



Original / Otros

## Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente

Rosa Calvo Sagardoy<sup>1</sup>, Luis Tomás Gallego Morales<sup>2</sup>, Gloria Solórzano Ostolaza<sup>3</sup>, Soledad Kassem García<sup>4</sup>, Carmen Morales Martínez<sup>5</sup>, Rosana Codesal Julián<sup>6</sup> y Ascensión Blanco Fernández<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Hospital La Paz, IdiPAZ, Madrid. <sup>2</sup>Psicólogo Clínico. Hospital La Paz, IdiPAZ, Madrid. <sup>3</sup>Especialista en Dietética. <sup>4</sup>Psicólogo Clínico. <sup>5</sup>Especialista en Nutrición. <sup>6</sup>Psiquiatra. Hospital Valdemoro. <sup>7</sup>Psicólogo Clínico. Universidad Europea de Madrid. España.

### Resumen

**Objetivo y métodos:** Actualmente se destaca la importancia de las dificultades de reconocimiento emocional y los problemas en cognición social (ToM), en la predisposición y mantenimiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). La mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes adultos y pocos han analizado estas características en pacientes adolescentes. Este estudio examina las dificultades de reconocimiento emocional y cognición social en 48 pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), adultas y adolescentes, con diversos grados de gravedad y las compara con grupos control sano. Para evaluar estas dificultades se han utilizado los siguientes cuestionarios: TAS-20 y el RME.

**Resultados:** Conforme a lo establecido en nuestras hipótesis, las pacientes con AN y BN presentan mayores dificultades en el reconocimiento que los sujetos control. Las dificultades están moduladas por la edad y la gravedad del trastorno. Las pacientes adultas y más graves presentan más problemas en el reconocimiento emocional que las adolescentes menos graves. No se han obtenido diferencias en función del diagnóstico ni del índice de masa corporal (IMC).

Contrariamente a lo esperado en la hipótesis sobre la 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. No existe relación con el IMC ni con los síntomas alimentarios.

**Conclusiones:** Dado que todas las pacientes TCA tienen dificultades emocionales, es esencial que se introduzcan técnicas terapéuticas que faciliten el reconocimiento y

### EMOTIONAL PROCESSING IN ADULT VS ADOLESCENT PATIENTS WITH EATING BEHAVIOR DISORDERS; EMOTIONAL RECOGNIZING AND THE MENTAL THEORY

### 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 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, and the RME.

**Results:** The results substantiate the initial working hypothesis that difficulties in emotional recognition 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. 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 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 gene-

**Correspondencia:** Luis T. Gallego Morales.  
Hospital Universitario La Paz. Edificio Docencia.  
Paseo de la Castellana, 261.  
28046 Madrid.  
E-mail: luis.gallego@salud.madrid.org

Recibido: 6-II-2014.  
Aceptado: 26-II-2014.

la aceptación en el 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 propias de todas las pacientes AN, incluso con un IMC muy bajo. En pacientes de larga evolución la mentalización es ligeramente inferior y parece estar asociada, muy débilmente, a las dificultades de vínculo terapéutico. 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.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:941-952)

DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7326

Palabras clave: *Anorexia. Bulimia. Adolescentes. Alexitimia. Reconocimiento emocional. Teoría de la mente.*

## 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<sup>1,3</sup>. La prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) en mujeres oscila entre 0,3% y 3,7%, dependiendo de los criterios más o menos estrictos para realizar el diagnóstico. En cuanto a la bulimia nerviosa (BN), la prevalencia oscila entre 1% y 4,2%<sup>4,5</sup>. 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 que padecen las pacientes y sus dificultades de reconocimiento emocional<sup>6,9</sup>; La importancia de reconocer y expresar las emociones proviene del efecto saludable que tiene su expresión adecuada sobre nuestra salud física y psíquica. 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 disminu-

ralizada 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.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:941-952)

DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7326

Key words: *Anorexia. Bulimias. Adolescents. Alexithymia. Emotional regulation. Theory of mind.*

ción de la sensación de bienestar<sup>10,11</sup>. Un inadecuado funcionamiento emocional predispone a las adicciones y facilita la utilización del consumo de sustancias como forma de manejo del malestar afectivo<sup>12,13</sup>. Esta afectación que se manifiesta a nivel cerebral se ha observado en estudios de Resonancia Magnética funcional. 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<sup>14,15</sup>.

