

ALEXITIMIA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS¹

A. Espina*

A. Ortego**

I. Ochoa de Alda***

A. Aleman****

* Profesor titular de la Universidad del País Vasco.

** Jefa de Organización y docente del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

*** Jefe de estudios del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

**** Psicóloga. Terapeuta familiar.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue contrastar las diferencias en el TAS-20 entre mujeres que presentan un trastorno alimentario (TA) con un grupo control. Se estudió una muestra de 142 mujeres que presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) [36 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 30 con anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 76 con bulimia nerviosa (BN)] complementada con un grupo "control" (n = 65) de similares características sociodemográficas fue evaluada con la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) y el Eating Attitude Test (EAT). Los resultados indicaron que controlando el índice de masa corporal (IMC) las pacientes con TA presentan puntuaciones mayores en el TAS-20 y sus factores 1 y 2, así como mayor porcentaje de alexitímicas que el grupo control. Pero no encontramos diferencias entre los grupos de TA,

1 Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco con la beca UPV 006.231-HA152/95.

Correspondencia: Alberto Espina Eizaguirre. Facultad de Psicología (Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos), Universidad del País Vasco. Avenida Tolosa, Nº 70, (20018). San Sebastián. Tno. 943 01 83 17. E-mail: ptpeseia ss.ehu.es.

excepto en algunos ítems y el factor 1 del TAS-20. Nuestros resultados confirman estudios anteriores al mostrar una mayor frecuencia de alexitimia, específicamente la dificultad para procesar cognitivamente las emociones, en los TA y la necesidad de incidir terapéuticamente en ese nivel.

Palabras clave: TRASTORNOS ALIMENTARIOS, ALEXITIMIA, TORONTO ALEXITHYMIA SCALE-20.

SUMMARY

Differences in the level of TAS-20 among women with eating disorders (ED) and a control group were contrasted. 145 women with (ED) [according to criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition, (American Psychiatric Association, 1994)]. (36 with restrictive anorexia nervosa (RAN), 30 with bulimic anorexia nervosa (AN-BN) and 79 with bulimia nervosa (BN), and a control group (n=65) with similar sociodemographic characteristic were evaluated with the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Eating Attitude Test (EAT). Controlling body mass index, the women with ED present a higher score in TAS-20 and its factors 1 and 2 and higher percentage in alexithymia than controls. But we didn't find significant differences between the DE groups, except in some items and the factor 1 of the TAS-20. Our results confirm previous studies by standing out the alexithymia, specially the difficulty to process cognitively the emotions, in the ED and the need to intervene therapeutically at that level.

Key Words: EATING DISORDERS, ALEXITHYMIA, TORONTO ALEXITHYMIA SCALE-20.

INTRODUCCIÓN

Nemiah y Sifneos (1970) observaron que los pacientes psicossomáticos presentaban dificultad para describir sus sentimientos, diferenciarlos de las sensaciones corporales y gran pobreza de

fantasía, estas observaciones ya habían sido realizadas anteriormente (Espina 1998a) y llevaron a que Sifneos (1973) acuñara el término «Alexitimia» (derivado de los términos griegos: a=sin, lexis=palabra, thymos=emoción) que etimológicamente significa: “sin palabras para las emociones”. Según Nemiah (1977) la alexitimia se caracteriza por: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción, que corresponde al “pensamiento operatorio” descrito por Marty y De M' Uzan (1963). Los alexitímicos padecen un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones y tienen un sentimiento de inadecuación general y falta de control sobre su vida.

La alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías: trastornos somatoformes, alcoholismo, toxicomanías, estrés postraumático, asma, depresión, juego patológico, trastornos alimentarios, etc... (Espina, 1998a). Bruch (1962, 1973, 1982) sugirió que la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones viscerales, constituyen un déficit central en los trastornos alimentarios (TA). Utilizando la Toronto Alexithymia Scale (TAS) en sus diferentes versiones (Parker et al, 1994; Bagby, Parker & Taylor, 1994a; Bagby, Taylor & Parker, 1994b) numerosos estudios han confirmado que la alexitimia está presente en los TA: Taylor, Parker, Bagby & Bourke (1996) hallaron que el 68.8% de los pacientes con anorexia nerviosa (AN) padecían alexitimia, Corcos et al, (2000) el 56.3% de las anoréxicas y el 32.3% de las bulímicas, Schmidt, Jiwany & Treasure (1993) el 56% en anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 48% en anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 50% en Bulimia (BN), Rastam, Gillberg, Gillberg & Johanson (1997) el 22,9% en AN, Guilbaud et al. (1999) el 56.3% en AN y el 32.3% en BN, De Groot, Rodin & Olmsted (1995) el 62% en AN y el 56% en BN, Cochrane, Brewerton, Wilson & Hodges (1993) el 63% en ANR, 61% en ANB y 56% en BN, Taylor, Bagby & Parker (1991) el 77% en AN, Bourke, Taylor, Parker & Bagby (1992) el 77,1% en AN. En los grupos controles utilizados por estos autores

encontramos un rango de alexitímicos de 5-27%, mientras que Parker, Taylor & Bagby (1989) hallaron un rango 15-22% en estudiantes de Canadá y USA. Los porcentajes hallados, tanto en los TA como en los controles, están sesgados por el hecho de que se han utilizado diferentes versiones del TAS y porque se utilizan diferentes puntos de corte en el TAS-20. Taylor et al. (1996) hallaron que los sujetos con TA se diferenciaban de los controles en los factores 1 y 2 del TAS-20 (dificultad para discriminar y expresar sentimientos) pero no en el factor 3 (pensamiento orientado externamente), por lo que afirman que en los TA aparece un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no el estilo cognitivo operatorio; Laquatra y Clopton, (1994) hallaron lo mismo con el TAS de 26 ítems. Algunos autores han encontrado una asociación negativa entre el peso y alexitimia (Bourke, Taylor y Crisp, 1985) pero otros no (Pierloot, Houben & Acke, 1988; Engel y Meier, 1988; Schmidt et al., 1993; Rastam et al., 1997). Otros autores han hallado correlaciones positivas entre alexitimia, depresión y ansiedad, (Cochrane et al. 1993; Corcos et al. 2000), neuroticismo y psicoticismo (Schiattino et al., 1998). Casi todos los autores han encontrado diferencias significativas en la alexitimia en los pacientes con TA frente a los controles, pero no entre anorexia y bulimia. Sexton et al. (1998) hallaron que el TAS total discriminaba a las pacientes con ANR y controles y el factor 2 puntuaba más elevado en ANR que en BN y controles, mientras que Schmidt et al. (1993) encontraron mayor tasa de alexitimia en AN que en BN. Bourke et al. (1992) afirman, que en los TA la alexitimia no es consecuencia de la cronicidad, ni de la desnutrición y que se trata de un rasgo de la personalidad.

En España, se han realizado varios estudios validando y utilizando el TAS-20 (Parker et al, 1994, Bagby et al. 1994a, 1994b) instrumento utilizado en este estudio. (Páez et al.,1991; Martínez, 1996; Martínez et al. 1996; Velasco y Páez, 1996; Martínez y Marín, 1997; Pérez et al., 1997; Moral de la Rubia y Retamales, 1999).

Los objetivos de este trabajo son establecer si la alexitimia está presente en los TA, concretamente en ANR, ANB y BN comparados entre sí y con un grupo control con características sociodemográficas semejantes.

