



Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs adolescentes

Regulación emocional y Teoría de la Mente

Autores:

Rosa Calvo Sagardoy
Gloria Solórzano
Carmen Morales
M^a Soledad Kassem
Rosana Codesal
Ascensión Blanco
Luis Gallego



Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs adolescentes

Regulación emocional y Teoría de la Mente

Autores:

Rosa Calvo Sagardoy
Gloria Solórzano
Carmen Morales
M^a Soledad Kassem
Rosana Codesal
Ascensión Blanco
Luis Gallego

Edita:

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid con la colaboración de la Fundación
ATRESMEDIA
Cuesta de San Vicente, 4 - 28008 Madrid

Diseña:

Luis Hernández

Imprime:

Gráficas Nitral, S. L.
Arroyo Bueno, 2 - 28021 Madrid

ISBN: 978-84-87556-59-3

Depósito legal: M-982-2014

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
1. Objetivos	8
2. Hipótesis	8
Metodología	8
1. Diseño	8
2. Sujetos de estudio	8
3. Materiales	9
4. Variables	10
Análisis de datos	11
Resultados	12
1. Características demográficas y clínicas de los pacientes	12
Conductas patológicas	14
Criterios de gravedad asociados	16
2. Diferencias entre pacientes y controles de las variables emocionales	18
3. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales	21
4. Diferencias entre pacientes de las variables emocionales medidas, en función de las características clínicas asociadas	29
5. Diferencias entre pacientes en las variables emocionales, en función de criterios de gravedad asociados.....	35
6. Diferencias en las variables emocionales asociados a la gravedad, por estratos de edad	37
Discusión	38
Limitaciones del estudio	43
Conclusiones	44
Implicaciones clínicas	45
Referencias	45

RESUMEN

Objetivo y métodos: Actualmente se destaca la importancia de las dificultades de reconocimiento y regulación emocional y los problemas en cognición social (ToM), en la predisposición y mantenimiento de los TCA. La mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes mayores y pocos han analizado estas características en pacientes adolescentes. Esta investigación examina las dificultades de reconocimiento y regulación emocional y la ToM en 48 pacientes con Anorexia Nerviosa (39) y Bulimia Nerviosa (9), adultas y adolescentes, con diversos grados de gravedad y las compara con grupos control sanos. Para evaluar estas dificultades se ha utilizado el TAS-20, el DERS y el RME.

Resultados: Conforme a lo establecido en nuestra hipótesis, las pacientes con AN y BN presentan mayores dificultades, en el reconocimiento de sus propias emociones y en su regulación, que los sujetos control. Las dificultades están moduladas por la edad y la gravedad del trastorno. Las pacientes mayores y más graves presentan más problemas en el reconocimiento emocional que las adolescentes menos graves. Ambos grupos muestran dificultades similares en la aceptación de sus emociones y en su regulación. No se han obtenido diferencias en función del diagnóstico ni del IMC.

Contrariamente a lo esperado, en el funcionamiento en cognición social (teoría de la mente), las pacientes AN y BN, adultas y adolescentes mantienen intacta su capacidad para atribuir estados mentales a otros, realizando la tarea de mentalización de forma similar a los sujetos control. Únicamente las pacientes con más tratamientos previos y mayor duración del trastorno muestran un rendimiento ligeramente inferior al grupo control, sin significación estadística. No existe relación con el IMC bajo ni con los síntomas alimentarios.

Conclusiones: Dado que todas las pacientes TCA tienen dificultades emocionales, es esencial que se introduzcan técnicas que faciliten el reconocimiento, la aceptación y la regulación emocional en su tratamiento. Puesto que las dificultades se intensifican en el transcurso del trastorno, los tratamientos de pacientes adolescentes tienen que incluir intervenciones terapéuticas tempranas que impidan este deterioro. Por lo que respecta a la ToM, los resultados sugieren que las dificultades de cognición social no son generalizables a todas las pacientes AN, incluso con un nivel de desnutrición grave. En pacientes de larga evolución la mentalización es ligeramente inferior y parece estar asociada, muy débilmente, a las dificultades de vínculo terapéutico. Estos resultados no apoyan la hipótesis de que las pacientes con AN comparten características de los pacientes del espectro autista, al menos en todas las dimensiones de la ToM. Estos y otros hallazgos controvertidos en cognición social en TCA, sugieren que no es posible generalizar las dificultades de mentalización a todos los pacientes con TCA e instan a realizar más investigaciones que permitan descubrir las características diferenciales de las pacientes AN con alteraciones de ToM, más allá de las dificultades de vínculo observadas.

Palabras clave: Anorexia, Bulimia, Adolescentes, Alexitimia, Regulación emocional, Teoría de la Mente

ABSTRACT

Objective and methods: Current research has focused on the impact of difficulties in emotional recognition and regulation, and deficits in social cognition (ToM) in the predisposition and maintenance of eating disorders EDs. Though most studies have assessed adult patients, few studies have examined these characteristics in adolescent patients. This study assessed difficulties in emotional recognition and regulation and ToM in 48 adult and adolescent patients (39 Anorexia Nervosa patients, and 9 Bulimia Nervosa patients) of varying degrees of severity, who were compared with a group of healthy controls using the TAS-20, the DERS, and the RME.

Results: The results substantiate the initial working hypothesis that difficulties in emotional recognition and regulation would be greater in both AN and BN patients as compared to controls. Moreover, these difficulties were modulated by age and the severity of the disorder i.e., severely affected adult patients had more difficulties in emotional recognition than less severely affected adolescent patients, but both groups exhibited similar levels of difficulty in acceptance and regulation of their own emotions. No differences were observed according to diagnosis or BMI.

Contrary to expectation in terms of the functioning of social cognition (theory of mind), both adult and adolescent AN and BN patients maintained their ability to infer the mental state of others, and performance in mentalizing task was similar to controls. Performance was slightly lower, but not statistically significant, in long-term previously treated patients than in controls. No relationship with low BMI or eating symptoms was observed.

Conclusion: Since all of the ED patients exhibited emotional difficulties, techniques designed to enhance emotional recognition, acceptance, and regulation are vital for successful treatment. As difficulties become more acute as the disorder progresses, the treatment of adolescent patients must entail early therapeutic interventions designed to arrest further deterioration. In terms of ToM, the results suggest difficulties in social cognition can neither be generalized to all AN patients nor to those suffering from severe malnutrition. In long-term patients mentalization was slightly low and apparently poorly associated to difficulties in therapeutic link. These results do not lend support to the hypothesis that AN patients share the characteristics of patients affected by autistic spectrum disorders, at least not in terms of all the dimensions of ToM. These, and other controversial findings in the social cognition of EDs suggest that difficulties in mentalization cannot be generalized to all ED patients, which underscores the need for further research on the differential characteristics of AN patients with ToM disorders that goes beyond the emotional difficulties observed.

Keywords: Anorexia, Bulimia, Adolescents, Alexithymia, Emotional Regulation, Theory of Mind

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son trastornos multidimensionales generados por una conjunción de factores fisiológicos, cognitivo/emocionales, familiares y socioculturales, que se siguen expandiendo en una sociedad cuyo valor más deseado es alcanzar una imagen corporal delgada y una imagen psíquica perfecta como expresión de éxito y “elegancia”. Estos trastornos han alcanzado dimensiones muy elevadas en las sociedades occidentales (Hoek y Van Hoeken, 2003). La prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) en mujeres oscila entre 0.3% y 3.7%, dependiendo de los criterios mas o menos estrictos para realizar el diagnóstico. En cuanto a la bulimia nerviosa (BN), la prevalencia oscila entre 1% y 4.2% (Lewinsohn, Striegel-Moore y Seeley, 2000; Ruiz-Lázaro, 2002). Los tratamientos actuales consiguen mejorías que no superan el 70% de las pacientes y de estas, alrededor del 20% mantienen síntomas que las hacen muy vulnerables a las recaídas. El 25-30% restante sigue un curso crónico y las pacientes permanecen atrapadas en la patología, lo que supone un gran coste personal, social y económico.

Investigaciones actuales han puesto en evidencia que uno de los factores con mayor peso, tanto para la predisposición a los TCA, como para la resistencia al cambio que dificulta su recuperación, son los problemas emocionales encontrados en las pacientes (dificultades de reconocimiento e inadecuada regulación de las emociones) (Cooper, Wells y Todd, 2004; Fox y Froom, 2009; Schmidt y Treasure, 2006; Vögele, y Gibson, 2010). La importancia de reconocer y expresar las emociones proviene del efecto saludable que tiene su expresión adecuada sobre nuestra salud física y psíquica. Una buena regulación emocional está negativamente relacionada con la ansiedad y la depresión y positivamente con las estrategias de afrontamiento saludables. Cuando las emociones negativas se escuchan -reconsideración cognitiva- y se reinterpretan de forma positiva se incrementa la sensación de bienestar físico y psíquico. Por el contrario, cuando las emociones negativas se niegan e inhiben se produce un incremento en la excitación de algunas estructuras cerebrales (amígdala, Ínsula) y una disminución de la sensación de bienestar. (Kassel, Bornovalova y Mehta, 2007; Speranza et al., 2005). Una inadecuada regulación emocional predispone a las adicciones y facilita la utilización del consumo de sustancias como forma de manejo del malestar afectivo, (Catanzaro y Laurent, 2004; Kassel y Unrod, 2000; Lyvers, Thorberg, Ellul, Turner y Bahr, 2010). Esta afectación que se manifiesta a nivel cerebral se ha observado en estudios con neuroimagen fMRI. Las personas con dificultades emocionales presentan una activación neuronal exagerada de la amígdala y la ínsula en respuesta a los estímulos emocionales de valencia negativa impidiendo la reducción del estrés y, por ende, el descanso y bienestar de nuestro organismo. (Phillips, Drevets, Rausch y Lane, 2003; Rosen y Levenson, 2009).

La consideración de los aspectos emocionales ha abierto una vía de esperanza en el tratamiento de los pacientes con TCA ya que, incluir intervenciones terapéuticas específicas que ayuden a regular sus emociones podría incrementar la eficacia de los tratamientos actuales. Por el contrario, cuando los aspectos emocionales se ignoran se tiende a realizar tratamientos erróneos con intervenciones excesivamente rígidas y coercitivas que producen resultados, aparentemente beneficiosos de manera temporal, tal como una subida de peso o la eliminación de los “vómitos”. Al estar asociados a vigilancia y control, los resultados positivos se pier-

den cuando los “controladores” dejan de vigilar, produciéndose una recaída y la idea de que de los TCA no se sale de forma definitiva. Este proceder ha originado, casi indefectiblemente, el empeoramiento posterior, la ocultación, la cronificación y la pérdida de toda posibilidad de acción terapéutica. De ahí la importancia de estudiar las características de las variables de tratamiento que intervienen en una buena evolución del trastorno y reducen el riesgo de cronificación. (Calvo, 2002; Calvo, Gallego y García de Lorenzo y Mateos, 2012).

En conjunto, cuando se han comparado las características emocionales de las pacientes TCA, con grupos control de mujeres sin TCA, se ha observado que muestran mayor dificultad para identificar y describir los sentimientos (alexitimia) y formas más inadecuadas (evitación, escape, negación) de regulación de las emociones. (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Corcos et al., 2000; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor y Parker, Bagby y Bourke, 1996; Karukivi et al., 2010). Hasta tal punto se han considerado los problemas emocionales relevantes en los TCA, que diversos modelos teóricos sugieren que los comportamientos patológicos sirven como evitación de emociones negativas, (Fox y Froom, 2009; Jansch, Harmer. y Cooper, 2009; Parling, Mortazavi y Ghaderi, 2010), o como forma de regularlas, (Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2009; Schmidt y Treasure, 2006; Ty y Francis, 2013). La restricción alimentaria serviría para reducir las emociones negativas a través de un mecanismo de control que adquiere propiedades de refuerzo negativo. (Espeset, Nordbø, Gulliksen, Skårderud, Geller, y Holte, 2011; Fox, 2009; Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, y Flett, 2000; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, y Jeczmién, 2006). El atracón se utilizaría como medio de distracción o alivio de dichas emociones negativas. (Alpers y Tuschen-Caffier, 2001; Rodríguez, Mata y Moreno, 2007; Rodríguez, Mata, Moreno, Fernández y Vila, 2007). Esta funcionalidad de los síntomas como medio de manejo de los problemas emocionales es expresada de la misma manera por las propias pacientes cuando opinan sobre el significado de sus comportamientos patológicos. (Kyriacou, Easter y Tchanturia, 2009; Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud y Holte, 2006; Waller, Corstorphine y Mountford, 2007). Incluso la intensidad de la gravedad de los trastornos se ha relacionado con la gravedad de las dificultades emocionales. (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller y Holte, 2012). Aquellas pacientes que peor se encuentran a nivel emocional realizarían una restricción alimentaria más severa (AN) y utilizarían más métodos de purga (vómitos, laxantes y diuréticos) tras los atracones (BN purgativa) que sus pares menos graves, (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011). Además, se han observado que existen dificultades de reconocimiento emocional en otras personas cuando se utilizan tareas de reconocimiento emocional facial y verbal, (Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, y Treasure, 2004; Morris, Bramham, Smith, y Tchanturia, 2014; Skårderud, y Fonagy, 2011).

Estos datos, no obstante, no están exentos de problemas cuando se trata de interpretarlos. Los autores se plantean si los resultados pueden ser consecuencia de la pérdida extremada de peso de las pacientes estudiadas y/o debido al deterioro cognitivo/emocional producido por la duración del trastorno, ya que la mayoría de los grupos investigados eran de pacientes graves de larga evolución (7 años o más). Por ello, en el momento actual se destaca la necesidad de realizar nuevos estudios que utilicen muestras de pacientes que hayan recuperado el peso y/o con menos años de evolución (adolescentes). Nuestra investigación se centra en el estudio de los problemas emocionales de nuestras pacientes, ya que las emociones, como

he señalado anteriormente, juegan un importante papel tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TCA. Nuestro estudio trata de minimizar el riesgo de sesgo debido a la larga evolución del trastorno y a la intensidad de la gravedad, al incluir un grupo de pacientes adolescentes de reciente diagnóstico y compararlo con un grupo de pacientes adultas de larga evolución, además de tener en cuenta la intensidad de su gravedad.

1. Objetivos

- 1) El principal objetivo de nuestra investigación es determinar la existencia de diferencias en el reconocimiento emocional propio y de otros y en la regulación de las emociones entre pacientes TCA, adolescentes (14-18 años) y mayores (19-50) y grupos control.
- 2) Si existen estas diferencias, determinar cuáles son las dificultades específicas en el reconocimiento y regulación de las emociones en cada grupo de pacientes.
- 3) Tratar de establecer una asociación entre el déficit emocional y la gravedad del trastorno.
- 4) Sugerir acciones terapéuticas específicas a nivel emocional desde el inicio del proceso terapéutico.

2. Hipótesis

- a) Todas las pacientes diagnosticadas de TCA presentan mayores dificultades en el reconocimiento y la regulación emocional en comparación a los sujetos pertenecientes a los grupos control.
- b) El deterioro emocional será mayor en pacientes TCA con más criterios de gravedad que las pacientes menos graves, condición que implicará un empeoramiento en el pronóstico.
- c) El deterioro emocional será mayor en pacientes TCA con más años de evolución en el trastorno, ya que el trastorno agrava las dificultades emocionales.

METODOLOGÍA

1. Diseño

Estudio analítico observacional, transversal, de casos y controles.

2. Sujetos de estudio

Se ha recogido una muestra de 89 participantes en nuestro estudio, nº suficiente para detectar

diferencias significativas con un poder estadístico por encima del 95%. El grupo de pacientes está formado por 48 sujetos: 21 pacientes adolescentes y 27 pacientes adultas con TCA diagnosticadas según criterios DSM-IV. Las pacientes realizan tratamiento en los distintos dispositivos de Salud Mental del área del Hospital “La Paz” de Madrid. El grupo control lo componen 28 controles adolescentes y 13 controles adultas, seleccionados según variables socio/demográficas del grupo de pacientes, con el objetivo de homogenizar la muestra. Estos sujetos cumplen los mismos criterios de inclusión y de exclusión que los casos seleccionados y no presenten ningún criterio diagnóstico de TCA, aplicado según DSM-IV, ni la existencia de conductas alimentarias o cogniciones alteradas. Las participantes adolescentes control, pertenecen a dos clases de 4ª de la ESO y 1ª de Bachillerato. Las participantes adultas control eran universitarias.

Criterios de inclusión:

- Diagnósticos de Anorexia Nerviosa Restrictiva o Anorexia Nerviosa Purgativa, Bulimia Nerviosa según se recogen en los criterios de DSM-IV.
- Han iniciado tratamiento en los distintos dispositivos de Salud Mental bajo el área de influencia del Hospital La Paz de Madrid.
- Edad comprendida entre 14 y 18 años en los grupos de adolescentes y entre 19 y 50 en los grupos de adultas.
- Comprensión del español para atender y realizar las pruebas correctamente.

Criterios de exclusión:

- Edad igual o inferior a 13 años y superior a 50 años.
- Presencia de otras enfermedades que alteren el Índice de Masa Corporal (IMC).
- Presencia de patologías neuropsiquiátricas que conlleven un deterioro neuropsicológico (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Traumatismo craneoencefálico).
- Presencia de diagnóstico de dependencia a alcohol u otras drogas ilegales, según criterios de DSM-IV, que podrían interferir en los resultados del estudio.
- No comprensión del español.

El diagnóstico fue establecido en términos clínicos por el equipo de la UTCA formado por especialistas clínicos, psicólogos y psiquiatras con una considerable experiencia en el tratamiento de pacientes con TCA. Todos los participantes fueron informados del estudio y el equipo les invitó a participar en él como forma de contribuir al conocimiento del trastorno y obtener algún tipo de conclusión positiva para mejorar el tratamiento. Una vez informados y obtenido su consentimiento, los participantes o sus representantes legales firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio de forma voluntaria.

3. Materiales

Criterios clínicos y pruebas estandarizadas.

Para establecer el diagnóstico definitivo de TCA, se han aplicado los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000).

Con el objetivo de detectar el nivel de gravedad del trastorno se han establecido unos niveles de gravedad según los siguientes criterios: haber tenido un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 15kg/m². Duración del trastorno de 5 años o más. Tener 3 o más intentos de tratamiento anteriores. Haber necesitado 3 o más ingresos hospitalarios. Haber tenido tentativas de suicidio, autolesiones. Ser diagnosticado de comorbilidad con otros trastornos psíquicos. Estar en situación de incapacidad laboral permanente debido al trastorno. Las pacientes fueron clasificadas con estos criterios en tres grupos: No gravedad, sin criterios de gravedad añadidos a la propia gravedad del trastorno; Gravedad grado I, cumplir un solo criterio de gravedad añadido; Gravedad grado II, cumplir dos o más criterios de gravedad añadidos.

Evaluación de las dificultades emocionales.

Se han utilizado los siguientes instrumentos psicométricos:

1. Evaluación de la capacidad de reconocimiento emocional a través de la escala TAS-20, (Toronto Alexithymia Scale), validada en población española (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994; Martínez-Sánchez, 1996).
2. Evaluación de las dificultades de Regulación emocional a través de la escala DERS, (Difficulties in Emotion Regulation Scale), validada en población española. (Gratz, Roemer, 2004; Hervás y Jodar, 2008).
3. Evaluación de la percepción de emociones de los otros, mediante la prueba RME (Reading the Mind in the Eyes). Validada en población argentina. (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001; Roman et al., 2012).

4. Variables

Toronto Alexithymia Scale, TAS-20. La Escala de Alexitimia de Toronto es la escala más utilizada para medir la alexitimia. Está compuesta por 20 ítems, con una escala de respuesta tipo likert de cinco puntos que muestra el grado de desacuerdo puntuando de forma progresiva (desde “total acuerdo” a “total desacuerdo”). La puntuación obtenida por un sujeto en el TAS 20 puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos. Los puntos de corte de la validación en población española indican que a partir de 61 puntos se puede considerar que la persona presenta una alexitimia clara. Entre 52 y 60 la puntuación indicaría una posibilidad de alexitimia. Una puntuación igual o menor a 51 indicaría que la persona no presenta alexitimia y percibe sus emociones de forma adecuada. (Martínez-Sánchez, 1996).

Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS. La escala de Dificultades en la Regulación Emocional mide diferentes aspectos desadaptados de la regulación emocional, que se consideran clínicamente relevantes, (Gratz y Roemer, 2004) y que pueden estar presentes en las dificultades emocionales de diferentes tipos de pacientes. El aspecto más significativo de la adaptación al castellano es la reducción de factores e ítems con respecto a la escala original. (Hervás y Jodar, 2008) La escala propuesta consta de 28 ítems, mientras que la original presentaba 36. En cada ítem, el sujeto debe seleccionar en una escala de uno a cinco (siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”) la frecuencia con la que se siente identificado con cada afirmación. Así mismo, la versión española está compuesta por 5 factores. Desatención, Confusión Rechazo, Interferencia y Descontrol. En la validación española para muestra poblacional de mujeres sanas se han obtenido las siguientes puntuaciones medias para las diferentes subescalas: Atención/Desatención 9.6, Claridad/Confusión 7.9, Aceptación/Rechazo 14.9, Funcionamiento/Interferencia 10.2, Regulación/Descontrol 16.5.

