Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad

Emotional expression in eating disorders: alexithymia and assertiveness

Rosa Behar A.¹

Background: Alexithymia and lack of assertiveness are common characteristics eating disorders (ED) and interfere in emotional expression. **Aim:** To assess the presence of alexithymia and assertiveness in different subtypes of ED. **Method:** The Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorders Inventory (EDI), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Rathus Assertiveness Schedule (RAS) were administered to 108 ED patients (28 anorexics, 36 with ED not otherwise specified (EDNOS) and 44 bulimics). **Results:** All the subgroups scored within the pathological range of alexithymia, especially anorexics (57.1%), the highest (52.9 ± 14.3), although not statistically significant (NS). Bulimics showed more difficulty to discriminate emotional signals (23.3 ± 8.7) and anorexics more thoughts oriented to external details (15.1 ± 7.1) (NS). Bulimics scored negative in RAS (-0.6 ± 25.8), mainly exhibiting more submissive and dependant behaviors (-2.6 ± 7.4) (NS). In bulimic ($r = 0.795$; $p < 0.001$) and EDNOS ($r = 0.623$; $p < 0.001$) subgroups, the lower interoceptive consciousness, the more difficulty to discriminate emotional signals were observed. The higher interpersonal distrust in anorexic ($r = 0.617$; $p = 0.001$) and EDNOS subgroups ($r = 0.590$; $p < 0.001$), the more difficulty to express emotions verbally; the more difficulty to discriminate emotional signals, the more deficit behaviors in bulimics ($r = -0.715$; $p < 0.001$; $r = 0.707$; $p < 0.001$) and ineffectiveness in anorexics ($r = 0.593$; $p = 0.001$) were observed. **Conclusions:** The presence of alexithymia and lack of assertiveness in all the ED subgroups were verified. The most alexithymic were the anorexics and bulimics were less assertive and showed more difficulty to identify emotions and anorexics to describe them.

Key words: Eating disorders, alexithymia, assertiveness, emotional expression.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4): 338-346

Introducción

La regulación emocional comprende toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso; desde el punto de vista interpersonal, Silva¹ ha demostrado que

las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que suprimen sus afectos pueden llegar a disminuir notoriamente su expresividad emocional, presentando una característica falta de asertividad², la cual según Williams et al^{3,4} se relaciona con rasgos de sumisión o timidez y sen-

Recibido: 11/05/2011
Aprobado: 29/12/2011

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

timientos de inutilidad personal, manifestándose como agresión/hostilidad autodirigida, ya sea como culpa y/o autocrítica, incompetencia para colocar límites a los demás, expresar juicios discrepantes y hacer valer sus propias emociones y sentimientos⁵.

Por otra parte, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Existen numerosas investigaciones que han demostrado la presencia de alexitimia, constructo planteado por Sifneos⁶, manifestado por dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones corporales con restricción en la vida simbólica y un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto, en pacientes con TCA. Su presencia, incluyendo la alteración de la consciencia interoceptiva, puede contribuir a conductas maladaptativas, predominando las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de las emocionales, con patrones rígidos sujetos a reglas convencionales⁷⁻¹¹. Según Bruch¹², las pacientes anorécticas experimentan sus emociones de modo desconcertante y generalmente no son capaces de describirlas, mientras que las bulímicas a menudo responden al estrés con comilonas y purgas, pero poseen dificultad para relacionar estas conductas con sus desencadenantes emocionales.

El objetivo de esta investigación es detectar la presencia de características psicológicas y conductuales compatibles con alexitimia y asertividad y su comparación en subgrupos de pacientes de sexo femenino con TCA.

Material y Método

Diseño muestral

La muestra se seleccionó al azar y comprendió las 108 primeras pacientes de sexo femenino, que consultaron entre junio de 2006 y julio de 2009, en el policlínico externo del Hospital del Salvador (Valparaíso), en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso y en la práctica privada de la autora principal, todas las cuales satisficieron los criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-IV-TR¹³, que al menos padecían durante un

año previo al estudio, la que se dividió en subgrupos: anorexia nerviosa (n = 28), bulimia nerviosa (n = 36) y trastornos de la conducta alimentaria no especificado (n = 44).