METODO

Muestra

La muestra fue accidental y estaba compuesta por 142 mujeres con un trastorno alimentario derivadas de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Euskadi (ACABE). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: diagnóstico del trastorno alimentario según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), edad 14-33 años y un mínimo de 6 meses de enfermedad. Los criterios de exclusión fueron el estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico y/o requerir ingreso hospitalario. Como resultado se obtienen los siguientes grupos: El 24,8% (n = 36) mujeres presentaban anorexia nerviosa restrictiva (ANR), un 20,6% (n = 30) con anorexia nerviosa subtipo bulímico (ANB) y el 54,5% (n = 76) con bulimia nerviosa purgativa (BN). De forma paralela y también con muestreo accidental se recogieron datos de mujeres de la población general como grupo control que fue homogéneo con el grupo experimental teniendo en cuenta las características sociodemográficas de sexo, edad, medio y estudios. Dicho grupo estaba formado por 65 mujeres, excluyendo a profesionales y estudiantes de psicología y ciencias de la salud. La muestra total (N = 207) era de medio urbano (92.03%), solteras (90,03%), estudiantes (80.2%) de las cuales estudiaban bachiller el 40.1% y estudios universitarios el 30.9%. Los criterios de selección del grupo control fueron que no tuvieran conductas purgativas, atracones o dietas y que puntuaran menos de 6 en el Goldberg Health Questionnaire-28 (Goldberg y Hillier, 1979) y menos de 30 en el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979). Las características de la muestra son descritas en la tabla 1.

Variabes e Instrumentos

Se recogieron las variables sociodemográficas, con un escala "ad-hoc". El índice de masa corporal (peso en kgs/altura en metros al cuadrado) (IMC) se clasificó en 4 categorías: normal (20-25), peso

Tabla 1.- Características de la muestra por grupos.

	ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA n = 36		ANOREXIA BULIMICA n = 30		BULIMIA NERVIOSA n = 76		GRUPO CONTROL n = 65	
	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.
EDAD	21,8	6,76	20,53	4,56	22,95	5,46	21,29	6,25
EDAD DE INICIO ENFERMEDAD	16,47	3,03	16,93	3,69	18,22			
MESES DE ENFERMEDAD	53,31	66,02	41,23	32,45	55,63	44,94		
IMC	17,39	1,36	17,28	1,25	22,30	3,49	21,92	2,17
EAT	62,53	16,18	59,70	14,84	51,21	14,36	9,55	6,43
TAS -20	62,78	11,18	65,23	11,84	58,84	13,15	49,62	13,57
TAS (FACTOR 1)	24,05	6,09	26,43	5,44	23,34	6,09	16,72	5,33
TAS (FACTOR 2)	18,00	4,04	18,66	5,23	16,76	5,18	12,76	3,81
TAS (FACTOR 3)	20,72	5,65	20,13	4,65	18,73	5,48	20,12	5,74

IMC = Índice de Masa Corporal; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; EAT = Eating Attitude Test.

bajo (<19,9; >17), severo infrapeso (< 17) y sobrepeso (> 25). Aunque en el estudio al que pertenece esta muestra se utilizó una batería amplia de pruebas, en este trabajo nos referiremos a las siguientes:

- Eating Attitudes Test (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979) prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

- Toronto alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby et al., 1994a) escala autoaplicada de 20 ítems. Consta de 3 factores (Bagby et al. 1994a; Martínez, 1996): F1: dificultad para identificar sentimientos, F2: dificultad para describir sentimientos y F3: pensamiento orientado externamente. Siguiendo a Taylor et al. (1996), el punto de corte utilizado es 60.

- Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979), Cuestionario autoaplicado de 28 ítems, sirve para evaluar el estado general de salud mental. El punto de corte utilizado es 6.

Procedimiento

Evaluación: Las pacientes fueron evaluados consecutivamente, según nos las enviaban de ACABE. Cuatro psicólogas entrenadas en la evaluación de trastornos alimentarios realizaron entrevistas clínicas con las pacientes para recoger información sobre la historia de la enfermedad, peso y altura, aplicar las escalas de síntomas y realizar el diagnóstico según criterios DSM-IV (APA, 1994). A los padres se les recogió información sobre variables sociodemográficas, clínicas e historia de la enfermedad.

El grupo control fue obtenido con características sociodemográficas análogas al grupo experimental para que fueran grupos homogéneos y fue recogido de la población general.

Los análisis estadísticos empleados han sido la comparación de las medias obtenidas mediante análisis de la varianza de un factor con comparaciones múltiples de tipo Scheffé, análisis de covarianza, t-test, chi-cuadrado y correlaciones de Pearson, mediante el paquete estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS) V. 9.

