de una ciencia o una simple actividad clínica, de un empeño, un tema candente, un compromiso social y humanitario.

Sólo un uno por ciento con un trastorno mental consulta al psiquiatra. Como la capacidad de detección de los médicos generales no supera el sesenta por ciento, un gran porcentaje de la población con problemas psíquicos queda sin diagnosticar adecuadamente, por lo cual para mejorar esta situación, a la que no llegan los psiquiatras, se va a requerir del concurso de otros profesionales, como sociólogos, educadores, clérigos, etc. y de los propios pacientes y sus familias (Guimón, 2001).

En el campo de los trastornos alimentarios, normalmente los que más abundan son la anorexia (AN) y la bulimia, aunque van apareciendo otros que también van teniendo importancia como la obesidad, vigorexia y ortorexia. Para Chinchilla (2003), el concepto de AN se va perfilando en la segunda mitad del siglo XIX, muy diferenciado de las anorexias de causa orgánica, y se intenta explicar desde una etiología psicológica. Al inicio del siglo XX, a partir de Simmonds, se da más importancia a la etiología endocrinológica, y luego se pasa a las ya clásicas etapas.

Sobre la segunda dimensión, según Otero (1999), la aparición del constructo alexitimia fue consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas. Para algunos teóricos del psicoanálisis, Alexander (1950) o Dunbar (1954), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, lo hacen a través del canal somático.

Ruesch (1948) describe un tipo de personalidad psicósomática que llamó “Personalidad Infantil”. Estos sujetos, con

una detención en el desarrollo, tienen dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos. Mclean (1949), apoyándose en un modelo anatómico, afirma que las emociones en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traduciéndose en un tipo de “lenguaje de órganos” (Otero 1999).

Los objetivos que nos hemos propuesto para este trabajo es ver la incidencia de estos trastornos en estas edades y las diferencias que existen entre unas edades y otras.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MUESTRA

Para llevar a cabo un estudio representativo, hemos buscado un número suficiente de

sujetos de las cuatro provincias gallegas, tanto de la enseñanza pública como de la privada concertada.

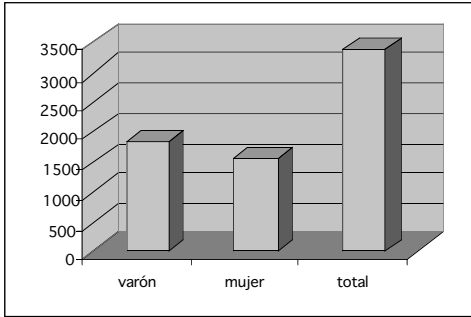
La adolescencia es una fase evolutiva de transición entre las etapas infantil y adulta, ya que experimenta una serie de cambios profundos tanto en su imagen corporal, como en el comportamiento y de personalidad. La muestra de adolescentes de esta investigación comprende desde el final de la infancia, 12 años, hasta los 16 años, que es una etapa bastante avanzada, ya que son edades importantes en el tema que nos preocupa, como es el despertar de los problemas de trastornos alimenticios. También se incluye un pequeño porcentaje de niños de 11 para 12 años y del final de la etapa de la adolescencia de 17-18 años en alumnos repetidores, pero todos dentro de los cursos de la E.S.O.

La población que se presenta (Tabla 1), es de 1834 alumnos y 1555 alumnas, lo que hace un total de 3389 de 1º, 2º, 3º y 4º de la E.S.O. Se trató de que hubiese el mismo número de alumnos que de alumnas, pero la diversidad de centros y de reparto en ellos por sexo, hizo que fuesen un 8,2% superiores en número los alumnos sobre las alumnas (Gráfico 1).

