

Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional

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

Hospital Universitario "La Paz", España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 27/11/2013
Revisión recibida: 10/12/2013
Aceptado: 13/12/2013

Palabras clave:

Anorexia
Bulimia
Adolescentes
Alexitimia
Regulación emocional

RESUMEN

Objetivo. Las dificultades de procesamiento emocional han sido relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, aunque existe un debate acerca de si anteceden o son consecuencia de ellos. La mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes adultas de larga evolución y pocos han incluido pacientes menores. Nuestro estudio compara las dificultades de reconocimiento y regulación emocional en pacientes adultas y adolescentes y pretende discriminar si estos actúan como factores predisponentes y/o de mantenimiento. **Método.** Se compararon 48 pacientes (27 adultas, 21 adolescentes), con 41 controles sanos (13 adultas, 28 adolescentes) mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS). **Resultados.** Todas las pacientes presentan mayores dificultades en reconocimiento (alexitimia) y regulación emocional que los sujetos control. No se han obtenido diferencias entre pacientes en función del diagnóstico ni del índice de masa corporal (IMC). La intensidad de las dificultades está modulada por edad y gravedad del trastorno. Las pacientes adultas muestran una alexitimia más intensa que las adolescentes, aunque ambos grupos muestran dificultades similares en aceptación y regulación emocional. Las pacientes más graves (adultas y adolescentes) presentan mayor grado de alexitimia, rechazo y descontrol emocional. **Conclusiones.** Es esencial incluir intervenciones terapéuticas emocionales desde el inicio del tratamiento. Los programas de prevención deben facilitar el reconocimiento, aceptación y regulación emocional de las personas en riesgo.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Emotional processing in adult and adolescent ED patients. Emotional recognition and regulation

ABSTRACT

Objective. Though difficulties in emotional processing have been associated to eating disorders (EDs), the debate as to whether these difficulties are antecedents or consequence of EDs remains a contentious issue. Most studies have focused on long-term adult patients, but few studies have assessed adolescent patients. This study compared difficulties in emotional recognition and regulation in adult and adolescent patients to determine if they were predisposing factors and/or maintenance factors. **Method.** A total of 48 patients (27 adults, 21 adolescents) were compared with 41 healthy controls (13 adults, and 28 adolescents) using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). **Results.** All of the patients exhibited more difficulties in emotional recognition (alexithymia) and regulation than controls. No differences were observed among patients in terms of body mass index (BMI). The intensity of these difficulties was modulated by age and the severity of the disorder. Alexithymia was more intense in adult patients than in adolescent patients, but both groups showed similar difficulties in emotional acceptance and regulation. Severely affected patients (adult and adolescents) exhibited higher levels of alexithymia, rejection, and emotional dysfunction. **Conclusion.** It is crucial that emotional therapeutic interventions are carried out from the commencement of treatment. Prevention programmes should enhance recognition, emotional acceptance, and regulation in individuals at risk.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

Keywords:

Anorexia
Bulimia
Adolescents
Alexithymia
Emotional regulation

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Rosa Calvo. E-mail: rosa.calvo@salud.madrid.org

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 más 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, alrededor del 20% de las cuales 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, sus dificultades de reconocimiento e inadecuada regulación (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, Bornoalova y Mehta, 2007; Speranza et al., 2005). Una inadecuada regulación emocional predispone a las adiciones 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 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 (Phillips, Drevets, Rauch 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 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 (Calvo Sagardoy, 2002; Calvo Sagardoy, Gallego Morales 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; Karukivi et al., 2010; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996). 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, 2009, 2010a; Schmidt y Treasure, 2006; Ty, M. 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 et al., 2011; Fox, 2009; Geller, Cockell, Hewitt, Goldner y Flett, 2000; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery y Jeczmierny, 2006). El atracón se utilizaría como medio de distracción o alivio de dichas emociones negativas (Alpers y Tuschien-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 et al., 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).

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 extrema 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

- 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 sanos.
- 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.

Hipótesis

- 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 sanos.
- 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.
- El deterioro emocional será mayor en pacientes TCA con más años de evolución en el trastorno, ya que el trastorno agrava las dificultades emocionales.

Método

Diseño

Estudio analítico observacional, transversal, de casos y controles.

Sujetos del estudio

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: 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 (edad y status económico,) del 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, ni conductas alimentarias o cogniciones alteradas. Las participantes adolescentes controles, 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 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
- 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. El comité ético del hospital autorizó la realización del estudio.

Materiales

Criterios clínicos, escalas y cuestionarios. Para establecer el diagnóstico definitivo de TCA se han aplicado los criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), utilizando 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 15kg/m², (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 y (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) y 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 (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 y Roemer, 2004; Hervás y Jodar, 2008).

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 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 puntua-

ciones medias para las diferentes subescalas: atención/desatención 9.6, claridad/confusión 7.9, aceptación/rechazo 14.9, funcionamiento/interferencia 10.2 y regulación/descontrol 16.5.

Análisis de datos

Método estadístico. Las variables cuantitativas se describen con medidas de centralización y de dispersión (media y desviación típica y rango intercuartílico, Q1-Q3). Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas. Notación: media $\pm$ desviación típica, mediana (Q1-Q3), 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. Las variables tienen distribución normal. 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 de Student para muestras independientes y mediante contrastes no paramétricos, U de Mann-Whitney, en el caso del análisis por estratos, por el pequeño tamaño de los grupos. 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 $p < .05$. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 21.0.

Resultados

1. Características demográficas y clínicas de los pacientes

La muestra total está compuesta por 89 sujetos, 48 (53.9%) son pacientes y 41 (46.1%) 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 (ver tabla 1). La edad media de las pacientes adultas era de 29.26, SD (7.85) años y la edad media de las adolescentes era de 16.33, SD (1.653). La edad media de las participantes adultas del grupo control era de 24.61 $\pm$ 1.613 y la edad media de las participantes adolescentes era de 15.85 $\pm$ 0.44 (ver 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%	48	53.9%	41	46.1%

Tabla 2
Edad de las participantes

		Media	DT
Pacientes	Adultas	29.26	7.857
	Adolescentes	16.33	1.653
Sujetos control	Adultas	24.61	1.613
	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 una paciente 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 trastorno anoréxico (ver tabla 4 y figuras 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 $\pm$ desviación típica

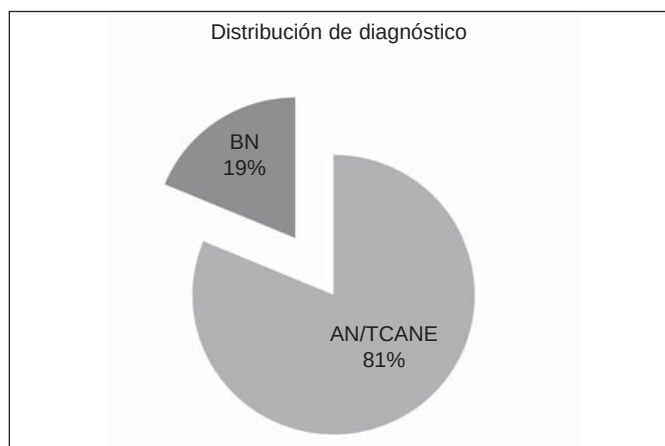


Figura 1. Diagnóstico

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 crónicas (figura 3).

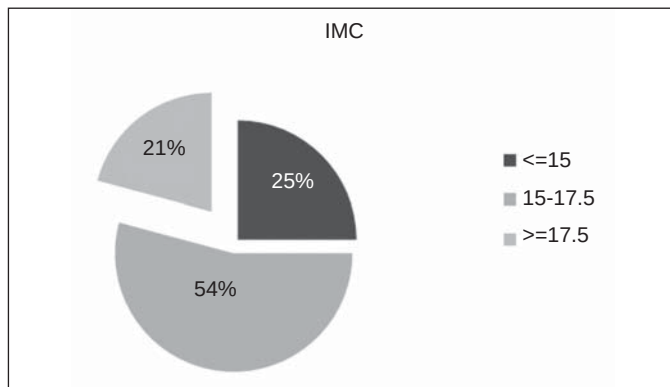


Figura 2. IMC y % rangos de IMC

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 ± desviación típica

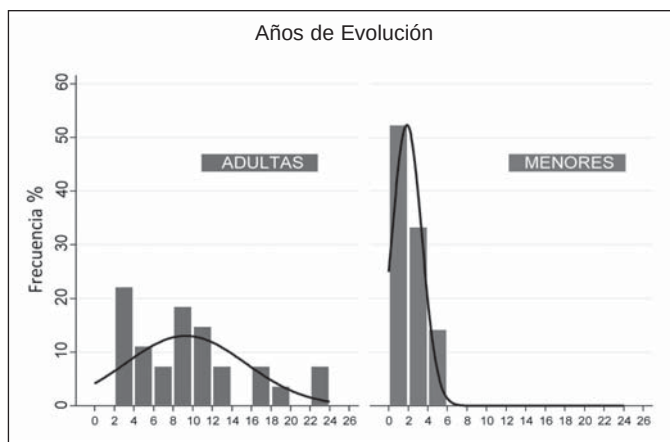


Figura 3. Años de evolución por grupos de edad

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 (ver tabla 6 y figura 4).