Procedimientos

A todas las sujetos de la muestra, se les administró una entrevista estructurada confeccionada por la autora y la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 1): EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)^{14,15}, el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)¹⁶, la TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto)¹⁷ y la RAS (Escala de Asertividad de Rathus)^{18,19}. Las participantes en su totalidad respondieron voluntariamente y con consentimiento informado los instrumentos citados. El período de esta investigación se prolongó por el tiempo necesario (3 años y 1 mes) hasta lograr un tamaño de la muestra adecuado para la exploración. Estos se aplicaron, por una sola vez en cada sujeto para ser contestados en un lapso de aproximadamente 60 minutos en forma individual y durante una única jornada.

1. La entrevista estructurada incluyó los datos de edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR¹³ para TCA, lo que permitió pesquisar y/o confirmar la presencia de esta patología en los grupos comparativos.
2. El Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), EAT-40^{14,15}.
3. El Inventario de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*), EDI¹⁶. En este análisis no se consideró en su ponderación global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.
4. La Escala de Alexitimia de Toronto (*Toronto Alexithymia Scale*), TAS-20¹⁷.
5. La Escala de Asertividad de Rathus (*Rathus Assertiveness Schedule*), RAS^{18,19}.

Análisis estadístico

La descripción de cada uno de los subgrupos con TCA se efectuó para las variables cuantitativas (edad, talla, peso actual, IMC [Índice de Masa Corporal], peso ideal, EAT-40, EDI y sus 8 ítems),

Tabla 1. Descripción de instrumentos

<p>Test de actitudes alimentarias (<i>Eating attitudes test</i>) (EAT-40)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 preguntas autoaplicables que evalúan características psicológicas y/o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, distribuidas en 3 factores: 1) Dieta, 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos • Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta
<p>Inventario de desórdenes alimentarios (<i>Eating disorders inventory</i>) (EDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 preguntas autoaplicables en 8 ítems que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez, 2) Consciencia interoceptiva, 3) Bulimia, 4) Insatisfacción corporal, 5) Sensación de inutilidad, 6) Temor a la madurez, 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
<p>Escala de alexitimia de Toronto (<i>Toronto Alexithymia Scale</i>) (TAS-20)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 preguntas autoaplicables que evalúan rasgos de alexitimia, distribuidas en 3 subescalas: T1) Dificultad para la discriminación de señales emocionales, T2) Dificultad en la expresión verbal de las emociones y T3) Pensamiento orientado hacia detalles externos • Cada respuesta posee valores entre 0 y 5 puntos • Puntajes > 52 y < 59 indican alexitimia baja y > 60 alexitimia alta
<p>Escala de Asertividad de Rathus (<i>Rathus Assertiveness Schedule</i>) (RAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 ítems autoaplicables que evalúan grado de asertividad en una variedad de situaciones y en términos de autoexpresión, distribuidas en 3 factores: R1) Conductas deficitarias, R2) Confrontación positiva con eventos sociales y R3) Conductas de sumisión y dependencia • Cada ítem posee escala de cotación entre +3 y -3 excluyendo el 0 • Puntajes de -90 para un sujeto extremadamente no asertivo hasta +90 para un sujeto extremadamente asertivo

escalas TAS-20 y RAS mediante promedios, desviaciones estándar y correlaciones de Pearson. Se aplicó el análisis de varianza (ANOVA) para la comparación entre los subgrupos para cada variable cuantitativa.

Resultados

En cuanto a escolaridad, la mayoría de las pacientes poseían una educación superior entre las anorécticas (34,5%), bulímicas (36,1%) y aquellas con TCA no especificados (36,4%). Sin embargo, 37,9% de las anorécticas pertenecía al rango de educación básica, *versus* 25% de las bulímicas y 22,7% de las pacientes portadoras de desórdenes alimentarios no especificados.

En la Tabla 2 se muestran los promedios y desviaciones estándar de las diferentes variables entre los grupos.

En la edad tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas. Ésta fluctuó entre 20,7 ($\pm 4,0$) años en las pacientes con patologías alimentarias no especificadas, 21,4 ($\pm 3,7$) años en

las bulímicas y 21,4 ($\pm 7,3$) años en las anorécticas.

El menor Índice de Masa Corporal lo autoinformó el subgrupo anoréctico ($19,2 \pm 2,4$ kg/m²) ($p < 0,001$), así como el peso actual ($49,1 \pm 7,2$ kg) ($p < 0,001$) y el peso ideal ($48,4 \pm 4,9$ kg) ($p = 0,028$).