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 pierden 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<sup>16-18</sup>.

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 inadecua-

das (evitación, escape, negación) de funcionamiento emocional<sup>19-23</sup>. 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<sup>6,24,25</sup>, o como forma de regularlas<sup>7,26-28</sup>. La restricción alimentaria serviría para reducir las emociones negativas a través de un mecanismo de control que adquiere propiedades de refuerzo negativo<sup>29-32</sup>. El atracón se utilizaría como medio de distracción o alivio de dichas emociones negativas<sup>33-35</sup>. 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<sup>36-38</sup>. Incluso la intensidad de la gravedad de los trastornos se ha relacionado con la gravedad de las dificultades emocionales<sup>39</sup>. 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<sup>40</sup>.

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.

### Objetivos del estudio

- 1) El principal objetivo de nuestra investigación es determinar la existencia de diferencias en el reconocimiento emocional propio y de otros entre pacientes TCA, adolescentes (14-18 años) y mayores (19-50) y grupos control sanos.
- 2) Si existen estas diferencias, determinar cuáles son las dificultades específicas en el reconocimiento 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.

### Hipótesis

1. Todas las pacientes diagnosticadas de TCA presentan mayores dificultades en el reconocimiento emocional en comparación a los sujetos pertenecientes a los grupos control sanos.
2. 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.
3. 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

#### Muestra

Se han reclutado 89 participantes, tamaño muestral suficiente para detectar diferencias significativas con un poder estadístico por encima del 95%. El grupo de pacientes está formado por 48 sujetos (53,9%): 21 pacientes adolescentes y 27 pacientes adultas con TCA diagnosticadas según criterios DSM-IV TR. Las pacientes realizan tratamiento en los distintos dispositivos de Salud Mental del área del Hospital "La Paz" de Madrid. El grupo control, formado por 41 personas (46,1%), lo componen 28 controles adolescentes y 13 controles adultas, seleccionados según las mismas variables socio/demográficas (edad y status económico) que el grupo de pacientes con el objetivo de homogenizar la muestra. Los controles cumplen los mismos criterios de inclusión y de exclusión que los casos seleccionados excepto que no presenten ningún criterio diagnóstico de TCA, aplicado según DSM-IV TR, ni conductas alimentarias o cogniciones alteradas. Las participantes adolescentes controles, pertenecen a dos clases de 4<sup>a</sup> de la ESO y 1<sup>a</sup> de Bachillerato. Las participantes adultas control eran universitarias.

El 81% de las pacientes cumplían criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa en el inicio del tratamiento. En el momento de iniciar el estudio una paciente cumplía criterios de Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado (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. En cuanto al 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 trastorno anoréxico.

#### *Criterios de inclusión*

- Diagnósticos de Anorexia Nerviosa Restrictiva o Anorexia Nerviosa Purgativa, Bulimia Nerviosa según se recogen en los criterios de DSM-IV TR.
- 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 otros tóxicos, según criterios de DSM-IV-TR.
- No comprensión del español.

El diagnóstico fue establecido en términos clínicos por el equipo de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (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. El Comité Ético del hospital autorizó la realización del estudio.

## **Materiales y método**

### *Criterios clínicos, escalas y cuestionarios*

Para establecer el diagnóstico definitivo de TCA, se han aplicado los criterios DSM-IV-TR<sup>41</sup>, se ha realizado un cuestionario biográfico, la historia clínica de TCA utilizada en el Hospital y el EDI2.