Tabla 1: Sexo de los alumnos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La Coruña	878	25,9	25,9	25,9
	Lugo	946	27,9	27,9	53,8
	Orense	791	23,3	23,3	77,2
	Ponte vedra	774	22,8	22,8	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

Gráfica 1. Sexo de los alumnos



Los alumnos (T.2) de 11 para 12 años son 33 y sólo representan el 1%, y el número de alumnos superiores a 16 años el 2,5% (86 en total) que son repetidores de algún curso, por

tanto el resto 97,5% están comprendidos entre las edades de 12 a 16 años (G.2).

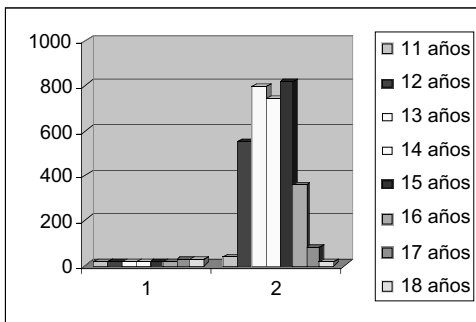
La importancia del estudio de estos cursos y edades se debe a que son muy significativos para detectar casos de alexitimia, dada la etapa que los adolescentes están viviendo, y que pueden desembocar después en problemas de salud mental y trastornos alimenticios, de ahí que me haya decidido a investigar este tema:

1. Por la carencia de estudios en este campo y por tanto, la inexistencia de datos fiables en esta etapa de adolescencia
2. La escasez de trayectorias y directrices en esta etapa, debida al desconocimiento de problemas, actitudes y comportamientos en esta fase de la vida, sobre todo en la comunidad gallega.

Tabla 2: Edad de los alumnos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11	33	1,0	1,0
	12	551	16,3	17,2
	13	799	23,6	40,8
	14	741	21,9	62,7
	15	823	24,3	87,0
	16	356	10,5	97,5
	17	75	2,2	99,7
	18	11	,3	100,0
Total	3389	100,0	100,0	

Gráfica 2. Edad de los alumnos

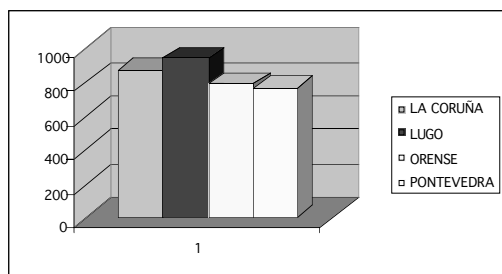


El estudio llevado a cabo en las cuatro provincias de la comunidad gallega (T. 3): La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra, tomando una muestra representativa de diferentes centros públicos y privados que imparten la E.S.O. (G. 3).

Tabla 3: Provincia de residencia (Aplicación de Pruebas)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La Coruña	878	25,9	25,9	25,9
	Lugo	946	27,9	27,9	53,8
	Orense	791	23,3	23,3	77,2
	Ponte vedra	774	22,8	22,8	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

Gráfica 3. Provincia de residencia (Aplicación de Pruebas)



2.2. INSTRUMENTOS

A. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)

La Escala de Alexitimia de Toronto de Taylor, Ryan y Bagby (1985) y en su última versión (Bagby, Taylor y Parker, 1994), posee unas notables propiedades psicométricas, tanto en la evaluación de poblaciones clínicas como no clínicas. Se presenta como la más fiable y válida y sobre ella hemos desarrollado nuestra investigación, de todas las que miden la Alexitimia, y hemos utilizado la adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) realizada por Martínez y Sánchez (1996).

B. EL G.H.Q. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (G.H.Q.-28)

(CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD) GOLDBERG Y HILLIER, 1979.

Por parte de los factores del **GHQ-28**, las siguientes escalas:

En primer lugar la **Escala A: (PS)**, la cual mide los **Síntomas Somáticos**, que consiste en una serie de ítems por medio de cuyos contenidos, el sujeto dará a conocer que experimenta ciertas sensaciones físicas a las que no encuentra una explicación acertada por sí mismo, y que a menudo tiene su origen en alteraciones psíquicas.