El puntaje total del EAT-40 fue más alto en las anorécticas ($60 \pm 19,2$), seguido por el de las bulímicas ($56,5 \pm 18,5$) y el más bajo correspondió al de las pacientes con TCA no especificados ($49,7 \pm 17,7$) ($p = 0,047$).

No hubo diferencia significativa en el puntaje total del EDI en los tres subgrupos ni tampoco en sus subescalas, excepto el ítem bulimia que alcanzó puntajes más altos en las pacientes bulímicas ($12,5 \pm 5,8$), seguido por aquellas con TCA no especificado ($7,0 \pm 5,5$) y el más bajo lo exhibió el subgrupo anoréctico ($6,9 \pm 5,5$) ($p < 0,001$).

El 57,1% de las anorécticas, 41,7% de las bulímicas y 45,5% de las portadoras de TCA no especificados alcanzó puntajes en el rango compatible con alexitimia. En cuanto a la Escala TAS-20, no hubo diferencias estadísticamente significativas

Tabla 2. Promedios, desviaciones estándar y significación estadística de la diferencia de cada variable en subgrupos de pacientes con anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

	Subgrupos						Valor p
	AN (n=28)		BN (n=36)		TCANE (n=44)		
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	
Edad (años)	21,4	7,3	21,4	3,7	20,7	4,0	0,746
EAT-40	60,0	19,2	56,5	18,5	49,7	17,7	0,047*
EDI	87,9	31,6	99,7	37,8	83,0	29,4	0,079
Motivación por la delgadez	14,3	6,1	16,2	4,0	14,9	5,6	0,337
Consciencia interoceptiva	14,1	8,5	16,0	7,7	13,2	7,7	0,289
Bulimia	6,9	5,5	12,5	5,8	7,0	5,5	< 0,001*
Insatisfacción corporal	13,5	8,1	17,6	6,7	15,3	8,2	0,106
Sentimientos de ineficacia personal	10,9	7,7	12,1	9,1	8,4	6,1	0,086
Temores a la madurez	12,0	5,7	10,1	5,9	10,0	6,0	0,318
Perfeccionismo	10,6	4,6	8,8	5,0	9,9	3,9	0,248
Desconfianza interpersonal	5,6	4,3	6,5	6,0	4,6	3,8	0,200
Peso actual (kg)	49,1	7,2	60,2	9,4	62,6	14,1	< 0,001*
Talla (mt)	159,8	5,6	161,1	7,0	160,9	5,8	0,570
IMC (kg/mt ²)	19,2	2,4	23,2	2,9	24,2	5,3	< 0,001*
Peso ideal (kg)	48,4	4,9	56,7	19,8	54,2	7,0	0,028*
TAS-20	52,9	14,3	51,2	17,6	49,1	13,2	0,563
T1	22,9	6,4	23,3	8,7	21,5	7,9	0,534
T2	13,9	4,8	14,4	7,0	14,4	5,3	0,933
T3	15,1	7,1	13,5	6,4	12,9	5,5	0,330
RAS	1,8	22,9	-0,6	25,8	8,7	21,5	0,200
R1	1,8	12,5	-3,2	15,8	2,8	8,5	0,091
R2	-0,5	8,3	-1,1	10,4	0,6	7,2	0,680
R3	-0,7	9,3	-2,6	7,4	0,5	7,3	0,232

$\bar{x}$ = Promedio. DE = Desviación estándar. * = Diferencia estadísticamente significativa, al test t de Student. IMC= Índice de masa corporal. TAS = Escala de Alexitimia de Toronto. RAS= Escala de Asertividad de Rathus.

entre los grupos, tanto en el puntaje global como en sus factores. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, el Factor T3 mostró puntajes más elevados en las pacientes anorécticas ($15,1 \pm 7,1$), *versus* las bulímicas ($13,5 \pm 6,4$) y las pacientes con TCA no especificados ($12,9 \pm 5,5$).