RESULTADOS

El índice de consistencia interna del TAS-20, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach para el conjunto de la muestra es $\alpha = .87$, y respecto a los factores: $F1 = .85$, $F2 = .80$, $F3 = .72$. Estos valores son superiores a los hallados por Martínez (1996) y a los ofrecidos por los autores del instrumento (Bagby et al. 1994a). En cuanto al EAT, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido, también para el conjunto de la muestra es $\alpha = .94$. También hemos hallado correlaciones significativas entre las escalas y otras variables con la muestra total ($N = 207$), entre las que destacan las correlaciones positivas entre el TAS-20 total y sus factores; las correlaciones positivas entre el TAS-20 total, $F1$ y $F2$ con el EAT; las negativas entre el IMC con los factores 1 y 2, y finalmente las negativas entre la edad con el TAS-20 total y el factor 3. (Ver tabla 2).

Tabla 2.- Matriz de correlaciones entre TAS-20, sus factores, EAT, IMC y meses de enfermedad en la muestra total ($N = 207$)

	F1	F2	F3	TAS-20	EAT	IMC	MESENF
F2	.65**						
F3	.33**	.39**					
TAS-20	.85**	.84**	.70**				
EAT	.52**	.47**	.07	.45**			
IMC	-.24**	-.25**	-.126	-.26	-.38**		
MESENF	-.07	-.15	-.08	-.13	-.17*	.17*	
EDAD	-.07	-.12	-.24**	-.17*	-.01	.19**	.71**

TAS-20 = Toronto Alexithimya Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; EAT = Eating Attitude Test; IMC = índice de masa corporal; MESENF = meses de enfermedad.

** $p < .001$; * $p < .05$

Luego hemos realizado correlaciones entre esas variables en los sujetos con TA ($n = 142$) y hemos hallado que el TAS-20 y sus factores correlacionan negativamente con el IMC y positivamente

con el EAT, es decir que a menor índice de masa corporal más alexitimia y a mayor gravedad del TA más alexitimia, pero desaparece la relación con la edad (ver tabla 3). La variable a controlar es el IMC, pues la relación positiva entre EAT y TAS-20 muestra claramente que el trastorno alimentario y su gravedad se relaciona con la alexitimia.

Tabla 3.- Correlaciones en los grupos con TA (n = 142)

	F1	F2	F3	TAS-20	EAT	IMC	MESENF
F2	.49***						
F3	.28**	.38***					
TAS-20	.79***	.79***	.71***				
EAT	.18**	.22***	.18**	.25**			
IMC	-.16*	-.18*	-.17*	-.22**	-.34***		
MESENF	-.07	-.15	-.08	-.13	-.17*	.17*	
EDAD	-.07	-.15	-.14	-.15	-.10	.22**	.71***

TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20; F1 = factor 1; F2 = factor 2; F3 = factor 3; EAT = Eating Attitude Test; IMC = índice de masa corporal; MESENF = meses de enfermedad.

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Para ver si el IMC influía en el TAS-20 hemos realizado correlaciones con los sujetos del grupo con menor IMC, es decir los que padecían los dos subtipos de anorexia (n = 66) y no aparece relación significativa entre el TAS-20 y sus factores con el IMC, mientras que se mantienen las relaciones significativas entre el TAS-20 y sus factores.

Al estudiar si existían diferencias entre los grupos en el TAS-20 y sus factores, podemos observar en la tabla 4 que existe relación en el TAS-20 y los factores 1 y 2 y los grupos, ahora bien, realizando comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, es el grupo control el que realmente manifiesta diferencias significativas respecto de los grupos de TA (p = .000 para el TAS-20, F1 y F2), pero no entre estos últimos.

Tabla 4.- Comparación entre grupos (ANR, ANB BN y control) en el TAS-20 y factores.