Con el objetivo de detectar el nivel de gravedad del trastorno se han establecido unos niveles de gravedad según los siguientes criterios: (1) Haber alcanzado un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 15 kg/m<sup>2</sup>. (2) Duración del trastorno de 5 años o más. (3) Historia de 3 o más intentos de tratamiento anteriores. (4) Haber precisado 3 o más ingresos hospitalarios. (5) Haber realizado tentativas de suicidio y/o autolesiones. (6) Ser diagnosticado de comorbilidad con otros trastornos psíquicos. (7) Estar en situación de incapacidad laboral permanente debido al trastorno. Las pacientes fueron clasificadas según 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.

### *2. Instrumentos de evaluación*

Se han utilizado los siguientes instrumentos psicométricos:

- a) Evaluación de la capacidad de reconocimiento emocional a través de la escala TAS-20, (Toronto Alexithymia Scale), validada en población española<sup>42-44</sup>.

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) 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<sup>45</sup>.

- b) Evaluación de la percepción de emociones de los otros, mediante la prueba RME (Reading the Mind in the Eyes). Validada en población argentina<sup>46,47</sup>.

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 foto-

grafía, 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. 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 educacional, y un descenso del rendimiento en mayores de 76 años<sup>48</sup>. 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 número 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 número 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 número de errores cometidos

#### 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), que representan la mediana y el rango intercuartílico. 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.20.0.

## Resultados

### *Diferencias en las variables emocionales entre pacientes y controles*

TAS-20: Las pacientes presentan en la escala TAS-20 una puntuación media de  $(73 \pm 14,9)$  puntos, significativamente superior a la puntuación directa de  $(56,5 \pm 13,3)$  puntos obtenida por el grupo de sujetos control.

En relación al RME Task, debido a que existen dos versiones diferentes del RME con diferente número de ítems, para poder comparar los datos de pacientes y controles se han utilizado el número de errores cometidos en la tarea de reconocimiento emocional en vez de la puntuación directa. El número 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  $(11 \pm 4)$  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 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 I).

### *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 (tabla II).

**Tabla I**  
*Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales*

<i>Variables emocionales</i>	<i>No pacientes n = 41 (Media <math>\pm</math> Desviación típica)</i>	<i>No pacientes n = 41 (Media <math>\pm</math> Desviación típica)</i>	<i>P valor</i>
PD TAS - 20	73 $\pm$ 14,9	56,5 $\pm$ 13,3	<0,001
RMN. Adjetivo. Errores	11 $\pm$ 4	9,5 $\pm$ 3,7	0,083
RME Género. Errores	1,7 $\pm$ 2,2	1,9 $\pm$ 1,8	0,596

**Tabla II**  
*Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales*

<i>Variables emocionales</i>	<i>Estratos de EDAD</i>	<i>Pacientes (Media ± Desviación típica)</i>	<i>No pacientes (Media ± Desviación típica)</i>	<i>p</i>
TAS - 20	ADULTAS	77 ± 13,6	44,3 ± 8,2	<0,001
	MENORES	68 ± 15,2	61,6 ± 11,6	0,093
RME Adjetivo Puntuación Directa	ADULTAS	23,6 ± 3,9	24,3 ± 3	0,648
	MENORES	17,7 ± 3,6	19,8 ± 2,8	0,381
RME Adjetivo Nº Errores	ADULTAS	12,4 ± 3,9	11,7 ± 3	0,648
	MENORES	10,3 ± 4,9	8,2 ± 2,8	0,234

– 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 ± 13,6), mientras que el grupo de controles adultas presentan una media de (44,3 ± 8,2). La diferencia es estadísticamente significativa. Por lo que respecta al grupo de menores adolescentes, las pacientes presentan una media de (68 ± 15,2), mientras que el grupo control presenta una media de (61,6 ± 11,6). La diferencia no es estadísticamente significativa.