En relación a la Escala de Rathus, el menor puntaje de asertividad lo obtuvo el subgrupo bulímico ($-0,6 \pm 25,8$), luego el anoréctico ($1,8 \pm 22,9$),

siendo el más alto el de las pacientes con TCA no especificados ($8,7 \pm 21,5$), no obstante éstos no alcanzaron el rango de significancia estadística. Las pacientes bulímicas obtuvieron los puntajes más bajos en los tres Factores de la Escala RAS: R1 ($-3,2 \pm 15,8$), R2 ($-1,1 \pm 10,4$) y R3 ($-2,6 \pm 7,4$), si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Hubo correlaciones significativas entre el ítem

consciencia interoceptiva y TAS-20 en todas las subcategorías de TCA: en las bulímicas ($r = 0,719$; $p < 0,001$), en las anorécticas ($r = 0,611$; $p = 0,001$) y en el grupo de TCA no especificados ($r = 0,507$; $p < 0,001$). Además, las correlaciones más significativas entre las variables del grupo anoréctico fueron desconfianza interpersonal y T2 ($r = 0,617$; $p = 0,001$) y sentimientos de ineficacia personal y T1 ($r = 0,593$; $p = 0,001$); en el grupo bulímico consciencia interoceptiva y T1 ($r = 0,795$; $p < 0,001$); desconfianza interpersonal con R1 ($r = -0,715$; $p < 0,001$) y T2 ($r = 0,707$; $p < 0,001$) y sentimientos de ineficacia personal y R1 ($r = -0,701$; $p < 0,001$), mientras que en el grupo con TCA no especificado la consciencia interoceptiva y T1 ($r = 0,623$; $p < 0,001$) y desconfianza interpersonal y T2 ($r = 0,590$; $p < 0,001$).

Discusión

En la mayoría de las variables demográficas y en el EDI y sus subescalas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, excepto el menor IMC y el puntaje más alto del EAT-40 en rango patológico que se observó en las anorécticas, mientras que el ítem relacionado con conductas bulímicas del EDI mostró el puntaje más elevado en las pacientes bulímicas.

En un alto porcentaje, todos los subgrupos alcanzaron puntajes compatibles con alexitimia, especialmente las anorécticas (57,1%), seguidas de las bulímicas (41,7%), resultados menores a los de Bourke et al²⁰, que detectaron una prevalencia de alexitimia en anorécticas de 77,1% comparada con 6,7% en mujeres normales, pero coinciden con los de Guilbaud et al²¹ que constataron las puntuaciones más altas para alexitimia en las anorécticas (56%) *versus* las bulímicas (32%), correspondiente a un nivel bajo de alexitimia, cuya cifra fue ostensiblemente mayor en nuestra muestra. En Chile, Tapia y Ornstein²² en pacientes anorécticas y bulímicas detectaron que en la TAS, 50% obtuvo 60 o más puntos, positivo para alexitimia comparado con el 0,07% de los controles sanos. No se encontró diferencias entre anorexia nerviosa y bulimia ner-

viosa acerca de la presencia de alexitimia, similar a lo verificado en nuestro estudio.

Tampoco se observó diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos en relación a los puntajes totales de alexitimia y asertividad medidos por la TAS-20 y la Escala RAS y sus respectivos factores. No obstante, las más alexitímicas fueron las anorécticas, que obtuvieron una cifra promedio más alta en la TAS-20 ($52,9 \pm 14,3$); las bulímicas tuvieron mayor dificultad para discriminar señales emocionales ($23,3 \pm 8,7$) y las anorécticas demostraron un pensamiento más orientado hacia detalles externos ($15,1 \pm 7,1$) en relación al resto de los grupos, pero sin diferencia significativa. Apoyando nuestros resultados, Laquatra y Clouston²³, encontraron que las anorécticas restrictivas muestran mayor disminución de su vida imaginativa que las bulímicas.

Conjuntamente, las menos asertivas fueron las bulímicas quienes alcanzaron un puntaje negativo ($-0,6 \pm 25,8$) en la Escala RAS, en contraste a las pacientes con TCA no especificado, que fueron las más asertivas ($8,7 \pm 21,5$), concordando con Fisher-McCann²⁴ quien constató que aunque las bulímicas son más extrovertidas que las anorécticas, se muestran menos asertivas que los controles y que otros sujetos en psicoterapia sin trastornos de la alimentación. El menor grado de asertividad exhibido por las bulímicas se manifestó a través de más conductas de sumisión y dependencia ($-2,6 \pm 7,4$) frente a los otros subgrupos, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos, hallazgo que coincide con lo mencionado por Williams et al^{3,4}. Análogamente, en otro estudio, Behar et al², pesquisaron una mayor falta de asertividad en este ítem en pacientes con TCA consideradas como grupo global ($-0,6 \pm 9,2$ *versus* $4,1 \pm 7,6$ puntos en estudiantes universitarias sin TCA; $p = 0,002$).

