

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Unikel Santoncini, Claudia; Caballero Romo, Alejandro  
La Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, Validación en Pacientes Mexicanas con Trastorno de  
la Conducta Alimentaria  
Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 88-95  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México  
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926983006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

# La Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, Validación en Pacientes Mexicanas con Trastorno de la Conducta Alimentaria<sup>1</sup>

## *The Modified Toronto Alexithymia Scale, Validation in Eating Disorder Mexican Patients*

Claudia Unikel Santoncini<sup>2</sup> y Alejandro Caballero Romo

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue obtener la validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), en una muestra propositiva de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria que acuden a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. La escala original consta de 20 preguntas que se dividen en tres subescalas. El análisis factorial arrojó dos factores que explicaron 49.7% de la varianza total y un alpha de Cronbach de .84. La distribución final en subescalas fue similar a la versión original, las cuales obtuvieron valores alfa de Cronbach de .84 y .71 respectivamente. La escala presenta criterios de validez y confiabilidad que sugieren su utilidad para evaluar a la población mencionada.

**Palabras clave:** alexitimia, trastornos de la conducta alimentaria, TAS-20, reproducibilidad de resultados, México

### Abstract

The purpose of this study was to validate the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in an intentional sample of Mexican women with eating disorders at the Eating Disorders Unit of The National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz. The original scale has 20 questions divided in 3 subscales. The validity analysis yielded 2 factors that explained 49.7% of the total variance with a Cronbach's alpha of .84. The final item distribution in subscales was similar to the original version, which obtained Cronbach's alpha scores of .84 and .71 respectively. The analysis suggests the scale's adequacy for assessing this population.

**Key words:** alexithymia, eating disorders, TAS-20, results reproducibility, Mexico

Las deficiencias en la capacidad para discriminar entre las sensaciones corporales y las emociones en personas con trastornos de la conducta alimentaria, han sido ampliamente documentadas en la literatura a partir de que en 1962, Hilde Bruch describió las distorsiones perceptuales y cognoscitivas de pacientes con anorexia nerviosa, resaltando entre ellas la falta de precisión para percibir e interpretar cognoscitivamente los estímulos que surgen del cuerpo, tales como la falla para reconocer signos de necesidades nutricionales. Esta capacidad fue denominada por la autora

conciencia de la interocepción y ha sido identificada como un aspecto fundamental en la anorexia nerviosa (Bruch, 1973).

La conciencia interoceptiva o emocional puede ser definida como la identificación, comprensión cognoscitiva y experiencia subjetiva de los estados emocionales. Se ha postulado que hay un continuo en el desarrollo de esta capacidad, que fluctúa desde la simple conciencia de las sensaciones corporales hasta la apreciación simultánea de emociones en uno mismo y en los demás (De Groot, Rodin & Olmsted, 1995).

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el XVII Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Cancún, Quintana Roo, noviembre de 2001.

<sup>2</sup> Dirigir correspondencia a: Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calz. México-Xochimilco 101, México DF, 14370. Correo electrónico: unikels@imp.edu.mx

La deficiencia en la habilidad para procesar las experiencias emocionales en la vida adulta ha sido denominada *alexitimia* o "la ausencia de palabras para definir a los sentimientos" (Sifneos, 1972 citado en Horton, Gewirtz & Kreutter, 1992; Sifneos, 1973). La alexitimia es un constructo psicológico originalmente propuesto por Nemiah y Sifneos (1970), que fue desarrollado con base en los trabajos que se realizaron en pacientes con enfermedades psicosomáticas clásicas. Estos autores encontraron que a diferencia de los pacientes neuróticos, muchos enfermos somáticamente tenían una marcada dificultad para describir sentimientos subjetivos, una imaginación muy pobre y un estilo cognoscitivo que se caracteriza por ser literal, utilitario y orientado hacia lo externo.