– RME: Para realizar las comparaciones entre adultas pacientes y controles entre si 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 ± 3,9), y el grupo de participantes controles una puntuación directa media de (24,3 ± 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 (42). Si se analizan los errores tampoco las diferencias entre pacientes adultas (12,4 ± 3,9) y controles adultas (11,7 ± 3) es significativa. El grupo de pacientes adolescentes presenta una puntuación directa media de (20,7 ± 3,6) y el grupo de participantes controles una puntuación directa media de (19,8 ± 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 ± 4,9) ligeramente inferior a las adolescentes control (8,2 ± 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 ± 4,9) y pacientes adultas (12,4 ± 3,9) es significativa (tabla II).

*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, y la RME. Tampoco tener un IMC menor o mayor de 15 presenta ninguna diferencia significativa en las variables emocionales medidas (tabla III).

Años de evolución, la duración del trastorno correlaciona de forma estadísticamente significativa con el número de errores cometidos en el RME  $r = 0,361$ , pero el efecto de asociación es muy débil (tabla IV).

En lo relativo al tratamiento previo: las pacientes con intentos de tratamiento previo (26,5 ± 6,4) muestran diferencias significativas con el número 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 IV).

– Comorbilidad: no se han encontrado diferencias significativas en el reconocimiento emocional propio y ajeno en relación a la comorbilidad asociada al trastorno alimentario (tabla V).

**Tabla III**  
*Diferencias en las variables emocionales por diagnóstico e IMC*

<i>Variables emocionales</i>	<i>Diagnóstico</i>		<i>p valor</i>
	<i>AN (Media ± Desviación típica)</i>	<i>BN (Media ± Desviación típica)</i>	
TAS - 20	73,7 ± 14,1	70,1 ± 18,3	0,625
RME Adjetivo Errores	10,8 ± 3,5	11,6 ± 5,9	0,842
	<i>IMC</i>		
	<i>&gt;15</i>	<i>&lt;15</i>	<i>p-valor</i>
TAS - 20	71,2 ± 16	78,5 ± 9	0,258
RME Adjetivo Errores	10,7 ± 4,1	11,7 ± 3,8	0,327

**Tabla IV**  
Diferencias en las variables emocionales por duración trastorno y tratamientos previos

Evolución			
Variables emocionales	Años	p valor	
TAS - 20	r = 0,182	0,215	
RME Adjetivo Errores	r = 0,361	0,012	
Tratamiento previo (Media ± Desviación típica)			
	No	Sí	p-valor
TAS - 20	68,8 ± 15,7	74,6 ± 14,5	0,280
RME Adjetivo Errores	10,1 ± 3,2	12,7 ± 4,1	0,047

**Tabla V**  
Diferencias en las variables emocionales por comorbilidad

Comorbilidad (Media ± Desviación típica)			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	70,6 ± 13,6	74,9 ± 15,8	0,24
RME Adjetivo Errores	10,2 ± 3,8	11,7 ± 4,2	0,404

– Ingresos: el grupo de pacientes que requirió ingresos no presenta diferencia significativa en el TAS-20. El grupo de pacientes con ingreso presentaba una media (78,3 ± 11,1) superior a la media del grupo que no necesitarlo ingresos (70,2 ± 16), aunque esta diferencia no es significativa. En la tarea de RME el grupo de pacientes que precisaron ingreso realizó una media de errores (12,4 ± 2,8) mayor que el grupo de pacientes que no había requerido ingresos, obtuvo una media de errores (10,2 ± 4,4) cuya diferencia es significativa (tabla VI).

– Tentativas de suicidio: Las pacientes que habían realizado alguna tentativa de suicidio (media 80,8 ± 9,8) presentan diferencias significativas con el grupo de pacientes que no habían intentado suicidarse (media 70,1 ± 14,4), en la variable Reconocimiento Emocional propio del cuestionario TAS-20. No se han encontrado diferencias significativas en la variable RME. No se encuentra diferencias significativas en ninguna de las dos variables asociadas a autolesiones (tabla VII).