La alta correlación positiva entre los puntajes de alexitimia y la consciencia interoceptiva que mide la subescala del EDI, puede explicarse porque ésta evalúa principalmente la dificultad de discriminar o reconocer sentimientos, emociones o sensaciones corporales, que se observó en todas las subcategorías diagnósticas de TCA en este análisis, resultados

que se han repetido sistemática y significativamente con altos puntajes en pacientes con TCA en relación a los grupos control ($p < 0,001$) en otras investigaciones²⁵.

A su vez, en las pacientes bulímicas y en aquellas con TCA no especificado se observó que a menor nivel de consciencia interoceptiva, hubo una mayor dificultad para la discriminación de señales emocionales, que puede actuar como un factor pronóstico negativo a largo plazo en la evolución de pacientes con TCA^{26,27}. Además, a mayor desconfianza interpersonal demostrada tanto por las pacientes anorécticas como las portadoras de TCA no especificado, que interfiere de manera importante en las relaciones íntimas y sociales, hubo una mayor dificultad en la expresión verbal de las emociones; en cambio, con una mayor dificultad para la discriminación de señales emocionales se constató la presencia de más conductas deficitarias en las bulímicas; vale decir, timidez, ansiedad paralizante y todas las expresiones injustificadas de fracaso; hallazgos que concuerdan con lo señalado por Speranza et al²⁸, en cuya investigación las pacientes bulímicas mostraron mayor dificultad para identificar sentimientos y las anorécticas restrictivas para describirlos.

En las anorécticas se observó un mayor grado de sentimientos de ineficacia personal que se correlacionó con una mayor dificultad en la discriminación de las señales emocionales. Al respecto, Bruch²⁹ clásicamente las describe como padeciendo “una paralizante sensación de ineficacia personal”, con pobre autonomía y dominio del propio cuerpo, con notoria complacencia y sumisión hacia los demás, conductas que afectan la habilidad en el comportamiento interpersonal, la así llamada “competencia social”³⁰ de cuyo concepto Gresham y Reschly³¹ han derivado subsidiariamente aquel de “competencia personal” o “sentido de eficacia personal”, en los ámbitos físico, cognitivo, social y emocional.

Tanto la presencia de alexitimia, que posee un efecto moderador implícito del proceso de información emocional que no puede ser explicado por el ánimo o la afectividad negativa³² y la falta de asertividad, como mecanismos de regulación emo-

cional, interfieren en la competencia social³⁰ y en la expresión emocional¹, generando un déficit comunicacional y limitando la adaptación con el entorno y el manejo de las relaciones interpersonales, que puede llegar a producir un verdadero aislamiento social y una incapacidad para relacionarse eficaz o hábilmente con los demás³³. Schneider y Agras³⁴ demostraron que la presencia de asertividad, era significativa en la disminución de la frecuencia de purgas en la mayoría de las bulímicas tratadas con terapia cognitivo-conductual. Así como Beresin³⁵ señala que una mayor asertividad en pacientes con TCA es un índice de buen pronóstico en la recuperación a corto y largo plazo, contrariamente la dificultad en identificar y expresar sentimientos puede actuar como un factor pronóstico negativo a largo plazo^{26,27}.

Una limitante de este estudio reside en que los resultados pueden haberse influido por el tamaño muestral de cada subgrupo de pacientes con TCA y con la ausencia de comparación con un grupo control sin TCA, aunque el propósito de contrastar el perfil de los subtipos de TCA entre sí, está claramente descrito en el objetivo de esta investigación. La implicancia más destacada es la confirmación de la presencia de la condición de alexitimia, de falta de capacidad asertiva y sus diversas correlaciones en sus distintas manifestaciones psicosociales y conductuales en pacientes portadoras de TCA, sobre las cuales se dispone de un escaso número de publicaciones científicas, tanto a nivel nacional como internacional, hecho que reduce la posibilidad de cotejar los diferentes hallazgos. En general, faltan más análisis en poblaciones similares a nivel mundial acerca de la historia e implicancias de la correspondencia entre alexitimia y el menoscabo de la asertividad en pacientes portadoras de TCA. Al respecto, antecedentes más contundentes favorecerían las respuestas a planteamientos tales como la naturaleza etiopatogénica de los TCA, su relación con la desconexión emocional alexitímica y el detrimento en la actitud asertiva, con su consecuente fracaso en el funcionamiento interpersonal de estas pacientes.