Se ha hipotetizado que la limitada habilidad que el individuo alexitimico tiene para procesar cognoscitivamente las emociones, es decir que éstas sean experimentadas como estados conscientes, lo lleva a enfocarse y a amplificar las sensaciones somáticas que acompañan la aparición de emociones y/o de acciones físicas como una respuesta inmediata al malestar (Barsky & Klerman, 1983; Lesser, 1985). Esto puede explicar la tendencia de los individuos con características alexitimicas para desarrollar hipondriasis y trastornos somatoformes, así como su proclividad para regular la tensión mediante conductas compulsivas a través de la sobreingestión alimentaria, el abuso de sustancias o la autoinanición característica de la anorexia nervosa, y es probable que estos síntomas, sean entendidos como intentos desesperados para aliviar una sensación de vacío interno o de calmar estados incontrolables de excitación emocional (Lesser, 1981; Taylor, 1984).

En estudios realizados con diferentes grupos de pacientes con padecimientos psiquiátricos se han encontrado niveles elevados de alexitimia, por ejemplo en usuarios de drogas (Taylor, Parker & Bagby, 1990), estrés post-traumático (Zeitlin & McNally, 1993), trastornos de pánico (Parker, Taylor, Bagby & Acklin, 1993; Zeitlin & McNally, 1993) y trastorno somatiforme del dolor (Cox, Kuch, Parker, Shulman & Evans, 1994). Sin embargo, los niveles más elevados han sido encontrados en pacientes con anorexia nerviosa (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992) (77.1%), sin existir una relación con la pérdida de peso o la duración del padecimiento. Otros estudios realizados con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, han reportado niveles elevados de alexitimia (entre 48% y 63%) en anorexia nerviosa y entre 40% y 63% en bulimia nerviosa, medidos con el TAS-20 (Cochrane,

Brewerton, Wilson & Hodges, 1993; De Groot *et al.*, 1995; Jimerson, Wolfe, Franco, Covino & Sifneos, 1994; Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993). Contrariamente a estos hallazgos, al comparar los niveles de alexitimia entre subgrupos diagnósticos de trastornos alimentarios, los resultados han sido inconsistentes, probablemente debido a la comorbilidad clínica y a la presencia de trastornos de la personalidad (Sexton, Sunday, Hurt & Halmi, 1996).

El constructo de alexitimia se ha encontrado con una serie de críticas desde su aparición en los años setenta, principalmente debido a que en un inicio se carecía de datos que apoyaran su influencia en la formación de síntomas somáticos, y a la ausencia de instrumentos de medición adecuados. Estos obstáculos han sido superados sin embargo, a partir de que se ha llevado a cabo investigación empírica para proporcionar validez a dicho constructo y con el desarrollo de un instrumento válido y confiable como es la escala de alexitimia de Toronto, la cual ha sido ampliamente utilizada para llevar a cabo investigación con diferentes padecimientos psiquiátricos (Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996). La escala ha sido traducida a 18 idiomas, y los datos obtenidos indican que ésta mantiene una estructura de tres factores en la mayoría de los casos (Taylor, Bagby & Parker, 2003). Sin embargo, el factor 3 "pensamiento orientado hacia lo externo", ha carecido de buena confiabilidad en la mayoría de las traducciones, lo cual ha sido atribuido a que este factor contiene cuatro preguntas en sentido negativo y que es probable que las respuestas de los sujetos hayan sido afectadas por un sesgo en la forma de responder, como fue reportado en un estudio realizado en una muestra de estudiantes peruanos (Loiselle & Cossette, 2001).

Como consecuencia de la falta de homogeneidad en los resultados, los investigadores se han preguntado si es que el constructo de alexitimia es válido a través de diferentes culturas y si por lo tanto las diferentes traducciones del instrumento demuestran validez y confiabilidad. Estos cuestionamientos son pertinentes en cuanto que la expresión y la verbalización de las emociones varía a través de las culturas; sin embargo, como menciona Wierzbicka (1999) (citado en Taylor *et al.*, 2003), todos los idiomas tienen una palabra para decir "sentir", y la evidencia sugiere que en todas las culturas las personas distinguen lingüísticamente (y en particular léxicamente) entre diferentes tipos de emociones. Por lo tanto, este autor concluye que existen aspectos comunes y aspectos que culturalmente distinguen la forma en que las personas piensan y describen las emociones.