– Atracones: no se encuentra diferencias significativas asociadas a la presencia de atracones (tabla VIII).

**Tabla VI**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a la presencia de ingresos

Ingresos (Media ± Desviación típica)			
Variables emocionales	No	Sí	p-valor
TAS - 20	70,2 ± 16	78,3 ± 11,1	0,118
RME Adjetivo Errores	10,2 ± 4,4	12,4 ± 2,8	0,019

**Tabla VII**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a tentativas de suicidio y autolesiones

Tentativas suicidio (Media ± Desviación típica)			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	70,1 ± 14,4	80,8 ± 9,8	0,049
RME Adjetivo Errores	10,8 ± 4,3	11,5 ± 2,8	0,396
Autolesiones (Media ± Desviación típica)			
	No	Sí	p valor
TAS - 20	73,4 ± 14,6	72,6 ± 15,5	0,747
RME Adjetivo Errores	10,7 ± 4	11,3 ± 4,1	0,827

**Tabla VIII**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a atracones

Vómitos (Media ± Desviación típica)			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	71,8 ± 12,8	74 ± 16,3	0,385
RME Adjetivo Errores	9,7 ± 3,8	11,9 ± 4	0,068

– Conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos y abuso de líquidos): no se encuentra ninguna diferencia significativa en las variables emocionales, entre las pacientes con conductas purgativas y las pacientes que no presentan conductas purgativas (tabla IX).

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 X).

*Diferencias entre pacientes en las variables emocionales, en función de la existencia de criterios de gravedad asociados*

Criterios de Gravedad asociados: las pacientes que tienen asociados criterios de gravedad puntúan de manera similar en las variables emocionales TAS-20 y RME con las pacientes que no presentan criterios de gravedad asociados al trastorno alimentario (tabla XI).

Sin embargo, aunque no existen diferencias significativas en las estas variables emocionales cuando se tiene en cuenta 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 (fig. 1).

## Discusión

Nuestro estudio se ha centrado en investigar las dificultades emocionales en pacientes con TCA, adultas y adolescentes. Este interés proviene de la necesidad de

**Tabla IX**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a conductas purgativas

<i>Ejercicio excesivo (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	67,7 ± 16	76,2 ± 13,4	0,075
RME Adjetivo Errores	9,8 ± 3,6	11,7 ± 4,1	0,096
<i>Laxantes (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	76 ± 10,9	72 ± 15,6	0,674
RME Adjetivo Errores	10 ± 4,6	11,2 ± 3,9	0,39
<i>Diuréticos (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	73,7 ± 11,9	72,5 ± 17,2	0,975
RME Adjetivo Errores	11 ± 4,4	10,9 ± 3,8	0,779
<i>Abuso líquidos (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	75,2 ± 14,6	70,5 ± 15,1	0,226
RME Adjetivo Errores	10,2 ± 4,5	11,9 ± 3,3	0,081

**Tabla X**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a ejercicio compulsivo

<i>Ejercicio excesivo (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
TAS - 20	73,8 ± 15,9	72,6 ± 14,4	0,65
RME Adjetivo Errores	10,5 ± 4,6	11,8 ± 3,6	0,428

**Tabla XI**  
Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad

<i>Gravedad (Media ± Desviación típica)</i>			
Variables emocionales	No	Sí	p valor
PD TAS - 20	68,9 ± 16,9	74,8 ± 13,8	0,329
RME Adjetivo Errores	10,1 ± 4,7	11,3 ± 3,7	0,223

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. Las intervenciones terapéuticas sobre 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