En segundo lugar, la **Escala B: (AI)**, que mide la **Ansiedad e Insomnio**. Los ítems que componen este factor podrían indicar que el alumno se encuentra en un estado de nerviosismo que le lleva incluso a no conciliar el sueño, reflejando en él una pérdida de seguridad en sí mismo y un grado bajo de felicidad, mostrándose en ocasiones deprimido.

En tercer lugar, la **Escala C: (DS)**, que mide la **Disfunción Social**, consta de una serie de ítems a través de los cuales el sujeto mostrará su grado de satisfacción con respecto a sus quehaceres cotidianos. Así podrá determinarse si se ve capacitado para enfrentarse a las actividades diarias positivamente y con decisión, y, si, además, le producirá o no bienestar el hecho de llevarlas a cabo.

En cuarto lugar la **Escala D: (DS)**, que mide la **Depresión Severa**, Este es un factor

que se relaciona con un contenido depresivo. Los ítems que lo componen son del tipo “viviendo sin esperanza”, “desear estar muerto y lejos de todo” y “la idea de quitarse la vida se les ha pasado a veces por la cabeza”.

C. EATING ATTITUDES TEST (EAT)

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento de la anorexia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

Se encuentra validada en nuestro medio por Castro y cols. Existe una versión abreviada de 26 ítems (Buelbena y cols., 2000), que posee una alta correlación con la original.

3.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se han empleado las técnicas multivariadas de análisis de datos, no sólo por las ventajas de las mismas en trabajos de esta índole, sino también como procedimiento descriptivo y heurístico, y como medio de presentar en los modelos de análisis la complejidad de la problemática de las variables examinadas. El estudio de los datos se ha llevado a cabo utilizando el SPSS, versión nº 11

Analizadas las tablas de los resultados, no existen diferencias significativas en ninguna de las desviaciones típicas de las edades de los alumnos. Las medias más altas se dan en los alumnos de 11 años con 57,52 y los de 18 años con 54,64 en la puntuación total de Alexitimia de la TAS 20. y las medias más bajas en los alumnos de 12 años con ,54 y los

de 11 años con ,64 en la escala de Depresión Severa del GHQ-28.

En el estadístico de Levene se encuentran diferencias significativas entre los alumnos según la edad en la Escala de Pensamiento orientado al Exterior con ,036, y en todas las Escalas del GHQ-28 con ,000 de significatividad.

Entre las edades de los alumnos existen diferencias significativas Inter e Intra-grupos en todas las Escalas de los tests de TAS 20, GHQ-28 y EAT de ,000 de significatividad, a excepción de la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos con ,002 (TAS 20); la puntuación Total de Trastornos Alimenticios con ,007 (EAT) y la de Depresión Severa con ,049 (GHQ-28).

Dentro de la variable dependiente de la edad de los alumnos/as existen diferencias significativas en las medias de la Escala de Puntuación Total de Alexitimia de la TAS 20, entre los que tienen 11 años y 14 con ,043; con los de 15 con ,005 y los de 16 con ,002. También existen diferencias significativas de los alumnos de 12 años con los de 15 con ,012 y 16 años con ,005. Los alumnos de 13 años tienen diferencias significativas con los de 15 y 16 años con ,000. Los de 15 años las presentan con los de 11, 12 y 13 años como se ha expuesto antes, así como los de 16 años. Mientras que los alumnos de 14, 17 y 18 años no presentan diferencias significativas con los de ninguna edad en esta escala.

En la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos de la TAS 20, sólo existen diferencias significativas de las medias entre los alumnos de 11 años con los de 15 años con un índice de significatividad de ,043, y los de 16 años con ,026. Entre las demás edades no existen diferencias significativas.

En la Escala de Dificultad para Describir Sentimientos no existen diferencias significativas en ninguna edad.

En la Escala de Pensamiento orientado al Exterior existen diferencias significativas entre los alumnos de 12 años con los de 14, 15 y 16 años con un índice de significatividad de ,000. Entre los alumnos de 13 años con los de 14 años con ,002; y los alumnos de 15 y 16 años con ,000. Entre las demás edades no existen diferencias significativas.