		N	Media	Dt.	Et.	gl	F	Sig.
TAS-20	ANR	36	62.78	11.18	1.86			
	ANB	30	65.23	11.84	2.16			
	BN	76	58.84	13.15	1.51			
	Control	65	49.62	13.57	1.68			
	Total	207	57.56	13.96	.97			
						3	14.21	.000
FACTOR1	ANR	36	24.0556	6.0942	1.0157			
	ANB	30	26.4333	5.4437	.9939			
	BN	76	23.3421	6.0938	.6990			
	Control	65	16.7231	5.3371	.6620			
	Total	207	21.8357	6.7732	.4708			
						3	26.82	.000
FACTOR2	ANR	36	18.0000	4.0426	.6738			
	ANB	30	18.6667	5.2347	.9557			
	BN	76	16.7632	5.1817	.5944			
	Control	65	12.7692	3.8151	.4732			
	Total	207	16.0000	5.1161	.3556			
						3	16.94	.000
FACTOR3	ANR	36	20.7222	5.6599	.9433			
	ANB	30	20.1333	4.6515	.8493			
	BN	76	18.7368	5.4806	.6287			
	Control	65	20.1231	5.7459	.7127			
	Total	207	19.7198	5.5036	.3825			
						3	1.38	.248

ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANB = anorexia nerviosa subtipo bulímico; BN = bulimia nerviosa; TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20

Tabla 5.- Comparación entre los grupos de categorías de IMC en TAS-20 y factores.

		N	Media	Dt.	gl	F	Sig.
TAS-20	Peso normal	89	54.30	14.06	3	6.838	.000
	Peso bajo Severo	82	60.32	12.92			
	infrapeso	18	66.78	12.64			
	Sobrepeso	18	51.83	12.93			
	Total	207	57.56	13.96			
FACTOR1	Peso normal	89	19.8427	6.8072	3	7.580	.000
	peso bajo Severo	82	23.6098	6.3533			
	infrapeso	18	25.6667	5.4987			
	Sobrepeso	18	19.7778	6.1219			
	Total	207	21.8357	6.7732			
FACTOR2	Peso normal	89	14.3820	4.8065	3	7.857	.000
	Peso bajo Severo	82	17.2439	4.7207			
	infrapeso	18	19.2222	5.4725			
	Sobrepeso	18	15.1111	5.3346			
	Total	207	16.0000	5.1161			
FACTOR3	Peso normal	89	20.0787	5.6048	3	2.709	.046
	Peso bajo Severo	82	19.4634	5.4528			
	infrapeso	18	21.8889	4.3641			
	Sobrepeso	18	16.9444	5.4392			
	Total	207	19.7198	5.5036			

TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale-20, IMC = Índice de Masa Corporal

Para estudiar si el IMC influía en las puntuaciones del TAS-20, hemos realizado análisis de la varianza (ANOVA) con las 4 categorías de IMC (peso normal, bajo, infrapeso y sobrepeso) como variable independiente y las puntuaciones en el TAS y sus factores como variable dependiente y hemos hallado que existen diferencias significativas entre los grupos en el TAS-20, F1, F2 y F3 (ver tabla 5). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé vemos que en el TAS-20 las diferencias significativas son entre el grupo de IMC normal con el de peso bajo ($p = .03$) y severo infrapeso ($p = .006$), también hallamos diferencias significativas entre los grupos de severo infrapeso y sobrepeso ($p = .01$). En el factor 1 las diferencias significativas son entre el grupo de peso normal y los de peso bajo ($p = .003$) y severo infrapeso ($p = .008$). En el factor 2 las diferencias significativas son entre el grupo de peso normal y los de peso bajo ($p = .003$) y severo infrapeso ($p = .003$). En todos los casos la mayor puntuación en el TAS-20 y sus factores se encuentra en los sujetos de menos peso frente a los de peso normal y sobrepeso.