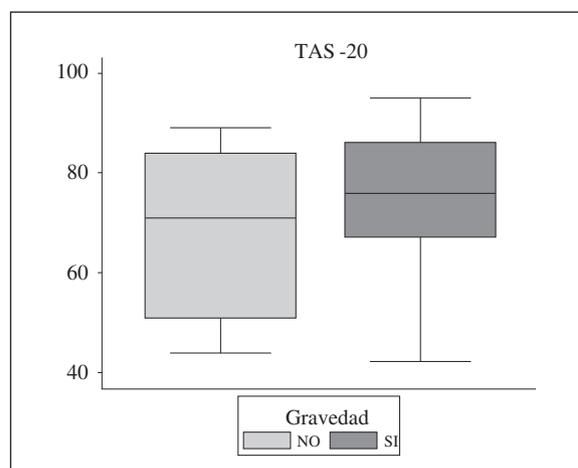


Fig. 1.—

afectivos negativos<sup>49-51</sup> abre una nueva dimensión terapéutica esperanzadora<sup>52</sup>.

Hasta ahora las investigaciones, en su conjunto, han puesto de manifiesto que las pacientes con TCA presentan dificultades emocionales diversas<sup>53,54</sup>. Dificultades de reconocimiento emocional propio, valoradas a través de la utilización de escalas que miden Alexitimia (dificultad para identificar y describir estados emocionales<sup>55,56</sup>. Delimitación de cuáles son las emociones predominantes de las pacientes y su relación con las conductas patológicas alimentarias<sup>57-62</sup>.

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<sup>63-65</sup>.

Nuestra investigación ha estudiado el reconocimiento emocional propio y de otros, en pacientes adolescentes de reciente diagnóstico y adultas de trastornos de larga evolución. 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. Aunque algunos autores<sup>66</sup> 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, tres cuartas partes de las pacientes habían recibido tratamientos anteriores al nuestro en

otros dispositivos sanitarios. Aproximadamente un tercio habían realizado 3 o más tratamientos. Incluso alguna había realizado más de 10 tratamientos anteriores. Más de la mitad de los pacientes presentaban criterios de gravedad asociados a la patología alimentaria. Estos datos indican que nuestra muestra está formada mayoritariamente por pacientes graves o extremadamente graves.

Globalmente, nuestros resultados indican la presencia de dificultades de reconocimiento emocional propio (TAS-20) en pacientes con TCA, comparados con controles sanos y con los baremos de población normal, pero no muestran alteraciones en la percepción de las emociones de otras personas (cognición social)

Si se tiene en cuenta la edad de las pacientes, se observan algunas diferencias significativas en reconocimiento emocional propio, no solo entre grupos de pacientes y controles, sino también entre mayores y adolescentes. Como en otros estudios<sup>67</sup>, si hallamos diferencias en las variables emocionales medidas (dificultades de reconocimiento emocional propio y ajeno) en nuestras pacientes, en función de las características clínicas asociadas y de la gravedad de su patología:

1. Déficit en el reconocimiento emocional propio: 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 a 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. 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 número 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 número 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 crónicas más graves, con dificultades para vincularse adecuadamente al equipo terapéutico, valorado por el número 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 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<sup>64</sup>. Igualmente se ha observado que la capacidad de reconocer las emociones a través de la mirada permanece intacta en pacientes con AN<sup>67,68</sup>. 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<sup>69-72</sup>. 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 nuestro 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 consensado 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 sub-poblacionales 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 el nivel intelectual de los participantes, aspecto que ha sido relacionado con la intensidad de la alexitimia.

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 dificultades de reconocimiento de las emociones tanto en pacientes adolescentes, con pocos años de evolución en el trastorno, como en pacientes adultas de larga evolución, aunque en éste último grupo la patología es más grave y está asociada a alexitimia intensa. Este incremento de alexitimia durante el trastorno estaría interfiriendo en las posibilidades de recuperación de las pacientes.

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

La enseñanza de lo que significan las emociones, su reconsideración y afrontamiento saludable debería ser incluido en cualquier programa de tratamiento y preven-

ción, especialmente los dedicados a grupos de riesgo<sup>73-75</sup>. Tener conocimiento de que los Trastornos de Conducta Alimentaria 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.