La finalidad del presente trabajo es por lo tanto, obtener la confiabilidad y validez del TAS-20 en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, de forma que se pueda contar con un instrumento en México con el cual poder llevar a cabo investigación sobre la presencia de alexitimia en pacientes con diagnóstico y en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

## Método

### Sujetos

Se utilizó una muestra de 386 mujeres con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). La subdivisión por tipo diagnóstico resultó en 8.2% pacientes con anorexia nerviosa restrictiva, 5.6% con anorexia nerviosa compulsivo/purgativa, 43.9% con bulimia nerviosa, y 42.3% con trastornos de la conducta alimentaria no especificado. La media de edad fue de 21 años ( $DE=5.5$ ), con un promedio de 12.6 ( $DE=4.6$ ) años de escolaridad, una edad de inicio del padecimiento de 16.2 ( $DE=3.8$ ) años, y 4.7 ( $DE=5$ ) años de evolución del mismo.

### Instrumentos

La Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Bagby, Parker & Taylor, 1994) consta de 20 preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert (1=en total desacuerdo; 2=parcialmente en desacuerdo; 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=parcialmente de acuerdo; 5=totalmente de acuerdo). Se divide en 3 subescalas que son: 1. Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales. 2. Dificultad para describir los sentimientos propios a los demás. 3. Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

La versión utilizada en este trabajo es la traducción española realizada en el Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad del País Vasco (Rodrigo & Lusiardo, 1992). La escala fue validada en una muestra de máxima varianza en población mexicana (Pérez-Rincón, Cortés, Ortiz, Peña, Ruiz & Diaz, 1997). En esta versión, a diferencia de la versión inglesa del cuestionario se obtuvieron solamente dos factores: discriminación y descripción de las emociones y pensa-

miento orientado hacia lo externo. El instrumento satisfizo los criterios de validez y confiabilidad ( $\alpha=8.7$ ).

El Eating Disorders Inventory-EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) es una prueba multifacética para medir las dimensiones actitudinales y conductuales relevantes para la anorexia nerviosa y la bulimia. El cuestionario es autoaplicable y consta de 64 preguntas tipo Likert con seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre). Se divide en ocho subescalas: 1. Motivación para adelgazar. 2. Bulimia. 3. Insatisfacción corporal. 4. Ineficacia. 5. Perfeccionismo. 6. Desconfianza interpersonal. 7. Consciencia interoceptiva y 8. Miedo a madurar. Las primeras tres subescalas, evalúan actitudes y/o conductas relacionadas con el comer y la satisfacción con la forma del cuerpo, mientras que las siguientes evalúan características psicológicas propias de los trastornos alimentarios. El EDI fue validado en México en una muestra de 669 mujeres estudiantes ( $Xedad=18.5$ ;  $DE=2.6$ ) (Álvarez & Franco, 2001), mostrando una estructura factorial similar a la planteada originalmente por sus autores y valores psicométricos adecuados, y en una muestra de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria ( $N=523$ ) con una media de edad de 19.9 años ( $DE=3.9$ ), estudio en el cual se obtuvo una estructura de seis factores (al ser eliminadas las subescalas perfeccionismo y desconfianza interpersonal) con valores de confiabilidad alfa de Cronbach adecuados (Unikel, Bojorquez, Carreño & Caballero, en prensa).

### Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados a todas los pacientes de primera vez que acudieron a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en un periodo de cinco años. El cuestionario se aplicó en conjunto con una serie de pruebas psicológicas en la misma sesión, sin embargo para la presente investigación se utilizaron únicamente los datos arrojados por la TAS-20 en la versión estandarizada y validada con población mexicana y los datos arrojados por el EDI.

### Resultados

Los ítems de la escala fueron sometidos a un análisis de consistencia interna mediante un análisis de con-

fiabilidad alpha de Cronbach. Se consideraron válidos aquellos ítems que obtuvieron una correlación ítem-total mayor o igual a .30. A través de este método se encontró que ocho *ítems* obtuvieron puntuaciones menores a .30, por lo cual fueron eliminados para realizar los siguientes análisis. La mayoría de estos *ítems* correspondían a la subescala "pensamiento orientado hacia lo externo" de la versión original en inglés.