Para estudiar si el IMC influía en el TAS-20 y sus factores, hemos realizado análisis de covarianza con el grupo como variable independiente y el IMC como covariable. Comprobado que el efecto de la interacción entre grupo X covariable es no significativa y tras eliminar el término interacción, el IMC mostró una relación significativa con el TAS-20 ($B = -1.084$, gl.1, $p = .000$), el F1 ($B = -.483$, gl.1, $p = .000$), el F2 ($B = -.386$, gl.1, $p = .000$) y el F3 ($B = -.205$, gl.1, $p = .000$).

Después de ajustar por la covariable IMC, hallamos que existen diferencias significativas en el TAS-20 entre el grupo control con ANR ($p = .000$), ANB ($p = .000$) y BN ($p = .001$) con mayores medias en los grupos de TA que en el control, $F(3, 202) = 9.324$, $p = .000$) y el tamaño del efecto = .12. En el F1, una vez controlado el IMC, hallamos diferencias significativas entre los grupos de patología y el control ($p = .000$), $F(3, 202) = 21.420$, $p = .000$ y el tamaño del efecto .24. En el F2 también hallamos diferencias significativas entre los grupos con TA y el control ($p = .000$), $F(3, 202) = 12.157$, $p = .000$, tamaño del efecto .15. Finalmente en el F3 no hallamos diferencias significativas entre los grupos.

Presentaban alexitimia ($TAS-20 > 60$): ANR 23 (63.9%), ANB 20 (66.7%), BN 35 (46.1%), control 20 (30,8%) de los casos. Hemos comparado los grupos en presencia/ausencia de alexitimia utilizando un punto de corte de 60 propuesto por Taylor et al. (1996) y hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ANR y control ($\chi^2 = 10.446$, gl. 1, $p = .001$), entre los grupos ANB y control ($\chi^2 = 10.887$, gl. 1, $p = .001$) y una tendencia a la significación entre los grupos ANB y BN ($\chi^2 = 3.771$, gl. 1, $p = .054$) y entre el de BN y control ($\chi^2 = 3.470$, gl. 1, $p = .06$).

Finalmente hemos comparado los grupos de patología en todos los ítems del TAS-20 y hemos hallado las siguientes diferencias significativas: el grupo ANB puntúa más alto que el grupo ANR en el ítem 1 (“a menudo estoy confusa sobre lo que estoy sintiendo”), ($t = 2.858$, gl. 64, $p = .006$) y el de ANR más alto que el ANB en el ítem 8 (“prefiero dejar que las cosas sucedan, a entender por qué ocurrieron de esa manera”) ($t = 2.137$, gl. 64, $p = .03$). Entre los grupos ANR y BN, el grupo ANR puntúa más alto en el ítem 8 ($t = 2.573$, gl. 110, $p = .01$). Entre los grupos ANB y BN, el primero puntúa más alto en los ítems: 1, ($t = 3.041$, gl. 104, $p = .003$), 12 (“la gente me pide que describa más mis sentimientos”) ($t = 2.043$, gl. 104, $p = .04$), 14 (“a menudo no se por qué estoy enfadada”) ($t = 2.075$, gl. 104, $p = .04$), 19 (“encuentro útil examinar mis sentimientos para solucionar mis problemas personales”) ($t = 2.143$, gl. 104, $p = .03$), 20 (“buscar significados ocultos a las películas u obras de teatro hace que no puedas disfrutar de ellas”) ($t = 2.143$, gl. 104, $p = .03$), el TAS-20 total ($t = 2.316$, gl. 104, $p = .02$) y el F1 ($t = 2.422$, gl. 104, $p = .01$), la diferencia se basa en el factor 1, las anoréxicas subtipo bulímico tienen más dificultad para identificar sus sentimientos que las bulímicas. Al comparar cada grupo de TA con el control, el TAS-20 total y los factores 1 y 2 son significativamente menores en el control ($p = .000$), pero no aparecen diferencias estadísticamente significativas en el factor 3 entre cada uno de los grupos de TA y el control.