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	45	
3-10	22	22.8
> 10	11	4.4
Sin trat..	2	27.1

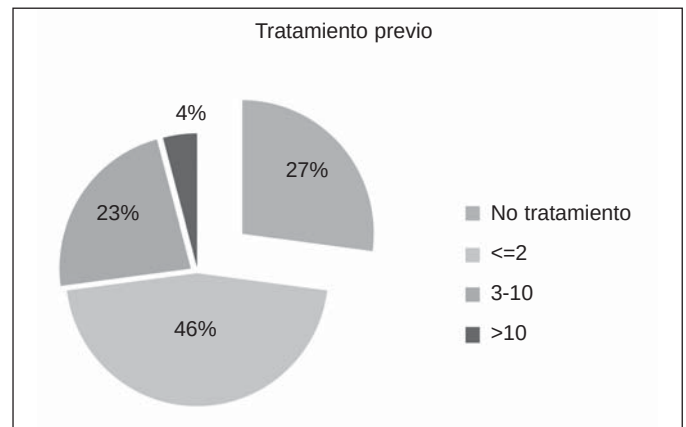


Figura 4. Tratamientos previos y frecuencia de tratamientos previos

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:** más 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. **Ejercicio excesivo:** El 60.4% de pacientes afirmaban realizar un ejercicio físico excesivo y compulsivo como forma de controlar su peso (ver tabla 7 y figura 5).

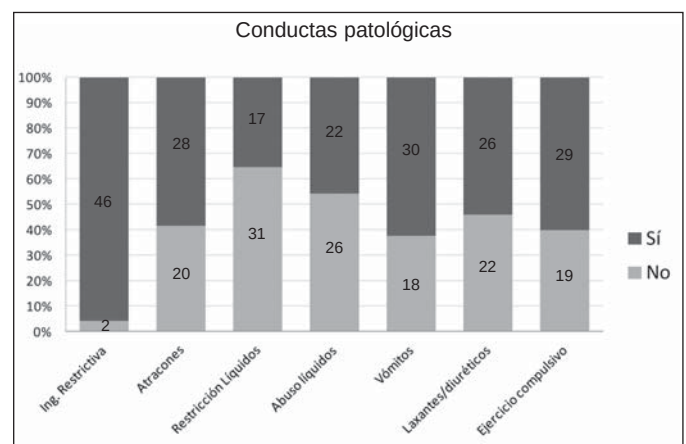


Figura 5. Frecuencia de conductas patológicas

Criterios de gravedad asociados

Ingresos. El 35 % de las pacientes requirieron ser ingresadas 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 (ver tabla 8 y figura 6).

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

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 el trastorno de personalidad, presente en el 22.9%, el trastorno de ansiedad, presente en el 14.58% y el TOC, 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 las mismas, aunque las pacientes tuvieran un consumo abusivo (ver tabla 8 y figura 7).

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
Tentativas de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	22.9
NO	37	77.1
Total	48	100.0
Nº tentativas 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

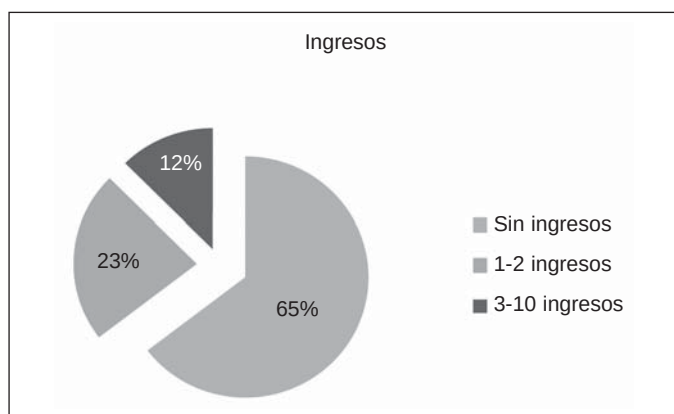


Figura 6. Criterios de gravedad asociados – Ingresos

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 (ver tabla 8 y figuras 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).

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. El 64.6% de las pacientes presentaban algún criterio de gravedad. Respecto a la intensidad, la

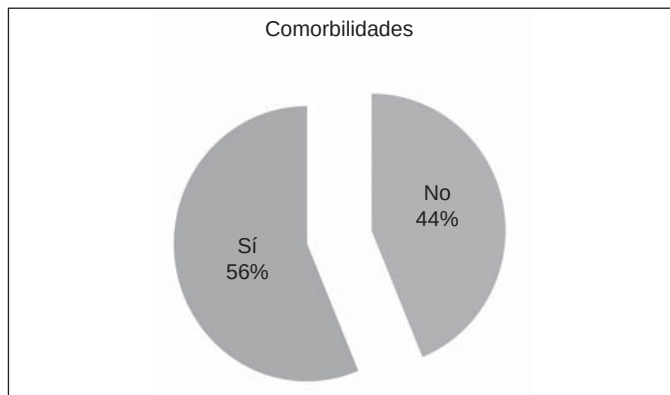


Figura 7. Comorbilidad y tipo de comorbilidad

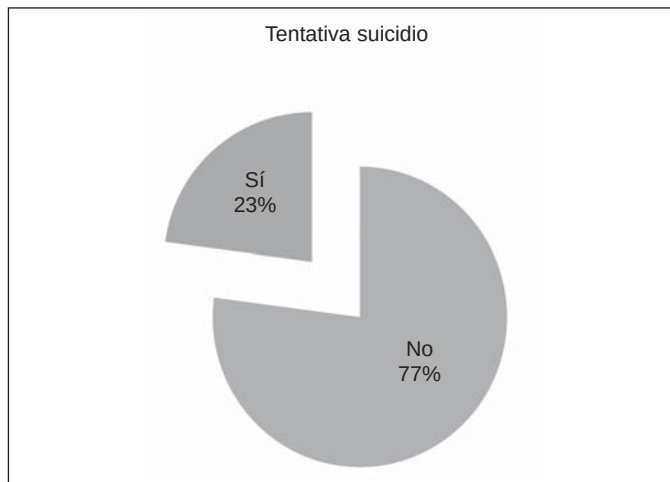


Figura 8. Tentativas de suicidio

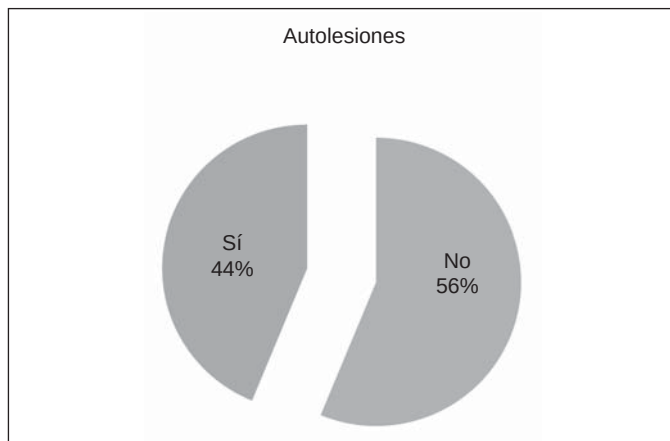


Figura 9. Autolesiones

gravedad moderada corresponde a pacientes que solo 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 (ver tabla 9 y figura 10).

2. Variables emocionales

2.1. Comparación pacientes-contróles

TAS-20. Las pacientes presentan en la escala TAS-20 una puntuación media de (73 ± 14.9) puntos, significativamente superior a la

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

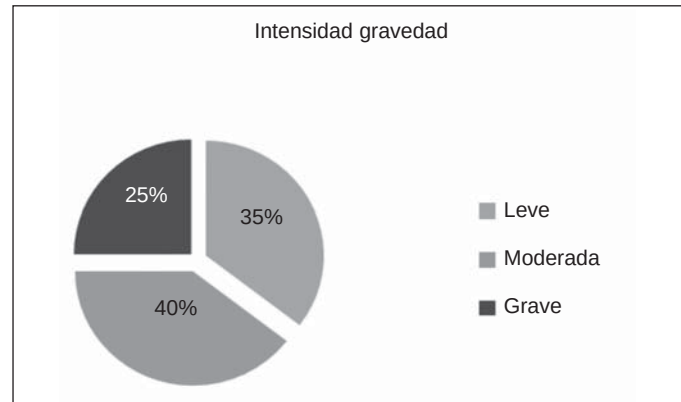


Figura 10. Presencia de criterios de gravedad e intensidad de la gravedad

puntuación (56.5 ± 13.3) obtenida por el grupo de sujetos control (ver tabla 10 y figuras 11a y 11b).