Para conocer la estructura psicométrica de la escala, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimín con los 12 *ítems* restantes, el cual arrojó tres factores después de 24 iteraciones que explicaron 49.7% de la varianza total. La distribución de los ítems resultó muy similar a la versión original que se divide en tres subescalas; sin embargo, uno de los factores quedó formado por sólo dos ítems motivo por el cual fue eliminado (tabla 1).

De esta manera el instrumento quedó formado por 10 *ítems* divididos en dos factores con seis y cuatro

preguntas respectivamente. El factor 1 "dificultad para identificar emociones", con una varianza explicada de 40%, y el factor 2 "dificultad para expresar emociones" con una varianza explicada de 9.6%, y obtuvo un alpha de Cronbach de .71. La correlación entre factores fue de  $r = .573$  significativa al .01.

La escala mostró una consistencia interna aceptable (alpha de Cronbach = .84), así como cada uno de los factores ( $F_1 = .84$  y  $F_2 = .71$ ). Se encontraron diferencias en los valores medios del TAS-20 entre grupos diagnósticos, con las puntuaciones mayores para el grupo de bulimia nerviosa y las menores para Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados en ambas subescalas (tabla 2). No se encontraron diferencias significativas por edad, tiempo de evolución o edad de inicio del padecimiento al realizar un análisis de diferencias de medias de dos factores:  $F(\text{edad, edad de inicio}) = .780, p > .05$ ;  $F(\text{escolaridad y tiempo de evolución}) = .897, p > .05$ .

**Tabla 1. Análisis factorial**

<i>Factor 1</i> <i>Dificultad para identificar emociones</i>	<i>Varianza total explicada = 40.0%</i> <i>Valor Eigen = 4.8</i> <i>Alpha de Cronbach = .84</i>
<i>Ítem</i>	<i>Cargas factoriales</i>
1 A menudo estoy confusa sobre qué es lo que siento	.5581
6 Cuando estoy alterada no sé si estoy triste, asustada o enojada	.6250
7 A menudo estoy confusa sobre mis sensaciones corporales	.6378
9 Tengo sentimientos que no identifico	.5630
13 No sé lo que sucede dentro de mí	.6755
14 A menudo no sé por qué estoy enojada	.6017
<i>Factor 2</i> <i>Dificultad para expresar emociones</i>	<i>Varianza total explicada = 9.6%</i> <i>Valor Eigen = 1.1</i> <i>Alpha de Cronbach = .71</i>
<i>Ítem</i>	<i>Cargas factoriales</i>
2 Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento	.6253
11 Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas	.4636
12 La gente me pide que describa más o explique más como me siento	.4692
17 Es difícil revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más cercanos	.5783
<i>Escala total</i>	<i>Varianza total explicada = 49.7%</i> <i>Alpha de Cronbach = .84</i>

**Tabla 2. Comparación por grupos diagnósticos**

Criterios	ANR n=32		ANCP n=22		BN n=169		TANE n=162		Anova	
	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	F	p
Dificultad para identificar emociones	21.9	5.9	22.4	5.4	24.7	5.3	22.9	6.7	3.7	.012
Dificultad para expresar emociones	14.2	4.0	14.9	4.7	15.5	3.8	14.1	4.3	3.1	.026

ANR= Anorexia Nervosa Restringida; ANCP= Anorexia Nervosa Compulsiva Purgativa; BN= Bulimia Nervosa; TANE= Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

Bonferroni: diferencias entre BN y TANE.

Se obtuvo la confiabilidad test-retest con 83 sujetos de la muestra quienes contestaron el cuestionario nuevamente cuando menos seis meses después de la primera aplicación. Este análisis arrojó un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach inicial de .81 y final de .83 para la escala total y de .80-.84 y .63-.74 para cada uno de los factores respectivamente (tabla 3).