El hecho de que las pacientes de nuestra muestra con Anorexia Nerviosa 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 esta patología o bien que la mayor parte de las pacientes anoréxicas no tienen problemas de mentalización. Nuestro estudio puede tener algún sesgo relacionado con el tamaño de la muestra y con no haber incluido pacientes con Anorexia Nerviosa que compartan las características fenotípicas de los pacientes del espectro autista. Aún así, estos y otros hallazgos controvertidos en cognición social en los Trastornos de Conducta Alimentaria, sugieren que no es posible generalizar las dificultades de reconocimiento emocional de todos los pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria e instan a realizar más investigaciones que permitan descubrir las características diferenciales de las pacientes anoréxicas con alteraciones de cognición social, más allá de sus dificultades de vínculo.

### 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 holístico que tenga en cuenta los problemas de salud, los aspectos nutricionales, el funcionamiento neuro-cognitivo, 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 incluyan las opiniones del paciente y la familia a la hora de diseñar las intervenciones terapéuticas, ya que fomentan el compromiso de cambio.

### Referencias

1. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-96.
2. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013; 28: 27-35.
3. Mateo Silleras B, Redondo del Río P, Camina Martín A, Soto Céliz M, Alonso Torre SR, Miján de la Torre A. Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutr Hosp* 2013; 28: 1717-24.
4. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley, JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. 2000; 39: 1284-92.
5. Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2002.
6. Fox J, Froom K. Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 328-35.
7. Schmidt, Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice". 2006; 45: 343-66.
8. Vögele C, Gibson L. Mood, emotions and eating disorders in Agras WS. Handbook of Eating Disorders. Series: Oxford Library of Psychology, ed. Oxford University Press; 2010. p. 180-205.
9. Cooper, Wells, Todd. A cognitive model of bulimia nervosa. 2004; 43: 1-16.
10. Kassel, Bornovalova, Mehta. Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. 2007; 5: 939-50.
11. Speranza M, Corcos M, Loas G, Stéphan P, Guibaud O, Pérez-Díaz F y cols. Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Res* 2005; 135: 153-63.
12. Kassel J, Unrod M. Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. 2000; 61: 332-40.
13. Catanzaro SJ, Laurent J. *Addict Behav* 2004; 29: 1779-97.
14. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 504-14.
15. Rosen HJ, Levenson RW. The emotional brain: Combining insights from patients and basic science. *Neurocase* 2009; 15: 173-81.
16. Calvo Sagardoy R. Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Editorial Planeta; 2002; p. 25-41.
17. Calvo Sagardoy R, Gallego Morales LT, García de Lorenzo y Mateos A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutr Hosp* 2012; 27: 751-8.
18. Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp* 2012; 27: 391-401.
19. Corcos M, Guibaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P y cols. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Res* 2000; 93: 263-6.
20. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res* 1996; 4: 561-8.
21. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 240-3.
22. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 54-8.
23. Karukivi M, Hautala L, Korpelainen J, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M y cols. Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eat Disord* 2010; 18: 226-38.
24. Parling T, Mortazavi M, Ghaderi A. Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eat Behav* 2010; 11: 205-10.
25. Jansch C, Harmer C, Cooper MJ. Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eat Behav* 2009; 10: 184-91.
26. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 348-56.
27. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010; 40: 1887-97.
28. M. A. Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The Mediating Processes of Social Comparison and Emotion Dysregulation. *Eat Disord* 2013; 21: 154-74.
29. Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmierni P. Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety* 2006; 23: 331-9.
30. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 8-19.