Reading the mind in the eyes, RME. Se trata de una tarea de cognición social dirigida a evaluar la capacidad de las personas para inferir las emociones de otros a través de la mirada. Es una medida de reconocimiento emocional ajeno y se le considera uno de los componentes de la teoría de la mente. La tarea presenta una serie de 36 de fotografías en blanco y negro de la parte superior del rostro (ojos, cejas y frente) de distintas personas. Existen dos versiones, una para menores de 18 años, que cuenta con 28 fotografías y otra para adultos con 36 ítems. Tras visualizar cada fotografía, el sujeto debe seleccionar, sin tiempo limitado, entre cuatro estados mentales, el que considera que representa mejor a dicha imagen. Como tarea control, para descartar que el sujeto no presente un problema en el reconocimiento de las caras, se pide que identifique si se trata de un rostro de hombre o de mujer. Para la corrección, se otorga un punto a cada respuesta correcta, de modo que la máxima puntuación que puede obtener el sujeto es 36, si se trata de un adulto, y 28 si es un menor (Baron-Cohen et al., 2001). La versión española ha sido validada con una muestra de población adulta de Buenos Aires, obteniendo una puntuación media de 23.36 y desviación típica de 4.87 en sujetos controles normales, apreciándose una ligera mejor ejecución en los sujetos con mayor nivel educativo, y un descenso del rendimiento en mayores de 76 años (Román et al. 2012). Debido a que la edad de los sujetos (mayores y menores de 18 años) implica utilizar dos versiones de la tarea RME que tienen un nº diferente de ítems, las comparaciones de los resultados entre el grupo total de pacientes y el grupo total de controles mediante la puntuación directa es imposible de realizar. En esta situación, para realizar las comparaciones de rendimiento en la RME task, se ha utilizado el nº y porcentaje de errores cometidos, restando la puntuación directa a la puntuación total de cada versión. Cuando las muestras están diferenciadas por edad, se ha utilizado tanto la puntuación directa como el nº de errores cometidos.

ANÁLISIS DE DATOS

Método estadístico

Las variables cuantitativas se describen con medidas de centralización y de dispersión (media y desviación típica). Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y

relativas. Notación: Media $\pm$ Desviación típica; N (%). Para representar la distribución de los datos cuantitativos se han utilizado los diagramas de cajas y bigotes (box-plot). Para representar la distribución de los datos cualitativos se han utilizado diagramas de barras y sectores que representan las frecuencias relativas.

Se ha realizado un análisis univariante para estudiar las diferencias en las escalas y tarea entre casos y controles, y las posibles asociaciones entre las características que definen el trastorno y las escalas y tarea. Las diferencias entre grupos se han contrastado mediante el test t-Student para muestras independientes y mediante contrastes no paramétricos, U de Mann Whitney, en el caso del análisis por estratos, por el pequeño tamaño muestral. La correlación entre variables cuantitativas se ha estudiado a partir del coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados principales se acompañan del intervalo de confianza al 95%.

Todos los contrastes de hipótesis se consideran bilaterales y como valores estadísticamente significativos aquellos $p < 0,05$. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS.12.0.

RESULTADOS

1. Características demográficas y clínicas de los pacientes

La muestra está compuesta por 89 sujetos, 41 (46,1%) son pacientes y 48 (53,9%) son controles. La distribución por estratos de edad es de un 44,9% de casos en adultas y un 55,1% de casos en menores. (tabla1). La edad media de las pacientes adultas era de 29, 26 $\pm$ 7,8 años y la edad media de las adolescentes era de 16, 33 $\pm$ 1,63. La edad media de las participantes adultas del grupo control era de 24,6 $\pm$ 1,7 y la edad media de las participantes adolescentes era de 15,85 $\pm$ 0.44. (Tabla 2).

Tabla 1. Grupo Muestral

	TOTAL		PACIENTES		SUJETOS CONTROL	
	N	%	N	%	N	%
ADULTAS	40	44,9	27	67,5	13	32,5
ADOLESCENTES	49	55,1	21	42,9	28	57,1
TOTAL	89	100,0	48	53,9	41	46,1

Tabla 2. Edad de las participantes

EDAD		Media	Desviación Típica
PACIENTES	ADULTAS	29,26	7,857
	ADOLESCENTES	16,33	1,653
SUJETOS CONTROL	ADULTAS	24,6	1,6
	ADOLESCENTES	15,85	0,441

El 81% de las pacientes cumplían criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa en el inicio del tratamiento. En el momento de iniciar el estudio 1 de ellas cumplía criterios de TCANE de perfil anoréxico ya que su IMC era superior a 17,5. El resto de las pacientes, 18,8%, cumplían criterios de Bulimia Nerviosa, (Tabla 3). Índice de Masa Corporal (IMC): en el momento del estudio, el grupo de pacientes con diagnóstico de AN o TCANE tipo AN presentaban un IMC medio de 17,3 (rango 11,2-20,4), aunque habían tenido valores muy por debajo a lo largo de su trastorno. El grupo de pacientes con diagnóstico de Bulimia presentaban en el momento del estudio un IMC medio de 21,8 (rango 17,9-31,1) aunque alguna de ellas había tenido sobrepeso a lo largo del proceso del trastorno y 4 habían migrado su diagnóstico porque en el inicio debutaron con un perfil anoréxico. El 25% de las pacientes presentaban un IMC menor de 15. El 54,2% presentaba un IMC entre 15 y 17,5 y un 20,8% presentaban un IMC superior a 17,5. (Tabla 4) (Gráficos 1 y 2).

Tabla 3. Diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Anorexia	39	81,2
Bulimia	9	18,8
Total	48	100,0

Tabla 4. IMC y % Rangos de IMC

IMC	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
AN/TCANE	17,3	2,8	11,2	20,4
BN	21,8	3,1	17,9	31,1

Rangos de IMC	Frecuencia	Porcentaje
<=15	12	25,0
15-17,5	26	54,2
>17,5	10	20,8
Total	48	100,0

Media ± Desviación típica

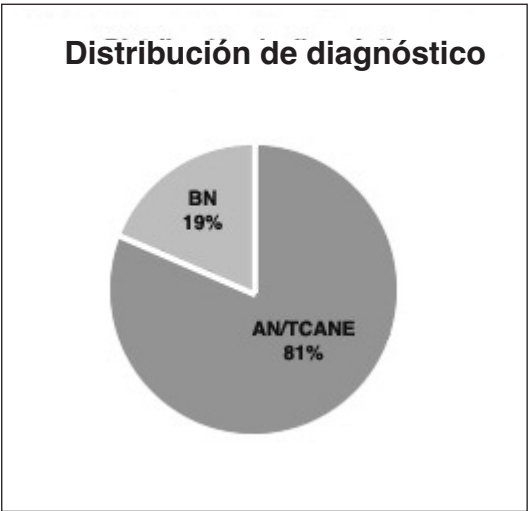


Gráfico 1. Diagnóstico.

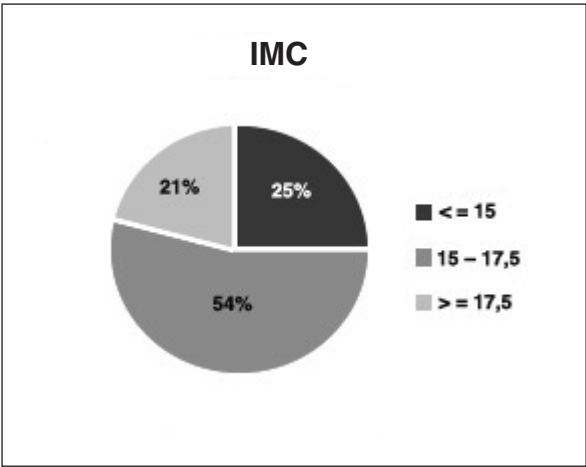


Gráfico 2. IMC y % Rangos de IMC.

Duración del trastorno: Medido en años de evolución, el grupo muestra una media de 6,04 años $\pm$ 5,29, (rango > 1-24) (Tabla 5). Los años de evolución son muy diferentes en el grupo de las adolescentes que en el de las adultas. Las adolescentes se agrupan en torno al año y las adultas presentan dos grupos: un grupo cuya mediana se sitúa alrededor de los cinco años de evolución (tiempo de evolución medio de la mayoría de los pacientes con TCA) y otro grupo de larga evolución cuya mediana se sitúa en torno a los 10 años de evolución y que podría ser considerado como grupo de pacientes cronicadas. (Grafico 3).

Tratamientos previos: Un 72% de las pacientes habían recibido tratamientos anteriores a nuestro tratamiento, en otros dispositivos sanitarios. El 27,2% habían realizado 3 o más tratamientos. Incluso 4,4% había realizado más de 10 tratamientos antes de realizarlo con nuestro equipo. (Tablas 6) (Grafico 4).

Tabla 5. Duración del trastorno

Años de duración	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Grupo Total	6,04	5,29	>1	24
Adultas	9,28	6,17	1,5	24
Adolescentes	1,90	1,45	<1	6

Media $\pm$ Desviación típica

Tabla 6. Tratamientos previos y Frecuencia de tratamientos previos

Tratamientos previos	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	72,9
NO	13	27,1
Total	48	100,0

Frecuencia Tratamientos previos	Frecuencia	Porcentaje
≤ 2	22	45,7
3-10	11	22,8
>10	2	4,4
Sin Trat.	13	27,1

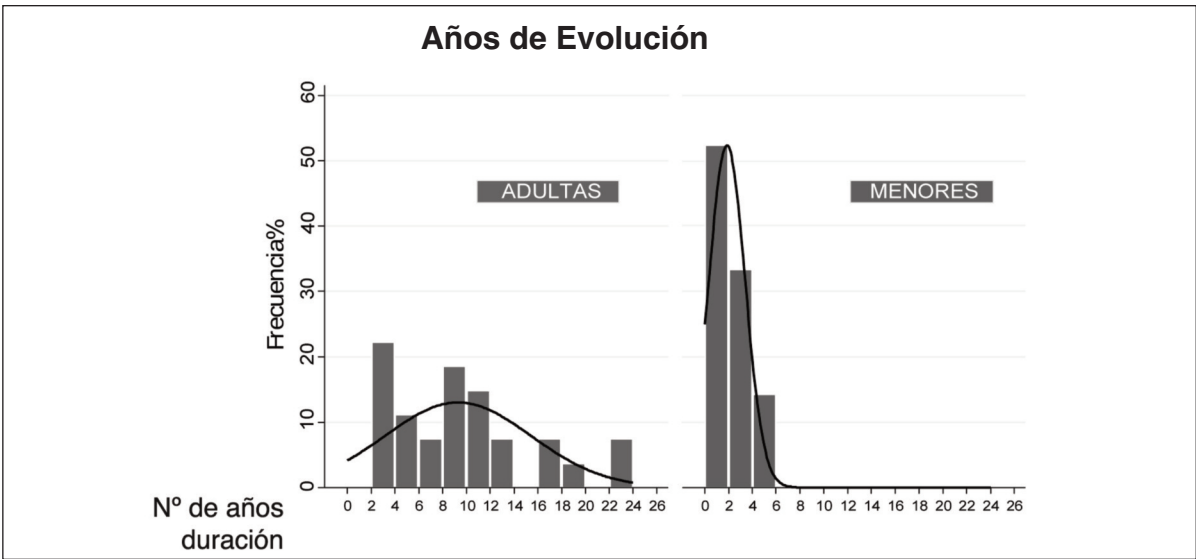


Gráfico 3. Años de evolución por grupos de edad.

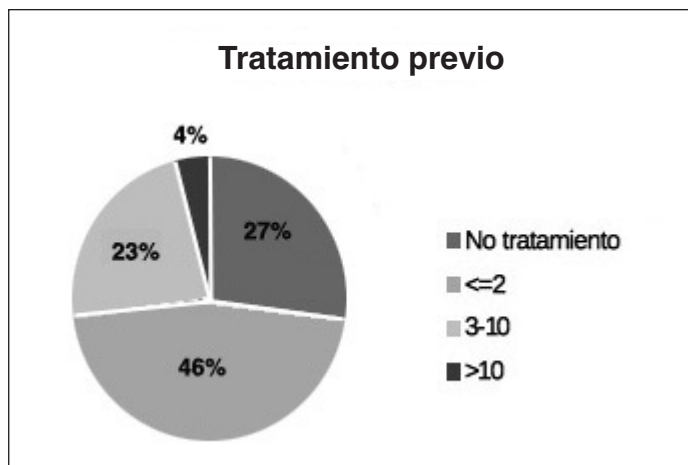


Gráfico 4. Tratamientos previos.

Conductas patológicas

Ingesta Restrictiva: el 95,8% de las pacientes realizaban ingesta restrictiva, aunque algunas cumplieran diagnóstico de bulimia nerviosa. *Restricción de Líquidos:* el 35,4% indicaban que restringían su ingesta de líquidos. *Atracones:* Mas de la mitad de las pacientes, el 58,3%, realizaban atracones aunque muchas cumplieran diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Respecto a la utilización de conductas purgativas, la

mayoría de las pacientes 39, 81,2% utilizaban algún método para purgarse y solo 9 pacientes, el 18,8% de nuestras pacientes (todas ellas adolescentes) no utilizaban algún método purgativo y mantenía su delgadez a través de la dieta. *Abuso líquidos:* prácticamente la mitad de las pacientes, el 45,8%, reconocían que abusaban de líquidos con fines adelgazantes. *Vómitos:* Un porcentaje muy elevado de pacientes, el 62,5%, utilizaban los vómitos como conducta purgativa. *Laxantes:* La mayoría de los pacientes utilizaban laxantes, el 83,3%. *Diuréticos:* Algo más de la mitad de las pacientes, el 54,2% utilizaban diuréticos. El 45,8% restante afirmaba no haberlos utilizado. *Ejer-*

Tabla 7. Frecuencia de conductas patológicas

Conductas patológicas		Frecuencia	Porcentaje
Ingesta Restrictiva	NO	2	4,2
	SI	46	95,8
	Total	48	100
Restricción de Líquidos	NO	31	64,6
	SI	17	35,4
	Total	48	100
Atracones	NO	20	41,7
	SI	28	58,3
	Total	48	100
Conductas restrictivas	NO	9	18,8
	SI	39	81,2
	Total	48	100
Abuso líquidos	NO	26	54,2
	SI	22	45,8
	Total	48	100
Vómitos	NO	18	37,5
	SI	30	62,5
	Total	48	100
Laxantes	No	8	16,7
	Sí	40	83,3
	Total	48	100
Diuréticos	NO	22	45,8
	SI	26	54,2
	Total	48	100
Ejercicio Excesivo	NO	19	39,6
	SI	29	60,4
	Total	48	100

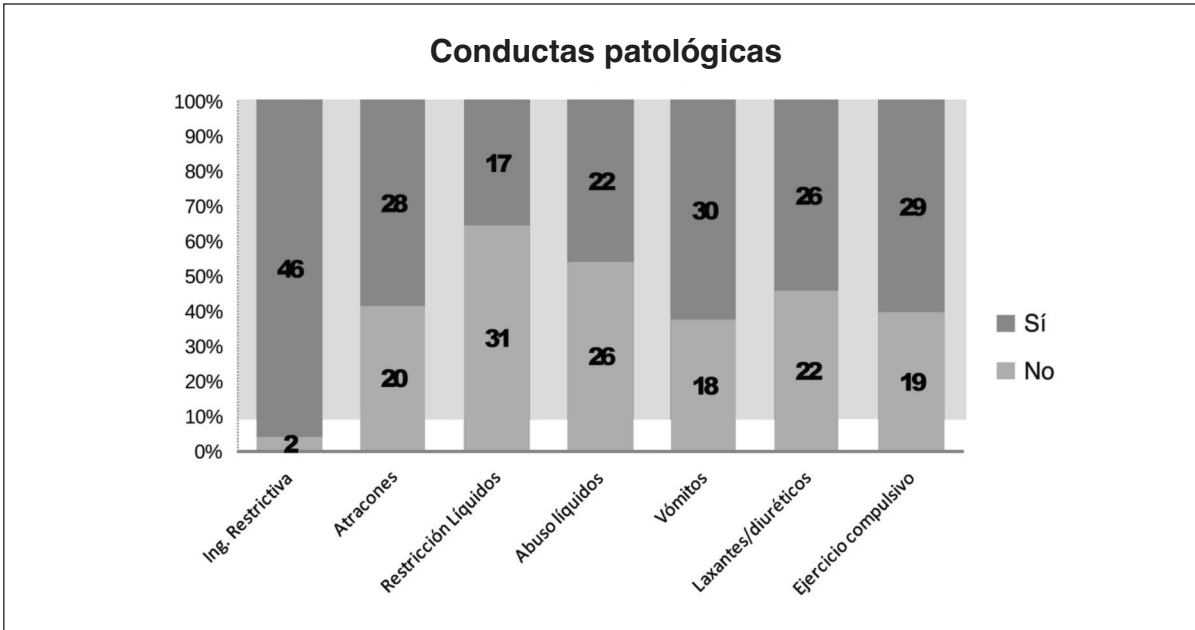


Gráfico 5. Frecuencia de conductas patológicas.

cicio Excesivo: El 60,4% de pacientes afirmaban realizar un ejercicio físico excesivo y compulsivo como forma de controlar su peso. (Tabla 7) (Grafico 5).

Criterios de gravedad asociados

Ingresos: el 35,% de las pacientes requirieron ser ingresadas a nivel hospitalario a lo largo de su trastorno. El 64,6%, no necesitaron ingreso. El 12% de las pacientes fueron ingresadas 3 o más veces. Alguna paciente llegó a necesitar 10 ingresos. (tabla 8) (Grafico 6).

Comorbilidad: el 56,3% de las pacientes fueron diagnosticadas de otras patologías psiquiátricas asociadas, por el Médico Psiquiatra del equipo. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno de Personalidad estaba presente en el 22,9%; Trastorno de Ansiedad, estaba presente en el 14,58%; TOC, estaba presente en el 12,5%. Un 43,8% no presentaba un diagnóstico de comorbilidad aunque padecieran de ansiedad o presentaran rituales alimentarios. Las pacientes con consumo de sustancias no cumplían criterios de adicción a ellas, aunque las pacientes tuvieran un consumo abusivo. (Tabla 8) (Gráfico 7).

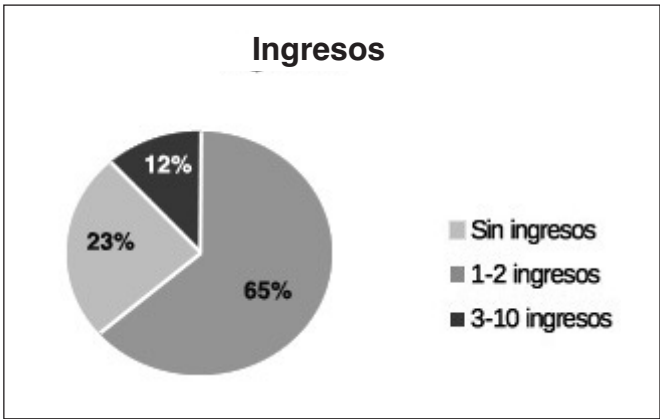


Gráfico 6. Criterios de gravedad asociados - Ingresos.

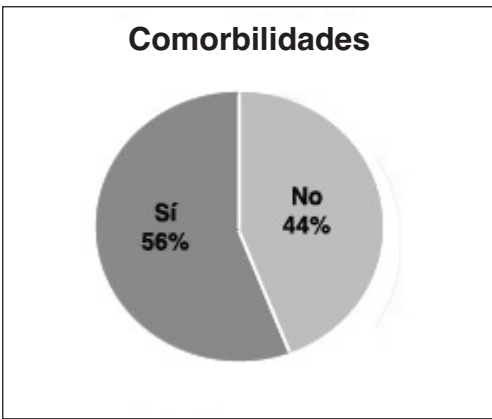


Gráfico 7. Comorbilidad.