Con el objetivo de comparar nuestros resultados con los hallazgos de otros autores, se tomó en cuenta

la puntuación de la escala total y el punto de corte de 61 o mayor para considerar la presencia de alexitimia. Bajo este criterio, 87% de los sujetos de la muestra se ubicaron por arriba del punto de corte ( $X=74$ ,  $DE=11.6$ ), sin diferencias entre grupos diagnósticos.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de correlación de la puntuación total y de cada subescala del instrumento, con las subescalas del Eating Disorders Inventory. Los resultados señalaron correlaciones po-

**Tabla 3. Confiabilidad pretest-postest**

Factor 1		Correlaciones item-total	
Dificultad para identificar emociones		Pretest	Postest
Item		Pretest	Postest
1 A menudo estoy confusa sobre qué es lo que siento		.4762	.7165
6 Cuando estoy alterada no sé si estoy triste, asustada o enojada		.6321	.5983
7 A menudo estoy confusa sobre mis sensaciones corporales		.6362	.4647
9 Tengo sentimientos que no identifico		.5390	.7862
13 No sé lo que sucede dentro de mí		.6188	.7344
14 A menudo no sé por qué estoy enojada		.4771	.6483
Alpha de Cronbach		.80	.84
Factor 2			
Dificultad para expresar emociones			
Item		Pretest	Postest
2 Es difícil para mí encontrar las palabras exactas para describir lo que siento		.5495	.5506
11 Me es difícil decir qué es lo que siento ante las personas		.5847	.6530
12 La gente me pide que describa más o explique más como me siento		.3131	.4053
17 Es difícil revelar mis sentimientos más íntimos incluso a mis amigos más cercanos		.2501	.5378
Alpha de Cronbach		.63	.74
Escala total			
Alpha de Cronbach		.84	.86

**Tabla 4. Correlaciones del Eating Disorders Inventory con la Escala Modificada de Alexitimia**

<i>Eating Disorders Inventory</i>	<i>Escala Modificada de Alexitimia</i>		
	<i>Puntuación total</i>	<i>Dificultad para identificar emociones</i>	<i>Dificultad para expresar emociones</i>
Motivación para adelgazar	.317*	.375*	.161*
Bulimia	.276*	.333*	.201*
Insatisfacción corporal	.301*	.320*	.181*
Conciencia interoceptiva	.608*	.638*	.372*
Ineficacia	.501*	.483*	.373*
Miedo a madurar	.331*	.305*	.185*

\* p<.01.

sitivas y significativas tanto de la puntuación total como de las dos subescalas con todas las subescalas del EDI, siendo las más elevadas las obtenidas para las subescalas "conciencia interoceptiva" e "ineficacia" con la subescala "dificultad para identificar emociones" (tabla 4).

## Discusión

Los resultados obtenidos del análisis sobre la validez de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en mujeres mexicanas con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, dieron como resultado modificaciones a la versión inglesa y a la validación previamente realizada en población mexicana (Pérez-Rincón *et al.*, 1997), para obtener una versión válida y confiable de la misma para ser utilizada con esta población.

El análisis de confiabilidad permitió seleccionar 10 ítems con criterios estadísticos pre-establecidos. Los ítems eliminados a partir de dichos criterios correspondieron en su mayoría al factor 3 de la versión original en inglés, "Pensamiento orientado hacia lo externo", mientras que los factores 1 y 2 de la versión original en inglés, correspondieron con los factores obtenidos en el presente estudio. Este resultado concuerda con la mayoría de los datos reportados en estudios realizados en otras culturas (Taylor *et al.*, 2003), en cuanto a las bajas correlaciones ítem-total de los reactivos pertenecientes a este factor y muy bajas en el caso de la muestra de estudiantes de Perú (Loiselle & Cossette, 2001).

El análisis de la validez concurrente con el Eating Disorders Inventory se inclina en la dirección espera-