DERS. Las subescalas que presentan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles son: aceptación/rechazo (media de pacientes 24.9 ± 7.3 y media de controles 15.1 ± 6.8), regulación/descontrol (media de pacientes 28.7 ± 8.4 y media de controles 18.6 ± 7.5), 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) y atención/desatención 11.5 ± 3.5 y 10.2 ± 3.2 , que no presenta diferencias significativas entre pacientes y controles (ver tabla 10 y figuras 12a y 12b).

Tabla 10

Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

Variables emocionales	Pacientes N = 48	Sujetos control N = 41	Valor p
TAS - 20	73 ± 14.9	56.5 ± 13.3	< .001
DERS			
Atención-desatención	11.5 ± 3.5	10.2 ± 3.2	.085
Claridad-confusión	12.5 ± 3.1	9.1 ± 3.2	< .001
Aceptación-rechazo	24.9 ± 7.3	15.1 ± 6.8	< .001
Funcionamiento-interferencia	14.98 ± 4.1	12 ± 4.3	.001
Regulación-descontrol	28.7 ± 8.4	18.6 ± 7.5	< .001

Media ± desviación típica

2.2. Comparación pacientes-contróles por estratos de edad

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 11).

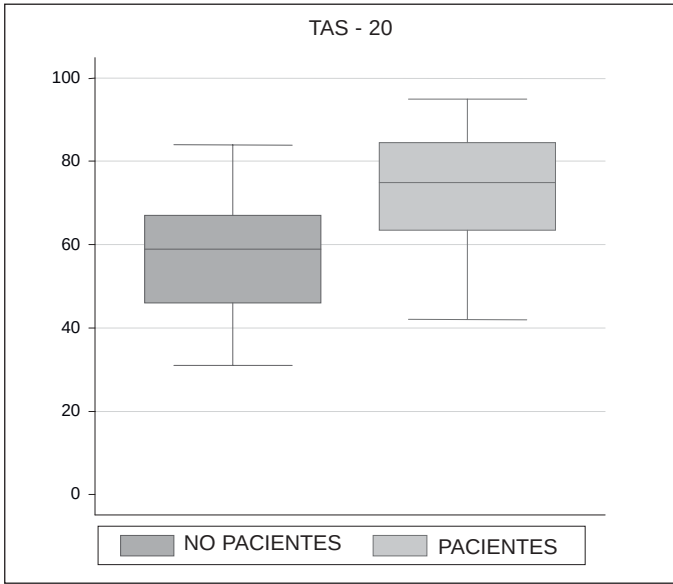


Figura 11a. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

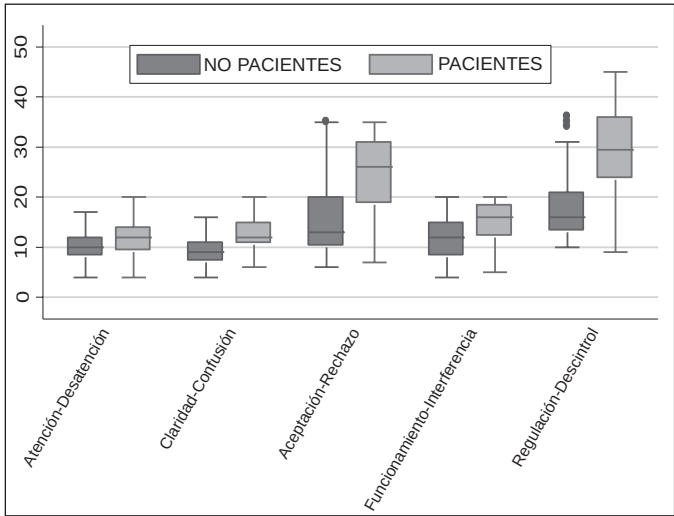


Figura 12b. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

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 ± 13.6	44.3 ± 8.2	< .001
	Adolescentes	68 ± 15.2	61.6 ± 11.6	.093
DERS	Adultas	12.4 ± 3.5	9.2 ± 1.7	.001
	Adolescentes	10.3 ± 3.3	10.7 ± 3.7	.619
Atención-desatención	Adultas	13.6 ± 3.1	7.5 ± 2.9	< .001
	Adolescentes	11.2 ± 2.7	9.9 ± 3.1	.072
Claridad-confusión	Adultas	27.9 ± 5.3	13.9 ± 5.7	< .001
	Adolescentes	21 ± 7.7	15.6 ± 7.3	.014
Aceptación-rechazo	Adultas	15.5 ± 3.2	11.6 ± 3.5	.001
	Adolescentes	14.3 ± 5.1	12.2 ± 4.7	.133
Funcionamiento-interferencia	Adultas	30 ± 7.4	17.3 ± 6.1	< .001
	Adolescentes	27 ± 9.4	19.1 ± 8.1	.006
Regulación-descontrol	Adultas			
	Adolescentes			

Media ± desviación típica

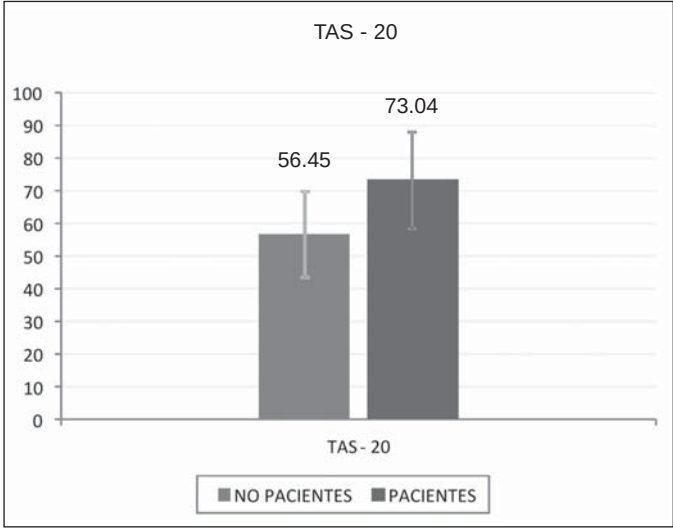


Figura 11b. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

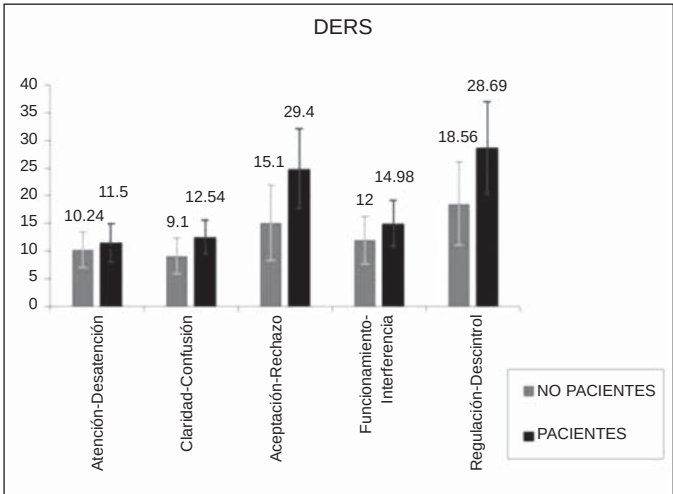


Figura 12a. Diferencias entre pacientes y controles en las variables emocionales

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 puntuación media de 77 ± 13.6 , mientras que el grupo de controles adultas presentan una puntuación media de 44.3 ± 8.2 . La diferencia es estadísticamente significativa ($p < .001$). Por lo que respecta al grupo de menores adolescentes, las pacientes presentan una puntuación media de 68 ± 15.2 , mientras que el grupo control presenta una puntuación media de 61.6 ± 11.6 , no siendo la diferencia estadísticamente significativa (ver tabla 11 y figuras 13a y 13b).

DERS. Atención/desatención. En el grupo de adultas pacientes la puntuación media es (12.4 ± 3.5), significativamente más alta que la puntuación media de las adultas control, (9.2 ± 1.7) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = .001$). En cambio, en el grupo de adolescentes, pacientes y controles puntúan de forma similar, puntuación media de pacientes (10.3 ± 3.3) y puntuación media de controles (10.7 ± 3.7), sin que exista significación estadística de esta diferencia (ver tabla 11 y figuras 14a y 14b).