Nuestra evidencia orienta a considerar la conveniencia de una evaluación sistemática de las

capacidades asertivas y la presencia de alexitimia, entre otros factores, no solamente en la intervención y abordaje terapéutico secundario o terciario, sino también en el contexto de prevención primaria³⁶. De hecho, se ha señalado que la educación nutricional es más beneficiosa para aquellos casos con un mayor grado de asertividad^{37,38}. A su vez, el entrenamiento asertivo ha sido evaluado como una de las terapias más efectivas, en las pacientes con TCA³⁹. Los profesionales deben vigilar cuidadosamente la identificación y expresión emocional en las pacientes con TCA y el desarrollo de estrategias

específicas para fomentar el reconocimiento y el intercambio de emociones^{27,40} que implica una mejor evolución a mediano y largo plazo, con la eventual disminución de la probabilidad de recaídas.

Agradecimientos

La autora agradece a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse, en especial al Prof. Dunny Casanova Z.

Resumen

Antecedentes: La alexitimia y falta de asertividad son características comunes en los trastornos alimentarios (TCA) e interfieren en la expresión emocional. **Objetivo:** Determinar presencia de alexitimia y asertividad en subtipos de TCA. **Método:** A 108 mujeres con TCA (28 anorécticas, 36 con TCA no especificados (TCANE) y 44 bulímicas) se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), las Escalas de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y de Asertividad de Rathus (RAS). **Resultados:** Todos los subgrupos alcanzaron puntajes en rango de alexitimia, especialmente las anorécticas (57,1%) siendo el más alto ($52,9 \pm 14,3$), aunque no estadísticamente significativo (NS). Las bulímicas mostraron mayor dificultad para discriminar señales emocionales ($23,3 \pm 8,7$) y las anorécticas pensamientos más orientados hacia detalles externos ($15,1 \pm 7,1$) (NS). Las bulímicas alcanzaron puntajes negativos ($-0,6 \pm 25,8$) en RAS, principalmente más conductas sumisas y dependientes ($-2,6 \pm 7,4$) (NS). En subgrupos bulímico ($r = 0,795$; $p < 0,001$) y TCANE ($r = 0,623$; $p < 0,001$), a menor nivel de consciencia interoceptiva, hubo mayor dificultad para discriminar señales emocionales. A mayor desconfianza interpersonal en subgrupos anoréctico ($r = 0,617$; $p = 0,001$) y con TCANE ($r = 0,590$; $p < 0,001$), hubo mayor dificultad en expresar verbalmente emociones; con una mayor dificultad en discriminar señales emocionales se observó más conductas deficitarias en las bulímicas ($r = -0,715$; $p < 0,001$; $r = 0,707$; $p < 0,001$) y sentimientos de ineficacia personal en las anorécticas ($r = 0,593$; $p = 0,001$). **Conclusiones:** Se verificó la presencia de alexitimia y falta de asertividad en todos los subgrupos de TCA. Las más alexitímicas fueron las anorécticas y las menos asertivas, las bulímicas, que mostraron mayor dificultad para identificar sentimientos y las anorécticas para describirlos.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, alexitimia, asertividad, expresión emocional.

Referencias

1. Silva J. Regulación emocional y psicopatología: El modelo de vulnerabilidad/resiliencia. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43 (3): 201-9.
2. Behar R, Manzo R, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. Rev Méd Chile 2006; 134: 312-9.
3. Williams G, Chamove A, Millar, H. Eating disorders, perceived control, assertiveness, and hostility. Brit J Clin Psychol 1990; 29: 327-35.
4. Williams G, Power K, Millar H, Freeman C, Ye-