Tabla 8. Criterios de gravedad asociados

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
SI	17	35,4
NO	31	64,6
Total	48	100,0
Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	56,3
NO	21	43,8
Total	48	100,0
Tipo Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Abuso alcohol y otras sustancias	3	6,25
Afectivos	4	8,33
Ansiedad	7	14,58
TOC	6	12,5
TP	11	22,9
Sin Comorbilidad	21	43,8
Tentativa de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	22,9
NO	37	77,1
Total	48	100,0
N.º Tentativa de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
1	7	14,6
2	1	2,1
3	2	4,2
11	1	2,1
Total	11	22,9
No Tent.	37	77,1
Total	48	100,0
Autolesiones	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	43,8
NO	27	56,3
Total	48	100,0
Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Activa	37	77,1
Baja	5	10,4
Incapacidad	6	12,5
Total	48	100,0

Conductas Autoagresivas: Tentativas de suicidio: Un 22,9% había realizado alguna tentativa de suicidio en el transcurso del trastorno. El 8,4% había realizado más de una tentativa de suicidio. La paciente más grave había realizado 11 tentativas de suicidio. *Autolesiones:* Casi la mitad de las pacientes, el 43,8% se había lesionado alguna vez durante el transcurso del trastorno. (Tabla 8) (Graficos 8 y 9).

Situación laboral: 22,9% de las pacientes estaban de baja laboral debido al trastorno. De ellas, el 12,5% les habían concedido la incapacidad laboral permanente. (Tabla 8).

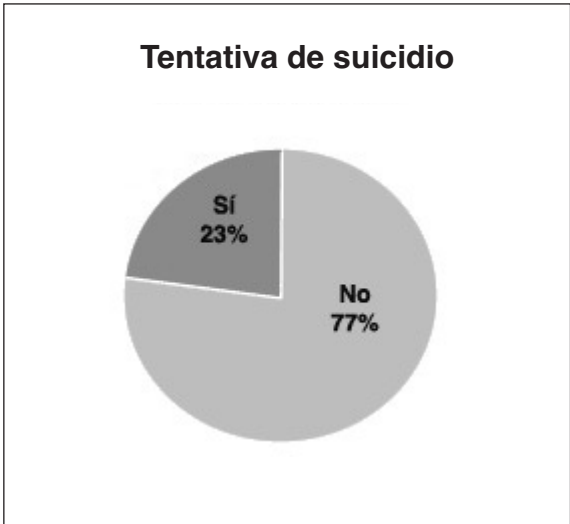


Gráfico 8. Tentativas de Suicidio.

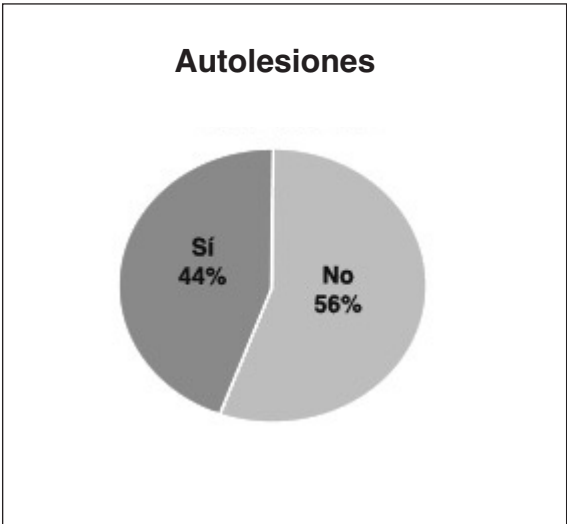


Gráfico 9. Autolesiones.

Gravedad global e intensidad de la gravedad: teniendo en cuenta todos los criterios de gravedad señalados, se ha calificado a las pacientes acerca de la existencia de gravedad o no y de la intensidad de dicha gravedad. El criterio Gravedad SI/NO, depende de si el paciente presentaba uno o más criterios de gravedad. Sin criterio de gravedad asociada existe un 34,4% de pacientes. El 64,6% de las pacientes presentaban algún criterio de gravedad asociado. Respecto a la intensidad, la gravedad moderada corresponde a pacientes que solo

Tabla 9. presencia de criterios de gravedad e intensidad de la gravedad

Gravedad	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	64,6
NO	17	35,4
Total	48	100,0

Intensidad de la gravedad	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	12	25,0
Moderada	19	39,6
leve	17	35,4

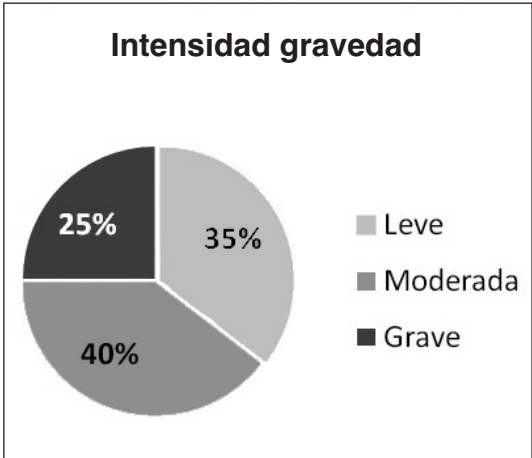


Gráfico 10. Intensidad de la gravedad.

presentaban un criterio de gravedad, y la tenían el 39,6% de las pacientes y la gravedad extrema corresponde a pacientes que cumplían dos o más criterios de gravedad y la presentaban el 25% de las pacientes (Tabla 9) (Grafico 10).

2. Diferencias entre pacientes y controles de las variables emocionales

TAS-20: las pacientes presentan en la escala TAS-20 una puntuación media de (73 ± 14,9)

puntos, significativamente superior a la puntuación directa de (56,5 ± 13,3) puntos obtenida por el grupo de sujetos control. (Tabla 10) (Graficos 11a y 11b).

DERS: las dos subescalas que evalúan las dificultades regulación emocional con mayores diferencias significativas entre pacientes y controles son Aceptación/Rechazo, media de pacientes (24,9 ± 7,3) y media de controles (15,1 ± 6,8) y Regulación/Descontrol media de pacientes (28,7 ± 8,4) y media de controles (18,6 ± 7,5). Las subescalas Claridad/Confusión media de pacientes (12,5 ± 3,1) y media de controles (9,1 ± 3,2) y Funcionamiento/Interferencia media de pacientes (14,98 ± 4,1) y media de controles (12 ± 4,3) muestran igualmente diferencias significativas entre pacientes y controles, pero la diferencia es mucho menor. Aten-

Tabla 10. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

Variables Emocionales	Pacientes N=48	Sujetos Control N=41	P valor
TAS - 20	73 ± 14,9	56,5 ± 13,3	<0,001
DERS			
Atención-Desatención	11,5 ± 3,5	10,2 ± 3,2	0,085
Claridad-Confusión	12,5 ± 3,1	9,1 ± 3,2	<0,001
Aceptación-rechazo	24,9 ± 7,3	15,1 ± 6,8	<0,001
Funcionamiento-Interferencia	14,98 ± 4,1	12 ± 4,3	0,001
Regulación-Descontrol	28,7 ± 8,4	18,6 ± 7,5	<0,001
RME			
Adjetivo Errores	11 ± 4	9,5 ± 3,7	0,083
Género Errores	1,7 ± 2,2	1,9 ± 1,8	0,596

Media ± Desviación típica

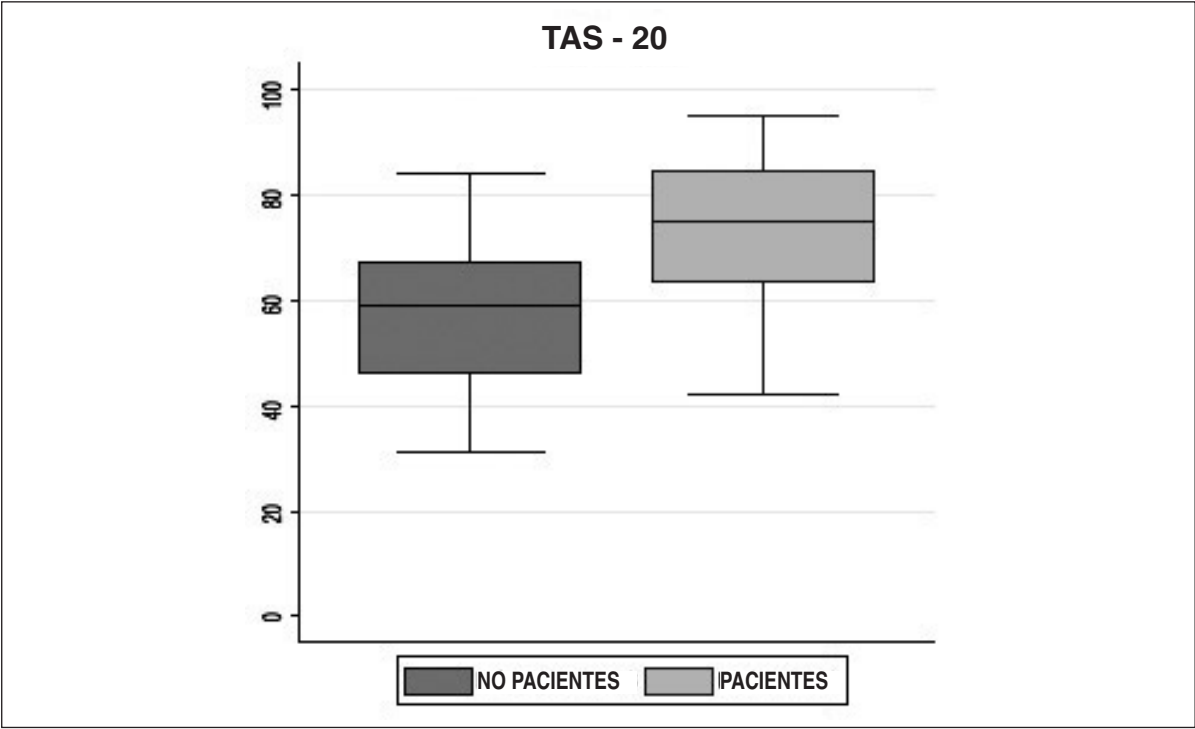


Gráfico 11a. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

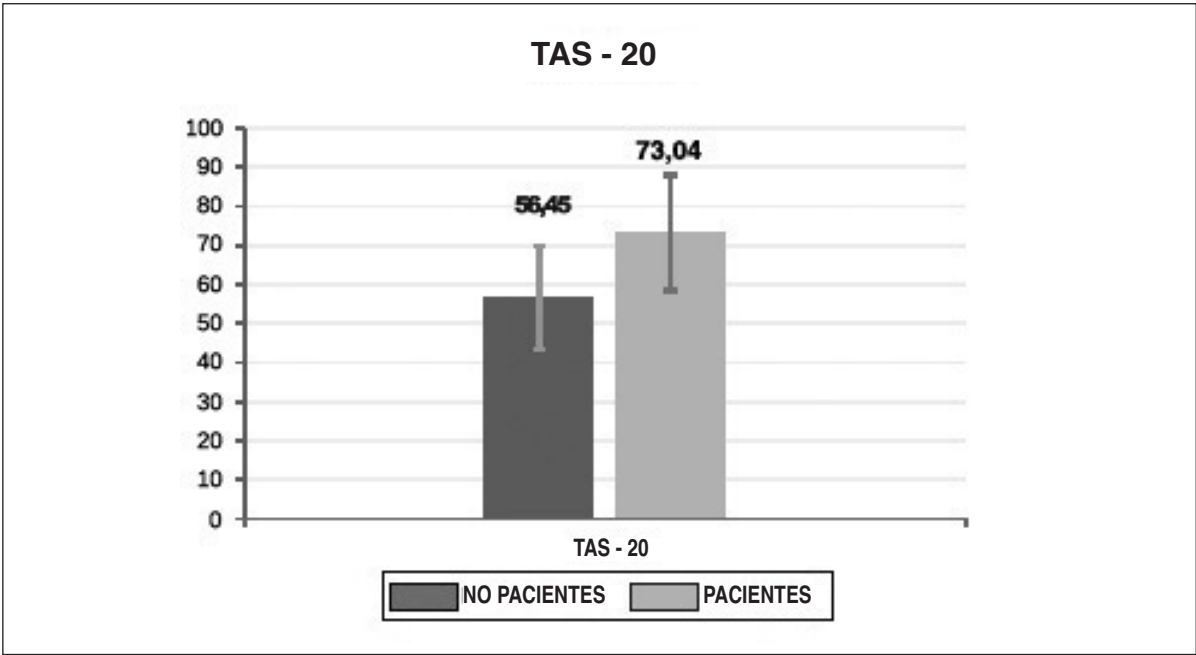


Gráfico 11b. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

ción/Desatención ($11,5 \pm 3,5$) y ($10,2 \pm 3,2$) no presenta diferencias significativas entre pacientes y controles. (Tabla 10) (Gráficos 12a y 12b).

RME Task: debido a que existen dos versiones diferentes del RME con diferente nº de ítems, (pag 9) para poder comparar los datos de pacientes y controles se han utilizado el nº de errores cometidos en la tarea de reconocimiento emocional en vez de la puntuación directa. El nº de errores se ha calculado restando la puntuación directa obtenida, a la puntuación total de la tarea. Las diferencias observadas en el nº de errores, expresado a través de la media del grupo total de pacientes (11 ± 4) y la media del grupo total de controles ($9,5 \pm 3,7$) de ambos grupos, son mínimas y no presentan significación estadística. Las diferencias de errores en

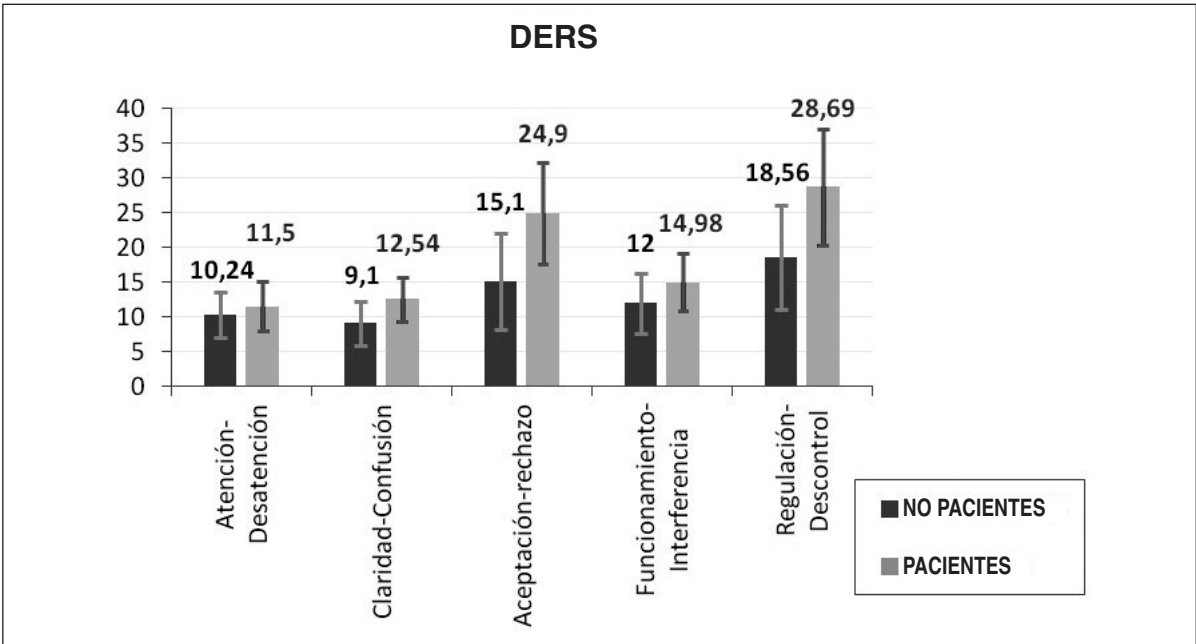


Gráfico 12a. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

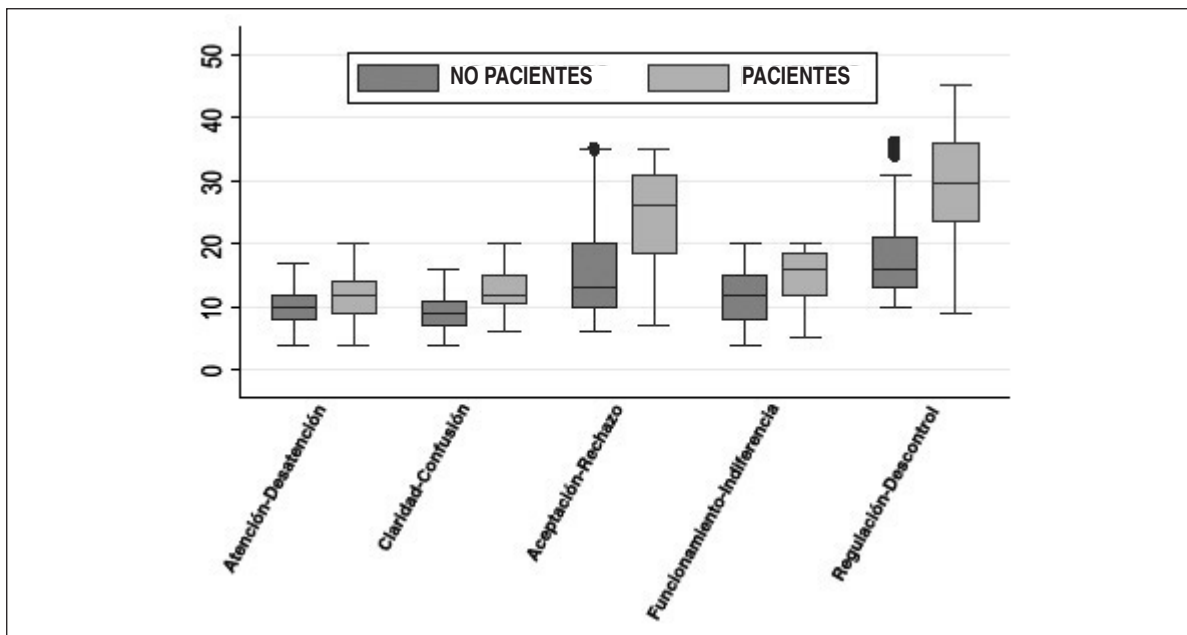


Gráfico 12b. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

la percepción del género a través de la media de pacientes ($1,7 \pm 2,2$) y controles ($1,9 \pm 1,8$) es mínima y no muestra diferencias significativas. (Tabla 10) (Gráficos 13a y 13 b).

3. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

Cuando se tiene en cuenta la edad de las pacientes, se observan algunas diferencias significativas no solo entre grupos de pacientes y controles, sino también entre mayores y adolescentes.