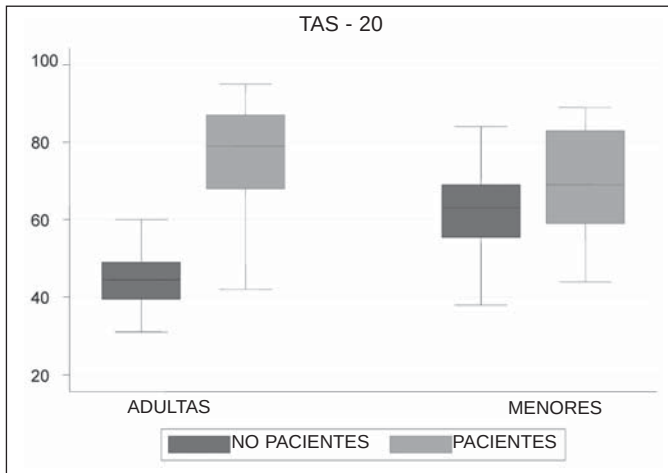


Figura 13a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

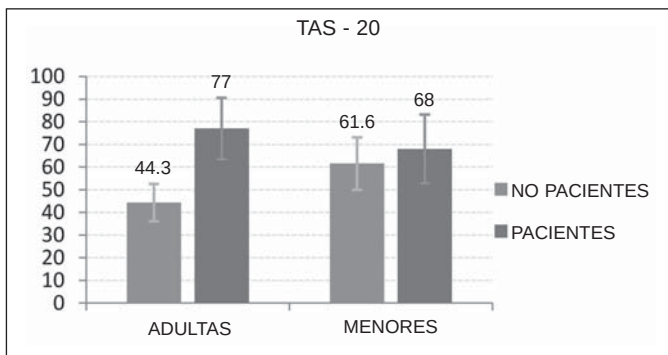


Figura 13b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

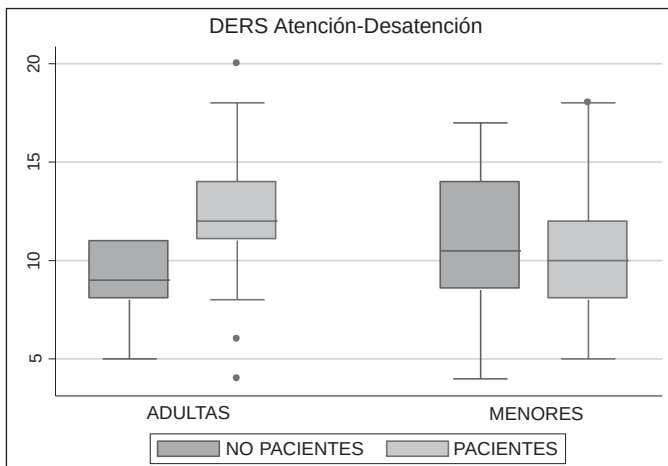


Figura 14a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

Claridad/confusión. El grupo de adultas pacientes puntúan una media de (13.6 ± 3.1) más alta que la media de las adultas control (7.5 ± 2.9) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < .001$). En el grupo de menores adolescentes, las pacientes puntúan más alto (media 11.2 ± 2.7) que los menores controles (media 9.9 ± 3.1), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa (ver figuras 15b y 15b).

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 supe-

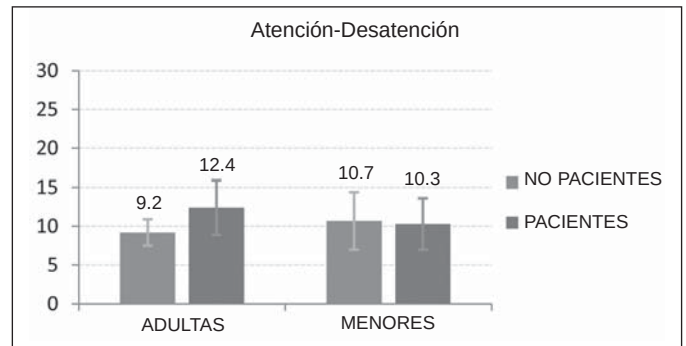


Figura 14b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

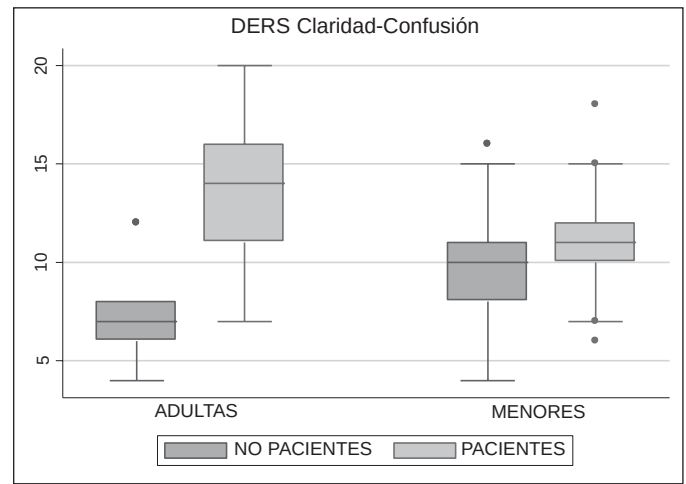


Figura 15a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

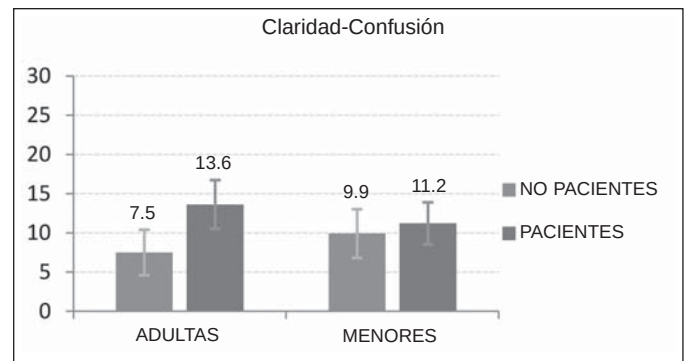


Figura 15b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

rior. La media de pacientes adultas es de 27.9 ± 5.39 y la media de las adultas control es de 13.9 ± 5.7 . La media de las pacientes menores es de 21 ± 7.79 , mientras que la media de adolescentes control es de 15.6 ± 7.3 (ver figuras 16a y 16b).

Funcionamiento/interferencia. La media de las pacientes adultas es de (15.5 ± 3.2) y la media de las adultas controles es de (11.6 ± 3.5) , siendo la diferencia estadísticamente significativa. La media de las pacientes menores adolescentes es de 14.3 ± 5.1 , superior a la media de las adolescentes controles, con una media de 12.2 ± 4.7 , pero esta diferencia no es significativa (ver figuras 17a y 17b).

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 30 ± 7.4 , y la media de las adultas control es de 17.3 ± 6.1 . En los grupos de las adolescentes la

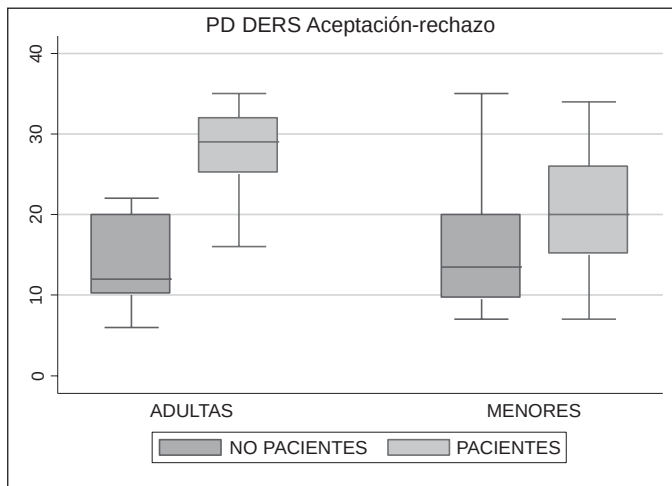


Figura 16a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

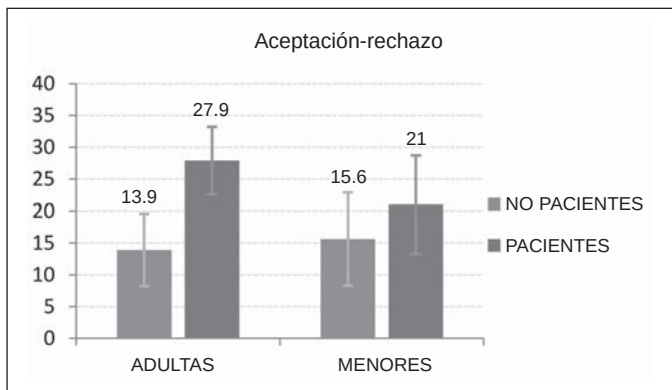


Figura 16b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

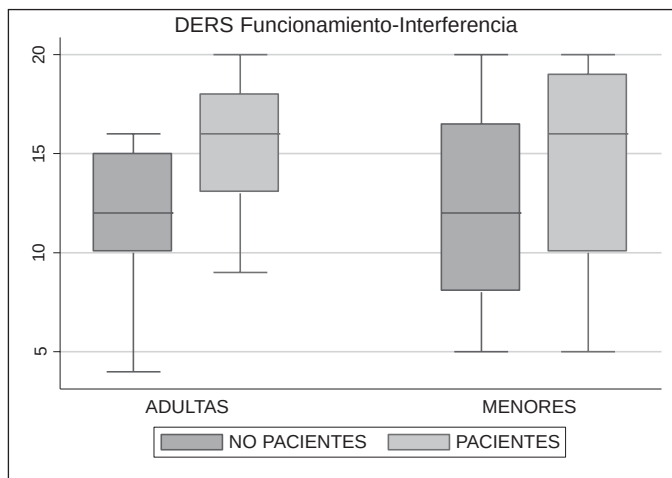


Figura 17a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

media de las pacientes es de 27 ± 9.4 y la puntuación media de las adolescentes controles es de 19.1 ± 8.1 . La diferencia entre adultas y adolescentes no es significativa (ver figuras 18a y 18b).