31. Fox JRE. A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 276-302.
32. Espeset EM, Nordbø RH, Gulliksen KS, Skårderud F, Geller J, Holte A. The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: An empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eat Disord* 2011; 19: 175-93.
33. Alpers GW, Tuschen-Caffier B. Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eat Behav* 2001; 2: 339-52.
34. Rodríguez S, Mata JL, Moreno S, Fernández MC, Vila J. Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema* 2007; 19: 30-6.
35. Rodríguez S, Mata JL, Moreno S. Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud* 2007; 18: 38-46.
36. Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skårderud F, Holte A. The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 556-64.
37. Waller G, Corstorphine E, Mountford V. The role of emotional abuse in the eating disorders: implications for treatment. *Eat Disord* 2007; 15: 317-31.
38. Kyriacou O, Easter A, Tchanturia K. Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *J Health Psychol* 2009; 14: 843-54.
39. Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skårderud F, Geller J, Holte A. Reluctance to recover in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: 60-7.
40. Pascual A, Etxebarria I, Cruz MS. Emotional differences between women with different types of eating disorders. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2011; 11: 1-11.
41. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
42. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
43. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33-40.
44. Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996; 7: 19-32.
45. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
46. Hervás G, Jodar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades de la Regulación Emocional. *Clínica y Salud* 2008; 19: 139-56.
47. Gelle J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 8-19.
48. Waters A, Hill A, Waller G. Bulimic responses to food cravings: is binge-eating a product of hunger or emotional state? *Behav Res Ther* 2001; 39: 877-86.
49. Sim L, Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *J Youth Adolesc* 2006; 35: 219-28.
50. Corstorphine E. Cognitive-emotional-behavioural therapy for eating disorders: Working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev* 2006; 14: 448-61.
51. Ioannou K, Fox JR. Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clin Psychol Psychother* 2006; 16: 336-47.
52. Fox JR, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 240-67.
53. Råstam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johansson M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 385-8.
54. Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. Alexithymia in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 219-22.
55. Keith I, Gillanders D, Simpson S. An Exploration of the Main Sources of Shame in an Eating-Disordered Population. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 317-27.
56. Troop NA, Treasure J, Serpell LA. Further exploration of disgust in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2002; 10: 218-26.
57. Waller G, Babbs M, Milligan RJ, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 118-24.
58. Fox JR, Harrison A. The relation of anger to disgust: The potential role of coupled emotions within eating pathology. *Clin Psychol Psychother* 2008; 15: 86-95.
59. Zaitsoff SL, Geller J, Srikameswaran S. Silencing the self and suppressed anger: Relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *Eur Eat Disord Rev* 2002; 10: 51-60.
60. Gillberg IC, Råstam M, Wentz E, Gillberg C. Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007; 29: 170-8.
61. Zonneville-Bender MJ, Van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, Van Elburg A, Van Engeland H. Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 38-42.
62. Zonneville-Bender MJ, Van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, Van Elburg A, Van Engeland H. Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 28-34.
63. Sim L, Zeman J. Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with Bulimia Nervosa. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 760-71.
64. Kenyon M, samarawickrema N, DeJong H, Van den Eynde F, Startup H, Lavender A, Goodman-Smith Schmidt U. Theory of mind in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 377-84.
65. Vansteelandt K, Claes L, Muehlenkamp J, De Cuyper K, Lemmens J, Probst, M et al. Variability in affective activation predicts non-suicidal self-injury in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21: 143-7.
66. Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Editorial Guilford Press; 1993. p 87-96.
67. Adenzato M, Todisco P, Ardito RB. Social Cognition in Anorexia Nervosa: Evidence of Preserved Theory of Mind and Impaired Emotional Functioning. *PLoS One* 2012; 7: e44414.
68. Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 462-74.
69. Odent, M. Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? *Med Hypotheses* 2010; 75: 79-81.
70. Tchanturia K, Happé F, Godley J, Treasure J, Bara-Carril N y cols. Theory of Mind in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 361-6.
71. Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U, Russell T, Treasure J. Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *Br J of Clin Psychol* 2008; 47: 335-9.
72. Pollatos O, Herbert BM, Schandry R, Gramann K. Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2008; 70: 701-8.
73. Baer R. Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support. San Diego, CA: Editorial Elsevier; 2006. p. 38-51.
74. Chambers R, Gullone E, Allen BN. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 560-72.
75. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol* 2011; 2: 270.