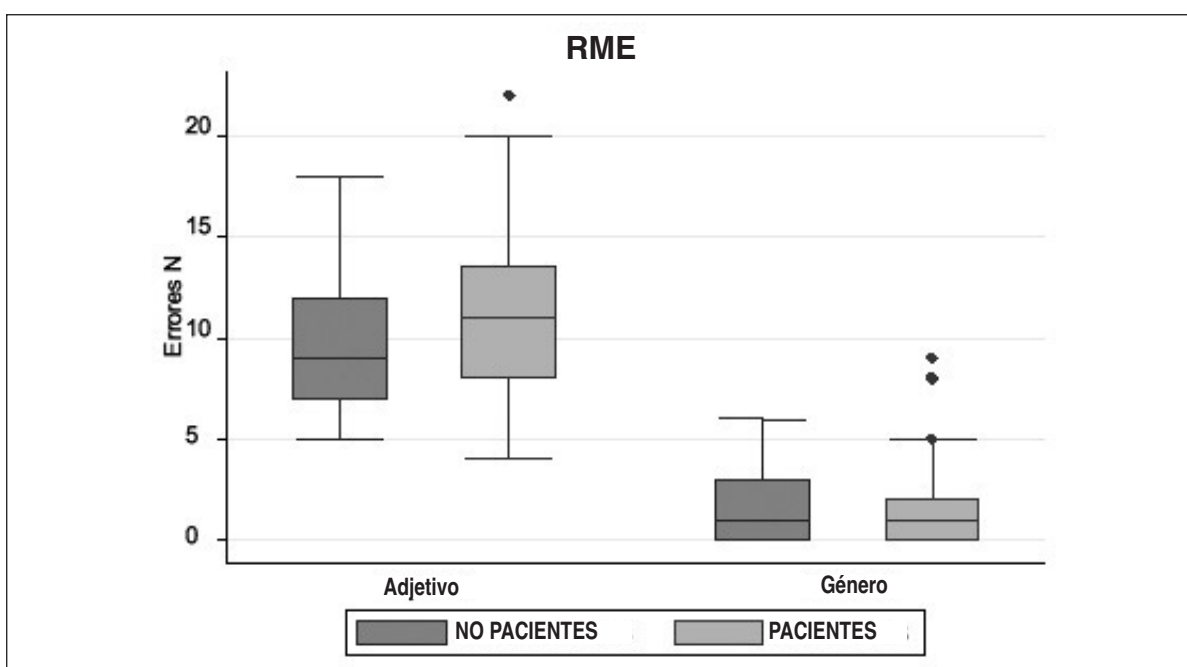


Gráfico 13a. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

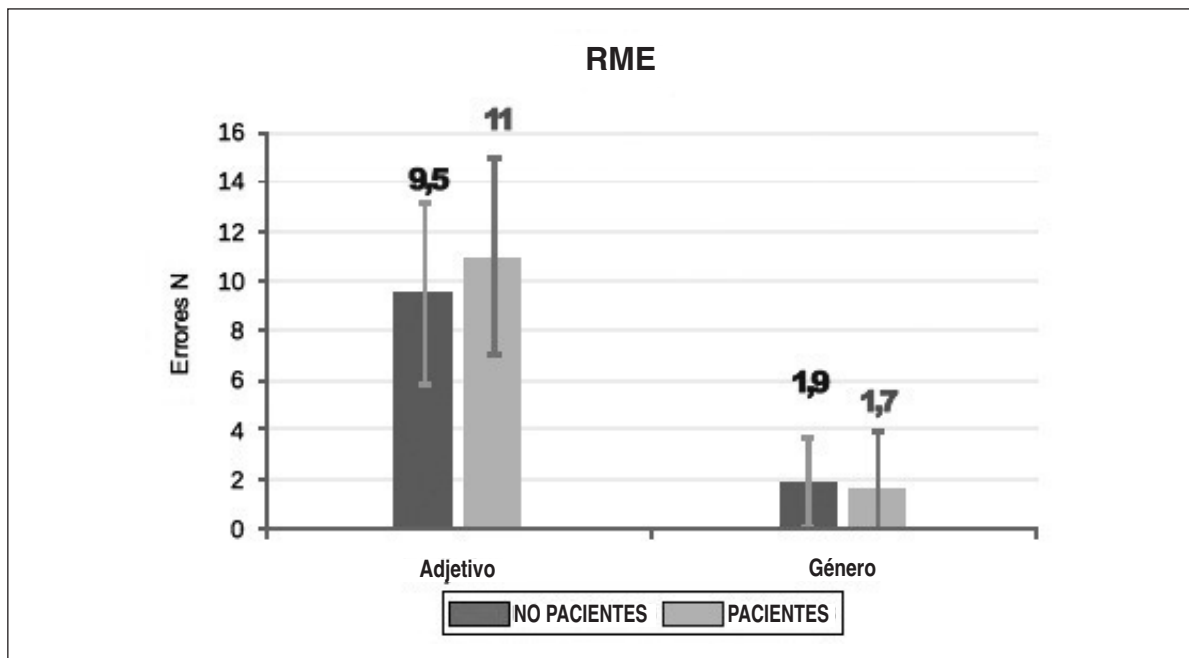


Gráfico 13b. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales.

TAS-20: las diferencias de puntuación entre sanas y enfermas dependen del estrato, es decir, dependen de si son adultas o menores. El grupo de pacientes puntúan más alto en ambos estratos, pero el efecto es más notable en adultas. Las pacientes adultas presentan una media de $(77 \pm 13,6)$, mientras que el grupo de controles adultas presentan una media de $(44,3 \pm 8,2)$. La diferencia es estadísticamente significativa. Por lo que respecta al grupo de menores adolescentes, las pacientes presentan una media de $(68 \pm 15,2)$, mientras que el grupo control presenta una media de $(61,6 \pm 11,6)$. La diferencia no es estadísticamente significativa. (Tabla 11) (Graficos 14a y 14b).

Tabla 11: Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales

Variables Emocionales	Estratos de Edad	Pacientes	Sujetos Control	p
TAS - 20	Adultas	$77 \pm 13,6$	$44,3 \pm 8,2$	$<0,001$
	Adolescentes	$68 \pm 15,2$	$61,6 \pm 11,6$	0,093
DERS				
Atención-Desatención	Adultas	$12,4 \pm 3,5$	$9,2 \pm 1,7$	0,001
	Adolescentes	$10,3 \pm 3,3$	$10,7 \pm 3,7$	0,619
Claridad-Confusión	Adultas	$13,6 \pm 3,1$	$7,5 \pm 2,9$	$<0,001$
	Adolescentes	$11,2 \pm 2,7$	$9,9 \pm 3,1$	0,072
Aceptación-rechazo	Adultas	$27,9 \pm 5,3$	$13,9 \pm 5,7$	$<0,001$
	Adolescentes	$21 \pm 7,7$	$15,6 \pm 7,3$	0,014
Funcionamiento-Interferencia	Adultas	$15,5 \pm 3,2$	$11,6 \pm 3,5$	0,001
	Adolescentes	$14,3 \pm 5,1$	$12,2 \pm 4,7$	0,133
Regulación-Descontrol	Adultas	$30 \pm 7,4$	$17,3 \pm 6,1$	$<0,001$
	Adolescentes	$27 \pm 9,4$	$19,1 \pm 8,1$	0,006
RME				
Adjetivo	Adultas	$23,6 \pm 3,9$	$24,3 \pm 3$	0,648
Puntuación Directa	Adolescentes	$17,7 \pm 3,6$	$19,8 \pm 2,8$	0,381
Adjetivo	Adultas	$12,4 \pm 3,9$	$11,7 \pm 3$	0,648
Nº Errores	Menores	$10,3 \pm 4,9$	$8,2 \pm 2,8$	0,234

Media $\pm$ Desviación típica

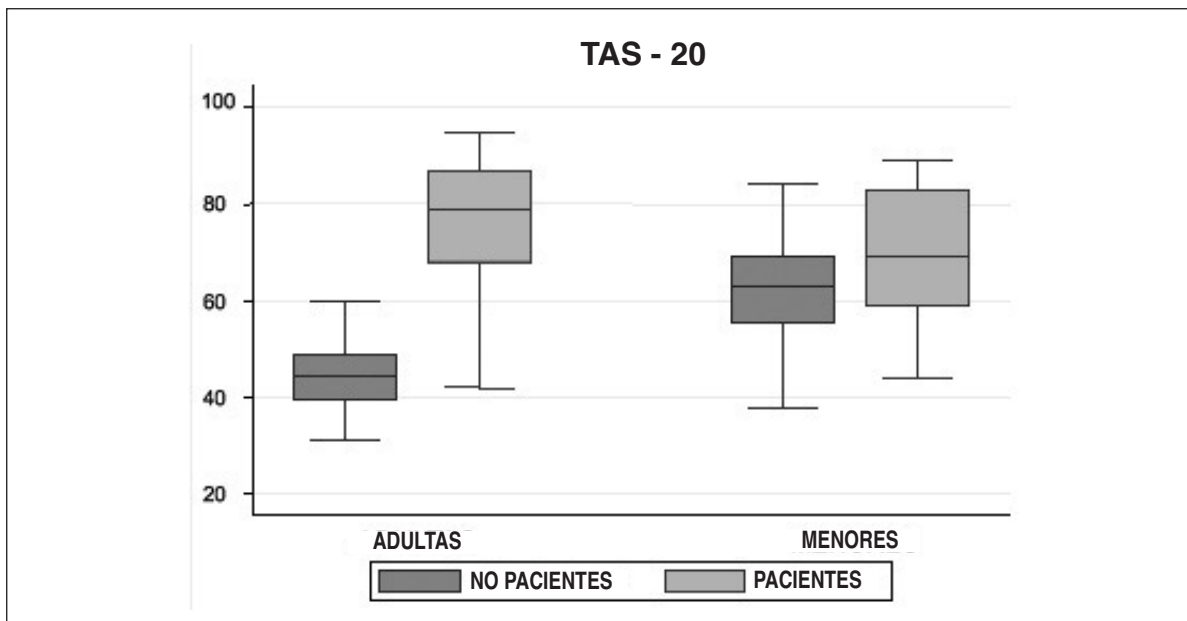


Gráfico 14a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

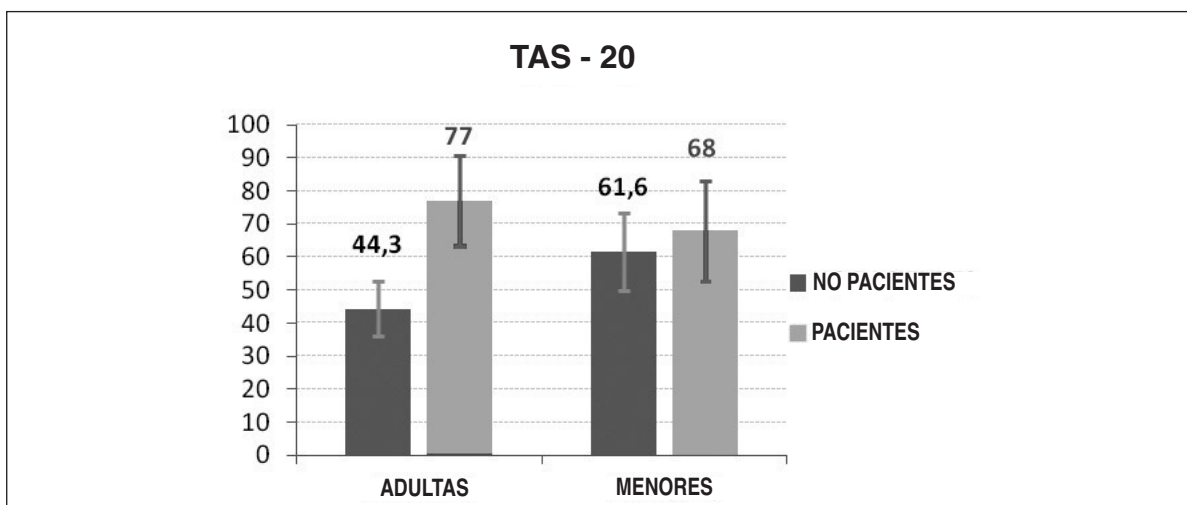


Gráfico 14b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

DERS:

Atención/Desatención: en el grupo de adultas pacientes la media es ($12,4 \pm 3,5$), significativamente más alta que la media de las adultas control, ($9,2 \pm 1,7$) y esta diferencia es significativa. En cambio, en el grupo de menores adolescentes, pacientes y controles puntúan de forma similar, media de pacientes ($10,3 \pm 3,3$) y media de controles ($10,7 \pm 3,7$), sin que exista significación estadística de esta diferencia. (Tabla 11) (Gráficos 15a y 15b).

Claridad/Confusión: el grupo de adultas pacientes puntúan una media de ($13,6 \pm 3,1$) más alta que la media de las adultas control ($7,5 \pm 2,9$) y esta diferencia es significativa. En el grupo de menores adolescentes, las pacientes puntúan más alto, media de ($11,2 \pm 2,7$) que los menores controles, media ($9,9 \pm 3,1$), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. (Tabla 11) (Gráficos 16a y 16b).

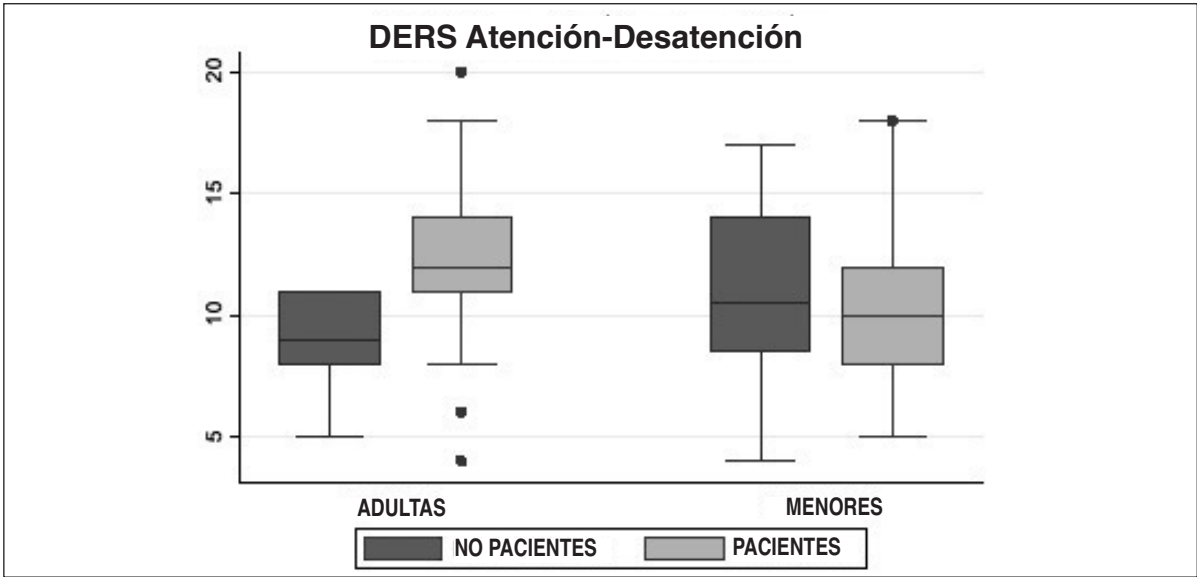


Gráfico 15a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

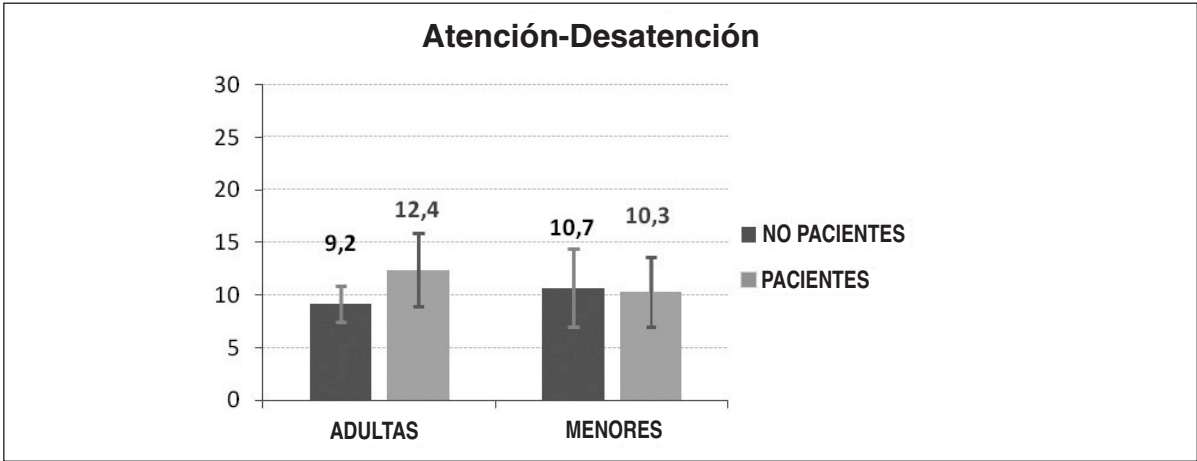


Gráfico 15b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

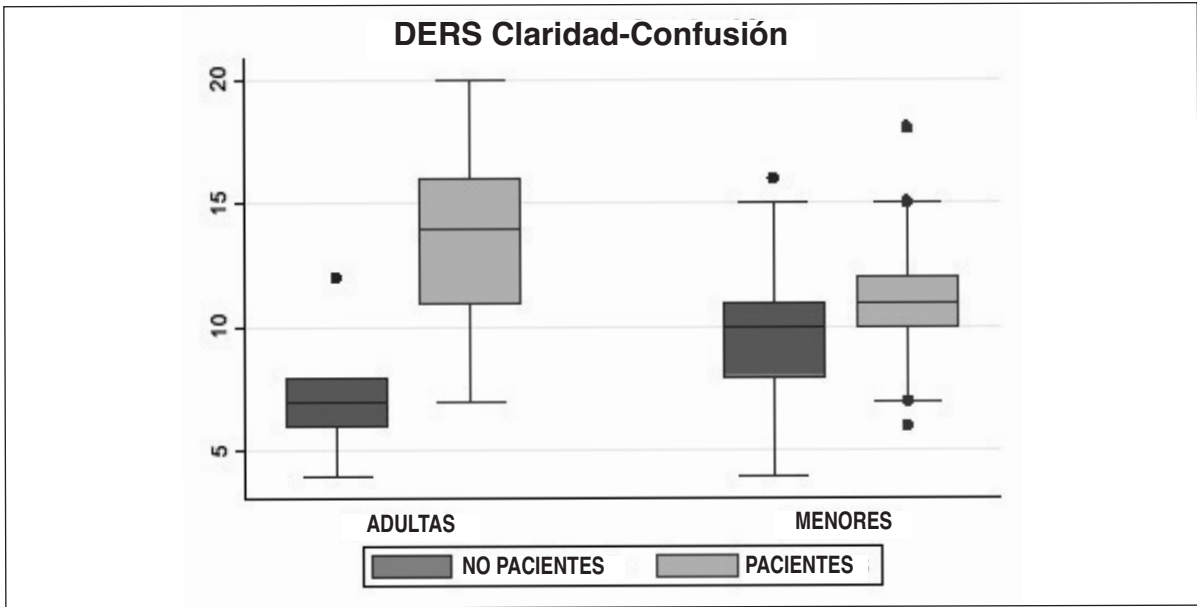


Gráfico 16a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

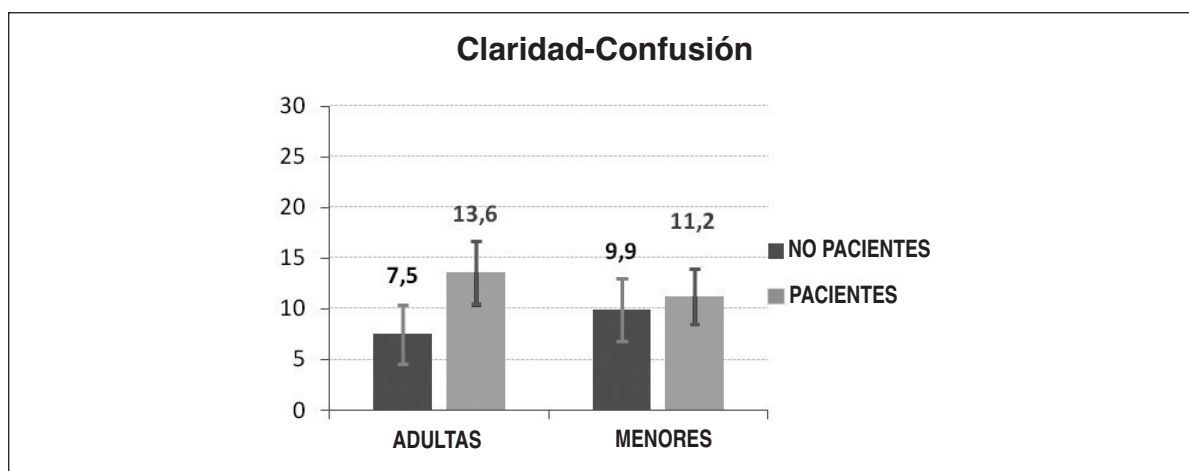


Gráfico 16b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

Aceptación/Rechazo: ambos grupos de pacientes, adultas y menores adolescentes se diferencian significativamente de los sujetos del grupo control. La diferencia entre los grupos de adultas es muy superior. La media de pacientes adultas es de $(27,9 \pm 5,39)$ y la media de las adultas control es de $(13,9 \pm 5,7)$. La media de las pacientes menores es de $(21 \pm 7,79)$, mientras que la media de adolescentes control es de $(15,6 \pm 7,3)$. (Tabla 11) (Graficos 17a y 17b).

Funcionamiento/Interferencia: la media de las pacientes adultas es de $(15,5 \pm 3,2)$ y la media de las adultas controles es de $(11,6 \pm 3,5)$, siendo la diferencia estadísticamente significativa. La media de las pacientes menores adolescentes es de $(14,3 \pm 5,1)$, superior a la media de las adolescentes controles, media de $(12,2 \pm 4,7)$, pero esta diferencia no es significativa. (Tabla 11) (Graficos 18a y 18b).