3. 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-

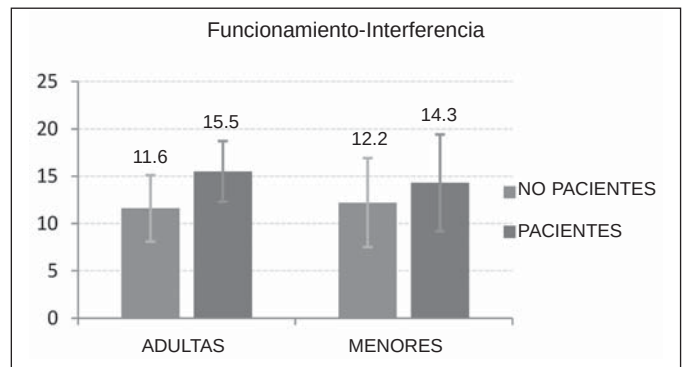


Figura 17b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

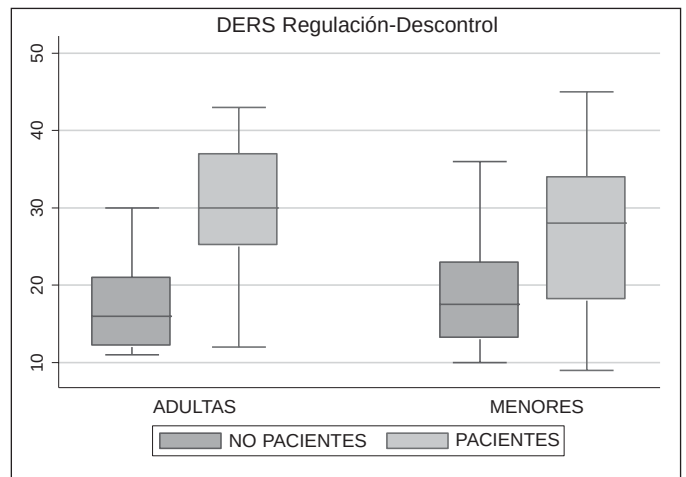


Figura 18a. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

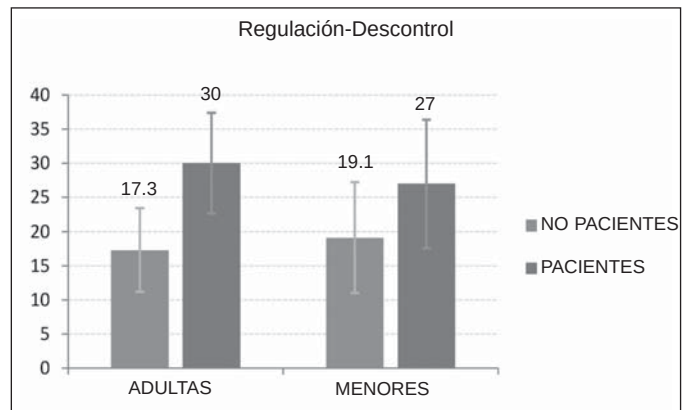


Figura 18b. Diferencias entre pacientes y controles por estratos de edad de las variables emocionales.

20 y DERS. Tampoco tener un IMC menor o mayor de 15 presenta ninguna diferencia significativa en las variables emocionales medidas (tabla 12).

Años de evolución. La duración del trastorno correlaciona de forma estadísticamente significativa con la variable del DERS, aceptación/rechazo, aunque es una asociación moderada, ($r = .464$ y $p = .001$). Las otras dos correlaciones significativas son con regulación/descontrol, ($r = .32$ y $p = .027$), pero el efecto de asociación es muy débil (ver 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

Tabla 12

Diferencias en las variables emocionales por diagnóstico e IMC

Variables Emocionales	Diagnóstico		
	AN	BN	Valor p
TAS - 20	73.7 ± 14.1	70.1 ± 18.3	.625
DERS			
Atención-desatención	11.8 ± 3.4	10.3 ± 3.9	.193
Claridad-confusión	12.7 ± 3.2	11.9 ± 2.5	.332
Aceptación-rechazo	24.5 ± 7.5	26.8 ± 6.4	.459
Funcionamiento-interferencia	15.2 ± 4.1	14.1 ± 4.5	.449
Regulación-descontrol	28.4 ± 8.6	30.1 ± 7.6	.534
	IMC		
	>15	<15	Valor p
TAS - 20	71.2 ± 16	78.5 ± 9	.258
DERS			
Atención-desatención	11.1 ± 3.7	12.6 ± 2.5	.2
Claridad-confusión	12.5 ± 3.1	12.7 ± 3.2	.719
Aceptación-rechazo	24.8 ± 6.9	25.3 ± 8.7	.685
Funcionamiento-interferencia	14.9 ± 4	15.3 ± 4.7	.641
Regulación-descontrol	28.8 ± 8.1	28.3 ± 9.5	.659

Media ± desviación típica

no tuvieron tratamientos previos (20.5 ± 7.9). La 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) (ver tabla 13).

Comorbilidad. El grupo de pacientes diagnosticado con comorbilidad asociada presenta diferencias significativas en la en la variable aceptación/rechazo, con una media (26.7 ± 6.7) superior a la media del grupo de pacientes a los que no se les diagnosticó comorbilidad (22.6 ± 7.4) (ver tabla 13).

Tentativas de suicidio. Las pacientes que habían realizado alguna tentativa de suicidio (TdS) presentan diferencias estadísticamente 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) (ver tabla 14).

Autolesiones. Las pacientes que se habían infligido 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 ± 6.3 y media de pacientes sin autolesiones 23 ± 7.5), regulación/descontrol (media de pacientes con autolesiones 31.5 ± 8.1 y media de pacientes sin autolesiones 26.5 ± 8.1) (Ver tabla 14).

Restricción de líquidos. No presentan ninguna diferencia significativa entre los pacientes que han restringido líquidos y los que no restringieron líquidos en las medias obtenidas en las variables respuesta.

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), más problemas para regular sus emociones, regulación-descontrol (media pacientes con atracones

Tabla 13

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

Variables emocionales	Evolución		
	Años		Valor p
TAS - 20	0.182		.215
DERS			
Atención-desatención	0.26		.074
Claridad-confusión	0.218		.136
Aceptación-rechazo	0.464		.001
Funcionamiento-interferencia	0.25		.084
Regulación-descontrol	0.32		.027
	Tratamiento previo		
	SI	NO	Valor p
TAS - 20	74.6 ± 14.5	68.8 ± 15.7	.280
DERS			
Atención-desatención	11.4 ± 3.6	11.7 ± 3.5	.825
Claridad-confusión	12.7 ± 2.8	12.2 ± 4	.683
Aceptación-rechazo	26.5 ± 6.4	20.5 ± 7.9	.017
Funcionamiento-interferencia	15.3 ± 3.9	14.1 ± 4.9	.449
Regulación-descontrol	30 ± 7.5	25.2 ± 10	.101
	Comorbilidad		
	SI	NO	Valor p
TAS - 20	74.9 ± 15.8	70.6 ± 13.6	.24
DERS			
Atención-desatención	11.5 ± 4	11.5 ± 2.8	.983
Claridad-confusión	12.7 ± 3	12.3 ± 3.4	.81
Aceptación-rechazo	26.7 ± 6.7	22.6 ± 7.4	.049
Funcionamiento-interferencia	15 ± 4.2	15 ± 4.2	.95
Regulación-descontrol	29.6 ± 8.1	27.5 ± 8.8	.365

Media ± desviación típica

nes 31.2 ± 8.4 y media de pacientes sin atracones 25.2 ± 7.2), y sintieron que sus emociones les interferirán más en su vida, funcionamiento-interferencia (media de pacientes con atracones 16.3 ± 3.7 y media de pacientes sin atracones 13.2 ± 4.2) (ver tabla 15).