- lloless A, Dowds T, *et al.* Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 27-32.
5. Gismero E. Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud* 2001; 12: 289-304.
6. Sifneos P. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973; 22: 255-62.
7. Lane R, Schwartz G. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 133-43.
8. Martínez-Sánchez F, Sánchez J, Castillo J, Gordillo B, Ortiz B. Rasgos alexitímicos en pacientes de un centro de atención primaria. *Psiquis* 1996; 17 (1): 58-64.
9. Martínez-Sánchez F, Ato M, Córceles E, Huedo T, Selva J. Stability in the alexithymia levels: A longitudinal analysis of temporary series on various emotional answers. *Personality and Individual Differences* 1996; 24: 767-72.
10. Páez D, Vergara, A. Culture differences in emotional knowledge. In: Russell J, Fernández J, Dols A, Manstead A, Wellenkamp J, editors. *Everyday conceptions and emotion*. London: Academic Press, 1995. p. 121-43.
11. Taylor G. Psychosomatics and self-regulation. In: Barron J, Eagle M, Wolitzky D, editors. *Interface of psychoanalysis and psychology*. Washington DC: American Psychological Association Publications, 1992. p. 464-88.
12. Bruch H. Four decades of eating disorders. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Guilford Press, 1985. p. 7-19.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text Revision. 4th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
14. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-78.
15. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991; 7: 175-90.
16. Garner D, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
17. Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996; 7 (1): 19-32.
18. Rathus S. A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy* 1973; 4: 398-406.
19. Muldman F. La escala de asertividad de Spencer A Rathus (RAS): Estructura factorial. *Terapia Psicológica* 1984; 4: 72-7.
20. Bourke P, Taylor G, Parker J, Bagby R. Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *Br J Psychiat* 1992; 161: 240-243.
21. Guilbaud O, Corcos M, Chambry J, Paterniti S, Flament M, Jeammet P. Vulnérabilité psychosomatique et troubles des conduites alimentaires. *Ann Méd Psychol* 1999; 157 (6): 390-401.
22. Tapia P, Ornstein C. Alexitimia en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1997; 35 (4): 579-84.
23. Laquatra T, Clopton J. Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addict Behav* 1994; 19 (4): 373-380.
24. Fisher-McCanne L. Correlates of bulimia in college students: Anxiety, assertiveness, and locus of control. *J Coll Stud Personnel* 1985; 26: 306-10.
25. Behar R. Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 95-120.
26. Speranza M, Stéphan P, Corcos M, Loas G, Taieb O, Guilbaud O, *et al.* Relationships between alexithymia, depression and interpersonal dependency in addictive subjects. *Annales de Médecine Interne* 2003; 154 (1): S65-75.
27. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexitimia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *J Psychosom Res* 2007; 63 (4): 365-71.
28. Speranza M, Corcos M, Loas G, Stephan P, Guil-

- baud O, Perez-Diaz F, *et al.* Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Res* 2005; 135 (2): 153-63.
29. Bruch H. Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within. New York: Basic Books, 1973.
 30. Spitzberg B, Cupach W. Handbook of interpersonal competence research. New York: Springer-Verlag, 1989.
 31. Gresham F, Reschly D. Dimensions of social competence. Method factors in the assessment of adaptive behaviour, social skills, and peer acceptance. *J School Psychol* 1987; 25: 367-81.
 32. Vermeulen N, Luminet O, Corneille O. Alexithymia and the automatic processing of affective information. Evidence from an affective priming paradigm. *Cognition & Emotion* 2006; 20: 64-9.
 33. García M, Gil F. Habilidades sociales y salud. Madrid: Eudema, 1993.
 34. Schneider J, Agras W. A cognitive behavioral treatment of bulimia. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 66-9.
 35. Beresin E. Treatment of eating disorders. Health Care System members. Toronto: Massachusetts General Hospital. Meeting in APA, 1998.
 36. Behar R. Alexitimia, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. *Trastor ánimo* 2009; 5 (1): 19-27.
 37. Franca S, D'ivernois J, Marchand C, Haenni C, Ybarra J, Golay A. Evaluation of nutritional education using concept mapping. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 183-92.
 38. Gilbert, S. Pathology of eating. Psychology and treatment. London: Routledge & Kegan Paul, 1986.
 39. Lemberg R, May M. What works in in-patient treatment of eating disorders: The patient's point of view. *Br Rev Bul Anor Nerv* 1991; 5: 29-38.
 40. Silva J. Sobrealimentación inducida por la ansiedad, Parte II: Un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (1): 99-115.

Correspondencia:

Rosa Behar A.
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile
 Casilla 92-V. Valparaíso
 Fono/Fax: (56) (32) 2508550
 E-mail: rositabehar@vtr.net