DISCUSIÓN

Nuestro hallazgo de que los grupos de TA se diferencian del control en el TAS-20 y los factores 1 y 2, pero no en el F3, coinciden

con los resultados de Taylor et al. (1996) y Laquatra y Clopton (1994), lo cual muestra que en los TA existe un déficit en el procesamiento cognitivo de la emoción, pero no en el pensamiento operatorio, como ya señalaron Taylor et al. (1996), aunque deberíamos tener en cuenta que el factor 3 del TAS-20 es el que presenta menor consistencia interna y fiabilidad en todos los estudios (Páez et al. 1999) y que el constructo "pensamiento operatorio" es complejo y quizás no se evalúe adecuadamente con el TAS-20.

Comparando nuestros resultados con los de Taylor et al. (1996), que utilizan el mismo instrumento y punto de corte, también son muy semejantes los porcentajes de alexitímicas en las pacientes con AN: 68.8% en su estudio y 63,9% en ANR y 66,7% en ANB en el nuestro. Nuestros resultados confirman los del estudio de los autores del TAS-20 y concuerdan con la mayoría de los estudios revisados en el hecho de que las pacientes bulímicas presentan un menor porcentaje de alexitimia que las anoréxicas. En nuestra muestra las bulímicas incluso no se diferencian significativamente de las controles en porcentaje de alexitímicas.

La alexitimia se manifiesta especialmente en los TA, al igual que en los trastornos psicossomáticos, toxicomanías y conductas impulsivas, lo cual puede ser debido a que en situaciones estresantes que no se pueden manejar mediante una adecuada toma de conciencia y expresión de afectos, las emociones se derivan a lo somático, o se evacúan a través de la impulsividad, lo cual es característico de estos trastornos.

El que las anoréxicas de subtipo bulímico tengan mayor dificultad para identificar sentimientos que las bulímicas y estén más confusas sobre sus sentimientos que las pacientes con ANR y BN parece mostrar que en la ANB existe un déficit más específico en el F1, mientras que las pacientes con ANR "prefieren dejar que las cosas sucedan, a entender por qué ocurrieron de esa manera" (ítem del F3) en mayor medida que las pacientes con ANB y BN. En los estudios sobre características de personalidad se ha observado más bloqueo emocional en las restrictivas, las cuales suelen ser más obsesivas, mientras que en las anoréxicas bulímicas se observa más activación emocional, impulsividad y confusión respecto a las emociones. Quizás las pacientes con ANB últimas perciben mejor la

activación emocional y por ello son más conscientes de su dificultad para discriminar las emociones (Casper, Hedeker y McClough 1992; Sholberg y Strober, 1994; Espina, 1998a, 1998b, 1998c).

La no asociación entre el IMC y la alexitimia concuerda con la mayoría de los estudios y sugiere que la alexitimia no es un estado debido al peso bajo en los TA, sino que se trata de un rasgo de la personalidad, concretamente la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, que puede jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los TA, como afirmaba Bruch (1962) y han confirmado estudios posteriores (Bourke et al., 1992). La no asociación entre la cronicidad del trastorno y la alexitimia, así como las correlaciones positivas entre el TAS y el EAT, apoyan esta hipótesis.

Respecto a nuestro grupo control, las medias en el TAS-20 son semejantes a las halladas en muestras hispanas utilizadas en un estudio transcultural (Páez et al., 1999), en mujeres del País vasco 45,23 (dt. 9.55), en México 46,2 (dt. 13.02), en Murcia 50.33 (dt. 10,88), mientras que en nuestro grupo control es de 49.62 (dt. 13.57). El porcentaje de alexitímicas en nuestro grupo control es el más alto de los estudios revisados, a pesar de ser el único estudio en el que se controla el estado de salud general del grupo control. Con una muestra tan reducida no podemos inferir que en las mujeres del país vasco el porcentaje de alexitímicas es superior al de otros lugares, quizás los resultados de un estudio epidemiológico que estamos realizando arrojen luz sobre este aspecto.

A nivel terapéutico, vemos que ayudar a las pacientes con TA a procesar cognitivamente y expresar sus emociones es una tarea primordial, como señalaba Bruch (1962, 1982) y han afirmado posteriormente otros autores (Taylor et al., 1996).