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 ± 6.1 y media de pacientes sin vómitos 22.2 ± 8.3), en el grado que interferencia que esas emociones tienen sobre su vida (funcionamiento-interferencia: media de pacientes con vómitos 16.2 ± 3.1 y media de pacientes sin vómitos 12.9 ± 5) y en su capacidad para regularlas (regulación-descontrol: media de pacientes con vómitos 31.5 ± 6.4 y media de pacientes sin vómitos 23.9 ± 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 ± 6.3 y media de pacientes que no utilizan diuréticos 22.5 ± 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 (ver tabla 15).

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 (ver tabla 15).

Tabla 14
Diferencias en las variables emocionales asociadas a gravedad asociada

Variables emocionales	Ingresos		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	78.3 ± 11.1	70.2 ± 16	.118
DERS			
Atención-desatención	11.7 ± 2.8	11.4 ± 3.9	.704
Claridad-confusión	12.5 ± 2.2	12.6 ± 3.6	.983
Aceptación-rechazo	26.1 ± 6.1	24.3 ± 7.9	.538
Funcionamiento-interferencia	14.8 ± 3.4	15.1 ± 4.6	.603
Regulación-descontrol	30.6 ± 7.8	27.6 ± 8.6	.326
	Tentativas suicidio		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	80.8 ± 9.8	70.1 ± 14.4	.049
DERS			
Atención-desatención	13.7 ± 2.4	10.8 ± 3.5	.010
Claridad-confusión	13.6 ± 3.3	12.2 ± 3	.306
Aceptación-rechazo	30.8 ± 4	23.1 ± 7.1	.001
Funcionamiento-interferencia	16.7 ± 2.8	14.5 ± 4.4	.126
Regulación-descontrol	33.2 ± 7.1	27.4 ± 8.4	.031
	Autolesiones		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	72.6 ± 15.5	73.4 ± 14.6	.747
DERS			
Atención-desatención	10.9 ± 3.7	12 ± 3.3	.477
Claridad-confusión	12.4 ± 2.9	12.7 ± 3.4	.684
Aceptación-rechazo	27.4 ± 6.3	23 ± 7.5	.038
Funcionamiento-interferencia	16 ± 3.6	14.2 ± 4.4	.181
Regulación-descontrol	31.5 ± 8.1	26.5 ± 8.1	.036

Media ± desviación típica

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 ± 7.5, media de las pacientes en situación de incapacidad transitoria 25.7 ± 6,3 y media de pacientes en situación de incapacidad permanente 31.6 ± 1.8) (ver tabla 16).

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

Criterios de gravedad asociados. Las pacientes con criterios de gravedad puntúan de forma más elevada en la escala que expresa sus dificultades para aceptar las emociones (aceptación/rechazo: media de pacientes más graves 26.5 ± 7.3) y se diferencia de forma estadísticamente significativa de la obtenida por las pacientes sin criterios de gravedad asociados, cuya media es de 21 ± 5.7. Las pacientes más graves tienen más dificultades para regular sus emociones (regulación/descontrol: media de las pacientes más graves 30.9 ± 8.2), que se diferencia de forma estadísticamente significativa de la obtenida por las pacientes sin criterios de gravedad asociados, cuya media es de 25.6 ± 8.3. El resto de las variables no presentan diferencias significativas (ver 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 pun-

Tabla 15
Diferencias en las variables emocionales asociadas a conductas patológicas

Variables emocionales	Atracones		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	74 ± 16.3	71.8 ± 12.8	.385
DERS			
Atención-desatención	11.3 ± 3.6	11.8 ± 3.4	.57
Claridad-confusión	13 ± 3.2	11.9 ± 3	.344
Aceptación-rechazo	26.8 ± 5.8	22.3 ± 8.4	.047
Funcionamiento-interferencia	16.3 ± 3.7	13.2 ± 4.2	.009
Regulación-descontrol	31.2 ± 8.4	25.2 ± 7.2	.008
	Vómitos		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	76.2 ± 13.4	67.7 ± 16	.075
DERS			
Atención-desatención	11.8 ± 3.2	11 ± 4	.578
Claridad-confusión	13.2 ± 3	11.4 ± 3.1	.072
Aceptación-rechazo	26.5 ± 6.1	22.2 ± 8.3	.046
Funcionamiento-interferencia	16.2 ± 3.1	12.9 ± 5	.026
Regulación-descontrol	31.5 ± 6.4	23.9 ± 9.4	.002
	Laxantes		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	72 ± 15.6	76 ± 10.9	.674
DERS			
Atención-desatención	11 ± 3.6	13 ± 2.6	.157
Claridad-confusión	12 ± 3.1	13 ± 3.6	.596
Aceptación-rechazo	25 ± 7	23 ± 8.6	.523
Funcionamiento-interferencia	15 ± 4.2	17 ± 3.5	.234
Regulación-descontrol	29 ± 8.3	29 ± 9.2	.776
	Diuréticos		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	72.5 ± 17.2	73.7 ± 11.9	.0975
DERS			
Atención-desatención	11.3 ± 4.2	11.8 ± 2.6	.647
Claridad-confusión	12.6 ± 3.1	12.5 ± 3.2	.811
Aceptación-rechazo	26.9 ± 6.3	22.5 ± 7.7	.05
Funcionamiento-interferencia	15.1 ± 3.9	14.8 ± 4.5	.917
Regulación-descontrol	29.6 ± 8.3	27.6 ± 8.5	.291
	Abuso líquidos		Valor p
	SI	NO	
TAS - 20	70.5 ± 15.1	75.2 ± 14.6	.226
DERS			
Atención-desatención	11.7 ± 3.6	11.3 ± 3.5	.827
Claridad-confusión	12.3 ± 3.5	12.8 ± 2.8	.417
Aceptación-rechazo	26.4 ± 7.6	23.6 ± 6.8	.12
Funcionamiento-interferencia	14.2 ± 3.9	15.6 ± 4.3	.14
Regulación-descontrol	27 ± 9.3	30.1 ± 7.4	.341
	Ejercicio excesivo		Valor p
	SI	NO	
PD TAS - 20	72.6 ± 14.4	73.8 ± 15.9	.65
DERS			
Atención-desatención	12.3 ± 3.5	10.3 ± 3.2	.07
Claridad-confusión	12.1 ± 3.2	13.3 ± 3	.08
Aceptación-rechazo	26.4 ± 6.6	22.6 ± 7.9	.106
Funcionamiento-interferencia	14.6 ± 3.9	15.5 ± 4.5	.248
Regulación-descontrol	28.5 ± 8.5	29 ± 8.4	.866

Media ± desviación típica

Tabla 16

Diferencias en las variables emocionales asociadas a situación laboral

Variables emocionales	Situación laboral			Valor p
	Activa	Baja	Incapacidad	
TAS - 20	71.2 ± 15.4	79.6 ± 13.4	79.2 ± 10.6	.357
DERS				
Atención-desatención	11.3 ± 3.8	13.6 ± 1.5	11 ± 2.2	.194
Claridad-confusión	12.6 ± 3.3	12.2 ± 2.2	12.7 ± 3	.959
Aceptación-rechazo	23.9 ± 7.5	25.7 ± 6.3	31.6 ± 1.8	.049
Funcionamiento-interferencia	15 ± 4.5	13.6 ± 3.6	16 ± 1.8	.654
Regulación-descontrol	28.3 ± 8.6	29.2 ± 7.9	30.5 ± 8.5	.756

Media ± desviación típica

Tabla 17

Diferencias en las variables emocionales asociadas a criterios de gravedad asociada

Variables emocionales	Gravedad		Valor p
	SI	NO	
PD TAS - 20	74.8 ± 13.8	68.9 ± 16.9	.329
DERS			
Atención-desatención	11.6 ± 3.7	11.2 ± 3.1	.673
Claridad-confusión	12.9 ± 3.1	11.6 ± 3.1	.121
Aceptación-rechazo	26.5 ± 7.3	21 ± 5.7	.008
Funcionamiento-interferencia	15.3 ± 3.9	14.1 ± 4.8	.418
Regulación-descontrol	30.9 ± 8.2	25.6 ± 8.3	.014