En la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28, existen diferencias significativas entre los alumnos de 18 años y los de 11 años con ,047; los de 12 años con ,008; los de 13 años con ,018; los de 14 años con ,022 y los de 16 años con ,039. También presentan diferencias significativas en la misma escala los alumnos de 12 años con los de 15 años con un índice de significatividad de ,037, no presentando el resto ninguna más.

En la Escala de Disfunción Social del GHQ-28, se presentan solamente diferencias significativas de las medias entre los alumnos de 12 años con los de 14 años con ,011; con los de 15 años con ,001 y con los de 16 años con ,000.

En la Escala de Ansiedad e Insomnio del GHQ-28, se presentan también solamente diferencias significativas entre los alumnos de

12 años con los de 15 años con ,001 y con los de 16 años con ,003.

En la Escala de Depresión Severa del GHQ-28, no se presenta ninguna diferencia significativa de las medias entre ninguna edad, así como tampoco en el test de Trastornos Alimenticios EAT. Es curioso observar que a excepción de los alumnos de 11 años con los de 18 años que presentan una sigma de ,999, todos los demás coinciden con los de 18 años en la puntuación 1,000.

En las gráficas de Scheffé de los subconjuntos homogéneos se van exponiendo los que existen en cada escala de los tests según existan o no diferencias significativas entre ellos, ordenando las edades en función de las medias de menor a mayor, así, por ejemplo, en la Puntuación Total de Alexitimia de la TAS 20 (T. 4), el primer subconjunto está formado por los alumnos de 16, 15, 14, 17, 12, 13 y 18 años con medias desde 48,25 (16 años) a 54,64 (18 años); y el segundo subconjunto está formado por los alumnos de 14, 17, 12, 13, 18 y 11 años con medias desde 50,34 (14 años) hasta 57,52 (11 años); evitando por tanto que coincidan en el mismo subconjunto los alumnos de 11, 15 y 16 años, ya que existen diferencias significativas entre las medias de estas edades en la escala de la puntuación total de alexitimia.

Tabla 4: TAS 20-Escala PT

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = ,05	
		1	2
16	356	48,25	
15	820	49,00	
14	741	50,34	50,34
17	75	50,71	50,71
12	548	51,49	51,49
13	796	52,17	52,17
18	11	54,64	54,64
11	33		57,52
Sig.		,180	,076

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.
a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,942.
b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Idéntico a esto estarían el resto gráficas de Scheffé estudiadas en esta variable.

3.1 DISCUSIÓN CON OTROS TRABAJOS

Ante la imposibilidad de encontrar trabajos semejantes que hayan utilizado las mis-

mas pruebas que nosotros estableciendo la relación de unas edades con otras, hemos comparado nuestro estudio con un trabajo de Espina y colb. (2002) y observamos las siguientes diferencias que ponemos a continuación:

	Jóv. vascos	Jóv. vascas	Jóv. gallegos	Jóv. gallegas
N	663	739	1830	1550
TAS-20: PT	49,55	52,87	50,80	50,16
TAS-20:DIS	15,07	18,46	15,39	16,88
TAS-20:DDS	12,33	13,60	12,97	13,17
TAS-20:PE	22,33	20,89	22,51	20,14
EAT	11,23	13,15	12,20	14,35

Analizados los resultados, constatamos que los chicos gallegos, en las escalas de alexitimia, tienen medias algo superiores a las de los vascos; sin embargo, las chicas vascas tienen más problemas que las gallegas en este trastorno, sobre todo en la puntuación total y en la escala de la dificultad para identificar los sentimientos.