da al señalar resultados adecuados que coinciden con los hallazgos reportados por Taylor *et al.* (1996), en pacientes con anorexia nerviosa, en cuanto a la correlación con la subescala "conciencia interoceptiva" del EDI, diseñada para medir la falta de confianza en el reconocimiento y la identificación precisa de las emociones y las sensaciones de hambre o saciedad descritas por Bruch (1962, 1978) y por Selvini-Palazzoli (1974) como elementos fundamentales de la anorexia nerviosa (Garner *et al.*, 1983). Asimismo, no resulta extraña la correlación con la subescala "ineficacia", dado que es un concepto que evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida; es decir que se relaciona tanto con baja autoestima como con síntomas depresivos. Algunos autores han descrito este aspecto como el malestar fundamental en la anorexia nerviosa (Bruch 1973; Garner & Bemis, 1985; Selvini-Palazzoli, 1974; Strober, 1980). Conceptualmente es una escala que está estrechamente relacionada con una pobre autoestima, pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Algunos de los síntomas de los trastornos alimentarios tales como la inanición, los atracones, el vómito autoinducido o la hiperactividad, han sido conceptualizados como intentos de ahogar dichos estados emocionales displacenteros como mencionan algunos autores (Goodsitt, 1983; Lesser, 1981; Taylor, 1984).

En concordancia con estudios internacionales previos, no se encontró una relación entre los niveles de alexitimia y el peso corporal o el tiempo de evolución del padecimiento (Bourke *et al.*, 1992), así como tampoco por el diagnóstico específico de anorexia o bulimia nerviosa (Sexton *et al.*, 1998).

Por otro lado, es importante resaltar que a diferencia de los resultados de otros estudios, en este grupo de sujetos fue muy elevado el porcentaje que calificó igual o arriba de 61, resultado que sería necesario corroborar en investigaciones posteriores con un análisis de sensibilidad y especificidad en el que exista como parámetro un grupo sano. Al respecto, como señalan Taylor *et al.* (2003), el hecho de que en diferentes culturas se hayan encontrado estructuras factoriales similares para el TAS-20, y que esto sea un indicador de la validez transcultural de esta escala, no indica sin embargo, que las puntuaciones de muestras similares sean comparables. Las diferencias en las puntuaciones medias de los *items* de la escala,

pueden estar reflejando diferencias culturales en los significados dados a determinados *items*, pero también puede ser un indicador de las diferencias en los "niveles" de alexitimia de cada cultura.

A partir de los resultados obtenidos, se concluye que la escala satisface los criterios de validez y confiabilidad necesarios para ser utilizada en esta población; sin embargo, es necesario llevar a cabo más investigaciones para poder concluir si la falla en la réplica de la estructura factorial del TAS-20 en esta población, se debe a diferencias en la interpretación de los *items*, a problemas en la traducción de la escala, o a que se trata de un constructo que no explica determinadas conductas en la cultura mexicana.

## Referencias

- Álvarez, D. & Franco, K. (2001). *Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana*. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México campus-Iztacala.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4a. Ed.) Washington: APA.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Barsky, A. J. & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, XXIV, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Nueva York: Basic Books.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 219-222.
- Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D., Shulman, I. D. & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 523-527.
- De Groot, J. M., Rodin, G. & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 53-60.
- Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D. M., Olmsted, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-35.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
- Horton, P. C., Gewirtz, H. & Kreutter, K. J. (1992). *Alexithymia state and trait*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 58, 91-96.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., Covino, N. A. & Sifneos, P. E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 90-93.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Lesser, I. M. (1985). Current concepts in psychiatry: alexithymia. *New England Journal of Medicine*, 312, 690-692.
- Loiselle, C. G. & Cossette, S. (2001). Cross-cultural validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in US and Peruvian populations. *Transcultural Psychiatry*, 38, 348-362.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O. W. Hill (Ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 2, 26-34, Londres: Butterworth. Citado en Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. & Diaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la escala modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20, 30-34.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Acklin, M. W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105-1107.
- Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortiz, S., Peña, J., Ruiz, J. & Diaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la escala modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20, 30-34.
- Rodrigo, G. & Lusiardo, M. (1992). Factor structure of a spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 197-201.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.

- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self starvation*. Londres: Chaucer Publishing. Co.
- Sexton, M. C., Sunday, R. S., Hurt, S. & 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. (1972). *Psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 353-359.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A. & Bagby, R. M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.
- Unikel, C., Bojorquez, I., Carreño, S. & Caballero, A. (En prensa) Validación del Eating Disorders Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria, *Salud Mental*.
- Wierzbicka, A. (1999). *Emotions across languages and cultures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zeitlin, S. B. & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660.