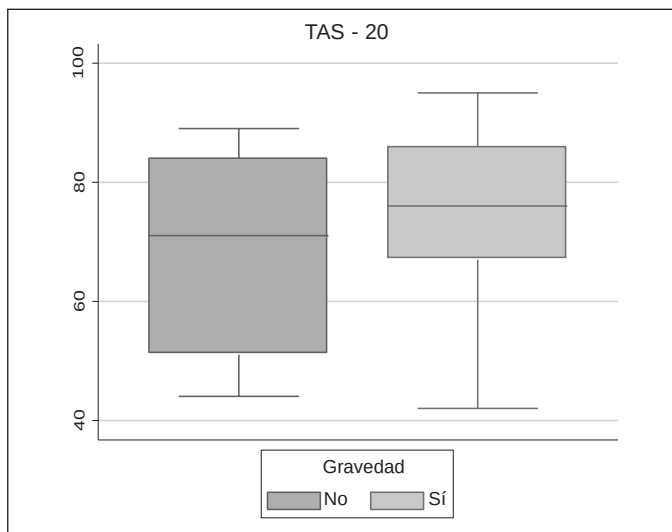
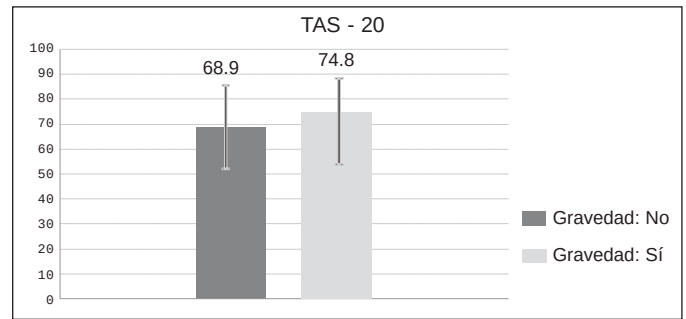
Media ± desviación típica

tuaciones más extremas en el TAS-20. Esta tendencia se expresa en las figuras 19a y 19b.

5. Diferencias entre pacientes con o sin criterios de gravedad, por estratos de edad de las variables emocionales

El grupo de adultas tiene un porcentaje de pacientes con criterios de gravedad mayor que el grupo de adolescentes (92.6% vs. 42.9%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < .001$). Si se tiene en cuenta la edad de las pacientes, se observan algunas diferencias significativas.

TAS-20. En el grupo de pacientes con criterios de gravedad, las

**Figura 19a.** Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad**Figura 19b.** Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad

adultas presentan una media en el TAS-20 de 76.94 ± 14 más elevada pero no diferente significativamente de la media de las pacientes adolescentes (70.1 ± 12.9).

DERS. Las pacientes adultas con criterios de gravedad asociados presentan más dificultades en prestar atención a sus emociones: la puntuación media en atención/desatención de pacientes adultas con criterios de gravedad (12.4 ± 3.6) es estadísticamente significativa a la las pacientes adolescentes con criterios de gravedad (9.4 ± 3.1). El resto de las escalas no presentan diferencias significativas.

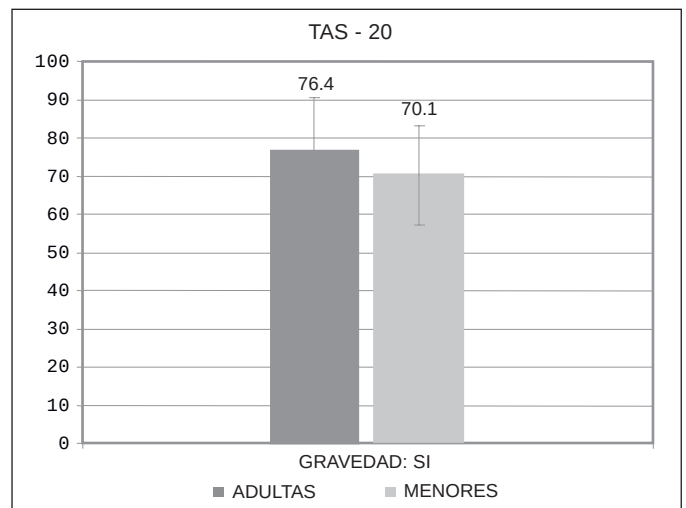
Al ser el tamaño muestral pequeño, además de los estadísticos hemos realizado también representaciones gráficas de aquellas variables que presentan una cierta tendencia a diferenciar ambos grupos (ver tabla 18 y figuras 20 y 21).

Tabla 18

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

Variables emocionales	Gravedad		Valor p
	Adultas	Adolescentes	
PD TAS - 20	76.4 ± 14	70.1 ± 12.9	.191
DERS			
Atención-desatención	12.4 ± 3.6	9.4 ± 3.1	.032
Claridad-confusión	13.5 ± 3.2	11.3 ± 2.2	.098
Aceptación-rechazo	28.2 ± 5.4	21.9 ± 10	.127
Funcionamiento-interferencia	15.4 ± 3.3	15.1 ± 5.5	.768
Regulación-descontrol	30 ± 7.7	29.8 ± 10.1	.984

Media ± desviación típica

**Figura 20.** Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad y estratos de edad.

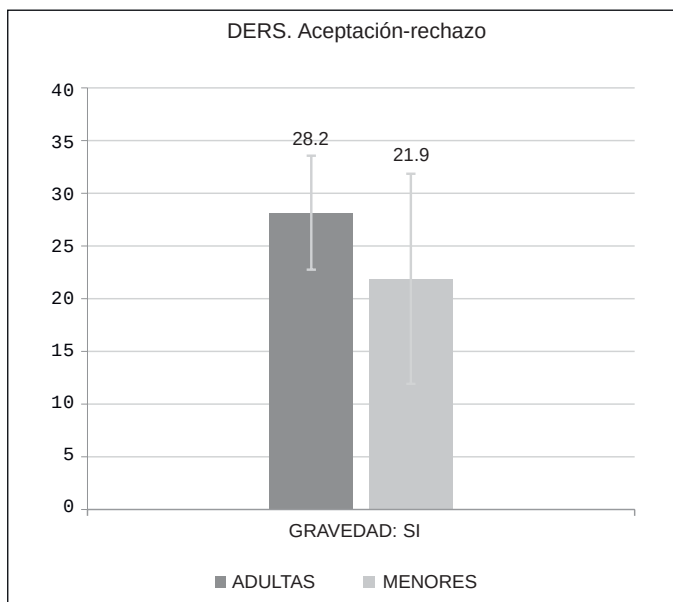


Figura 21. Diferencias en las variables emocionales asociadas a la gravedad y estratos de edad.

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 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 afectivos negativos (Geller et al., 2000; Sim y Zeman, 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 et al., 2009; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010b; Heather-ton y Baumeister, 1991; Holliday, Uher, Landau, Collier y Treasure, 2006) y delimitación de cuáles son las emociones predominantes de las pacientes y su relación con las conductas patológicas alimentarias (Fox y Harrison, 2008; Gillberg, Råstam, Wentz y Gillberg, 2007; Keith, Gillanders y Simpson, 2009; Troop, Treasure y Serpell, 2002; Waller et al., 2003; Zaitsoff, Gellery Srikameswaran, 2002).

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, 2002, 2004).

Nuestra investigación ha estudiado el reconocimiento emocional propio y la regulación de las emociones 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 como 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, tres cuartas partes de las pacientes habían recibido tratamientos anteriores al nuestro en otros dispositivos sanitarios. Aproximadamente un tercio habían realizado tres 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) y de regulación emocional (DERS) en pacientes con TCA comparados con controles sanos y con los baremos de población normal.

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 hallamos diferencias en las variables emocionales medidas (dificultades de reconocimiento emocional propio 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 existan 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 de 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 más 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 la 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.

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 en las 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 varones dadas las características psicopatológicas diferenciales, por considerar

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 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 más grave y está asociada a 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.

Las dificultades de regulación emocional (rechazo a sentir emociones negativas y 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 su 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.

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 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 incluyan las opiniones del paciente y la familia a la hora de diseñar las intervenciones terapéuticas, ya que fomentan el compromiso de cambio.

Extended summary

Current research has revealed that difficulties in emotional recognition and dysfunctional regulation are among the main factors influencing the predisposition to eating disorders ED and the resistance to change that hinders recovery. The appraisal of emotional

aspects has opened new avenues for the efficacious treatment of ED patients involving specific therapeutic interventions designed to enhance the regulation of the patient's own emotions.

Previous studies comparing the emotional characteristics of ED patients with groups of healthy women controls have reported that patients exhibited more difficulties in identifying and describing their feelings (alexithymia) and dysfunctional emotional regulation. It has been suggested that this outcome may be due to the patient's severe loss of weight and/or owing to cognitive/emotional deterioration arising during the disorder given that most of the groups under study involved severe long-term patients. Thus, current research has underscored the need for undertaking studies on samples of short-term patients (adolescents) and/or patients who have recovered body weight.

The aim of this study was to assess the emotional problems of ED patients, and to minimize the risk of bias arising from the long-term evolution of the disorder and/or the severity of the pathology by comparing a group of recently diagnosed adolescent patients, a group of long-term adult patients (taking into account the severity of the disorder), and a control group of healthy participants.