Analizando el test de trastornos alimentarios, vemos que se da un aumento en las medias de los jóvenes gallegos, de 0,97 en los chicos y 1,20 en las chicas, con respecto a los/as jóvenes vascos/as respectivamente. Este estudio de Espina es del año 2002 y el nuestro del 2004. Observamos pues que en cuestión de dos años los problemas de trastornos alimentarios han aumentado con respecto a estos trabajos, algo que sería muy bueno el tomar precauciones tanto por los medios de atención primaria, como por los padres y educadores que están en contacto muy directamente con los adolescentes.

Buscando más comparaciones de las puntuaciones del EAT-40 con otras comunidades autónomas en trabajos iguales o semejantes de TCA, nos encontramos que:

Analizando nuestros resultados de este test, con una puntuación en los alumnos superior a 30, nos da que hay un **6%** con riesgo de padecer TCA en los adolescentes gallegos y por otro lado vemos que las puntuaciones de estas comunidades varían entre el **3,4%** de Madrid, Gandarillas-Grande y Febrel (2002) y Andalucía, Rivas, Bersabé y Castro (2001), y el **5,17%** de Valencia, Rojo et al., (2003), en trabajos iguales o semejantes llevados a cabo con adolescentes de estas comunidades realizados en los últimos años. Por lo que seguimos deduciendo que, según nuestro estudio, ha habido un ligero avance en este problema.

Con respecto al GHQ-28 no hemos encontrado ningún estudio realizado con este tipo

de población y por tanto no tenemos elementos de comparación.

4. CONCLUSIONES

Después de llevada a cabo la investigación y analizando la relación de unas edades con otras, en la puntuación total de la TAS-20, nos encontramos que las mayores diferencias se dan entre los alumnos de 15 y 16 años y los de 12 y 13, sobre todo en la PT de la prueba y entre los de 12 y 13 con los de 14, 15 y 16 en el Pensamiento Orientado al Exterior, viéndose de este modo el salto entre la adolescencia y la preadolescencia. Aquí se podría plantear desde un punto de vista educativo si en la división actual de educación secundaria obligatoria convendría tener a los alumnos en centros distintos en estas edades o bien seguir juntos como están en el momento actual, ya que se ve el salto de personalidad entre 1º y 2º de E.S.O. y 3º y 4º. En la Escala DDS no se observa ninguna diferencia significativa en estas edades.

Vemos que también se dan diferencias significativas en la escala de Salud Mental entre los alumnos con edades de 11, 12, 13, 14 y 16 años y los de 18 en lo relativo a las preocupaciones somáticas, siendo estos últimos los que más las padecen; sin embargo llama la atención que entre los de 15, 17 y 18 no las haya. Muy posiblemente aquí se junten tanto las preocupaciones de los alumnos de 15 años, muy características de esta edad, como las de los alumnos que con 17 y 18 años ven que se les acaba la etapa de educación después de haber repetido uno o dos años a los largo de los estudios y muchas veces se ven con la inseguridad de qué van a hacer a continuación. Esto vendría a plantear si conviene seguir prolongando la escolaridad de estos alumnos “con fracaso en sus estudios” en E.S.O. o sería más conveniente que pudiesen comenzar antes otros estudios que les sacasen de su sentimiento de “fracasados” y les llevase a mejorar su autoestima, pues no parece

muy normal que alumnos con 18 años padezcan precisamente preocupaciones somáticas.

Observamos que en la escala de Disfunción Social, se dan diferencias significativas entre los alumnos de 12 y los de 14, 15 y 16 años, es decir, el final de la infancia y la etapa de la adolescencia.

Así mismo, en la escala de Ansiedad e Insomnio existen estas diferencias entre los alumnos de 12 años y los de 15 y 16, esto es, entre los alumnos que han comenzado secundaria y los que la terminan. Unos porque tienen miedo a cómo superar el paso de primaria a secundaria y los otros el acceso de secundaria a bachillerato. De ahí que los educadores deban cuidar mucho estos dos cursos para que sirvan de adaptación a la etapa que empiezan y de preparación a la etapa a la que van a acceder. Por otra parte, hay que tener en cuenta la coincidencia de estos cursos con el nacimiento de la preadolescencia y el desarrollo central de la adolescencia.