Regulación/Descontrol: se observan diferencias significativas entre sanas y enfermas en ambos estratos de edad. La diferencia es mayor en las pacientes adultas, cuya media es de

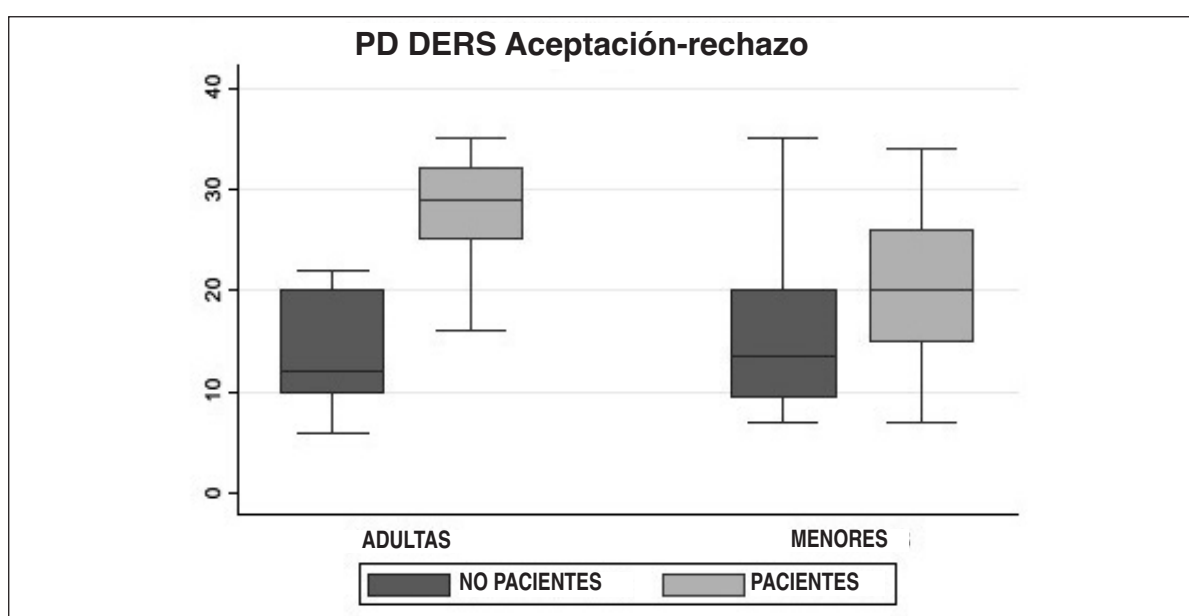


Gráfico 17a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

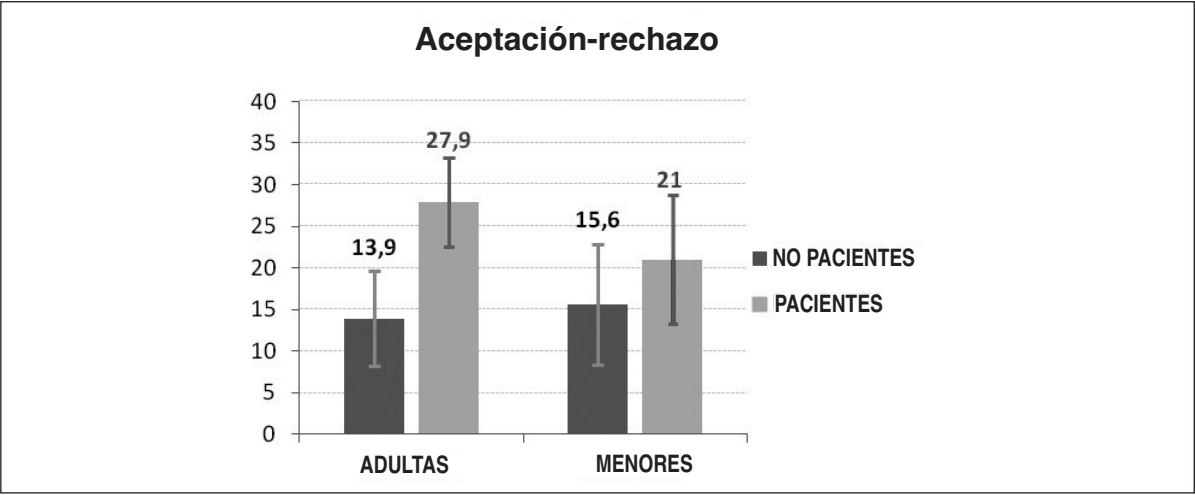


Gráfico 17b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

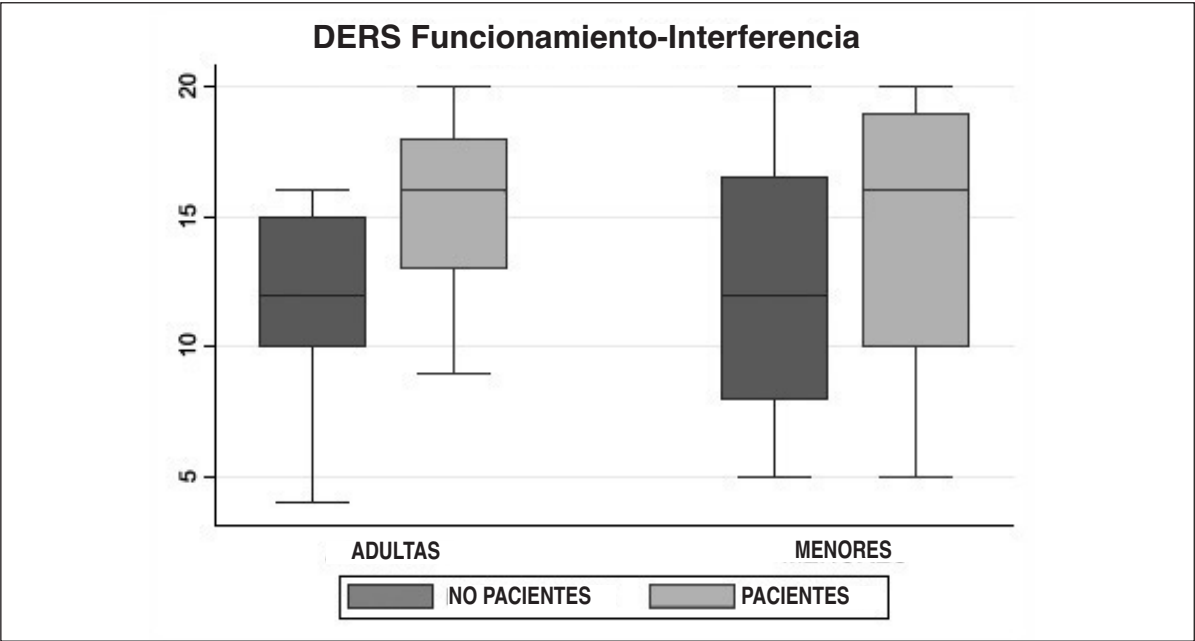


Gráfico 18a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

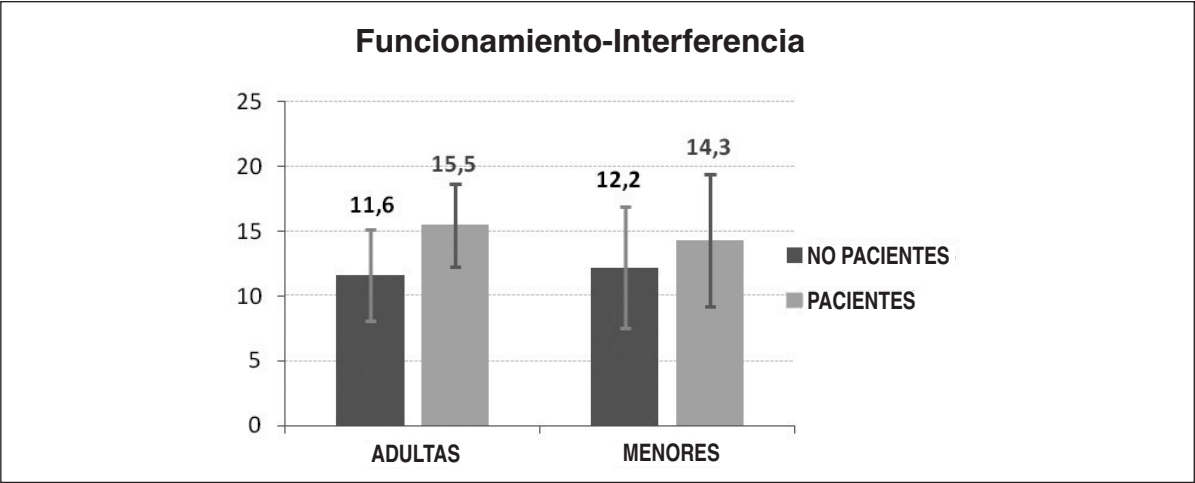


Gráfico 18b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

($30 \pm 7,4$), y la media de las adultas control es de ($17,3 \pm 6,1$). En los grupos de las menores adolescentes, la media de las pacientes es de ($27 \pm 9,4$) y la media de las adolescentes controles es de ($19,1 \pm 8,1$). (Tabla 11) (Gráficos 19a y 19b).

RME Task: para realizar las comparaciones entre adultas pacientes y controles entre sí y adolescentes pacientes y controles entre sí, se ha utilizado la puntuación directa de cada versión del RME. Cuando se controla la edad de los grupos, pacientes y controles no difieren de forma significativa en la capacidad de inferir emociones en otros a través de la mirada. El grupo de pacientes adultas presenta una puntuación directa media de ($23,6 \pm 3,9$), y el grupo de participantes controles una puntuación directa media de ($24,3 \pm 3$) sin que esta diferencia mínima sea significativa. Ambas medias son similares a las obtenidas por la población normal (23.36 ± 4.87) según baremos en personas sanas (APA, 2000). Si se analizan los errores tampoco las diferencias entre pacientes adultas ($12,4 \pm 3,9$) y controles adultas ($11,7 \pm 3$) es

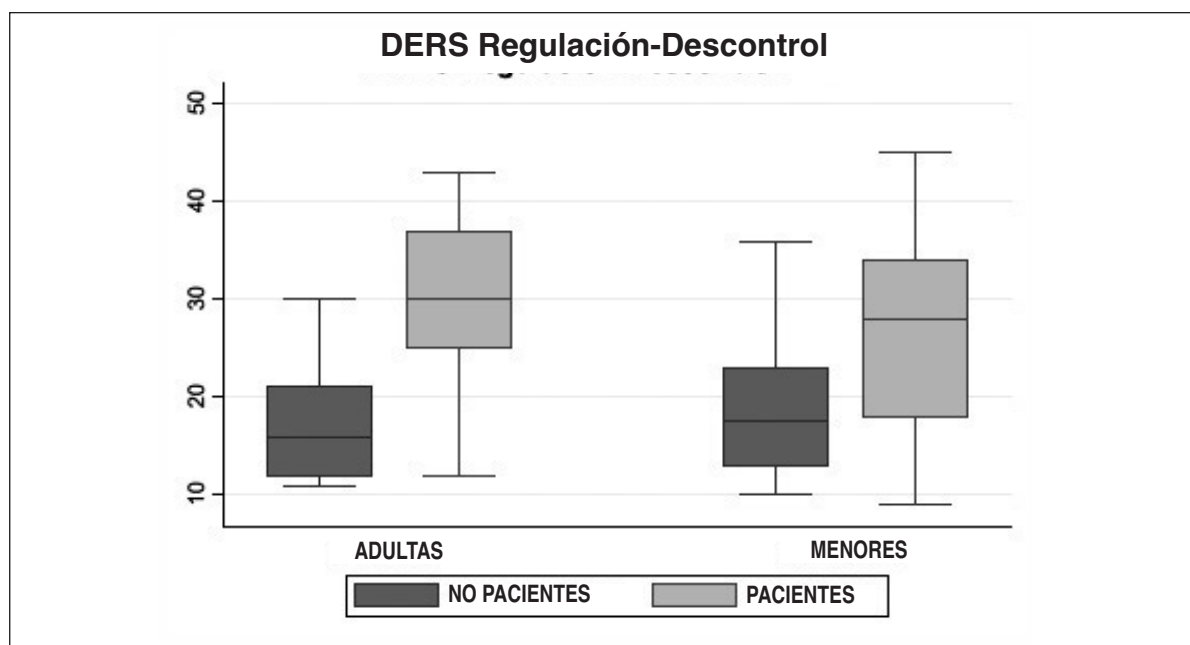


Gráfico 19a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

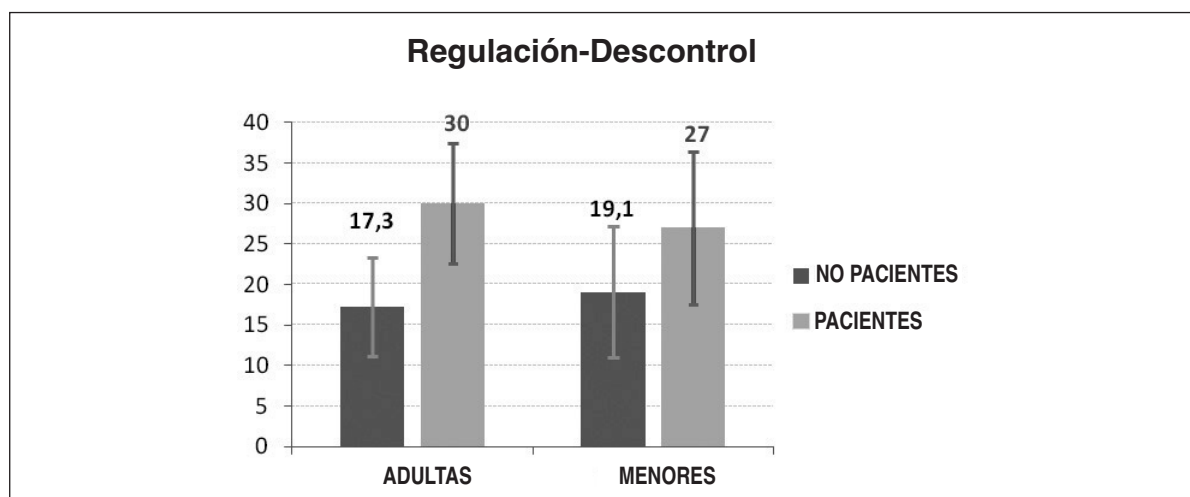


Gráfico 19b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

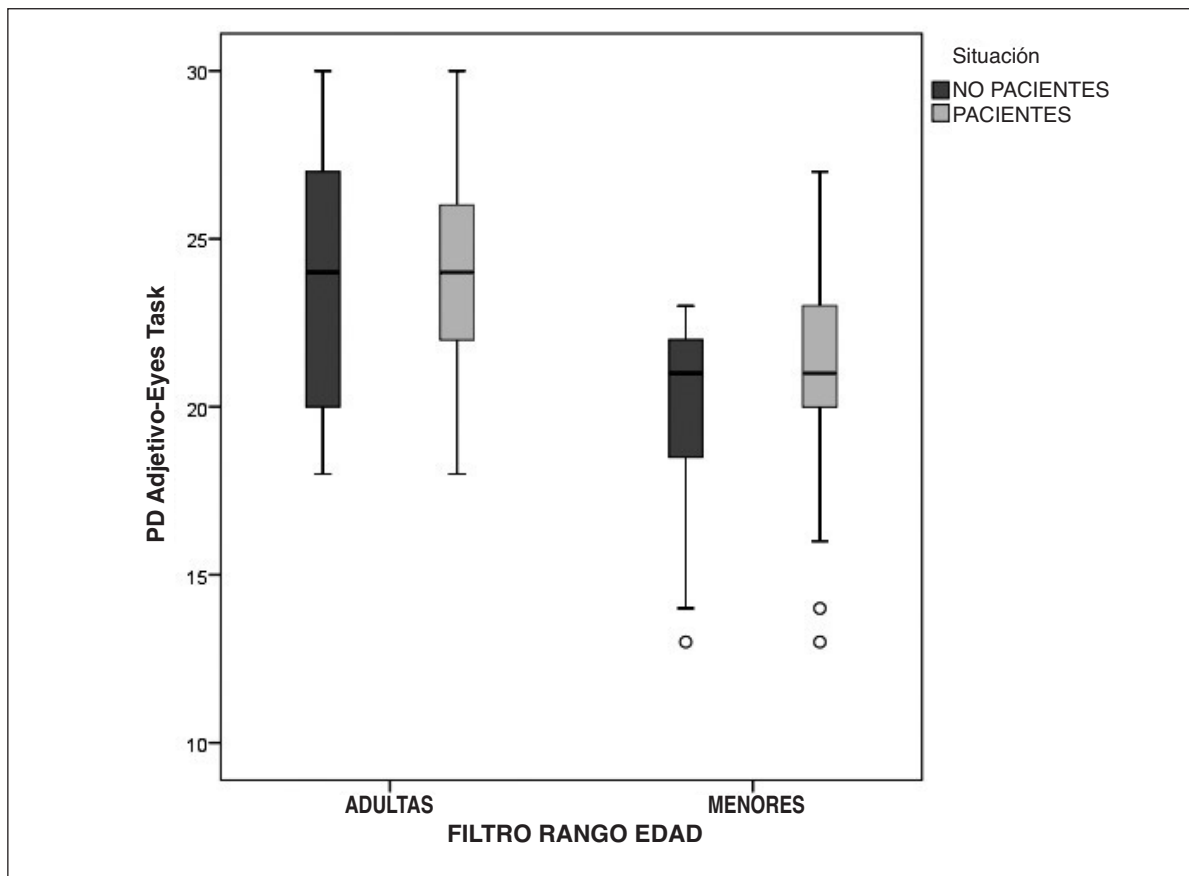


Gráfico 20a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

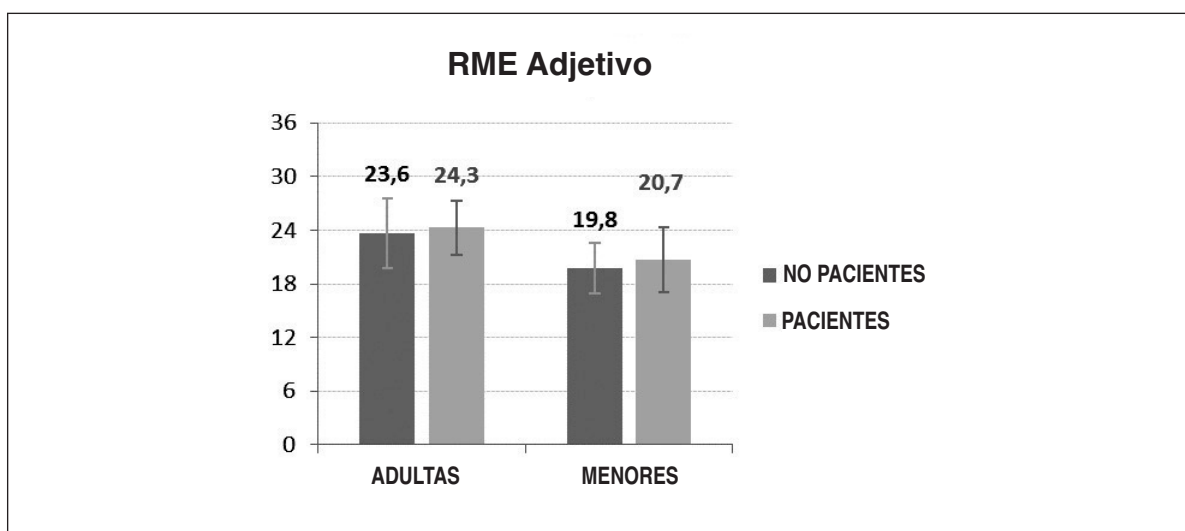


Gráfico 20b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

significativa. El grupo de pacientes adolescentes presenta una puntuación directa media de $(20,7 \pm 3,6)$ y el grupo de participantes controles una puntuación directa media de $(19,8 \pm 2,8)$, la diferencia entre ambas medias no es significativa. No existen baremos españoles para población adolescente, por lo que no hemos podido comparar los resultados con población normal. El grupo de pacientes adolescentes presenta una media de errores $(7,3 \pm 4,9)$ ligeramente inferior a las adolescentes control $(8,2 \pm 2,8)$ pero esta diferencia no es significativa. Sin embargo, si se compara el grupo de adolescentes y el de adultas, las adolescentes

realizan menos errores que las adultas. La diferencia de medias de errores entre las pacientes adolescentes ($7,3 \pm 4,9$) y pacientes adultas ($12,4 \pm 3,9$) es significativa. (Tabla 11) (Gráficos 20a, 20b, 21a y 21b).