Objectives

- 1) The primary objective was to assess differences in emotional recognition and regulation in ED patients (i.e., adolescents aged 14-18 years, and adults aged 19-50), and a control group of healthy individuals.
- 2) A further objective was to determine the specific difficulties in emotional recognition and regulation in each group of patients.
- 3) Another objective was to establish an association between emotional deficits and the severity of the disorder.
- 4) Finally, this study proposed specific therapeutic interventions designed to enhance emotional recognition and regulation from the commencement of treatment.

Hypothesis

- a) All of the ED diagnosed patients will exhibit more difficulties in emotional recognition and regulation in comparison to the healthy control group.
- b) Emotional deterioration will be greater in severely affected ED patients and entails a worse prognosis.
- c) Emotional deterioration will be greater in long-term ED patients since the disorder exacerbates emotional difficulties.

Method

Subjects

The sample consisted of 89 subjects, of which the patient group consisted of 48 subjects (21 adolescent and 27 adult TCA patients diagnosed using DSM-IV criteria) and 41 healthy controls.

Evaluation

Diagnosis for ED was undertaken using the DSM-IV-TR (42) criteria, a biographical questionnaire, ED hospital clinical records, and the EDI2.

The degree of severity of the disorder was determined using the following criteria: (1) Body Mass Index (BMI) below 15kg/m²; (2) duration of the disorder, 5 or more years; (3) history of 3 or more treatment interventions; (4) admission to hospital on 3 or more occasions; (5) attempted suicide and/or self-inflicted injuries; (6) diagnosed comorbidity with other psychiatric disorders; and (7) permanent work disability due to the disorder. Patients were subdivided into three groups according to severity criteria i.e., no

severity, moderate severity if one criterion was present, and acute severity if two or more criteria were present.

To assess difficulties in emotional processing the Spanish version of the 20-TAS (Toronto Alexithymia Scale) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were used.

Results

Participants

Age. In the patient sample 44.9 % were adults (mean age 29.26 ± 7.85 years), and 55.1% adolescents (mean age 16.33 ± 1.653 years), whereas the mean age for adult controls was 24.61 ± 1.613 years, and 15.85 ± 0.44 years for adolescent controls. Body Mass Index (BMI): mean BMI for AN or EDNE AN diagnosed patients was 17.3 (range 11.2–20.4), though much lower values had been recorded during the course of the disorder. Mean BMI for Bulimia diagnosed patients was 21.8 (range 17.9–31.1) though some patients had been overweight during the course of the disorder and 4 had migrated from the initial diagnosis of anorexia.

Years of evolution. The adult patient group consisted of two subgroups: one subgroup with a 5-year evolution, and a long-term subgroup with a mean 10-year or more of evolution; mean evolution for adolescent patients was approximately 1 year.

Previous treatment: most patients (72%) had undergone treatment with other therapeutic teams, with 27.2% of patients having undergone 3 or more treatments prior to the study, and 4.4% patients 10 treatments.

Degree of severity. Criteria associated to severity was observed in 64.6% of patients, with 39.6% presenting moderate severity, and 25% acute severity.

Emotional variables

The results of this study reveal the difficulties of ED patients in recognizing their own emotions (TAS-20), and in emotional regulation (DERS) as compared to healthy controls, and the rates for the normal population. Severity in difficulties varied according to age, associated clinical characteristics, and the severity of the pathology.

1. Deficient emotional recognition. The score for the patient group indicated alexithymia, which highlighted difficulties in emotional recognition, where as the score for the control group was lower, indicating slight alexithymia.

Further similarities and differences were ascertained through the analysis of age cohorts i.e., differences between patients and controls varied according to whether patients were adults or adolescents. The comparison of both groups with their respective controls revealed adult patients showed substantial alexithymia with significant differences in relation to controls whose score indicated the absence of alexithymia. In contrast, the scores for the adolescent patients and controls were relatively similar, though slightly higher for patients, indicating possible alexithymia in both groups. These data suggest that adolescent patients and healthy adolescent controls may have difficulties in recognizing their own emotions. As for the comparison between adult and adolescent patients, the former showed higher levels of alexithymia than the latter. Adult patients failed to improve their ability to recognize their own emotions, with marked deterioration as the disorder progressed, which is the opposite of what occurs in the general population. In other words, emotional recognition is somewhat limited during infancy/adolescence in the normal population, but develops with age which in turn reduces alexithymia. This appeared to be the pattern in the control groups of this study whereby adults showed no problems of alexithymia whilst signs of possible alexithymia were observed among adolescents.

In addition to age/duration of the disorder, difficulties in emotional recognition were associated to the degree of severity of the disorder. Extremely high alexithymia scores were obtained for patients who had attempted suicide as compared to the group that had not attempted suicide. Though no significant differences were observed in the others variables of severity associated to the pathology, patients with severity criteria tended to obtain much higher scores on the TAS-20. One cannot rule out the possibility that with larger samples the differences between severe and less severe patients may be even greater. Likewise, the afore-mentioned differences between adult and adolescent patients were observed when age cohort and severity were jointly analysed i.e., the degree of alexithymia in the adult patient group with severity criteria was much higher than in adolescent patients with severity criteria. Both results suggest that deficiencies in emotional recognition not only precede the disorder, but also a patient's ability to infer emotions declines over time. Not with standing, we should bear in mind that currently only one longitudinal study has corroborated this hypothesis.

2. Difficulties in emotional Acceptance and Regulation. Together the subscales showing the greatest significant differences between patients and controls, and the most closely related severity variables were Acceptance/rejection and Regulation/lack of control.

- Acceptance/rejection. Both adults and adolescent patients showed significant differences as compared to controls, with the greatest deficit being found in the adult group. Similarly, certain clinical characteristics were associated to higher levels of emotional rejection: vomiting, and the use of laxatives and/or diuretics. Moreover, other variables related to the severity of the disorder were associated to greater difficulties in accepting emotions: duration of the disorder, failed previous treatments, diagnosed comorbidity, attempted suicide, self-inflicted injuries, and work disability. In terms of the level of global severity, severely affected patients were found to have more difficulties in accepting their emotions, and this trend was higher in severe adult patients. Since the data were relational, one cannot as certain if the association between severe emotional difficulties and the duration of the disorder implies that the disorder itself hinders acceptance of emotions or if rejection of emotions thwarts recovery and raises the likelihood of chronicity.
- Regulation/lack of control. Significant differences in difficulties in emotional regulation were observed between patients and controls in both age cohorts, with greatest difficulties being found in adult patients. Similar to difficulties in acceptance, certain clinical characteristics were associated to higher levels of difficulties in emotional regulation: bingeing and vomiting. Moreover, there was a relationship with severity of the disorder i.e., deficiencies were more substantial in long-term patients with attempted suicide, and self-inflicted injuries.

Furthermore, significant differences in the variables clarity/confusion and functioning/interference were found between patients and controls though these differences were not as marked. Attention/inattention was the emotional deficit least related to eating disorders with no significant global differences between patients and controls, but differences were observed when the results are analysed according to age.

The findings of this study underscore the need for including emotional aspects as an essential component of ED prevention and treatment programmes. It is worth noting that recognizing and expressing one's own emotions is beneficial for both physical and mental health as well as minimizing the patient's feelings of guilt, and raising expectations. Thus, early intervention at the outset of the disorder may reduce the risk of the disorder becoming chronic.

Furthermore, taking into account that ED are expressed in an ideological context of immediate gratification, the elimination of any sign of physical or emotional discomfort is crucial for enhancing emotional recognition and regulation in the general population, among the patient's family, and mental health professionals responsible for the management of successful treatments.

As for chronicity, specific therapeutic interventions designed to deal with the patient's emotional aspects offer some hope in the drive to counteract the feelings of despair resulting from continued fail attempts at complying with excessively rigid and coercive "therapies", whose efficacy wanes with the withdrawal of external vigilance and control. Such procedures may have well contributed to the worsening and chronicity of the disorder which in turn impede future successful therapeutic intervention.

Further research is required to assess emotional regulation and recognition in adolescent patients in order to corroborate the findings of this study, and to explore new avenues of treatment.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo señalan que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- 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 (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 of 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 of 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 Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Calvo Sagardoy, 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 of 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.
- 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, 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 Jeczmien, 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 of 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 of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- 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. (2010a). 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. (2010b). Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation in anorexia: State or trait? *Biological Psychiatry*, 68, 755-761.
- Heatherington, 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 of 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 of 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 Saarijärvi, 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 of Eating Disorders*, 45, 377-384.
- 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.
- 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.
- Pascual, A., Etxebarría, 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.
- 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. *Clínica 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.
- 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).
- Schmidt, U., Jiwan, 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.
- Speranza, M., Corcos M. y Loas G., Stéphan, P. Guillaud, O., Pérea-Díaz, F. ... Jeammet, P. (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.
- 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. y 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., 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.
- 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.
- Waters, A., Hill, 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 Srikaneswaran, 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. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.
- 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.