En cuanto a la escala de Depresión Severa del G.H.Q.-28 y el test de Trastornos Alimentarios (EAT-40), no nos da ninguna diferencia significativa entre las distintas edades.

Con el ánimo de inspirar la proyectividad, debemos plantear algunas de las implicaciones educativas más notables que se objetivan en nuestros registros analíticos. En la sociedad gallega actual, y por extensión en una sociedad española y europea, la vulnerabilidad de los adolescentes a los trastornos alimentarios exigen la progresiva incorporación de los esquemas de enseñanza activa al diseño didáctico transdisciplinar de la educación estética, convirtiendo al adolescente en un nuevo sujeto que ya no sólo es lector de un saber científico, sino un agente que participa e interviene en los cambios conceptuales estéticos.

No obstante lo anterior, conviene precisar que, en esta fase de tránsito formativo, la actividad y participación del alumno presupone

otros soportes en los que se materializa el cambio pedagógico. Nos referimos a cambios en la política educativa y en los comportamientos éticos de los educadores y educandos. En este sentido, se empieza a observar, desde hace más de una década (Cabaco, 1995), la generalización de políticas preventivas y priorización en el diseño de programas de salud que ofrecen nuevas posibilidades en la formación integral del adolescente. Junto a estas innovaciones transversales, debe significarse como elemento clave el cambio en la responsabilidad y comportamiento ético de profesores y alumnos.

Pero, admitidas las premisas éticas y axiológicas desde una perspectiva de conjunto, los comportamientos de los distintos actores no pueden ni deben ser asignados con la misma perspectiva. Con cierta cautela por los riesgos de simplificación en los que podemos incurrir, consideramos, en lo que afecta a los actores sociales y educativos, la necesidad de implantar y mejorar los sistemas de formación y generalizar el desarrollo de prácticas para configurar una visión estratégica del problema. En lo que afecta a los adolescentes, su responsabilidad y comportamiento ético obliga a mantener la vitalidad intelectual y fomentar la actitud y vocación de actualización. La necesaria adaptación -entornos, status, condiciones- y autodirección -trayectoria personal, anticipación y carácter emprendedor-, que se precisan del adolescente en un mundo estructurado por la complejidad, plantea de forma inequívoca una nueva función de liderazgo de la educación y una redimensión de los valores corporales, intelectuales y éticos.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F., (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. Nueva York: W.W. Norton.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Buelbena A., Berrios G.E. Fernández de Larrinoa P. (2000). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.
- Cabaco, A. S. (1995). Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia. Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
- Castro J., Toro J., Salamero M., Guimera E., (1991) The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*; 7(2),175-190.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Dunbar, F., (1943). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships, 1910-1933* (2ª ed.). Nueva York: Columbia University Press.
- Escudero Vidal, J. (2006). *Alexitimia y vulnerabilidad a trastornos alimentarios en adolescentes gallego de 12 a 16 años*. UBU. Burgos.
- Espina Eizaguirre, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Alemán, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, (117): 25-42.
- Gandarillas-Grande, A. & Febrel, C. (2002). *Encuesta de prevalencia de trastornos del*

- comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Garner, D.M., y Garfinkel P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(2), 273-279.
- Guimon, J. (2001). Salud mental relacional. Concepto, etiología y diagnóstico. (Tomo I). Nueva York: *Core Academic*.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Mclean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain", *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338-353.
- Otero Rodríguez, (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX (72), 587-596.
- Rivas T., Bersabe R. & Castro Serafina. 2001. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*; 24(2), 25-31.
- Rojo L., Livianos L., Conesa Ll., García A., Domínguez A., Rodrigo G., Sanjuán Ll., Vila M. 2003. Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *International Journal of Eating Disorders*; 34(3), 281-291.
- Ruesch, J., (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P. y Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexitymia scale. *Psychotherapy and Psychomatics*, 44(4), 191-199.