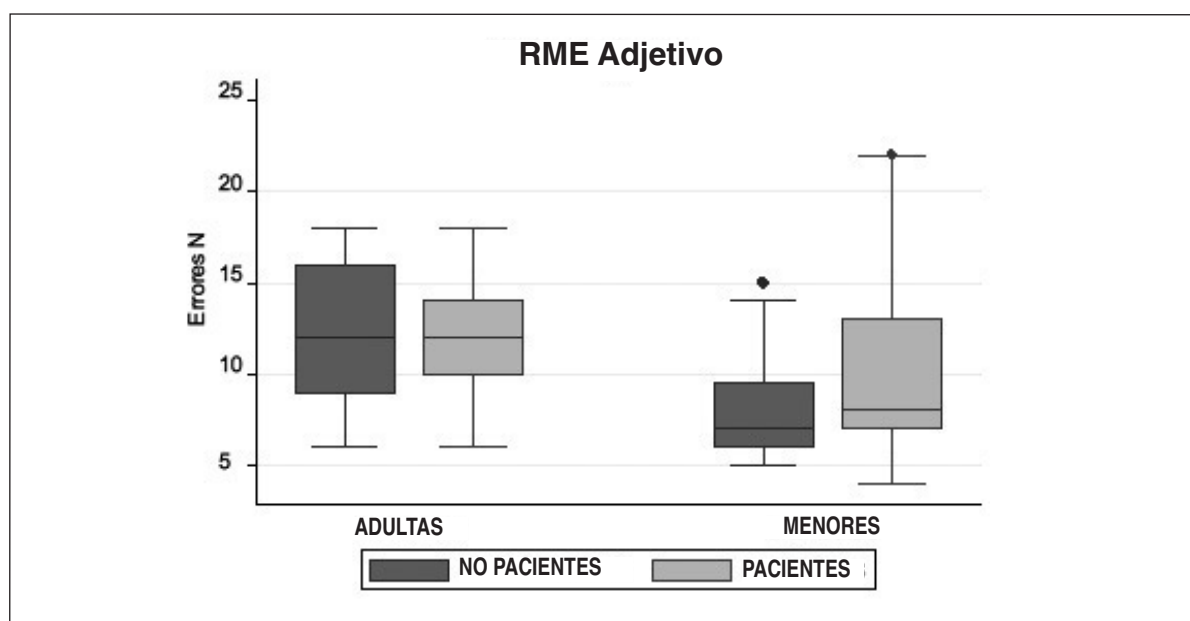


Gráfico 21a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

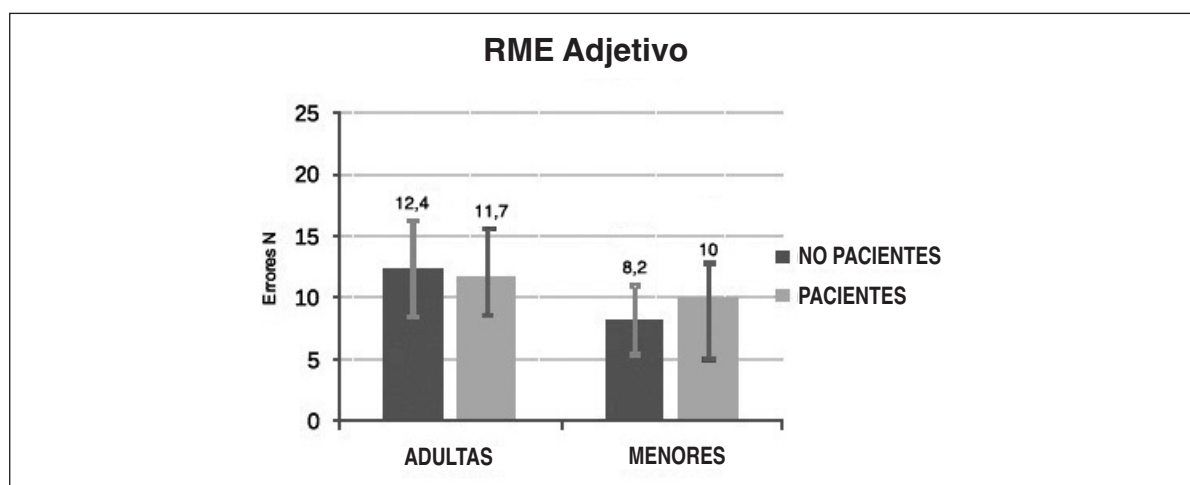


Gráfico 21b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

4. Diferencias entre pacientes de las variables emocionales medidas, en función de las características clínicas asociadas

Diagnóstico e IMC: las pacientes diagnosticadas de AN y de BN no presentan ninguna diferencia significativa en los resultados del TAS-20, DERS y la RME. Tampoco tener un IMC menor o mayor de 15 presenta ninguna diferencia significativa en las variables emocionales medidas. (Tabla 12).

Comorbilidad: el grupo de pacientes diagnosticado con comorbilidad asociada presenta diferencias significativas en la en la variable Aceptación/Rechazo, con una media ($26,7 \pm 6,7$)

Tabla 12. Diferencias en las variables emocionales por diagnóstico e IMC

Variables Emocionales	Diagnóstico		
	AN	BN	p-valor
TAS - 20	73,7 ± 14,1	70,1 ± 18,3	0,625
DERS			
Atención-Desatención	11,8 ± 3,4	10,3 ± 3,9	0,193
Claridad-Confusión	12,7 ± 3,2	11,9 ± 2,5	0,332
Aceptación-rechazo	24,5 ± 7,5	26,8 ± 6,4	0,459
Funcionamiento-Interferencia	15,2 ± 4,1	14,1 ± 4,5	0,449
Regulación-Descontrol	28,4 ± 8,6	30,1 ± 7,6	0,534
RME			
Adjetivo Errores	10,8 ± 3,5	11,6 ± 5,9	0,842
IMC			
	>15	<15	p-valor
TAS - 20	71,2 ± 16	78,5 ± 9	0,258
DERS			
Atención-Desatención	11,1 ± 3,7	12,6 ± 2,5	0,2
Claridad-Confusión	12,5 ± 3,1	12,7 ± 3,2	0,719
Aceptación-rechazo	24,8 ± 6,9	25,3 ± 8,7	0,685
Funcionamiento-Interferencia	14,9 ± 4	15,3 ± 4,7	0,641
Regulación-Descontrol	28,8 ± 8,1	28,3 ± 9,5	0,659
RME			
Adjetivo Errores	10,7 ± 4,1	11,7 ± 3,8	0,327

Media ± Desviación típica

superior a la media del grupo de pacientes a los que no se les diagnóstico comorbilidad, media (22,6 ± 7,4). (Tabla 13).

Años de evolución: la duración del trastorno correlaciona de forma estadísticamente significativa con la variable del DERS, aceptación/rechazo $r = 0,464$, aunque es una asociación moderada. Las otras dos correlaciones significativas son con Regulación/descontrol $r = 0,32$ y con el nº de errores cometidos en el RME $r = 0,361$, pero el efecto de asociación es muy débil. (Tabla 13).

Tratamiento Previo: las pacientes con intentos de tratamiento previo (26,5 ± 6,4) muestran diferencias significativas en la variable del DERS aceptación/rechazo cuando se comparan con las pacientes que no tuvieron tratamientos previos (20,5 ± 7,9) y con el nº de errores de la RME, media errores de pacientes con intentos de tratamiento previo (12,7 ± 4,1) y media de errores de pacientes sin intentos de tratamiento previo (9,1 ± 3,2). (Tabla 13).

Atracones: las pacientes que tenían atracones presentan más dificultades de aceptación emocional, Aceptación-Rechazo, media de pacientes con atracones (26,8 ± 5,8) que las pacientes que informaron no tener atracones, media (22,3 ± 8,4). Mas problemas para regular sus emociones, Regulación-Descontrol media pacientes con atracones, (31,2 ± 8,4) y media

Tabla 13. Diferencias en las variables emocionales por duración trastorno, tratamientos previos y comorbilidad

Variables Emocionales	Evolución		
	Años		p-valor
TAS - 20	0,182		0,215
DERS			
Atención-Desatención	0,26		0,074
Claridad-Confusión	0,218		0,136
Aceptación-rechazo	0,464		0,001
Funcionamiento-Interferencia	0,25		0,084
Regulación-Descontrol	0,32		0,027
RME			
Adjetivo Errores	0,361		0,012
Tratamiento previo			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	74,6 ± 14,5	68,8 ± 15,7	0,280
DERS			
Atención-Desatención	11,4 ± 3,6	11,7 ± 3,5	0,825
Claridad-Confusión	12,7 ± 2,8	12,2 ± 4	0,683
Aceptación-rechazo	26,5 ± 6,4	20,5 ± 7,9	0,017
Funcionamiento-Interferencia	15,3 ± 3,9	14,1 ± 4,9	0,449
Regulación-Descontrol	30 ± 7,5	25,2 ± 10	0,101
RME			
Adjetivo Errores	12,7 ± 4,1	10,1 ± 3,2	0,047
Comorbilidad			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	74,9 ± 15,8	70,6 ± 13,6	0,24
DERS			
Atención-Desatención	11,5 ± 4	11,5 ± 2,8	0,983
Claridad-Confusión	12,7 ± 3	12,3 ± 3,4	0,81
Aceptación-rechazo	26,7 ± 6,7	22,6 ± 7,4	0,049
Funcionamiento-Interferencia	15 ± 4,2	15 ± 4,2	0,95
Regulación-Descontrol	29,6 ± 8,1	27,5 ± 8,8	0,365
RME			
Adjetivo Errores	11,7 ± 4,2	10,2 ± 3,8	0,404

Media ± Desviación típica

pacientes sin atracones ($25,2 \pm 7,2$). Y sintieron que sus emociones les interferían mas en su vida, Funcionamiento-Interferencia, media de pacientes con atracones ($16,3 \pm 3,7$) y media de pacientes sin atracones, ($13,2 \pm 4,2$). (Tabla 14).

Conductas purgativas: las pacientes que utilizan los **vómitos** como conducta purgativa se diferencian de las que no los usan en la Aceptación-rechazo de sus emociones, media de pacientes con vómitos ($26,5 \pm 6,1$) y media de pacientes sin vómitos ($22,2 \pm 8,3$); en el grado que interferencia que esas emociones tienen sobre su vida, Funcionamiento-Interferencia,

Tabla 14. Diferencias en las variables emocionales asociadas a conductas patológicas

Variables Emocionales		Atracones	
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	74 ± 16,3	71,8 ± 12,8	0,385
DERS			
Atención-Desatención	11,3 ± 3,6	11,8 ± 3,4	0,57
Claridad-Confusión	13 ± 3,2	11,9 ± 3	0,344
Aceptación-rechazo	26,8 ± 5,8	22,3 ± 8,4	0,047
Funcionamiento-Interferencia	16,3 ± 3,7	13,2 ± 4,2	0,009
Regulación-Descontrol	31,2 ± 8,4	25,2 ± 7,2	0,008
RME			
Adjetivo Errores	11,9 ± 4	9,7 ± 3,8	0,068
Vómitos			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	76,2 ± 13,4	67,7 ± 16	0,075
DERS			
Atención-Desatención	11,8 ± 3,2	11 ± 4	0,578
Claridad-Confusión	13,2 ± 3	11,4 ± 3,1	0,072
Aceptación-rechazo	26,5 ± 6,1	22,2 ± 8,3	0,046
Funcionamiento-Interferencia	16,2 ± 3,1	12,9 ± 5	0,026
Regulación-Descontrol	31,5 ± 6,4	23,9 ± 9,4	0,002
RME			
Adjetivo Errores	11,7 ± 4,1	9,8 ± 3,6	0,096
Laxantes			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	72 ± 15,6	76 ± 10,9	0,674
DERS			
Atención-Desatención	11 ± 3,6	13 ± 2,6	0,157
Claridad-Confusión	12 ± 3,1	13 ± 3,6	0,596
Aceptación-rechazo	25 ± 7	23 ± 8,6	0,523
Funcionamiento-Interferencia	15 ± 4,2	17 ± 3,5	0,234
Regulación-Descontrol	29 ± 8,3	29 ± 9,2	0,776
RME			
Adjetivo Errores	11,2 ± 3,9	10 ± 4,6	0,39
Diuréticos			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	72,5 ± 17,2	73,7 ± 11,9	0,975
DERS			
Atención-Desatención	11,3 ± 4,2	11,8 ± 2,6	0,647
Claridad-Confusión	12,6 ± 3,1	12,5 ± 3,2	0,811
Aceptación-rechazo	26,9 ± 6,3	22,5 ± 7,7	0,05
Funcionamiento-Interferencia	15,1 ± 3,9	14,8 ± 4,5	0,917
Regulación-Descontrol	29,6 ± 8,3	27,6 ± 8,5	0,291

Tabla 14. Diferencias en las variables emocionales asociadas a conductas patológicas (continuación)

RME			
Adjetivo Errores	10,9 ± 3,8	11 ± 4,4	0,779
Abuso líquidos			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	70,5 ± 15,1	75,2 ± 14,6	0,226
DERS			
Atención-Desatención	11,7 ± 3,6	11,3 ± 3,5	0,827
Claridad-Confusión	12,3 ± 3,5	12,8 ± 2,8	0,417
Aceptación-rechazo	26,4 ± 7,6	23,6 ± 6,8	0,12
Funcionamiento-Interferencia	14,2 ± 3,9	15,6 ± 4,3	0,14
Regulación-Descontrol	27 ± 9,3	30,1 ± 7,4	0,341
RME			
Adjetivo Errores	11,9 ± 3,3	10,2 ± 4,5	0,081
Ejercicio excesivo			
	SI	NO	p-valor
PD TAS - 20	72,6 ± 14,4	73,8 ± 15,9	0,65
DERS			
Atención-Desatención	12,3 ± 3,5	10,3 ± 3,2	0,07
Claridad-Confusión	12,1 ± 3,2	13,3 ± 3	0,08
Aceptación-rechazo	26,4 ± 6,6	22,6 ± 7,9	0,106
Funcionamiento-Interferencia	14,6 ± 3,9	15,5 ± 4,5	0,248
Regulación-Descontrol	28,5 ± 8,5	29 ± 8,4	0,866
RME			
Adjetivo Errores	11,8 ± 3,6	10,5 ± 4,6	0,428

Media ± Desviación típica

media de pacientes con vómitos ($16,2 \pm 3,1$) y media de pacientes sin vómitos ($12,9 \pm 5$) y en su capacidad para regularlas, Regulación-Descontrol media de pacientes con vómitos ($31,5 \pm 6,4$) y media de pacientes sin vómitos ($23,9 \pm 9,4$). El **uso de laxantes** no muestra ninguna diferencia significativa entre los pacientes que los utilizan y aquellas que no los utilizan. Las pacientes que utilizan diuréticos tienen más dificultades en aceptar sus emociones, Aceptación-rechazo media de pacientes que utilizan diuréticos ($26,9 \pm 6,3$) y media de pacientes que no utilizan diuréticos ($22,5 \pm 7,7$). El **consumo excesivo de líquidos** no presenta ninguna diferencia significativa entre los pacientes que abusan de líquidos y los que no abusan de líquidos, en las variables emocionales. (Tabla 14).

Ejercicio excesivo: el ejercicio excesivo no presenta ninguna diferencia significativa en las variables emocionales, entre las pacientes que lo realizan y las que no lo realizan. (Tabla 14).

Ingresos: el grupo de pacientes que requirió ingresos presenta diferencia significativa en el RME task. Este grupo realizó una media de errores ($12,4 \pm 2,8$) mayor que el grupo de pacientes que no había requerido ingresos, media de errores ($10,2 \pm 4,4$) (Tabla 15).

Tabla 15. Diferencias en las variables emocionales asociadas a Gravedad asociada

Variables Emocionales	Ingresos		
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	78,3 ± 11,1	70,2 ± 16	0,118
DERS			
Atención-Desatención	11,7 ± 2,8	11,4 ± 3,9	0,704
Claridad-Confusión	12,5 ± 2,2	12,6 ± 3,6	0,983
Aceptación-rechazo	26,1 ± 6,1	24,3 ± 7,9	0,538
Funcionamiento-Interferencia	14,8 ± 3,4	15,1 ± 4,6	0,603
Regulación-Descontrol	30,6 ± 7,8	27,6 ± 8,6	0,326
RME			
Adjetivo Errores	12,4 ± 2,8	10,2 ± 4,4	0,019
Tentativas Suicidio			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	80,8 ± 9,8	70,1 ± 14,4	0,049
DERS			
Atención-Desatención	13,7 ± 2,4	10,8 ± 3,5	0,01
Claridad-Confusión	13,6 ± 3,3	12,2 ± 3	0,306
Aceptación-rechazo	30,8 ± 4	23,1 ± 7,1	0,001
Funcionamiento-Interferencia	16,7 ± 2,8	14,5 ± 4,4	0,126
Regulación-Descontrol	33,2 ± 7,1	27,4 ± 8,4	0,031
RME			
Adjetivo Errores	11,5 ± 2,8	10,8 ± 4,3	0,396
Autolesiones			
	SI	NO	p-valor
TAS - 20	72,6 ± 15,5	73,4 ± 14,6	0,747
DERS			
Atención-Desatención	10,9 ± 3,7	12 ± 3,3	0,477
Claridad-Confusión	12,4 ± 2,9	12,7 ± 3,4	0,684
Aceptación-rechazo	27,4 ± 6,3	23 ± 7,5	0,038
Funcionamiento-Interferencia	16 ± 3,6	14,2 ± 4,4	0,181
Regulación-Descontrol	31,5 ± 8,1	26,5 ± 8,1	0,036
RME			
Adjetivo Errores	11,3 ± 4,1	10,7 ± 4	0,827

Media ± Desviación típica

Tentativas de suicidio: las pacientes que habían realizado alguna tentativa de suicidio (TdS) presentan diferencias significativas con el grupo de pacientes que no habían intentado suicidarse en las siguientes variables: TAS-20, grupo de pacientes con TdS media (80,8 ± 9,8) y grupo de pacientes sin TdS, media (70,1 ± 14,4). Atención/Desatención, grupo de pacientes con TdS media (13,7 ± 2,4) y grupo de pacientes sin TdS, media (10,8 ± 3,5). Aceptación/Rechazo, grupo de pacientes con TdS media (30,8 ± 4) y grupo de pacientes sin TdS, media (23,1 ± 7,1). Regulación/Descontrol, grupo de pacientes con TdS media (33,2 ± 7,1) y grupo de pacientes sin TdS, media (27,4 ± 8,4). (Tabla 15).

Autolesiones: las pacientes que se habían infringido alguna lesión presentan diferencias significativas con el grupo de pacientes que no se han autolesionado, en las variables: Aceptación/rechazo, media de pacientes con autolesiones ($27,4 \pm 6,3$) y media de pacientes sin autolesiones ($23 \pm 7,5$); Regulación/Descontrol media de pacientes con autolesiones ($31,5 \pm 8,1$) y media de pacientes sin autolesiones ($26,5 \pm 8,1$) (Tabla 15).

Situación laboral: las pacientes que están en una situación de incapacidad laboral muestran mayores dificultades en la aceptación de sus emociones, Aceptación-rechazo media de las pacientes en activo ($23,9 \pm 7,5$), media de las pacientes en situación de incapacidad transitoria ($25,7 \pm 6,3$) y media de pacientes en situación de incapacidad permanente ($31,6 \pm 1,8$). (Tabla 16).

Tabla 16. Diferencias en las variables emocionales asociadas a situación laboral

Variables Emocionales	Situación laboral			p-valor
	Activa	Baja	Incapacidad	
TAS - 20	71,2 ± 15,4	79,6 ± 13,4	79,2 ± 10,6	0,357
DERS				
Atención-Desatención	11,3 ± 3,8	13,6 ± 1,5	11 ± 2,2	0,194
Claridad-Confusión	12,6 ± 3,3	12,2 ± 2,2	12,7 ± 3	0,959
Aceptación-rechazo	23,9 ± 7,5	25,7 ± 6,3	31,6 ± 1,8	0,049
Funcionamiento-Interferencia	15 ± 4,5	13,6 ± 3,6	16 ± 1,8	0,654
Regulación-Descontrol	28,3 ± 8,6	29,2 ± 7,9	30,5 ± 8,5	0,756
RME				
Adjetivo Errores	10,7 ± 4,4	11 ± 2,2	12,7 ± 2,1	0,299
Adjetivo % Errores	31,9 ± 11,5	30,6 ± 6,2	35,2 ± 5,7	0,5

Media ± Desviación típica

5. Diferencias entre pacientes en las variables emocionales, en función de criterios de gravedad asociados

Criterios de Gravedad asociados: las pacientes que tienen asociados criterios de gravedad puntúan de forma más elevada en la escala que expresa sus dificultades para aceptar las emociones, Aceptación/Rechazo, la media de pacientes más graves es de ($26,5 \pm 7,3$) y se diferencia de forma significativa de la obtenida por las pacientes sin criterios de gravedad asociados cuya media es de ($21 \pm 5,7$). Estas pacientes más graves tienen más dificultades para regular sus emociones, Regulación/Descontrol, media de las pacientes más graves ($30,9 \pm 8,2$) que se diferencia de forma significativa de la obtenida por las pacientes sin criterios de gravedad asociados cuya media es de ($25,6 \pm 8,3$). El resto de las variables no presentan diferencias significativas. (Tabla 17).

Aunque no existen diferencias significativas en las otras variables emocionales medidas asociadas a la gravedad, sí existe una tendencia de las pacientes con criterios de gravedad asociados a mostrar puntuaciones más extremas en el TAS-20. Esta tendencia se expresa en el siguiente gráfico (Gráficos 22a y 22b).