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Bagby, R. M.; Parker, J. D. A. y Taylor G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M.; Taylor, G. J y Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bourke, M. P.; Taylor, G. J. y Crisp, A. (1985). Symbolic functioning in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 273-278.
- Bourke, M. P.; Taylor, G. J., Parker, J. y Bagby R. M. (1992). Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminar investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders. *Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa; therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Casper, R. C., Hedeker, D., & McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.
- Cochrante, C. E.; Brewerton, T. D., Wilson, D. B. y Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Corcos, M.; Guilbaud, O.; Speranza, M.; Paterniti, S.; Loas, G.; Stephan, P. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- De Groot, J; M, Rodin, G. y Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.
- Engel, K. y Meier, I. (1988). Clinical process studies on anxiety and aggressiveness affects in the inpatient therapy of anorexia nervosa. *Psychotherapy Psychosomatic*, 50, 125-133.
- Espina, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la Anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia familiar*, 27, 5-17.
- Espina, A. (1998a). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García; M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A. (1998b). Anorexia nerviosa. Clínica y contexto psicosocial. En J. A. Ríos (Ed.). *La familia realidad y mito*. Madrid: Areces.

- Espina, A.** (1998c). Anorexia nerviosa en el varón, alexitimia e hipnoterapia ericksoniana. *Revista de Psicoterapia*, 30-31, 131-152.
- Garner, D. M y Garfinkel, P. E.** (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Goldberg, D. y Hillier, V. F.** (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Guilbaud, O.; Corcos, M.; Chambry, J.; Paterniti, S.; Flament, M. y Jeammet, P.** (1999). Psychosomatic vulnerability and eating disorders. *Annales Medico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- Laquatra, T. A y Clopton, J. R.** (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380.
- Martínez, F.** (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez, F. y Marín, J.** (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea de stroop. *Psicothema*, 9 (3), 519-527.
- Martínez, F.; Sánchez, J. A.; Castillo J. C.; Gordillo del Valle, E. y Ortíz, B.** (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de Atención Primaria. *Psiquis*, 17(1), 46-52.
- Marty, P. y De M'Uzan, M.** (1963) La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27 (suppl.), 1345-1356.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R.** (1999). Los sueños una nueva aproximación a la alexitimia. *Psiquis*, 20(2), 55-61.
- Nemiah J. C.** (1977). Alexithymy: theoretical considerations. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28, 199-206.
- Nemiah, J. C. y Sifneos, P. E.** (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, en *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol II, 26-34. London: Hill OW.
- Páez, D.; Martínez, F.; Velasco, C.; Mayordomo, S.; Fernández, I. y Blanco, A.** (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Parker, J. D. A.; Taylor, G. J y Bagby, R. M.** (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry* 30, 434-441.
- Parker, J. D. A.; Bagby, R. M.; Taylor G. J; Endler N. S y Schmitz, P.** (1994). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*. 7(4), 221-232.
- Pérez, H.; Cortés, J.; Ortíz, S.; Peña, J.; Ruiz, J. y Díaz-Martínez, A.** (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20 (3), 30-34.

- Pierloot, R. A.; Houben, M. E. y Acke, G. (1988). Are anorexia nervosa patients alexithymic?. *Acta Psychiatrica, Belgica*, 88, 222-232.
- Rastam, M.; Gillberg, C.; Gillberg, I. C. y Johanson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385-388.
- Schiattino, I.; Sanfuentes, M. T.; Lagarribel, M.; Jara, S.; Lolas, F. y Liberman, C. (1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la diada madre-hija. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26 (5), 303-308.
- Sexton, M. C.; Sunday, S.R.; Hurt, S. y Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.
- Sifneos P. E. (1973). The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, 255-262.
- Schmidt, U.; Jiwany, A. y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 378 (supl), 1-15.
- Taylor G. J; Bagby R. M. y Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J.; Parker, J. D. A.; Bagby, R. M. y Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 561-568.
- Velasco, C. y Páez, D. (1996). Alexitimia comunicación emocional y problemas psicósomáticos. *Boletín de Psicología*, 52, 25-46.