Tabla 17. Diferencias en las variables emocionales asociadas a criterios de Gravedad Asociada

Variables Emocionales	Gravedad		p-valor
	SI	NO	
PD TAS - 20	74,8 ± 13,8	68,9 ± 16,9	0,329
DERS			
Atención-Desatención	11,6 ± 3,7	11,2 ± 3,1	0,673
Claridad-Confusión	12,9 ± 3,1	11,6 ± 3,1	0,121
Aceptación-rechazo	26,5 ± 7,3	21 ± 5,7	0,008
Funcionamiento-Interferencia	15,3 ± 3,9	14,1 ± 4,8	0,418
Regulación-Descontrol	30,9 ± 8,2	25,6 ± 8,3	0,014
RME			
Adjetivo Errores	11,3 ± 3,7	10,1 ± 4,7	0,223

Media ± Desviación típica

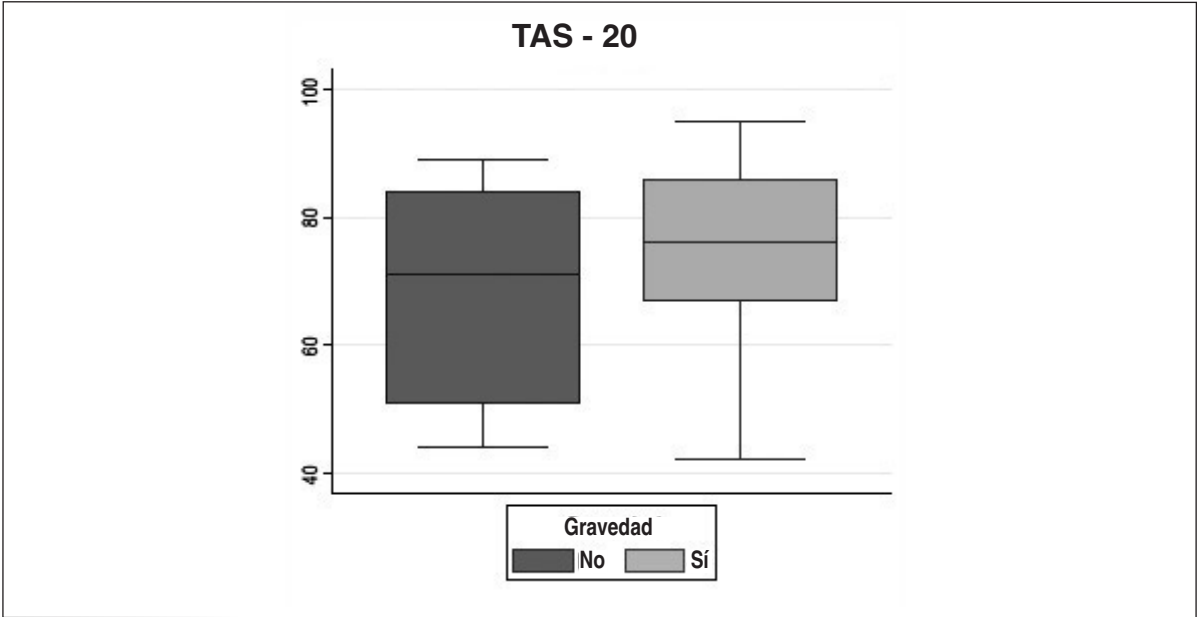


Gráfico 22a. Diferencias entre pacientes en las variables emocionales en función de criterios de Gravedad asociados.

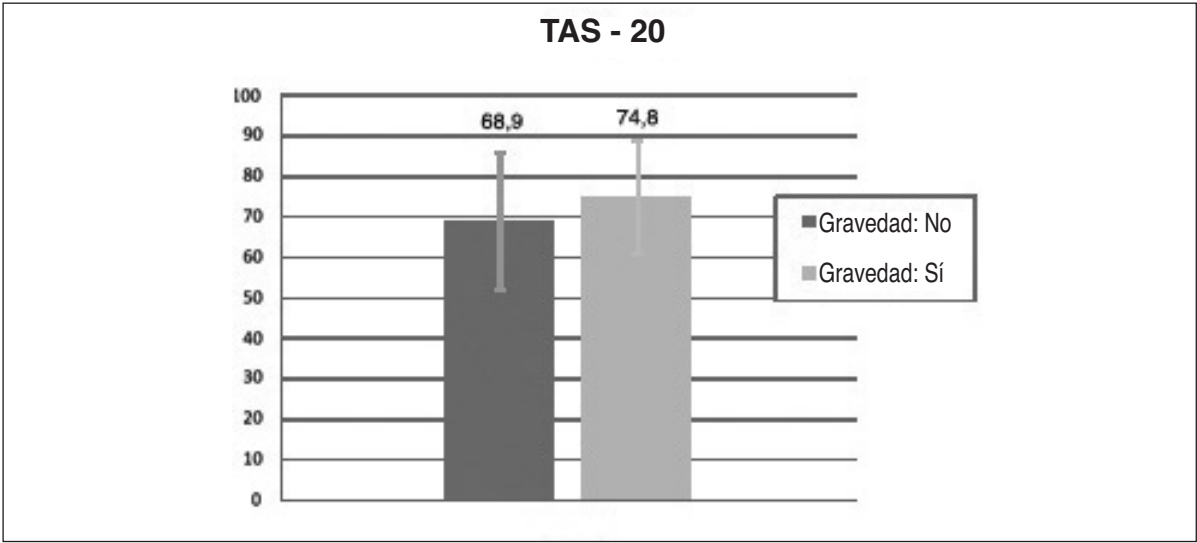


Gráfico 22b. Diferencias entre pacientes en las variables emocionales en función de criterios de Gravedad asociados.

6. Diferencias en las variables emocionales asociados a la gravedad, por estratos de edad

El grupo de adultas tiene un porcentaje de pacientes (92.6%) con criterios de gravedad asociados mayor que las pacientes que adolescentes con criterios de gravedad asociados (42.9%). Esta diferencia es estadísticamente significativa $p < 0.001$. Si se tiene en cuenta la edad de las pacientes, se observan algunas diferencias significativas. (Tabla 18).

TAS-20: en el grupo de pacientes con criterios de gravedad asociados, las adultas presentan una media en el TAS-20 de $(76,94 \pm 14)$ más elevada pero no es significativamente diferente a la media presentada por las pacientes adolescentes $(70,1 \pm 12,9)$. (Tabla 18).

DERS: las pacientes adultas con criterios de gravedad asociados presentan más dificultades en prestar atención a sus emociones, Atención/Desatención media de pacientes adultas con criterios de gravedad asociados $(12,4 \pm 3,6)$ es significativamente superior a la presentada por las pacientes con criterios de gravedad asociados adolescente $(9,4 \pm 3,1)$. El resto de las escalas no presentan diferencias significativas. (Tabla 18).

RME: no se observan diferencias significativas en la capacidad de mentalización de las pacientes adultas con criterios de gravedad asociados en comparación con las pacientes adolescentes con criterios de gravedad asociados. (Tabla 18).

Al ser ya el tamaño muestral pequeño, además de los estadísticos hemos realizado también representaciones gráficas de aquellas variables que presentan una cierta tendencia a diferenciar ambos grupos. Estas variables emocionales, dificultades para reconocer y aceptar emociones, son mayores en las pacientes adultas y quizás, con una muestra mayor, se diferenciarían de forma significativa del grupo de adolescentes. (Gráficos 23 y 24).

Tabla 18. Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad y estratos de edad

Variables Emocionales	Gravedad		
	Adultas	Adolescentes	p-valor
PD TAS - 20	$76,4 \pm 14$	$70,1 \pm 12,9$	0,191
DERS			
Atención-Desatención	$12,4 \pm 3,6$	$9,4 \pm 3,1$	0,032
Claridad-Confusión	$13,5 \pm 3,2$	$11,3 \pm 2,2$	0,098
Aceptación-rechazo	$28,2 \pm 5,4$	$21,9 \pm 10$	0,127
Funcionamiento-Interferencia	$15,4 \pm 3,3$	$15,1 \pm 5,5$	0,768
Regulación-Descontrol	$30 \pm 7,7$	$29,8 \pm 10,1$	0,984
RME			
Adjetivo Errores	$11,6 \pm 3$	$10,6 \pm 5,4$	0,224

Media $\pm$ Desviación típica

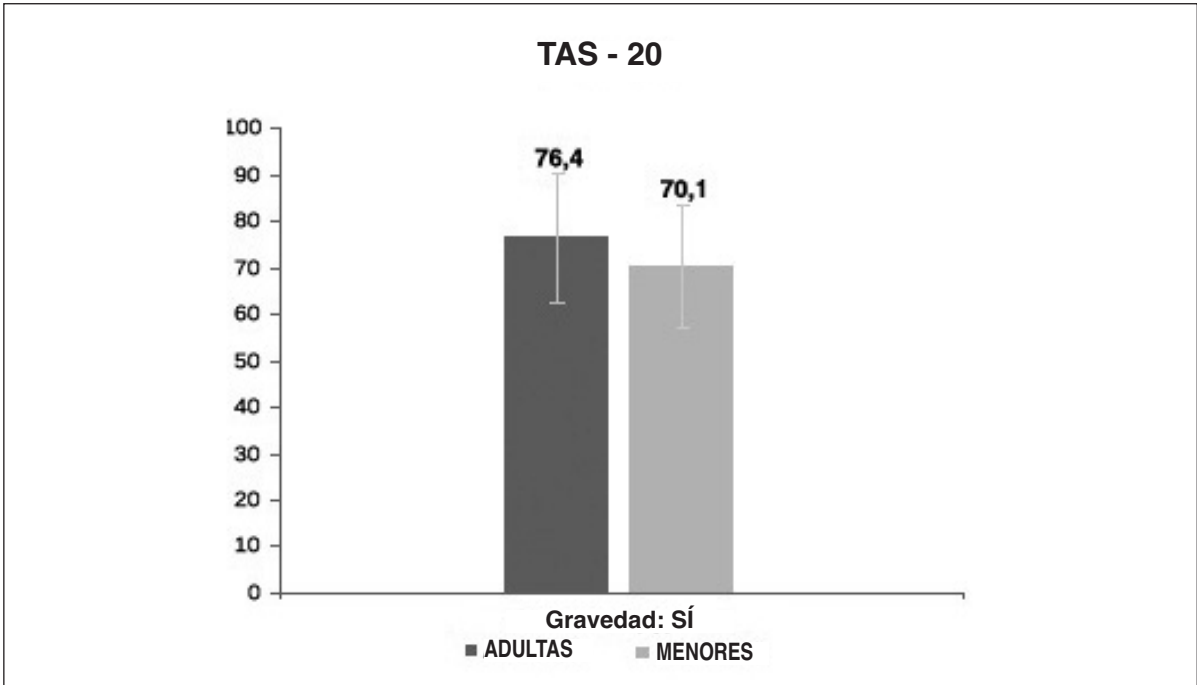


Gráfico 23. Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad y estratos de edad.

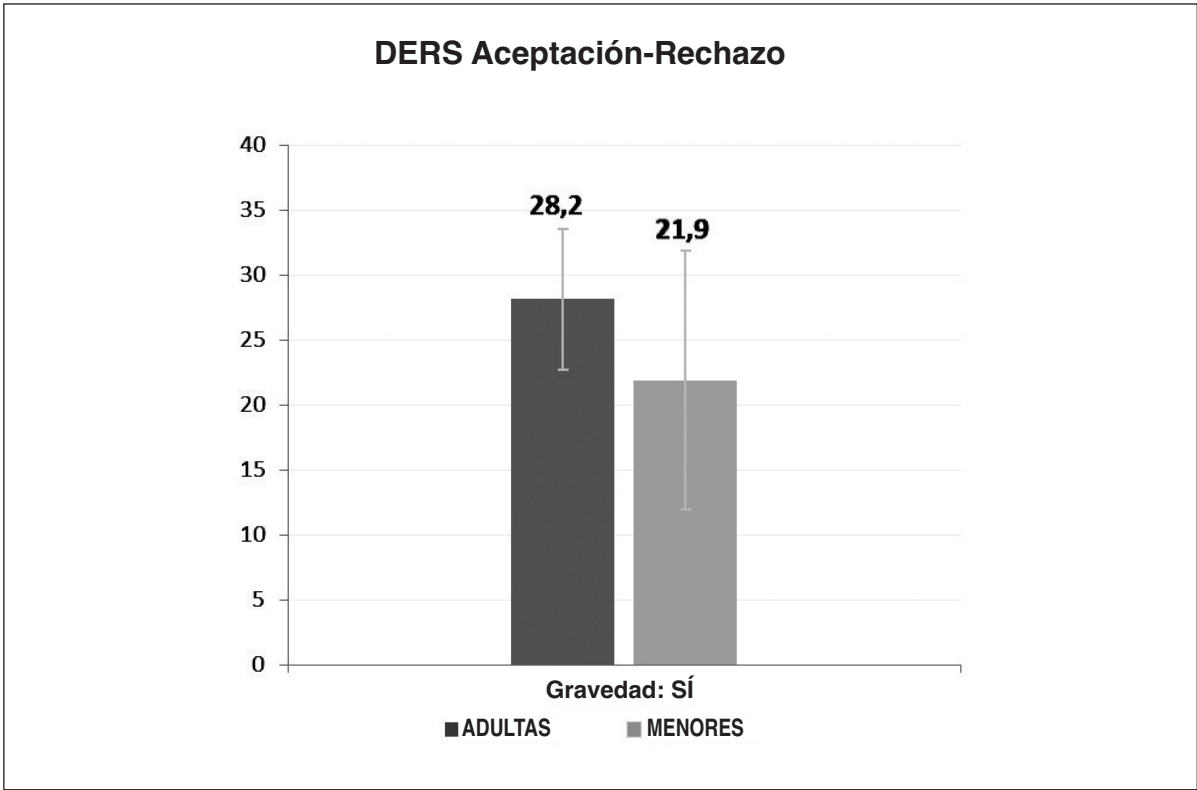


Gráfico 24. Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad y estratos de edad.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio se ha centrado en investigar las diferencias y similitudes existentes en las dificultades emocionales descritas en pacientes con TCA, adultas y adolescentes. Este interés proviene de la necesidad de encontrar componentes terapéuticos complementarios a los tratamientos actuales de forma que se incremente su eficacia a corto y largo plazo y se reduzca la

tasa de cronicidad actual. Entre estos componentes, los aspectos emocionales implicados en el trastorno parecen tener un futuro prometedor. Asumir que los síntomas alimentarios son una forma de regular emociones dolorosas y que el trastorno alimentario sería un intento desadaptado de regular o escapar de estados afectivos negativos, (Geller et al., 2006; Waters, Hill, y Waller, 2001) abre una nueva dimensión terapéutica esperanzadora (Corstorphine, 2006).

Hasta ahora las investigaciones, en su conjunto, han puesto de manifiesto que las pacientes con TCA presentan dificultades emocionales diversas. (Fox y Power, 2009; Ioannou y Fox, 2006). Dificultades de reconocimiento emocional propio, valoradas a través de la utilización de escalas que miden Alexitimia (dificultad para identificar y describir estados emocionales (Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges, 1993; Råstam, Gillberg, Gillberg y Johansson, 1997). Deficiencias de regulación emocional medidas mediante escalas específicas y opiniones de pacientes, que han informado de la utilización de los síntomas como forma de regular sus emociones. (Brockmeyer et al., 2012; Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud y Holte, 2012; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2010, 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Holliday, Uher, Landau, Collier, y Treasure, 2006). Delimitación de cuáles son las emociones predominantes de las pacientes y su relación con las conductas patológicas alimentarias, (Fox y Harrison, 2008; Keith, Gillanders y Simpson, 2009; Troop, Treasure y Serpell, 2002; Waller et al., 2003; Zaitsoff, Geller y Srikanth, 2002). Asimismo, los estudios han puesto de manifiesto que las pacientes con AN de larga evolución presentan déficits en la capacidad para inferir las emociones de otros. (Gillberg, Råstam, Wentz y Gillberg, 2007; Zucker et al., 2007). Este déficit ha sido valorado mediante tareas que fueron desarrolladas para evaluar la mentalización de los pacientes autistas, por lo que se ha especulado sobre la idea de que ambos grupos de pacientes podrían compartir algunas características fenotípicas (Fertuck et al., 2009; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure y Schmidt, 2009; Råstam, 2008; Russell, Schmidt, Doherty, Young y Tchanturia, 2009).

Sin embargo, no todos los resultados son concluyentes ya que la mayoría de los estudios han utilizado muestras de pacientes adultos de larga evolución y pocos han comparado sus hallazgos con las dificultades encontradas en pacientes más jóvenes. (Sim y Zeman, 2004; Zonneville-Bender, Van Goozen, Cohen-Kettenis, Van Elburg y Van Engeland, 2004, 2002).

Nuestra investigación, apoyada en una muestra de 41 pacientes, (21 adolescentes y 28 adultas) y 40 participantes controles (27 adolescentes y 13 adultas), ha estudiado las posibles semejanzas y diferencias en el reconocimiento emocional propio y ajeno y en la regulación de las emociones, entre pacientes adolescentes de reciente diagnóstico y pacientes adultas de más larga evolución en el trastorno. Como era de esperar, la primera diferencia entre el grupo de pacientes adolescentes y adultas es la duración del trastorno. El grupo de adolescentes se agrupa en torno al año de evolución y el grupo de adultas presenta dos subgrupos: uno cuya mediana se sitúa alrededor de los cinco años de evolución (tiempo de evolución medio de la mayoría de los pacientes con TCA) y otro de larga evolución cuya mediana se sitúa en torno a los 10 años de evolución y que podría ser considerado como grupo de pacientes crónicas, Figura (1). El 81% de las pacientes cumplían criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa en el inicio del tratamiento y el resto de las pacientes, 18,8%, cumplían criterios de Bulimia Nerviosa. Aunque algunos autores (Kenyon et al., 2012) sugieren que se deberían estudiar de forma diferenciada las pacientes

con AN y las pacientes BN, porque parecen tener perfiles emocionales diferenciados, nuestras pacientes no han presentado diferencias en sus respuestas a las variables emocionales en función del diagnóstico o del IMC en el momento de realizar el estudio. Por ello hemos considerado que nuestros resultados globales, formados por ambos grupos diagnósticos y con diferentes niveles de IMC, no presentan sesgos cuando se utilizan de forma conjunta.

A pesar de incluir pacientes adolescentes de reciente diagnóstico, el 72% de las pacientes habían recibido tratamientos anteriores al nuestro en otros dispositivos sanitarios. El 27,2% habían realizado 3 o más tratamientos. Incluso 4,4% había realizado más de 10 tratamientos antes de realizarlo con nuestro equipo. Ello parece indicar que nuestras pacientes tienden a presentar complicaciones en el proceso terapéutico debido, entre otras cosas, a las dificultades para vincularse con los terapeutas. Si a esto le añadimos que el 64,6% de los pacientes presentaban criterios de gravedad asociados a la patología alimentaria, se podría considerar que nuestra muestra está formada mayoritariamente por pacientes graves. La concurrencia de autolesiones, tentativas de suicidio o la incapacidad laboral sugieren también que aproximadamente un 25% de pacientes eran extremadamente graves.

Globalmente, nuestros resultados indican la presencia de dificultades de reconocimiento emocional propio (TAS-20) y de regulación emocional (DERS), en el grupo total de pacientes, cuando se comparan con los participantes controles y con los resultados de población normal recogidos en los baremos de las pruebas. No se han encontrado diferencias entre pacientes y controles en la capacidad de reconocimiento emocional de los otros (RME).

Si se tiene en cuenta la edad de las pacientes, se observan algunas diferencias significativas no solo entre grupos de pacientes y controles, sino también entre mayores y adolescentes. Como en otros estudios, (Shouse y Nilsson, 2011; Vansteelandt et al., 2013) también se observan diferencias en las variables emocionales medidas (dificultades de reconocimiento emocional propio y ajeno y en la regulación de sus emociones negativas) en nuestras pacientes, en función de las características clínicas asociadas y de la gravedad de su patología:

1. *Déficit en el reconocimiento emocional personal:* en conjunto, el grupo de pacientes presenta una puntuación indicativa de alexitimia, reflejo de sus dificultades de reconocimiento emocional, mientras que el grupo control muestra una puntuación que sugiere cierta probabilidad de alexitimia. Es decir, el grupo de pacientes muestra deficiencias evidentes en el reconocimiento de sus propias emociones, mientras que el grupo control muestra igualmente dificultades en esta área, aunque en menor medida.

Las diferencias se esclarecen al analizar los resultados por estratos de edad. Las diferencias entre pacientes y controles dependen del estrato, es decir, dependen de si son adultas o menores. Comparados ambos grupos con sus correspondientes controles se observa que las pacientes adultas se distancian del grupo control cuya puntuación es indicativa de ausencia de alexitimia. En cambio, el grupo de menores adolescentes, pacientes y controles, presentan puntuaciones relativamente similares, aunque algo más elevadas en las pacientes, indicativas en ambos grupos de probable alexitimia. Estos datos sugieren que o bien las pacientes adolescentes, como sus iguales, posiblemente debido a su edad tienen dificultades para reconocer sus

emociones, o bien que el tamaño muestral reducido ha enmascarado la significación estadística de sus diferencias. Asimismo, cuando se comparan los resultados de pacientes adultas y adolescentes, las adultas muestran una afectación emocional notablemente más intensa que las adolescentes, algo totalmente contrario a lo que ocurre con la población general. Lo habitual en la población normal es que durante la infancia/adolescencia se tengan limitaciones en el reconocimiento emocional, pero con el paso de los años las personas incrementan ese conocimiento y reducen su alexitimia. Esto es lo que se observa en los grupos control: las participantes adultas no presentan problemas de alexitimia mientras que las adolescentes sí presentan signos de posible alexitimia. Por el contrario, las pacientes adultas no mejoran en su capacidad de reconocimiento de sus emociones, sino que empeoran dramáticamente durante el desarrollo del trastorno.

Junto con la edad/duración del trastorno, las dificultades de reconocimiento emocional están asociadas con el nivel de gravedad. Las pacientes que intentaron suicidarse muestran una puntuación extremadamente alta de alexitimia, comparada con la obtenida por el grupo que no hizo tentativas de suicidio, si bien en este grupo, el nivel de la alexitimia también era alto. Y, aunque no existen diferencias significativas en las otras variables de gravedad asociadas a la patología alimentaria, sí existe una tendencia de las pacientes con criterios de gravedad asociados a mostrar puntuaciones más extremas en el TAS-20. Quizás si se utilizaran muestras mayores estas diferencias entre las pacientes más graves y menos graves adquieran más relevancia. Finalmente, cuando el análisis se realiza por estratos de edad y gravedad, se mantienen las diferencias observadas anteriormente entre pacientes mayores y menores: el grado de alexitimia en el grupo de pacientes adultas con criterios de gravedad asociados es más elevado que el presentado por las pacientes adolescentes graves. Ambos resultados parecen sugerir que el déficit en el reconocimiento emocional no solo sería un antecedente del propio trastorno sino que, según va transcurriendo el tiempo, la capacidad de las pacientes para percibir sus emociones, empeora. No obstante, solo un estudio longitudinal podría corroborar con seguridad tal hipótesis.

2. Dificultades en Aceptación y Regulación emocional: en conjunto, las dos subescalas con mayores diferencias significativas entre pacientes y controles y más relacionadas con las variables de gravedad son Aceptación/Rechazo y Regulación/Descontrol. Se observan igualmente diferencias significativas entre pacientes y controles, en las variables Claridad/Confusión y Funcionamiento/Interferencia pero la diferencia es mucho menor. Atención/desatención es el déficit emocional menos relacionado con la patología alimentaria que, globalmente, no presenta diferencias significativas entre pacientes y controles, aunque sí surgen cuando se analizan los resultados por estratos de edad.

Atención/Desatención: la desatención a las emociones, como ocurría en el TAS-20, se diversifica en función de la edad. Las dificultades para prestar atención a las propias emociones son más elevadas en las pacientes adultas cuando se comparan con las adolescentes y en aquellas que habían realizado alguna tentativa de suicidio. En cambio, el grupo de adolescentes, pacientes y controles muestran un nivel de desatención similar entre ellas y semejante al observado en la población normal.

Claridad/Confusión: es una variable que diferencia entre pacientes y controles cuando se tiene en cuenta la edad. Las pacientes adultas muestran un déficit ligeramente más elevado que las adolescentes en la comprensión de sus emociones.

Aceptación/Rechazo, es la variable, junto con Regulación/Descontrol más afectada en los pacientes. Tanto las pacientes adultas como las adolescentes se diferencian significativamente de los sujetos del grupo control, aunque el déficit en el grupo adultas es muy superior. Así mismo, se ha observado que algunas características clínicas están asociadas con un nivel mayor de rechazo emocional: presencia de vómitos, uso de laxantes y diuréticos. Igualmente, otras variables relacionadas con la gravedad del trastorno están asociadas con mayores dificultades para aceptar las emociones: duración del trastorno, intentos de tratamiento previo, diagnóstico de comorbilidad, tentativas de suicidio, autolesiones e incapacidad laboral. Si se tiene en cuenta el nivel de gravedad global, las pacientes mas graves tienen más dificultades en aceptar sus emociones y esta dificultad es mayor en las pacientes graves adultas. Dado que los datos son relacionales no podemos dilucidar si esta asociación entre dificultades emocionales extremas y duración del trastorno significa que el propio trastorno empeora la aceptación de las emociones o si el rechazo de las emociones bloquea la recuperación e incrementa las posibilidades de cronificación.

Funcionamiento/Interferencia, las pacientes adultas sienten que sus emociones interfieren su actividad en mayor grado que las pacientes adolescentes y los grupos control. Esta sensación de interferencia es más acusada en las pacientes que realizan atracones y vómitos.

Regulación/Descontrol, los problemas de regulación emocional diferencian significativamente entre pacientes y controles en ambos estratos de edad, aunque las dificultades son mayores en las pacientes adultas. Como en las dificultades de aceptación, algunas características clínicas están asociadas con un mayor nivel de dificultades de regulación emocional: presencia de atracones y vómitos. Asimismo, existe relación con la gravedad del trastorno: se observan un déficit más acusado en pacientes con mayor duración del trastorno, tentativas de suicidio y autolesiones.

3. *Cognición social y Teoría de la Mente*: debido a que la edad de los sujetos (mayores y menores de 18 años) implica utilizar dos versiones de la tarea RME con un nº diferente de ítems, las comparaciones de los resultados entre el grupo total de pacientes y el grupo total de controles se ha realizado utilizando el nº de errores cometidos. La ejecución de esta tarea por los grupos de pacientes adolescentes y adultas, controles adolescentes y adultas es similar a las obtenidas por la población normal cuando se comparan con los baremos realizados en español. Las pacientes cronificadas mas graves, con dificultades para vincularse adecuadamente al equipo terapéutico, valorado por el nº de intentos de tratamiento, la permanencia en el trastorno y haber tenido que ser ingresada, realizan más errores en la inferencia de estados emocionales de otros, pero su nivel se no se aleja de forma significativa del rendimiento de los controles y de la población normal. Estos resultados son similares a los obtenidos por algunos autores que han utilizado el RME para evaluar la mentalización de pacientes con TCA. Pacientes con BN realizan ejecuciones equivalentes en sus controles en tareas de ToM. (79); Igualmente se ha observado que la capacidad de reconocer las emociones a través de la mirada permanece intacta en pacientes con AN (Adenzato, Todisco y Ardito, 2012; Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia y Schmidt, 2011). Por el contrario, estos resultados no corroboran los hallados obtenidos con otras pruebas que evalúan la mentalización, donde se aprecia una ejecución similar entre pacientes AN y pacientes del espectro autista. (Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell y Treasure, 2008; Odent, 2010; Pollatos, Herbert, Schandry y Gramann, 2008; Tchanturia et al., 2004). El hecho de que nuestras pacientes con AN de larga

evolución y factores de gravedad asociados no presenten dificultades para atribuir estados emocionales de otros, indica que, o bien este componente de la cognición social no está alterado en las pacientes con AN o bien que la mayor parte de las pacientes AN no tienen problemas de mentalización. En este caso, al ser la muestra relativamente pequeña podría tener algún sesgo que no hemos sabido controlar y no se habrían incluido pacientes con AN que compartan las características fenotípicas de los pacientes del espectro autista. Estos y otros hallazgos controvertidos en cognición social en TCA sugieren que no es posible generalizar las dificultades de reconocimiento emocional de todos los pacientes con TCA e instan a realizar más investigaciones que permitan descubrir las características diferenciales de las pacientes AN con alteraciones de ToM, más allá de sus dificultades de vínculo.

Nuestros resultados apoyan la necesidad de incluir los aspectos emocionales como parte esencial de los programas de tratamiento y prevención de los TCA. Tener conocimiento de que los TCA no solo están relacionados con el deseo de delgadez, sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre su salud física y psíquica, disminuye la culpa de las pacientes e incrementa su esperanza. En primera instancia elimina la culpa de las pacientes que creen que han realizado el trastorno de forma voluntaria y permanecen en él porque son tercas. Si además tenemos en cuenta que los TCA se expresan en un contexto ideológico cuyo objetivo primordial es la de búsqueda de placer inmediato y la eliminación de cualquier signo de malestar físico y emocional, transmitir esta información a la población general, a los familiares de los pacientes y a los profesionales de salud mental es esencial para que se realicen tratamientos con garantías de éxito.

Además, incluir intervenciones terapéuticas específicas que traten los aspectos emocionales de las pacientes, contrarresta el desánimo producido por los continuados fracasos al intentar poner en práctica, sin éxito, las propuestas “terapéuticas” de algunos tratamientos actuales. Numerosas pacientes han tenido experiencias nefastas en tratamientos cuyas intervenciones excesivamente rígidas y coercitivas han producido resultados, aparentemente beneficiosos de manera temporal. Sin embargo, al estar asociados únicamente a vigilancia y control, los resultados se han perdido cuando los “controladores” dejaron de vigilar, produciéndose supuestas recaídas que ahondaron en la idea que los TCA no tienen recuperación definitiva. Este proceder ha originado, casi indefectiblemente, el empeoramiento posterior, la ocultación, la cronificación y la pérdida de toda posibilidad de acción terapéutica.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Somos conscientes que los trastornos considerados al inicio del estudio, AN y BN, han podido sufrir migraciones diagnósticas a lo largo de la evolución, especialmente las pacientes diagnosticadas en el momento del estudio de BN. Sin poder predecir si tal giro podría afectar a los resultados de la investigación, hemos reducido la potencial interferencia, al incluir pacientes, que al inicio de la investigación se ha establecido el juicio clínico de AN o BN.
- Se ha consensuado no desdoblarse el diagnóstico de AN con el objetivo de favorecer muestras mayores que hagan más factible la extrapolación a poblaciones generales. En futuras investigaciones, cuando el tamaño muestral lo permita, se tendrá en cuenta este factor.

- En nuestro estudio, se ha decidido no incluir los varones, dadas las características psicopatológicas diferenciales, consideramos que su inclusión podría restar validez a los resultados. Serán necesarios futuros estudios subpoblacionales comparativos que aclaren esta situación.
- Los grupos control están formados por personas con una edad y un nivel escolar más homogéneo ya que pertenecían a grados escolares muy limitados. Las participantes adultas son todas Universitarias mientras que el grupo control presenta un nivel de estudios heterogéneo. Además no se ha controlado en nivel intelectual de los participantes, aspecto que ha sido relacionado con la intensidad de la alexitimia.
- Al haber realizado el RMN sin límite de tiempo no se ha tenido en cuenta las recomendaciones que aconsejan realizar las tareas de cognición con tiempo limitado para que la prueba sea más ecológica. En las interacciones sociales cotidianas las personas reconocen los estados mentales de los otros rápidamente para poder adaptarse a los cambios ocurridos. Si las pruebas no se hacen con tiempo limitado, es posible que las dificultades de mentalización no se evidencien.
- En ocasiones, las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas pero se observan tendencias en los resultados que quizás, con muestras mayores podrían dilucidarse y llevar a conclusiones diferentes.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados confirman la existencia de problemas emocionales (dificultades de aceptación y regulación de sus emociones) tanto en pacientes adolescentes con pocos años de evolución en el trastorno, como en pacientes adultas de larga evolución, aunque en este grupo la patología es mayor y está asociada a una alexitimia intensa. Este incremento de alexitimia durante el trastorno estaría interfiriendo las posibilidades de recuperación de las pacientes.

El déficit de conciencia emocional al inicio del trastorno y su agravamiento durante el trastorno apoyan la hipótesis de una relación bidireccional entre dificultades emocionales y TCA. La insuficiencia de percepción de las propias emociones podría considerarse factor de inicio del trastorno y su incremento durante el trastorno, factor de mantenimiento y cronificación.

El rechazo a sentir emociones negativas y una forma inadecuada de procesarlas se encuentra presente en todas las pacientes, tanto adultas como adolescentes, independientemente de la duración del trastorno. Por ello, la enseñanza de lo que significan las emociones, su reconsideración y afrontamiento saludable debería ser incluido en cualquier programa de tratamiento y prevención, especialmente los dedicados a grupos de riesgo. (Ardito y Rabellino, 2011; Baer, 2006; Chambers, Gullone y Allen, 2009; Linehan, 1993).

Tener conocimiento de que los TCA no solo están relacionados con el deseo de delgadez, sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus

emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre su salud física y psíquica, disminuye la culpa de las pacientes e incrementa su esperanza de cambio.

Incluir intervenciones terapéuticas específicas que traten los aspectos emocionales de las pacientes, mejora los resultados y contrarresta el desánimo producido por los continuados fracasos al intentar poner en práctica, sin éxito, las propuestas “terapéuticas” de algunos tratamientos actuales basados en el control.

Por lo que respecta a la cognición social o ToM de nuestras pacientes, medida a través del RME, aparece intacta en nuestras pacientes con AN o BN, tanto adultas como adolescentes. Únicamente aquellas pacientes que han tenido problemas de vínculo terapéutico, presentan un ligero descenso de eficacia perceptiva, pero esta capacidad de mentalización se sitúa al mismo nivel que la existente en la población general por lo que no se puede inferir que las pacientes evaluadas presenten afectación en su cognición social. Se requieren nuevas investigaciones que delimiten las características diferenciales de las pacientes con y sin alteraciones en ToM.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los tratamientos con probabilidades de eficacia a corto y largo plazo tienen que integrar las variables emocionales de manera conjunta en un tratamiento holista que tenga en cuenta los problemas de salud, los aspectos nutricionales, el funcionamiento neurocognitivo, las posibles distorsiones cognitivas, las alteraciones de la imagen corporal, las relaciones interpersonales y familiares y la reinserción en el ámbito sociolaboral. Tal tratamiento requiere un formato relacional de capacitación en el que los profesionales tengan en cuenta las opiniones del paciente y la familia a la hora de diseñar las intervenciones terapéuticas ya que fomentan el compromiso de cambio.

REFERENCIAS

- Adenzato, M., Todisco, P. y Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PLoS ONE*, 7(8), e44414.
- Alpers, G. W. y Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behavior*, 2, 339-352.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Ardito, R. B. y Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support*. San Diego CA: Elsevier.
- 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 Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. y Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kammerer, A., Herzog, W. y Friederich, H. C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 496-501.

- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. y Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Calvo, R., Gallego Morales, L. T. y García de Lorenzo y Mateos A. (2012). Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 751-758.
- Catanzaro, S. J. y Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addicted Behavior*, 29, 1779-1797.
- Chambers, R., Gullone, E. y Allen, B. N. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. y Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 14, 219-222.
- Cooper, M. J., Wells, A. y Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93, 263-266.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F. y Holte, A. (2012). The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 451-460.
- Espeset, E. M., Nordbø, R. H., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. y Holte, A. (2011). The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: An empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorders*, 19, 175-193.
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T. ... Stanley, B. (2009). Enhanced "Reading the Mind in the Eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988.
- Fox, J.R.E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 276-302.
- Fox, J. y Froom K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 328-335.
- Fox J. R. E. y Harrison, A. (2008). The relation of anger to disgust: The potential role of coupled emotions within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 86-95.
- Fox, J. R. E. y Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (4), 240-267.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M. y Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. y Jeczmién, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.
- Gillberg, I. C., Råstam, M., Wentz, E. y Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 170-178.
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T. y Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 335-339.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40, 1887-1897.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation in anorexia: State or trait? *Biological Psychiatry*, 68, 755-761.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Heatherton, T. F. y Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hervás, G. y Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades de la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139 -156.

- Hoek, H. W. y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Holliday, J., Uher, R., Landau, S., Collier, D. y Treasure, J. (2006). Personality Pathology among Individuals with a Lifetime History of Anorexia Nervosa. *Journal Personality Disorders*, 20, 417-430.
- Ioannou, K. y Fox, J.R. E. (2006). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 336-347.
- Jansch, C., Harmer, C. y Cooper, M. J. (2009). Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eating Behaviors*, 10, 184-191.
- Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M. y Saar-ijarvi, S. (2010). Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders*, 18, 226-238.
- Kassel, J. D., Bornovalova, M. A. y Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 939-950.
- Kassel, J., Unrod, M., (2000) Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 332-340.
- Keith, I., Gillanders, D. y Simpson, S. (2009). An Exploration of the Main Sources of Shame in an Eating-Disordered Population. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 16, 317-327.
- Kenyon, M., Samarawickrema, N., DeJong, H., Van den Eynde, F., Startup, H., Lavender, A. ... Schmidt, U. (2012). Theory of mind in bulimia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 45, 377-384.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M. y Treasure, J (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 35, 42-47.
- Kyriacou, O., Easter, A. y Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 14, 843-854.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore R. H. y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lyvers, M., Thorberg, F. A., Ellul, A., Turner, J. y Bahr, M. (2010). Negative mood regulation expectancies, frontal lobe related behaviors and alcohol use. *Personality and individual differences*, 48, 332-337.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 19-32.
- Morris, R., Bramham, J., Smith, E. y Tchanturia, K. (2014). Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19, 47-57.
- Nordbø, R.H., Espeset, E.M., Gulliksen, K.S., Skårderud, F. y Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 556-564.
- Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. y Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 60-67.
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K. y Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review*, 19, 462-474. doi: 10.1002/erv.1069.
- Odent, M. (2010). Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? *Medical hypotheses*, 75, 79-81.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J. y Schmidt, U. (2009). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medical*, 72, 73-79.
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders, *International Journal of Psychological Therapy*, 11, 1-11.
- Parling, T., Mortazavi, M. y Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eating Behaviors*, 11, 205-210.
- Phillips, M.L., Drevets, W. C., Rausch, S. L. y Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biological psychiatry*, 54, 504-514.
- Pollatos, O., Herbert, B. M., Schandry, R. y Gramann, K. (2008). Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70, 701-708.
- Råstam, M. (2008). Eating disturbance and autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 31-42.
- Råstam, M., Gillberg, C., Gillberg, I. C. y Johansson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385-388.

- Rodríguez, S., Mata, J. L. y Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clinica y Salud*, 18, 38-46.
- Rodríguez, S., Mata, J. L., Moreno, S., Fernández, M. C. y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Román, F., Rojas, G., Román, N., Iturri, M., Blanco, R., Leis, A., ... Argencog (2012). Baremos del test de la mirada en español en adultos de Buenos Aires. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 4 (3), 1-5.
- Rosen, H. J. y Levenson, R. W. (2009). The emotional brain: Combining insights from patients and basic science. *Neurocase*, 15, 173-181.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2002). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. Web de las enfermedades relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V. y Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168, 181-185.
- Schmidt, U., Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schmidt, G. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Shouse, S. y Nilsson, J. (2011). Self-Silencing, emotional awareness, and eating behaviors in college women. *Psychology of women quarterly*, 35, 523-529.
- Sim, L. y Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal Youth and Adolescence*, 35, 219-228.
- Sim, L. y Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760-771.
- Skårderud, F. y Fonagy, P. (2011). Playing with embodied reality. Mentalizing and mentalization-based treatment for eating disorders. En A. W. Bateman y P. Fonagy (Ed.). *Mentalizing in mental health practice*. (p.156-178). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Speranza, M., Corcos M. y Loas G. et al. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135 (2) 153-163.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M. y Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal Psychosomatic Research*, 41, 561-568.
- Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J. Bara-Carril, N. y Schmidt, U. (2004). Theory of Mind' in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 361-366.
- Troop, N. A., Treasure, J. y Serpell, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 218-226.
- Ty, M., Francis, A. (2013) Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The Mediating Processes of Social Comparison and Emotion Dysregulation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 21 (2), 154-174.
- Vansteelandt, K., Claes, L., Muehlenkamp, J., De Cuyper, K., Lemmens, J., Probst, M. ... Pieters, G. (2013). Variability in affective activation predicts non-suicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 143-147.
- Vögele, C. y Gibson, L. (2010). Mood, emotions and Eating Disorders. En Agras, W.S. (Ed.), *Handbook of Eating Disorders* (pp. 180-205). Oxford: University Press.
- Waller, G., Corstorphine, E. y Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: implications for treatment. *Eating Disorders*, 15, 317-331.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R.J., Meyer, C., Ohanian, V. y Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 34, 118-124.
- Waters, A., Hill, A. y Waller, G. (2001). Bulimics responses to food cravings: is binge-eating a product of hunger or emotional state? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 877-886.
- Zaitsoff, S.L., Geller, J. y Srikameswaran, S. (2002). Silencing the self and suppressed anger: Relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *European Eating Disorders Review*, 10, 51-60.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Van Goozen S.H.M, Cohen-Kettenis, P.T., Van Elburg, A y Van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 28-34.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., Van Elburg, A. y Van Engeland, H.(2002).Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.
- Zucker, N.L., Losh, M., Bulik, C.M., LaBar, K.S., Pivenm, J. y Pelphrey, K.A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: Guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133, 976-1006.

