

Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad

Rosa Behar A¹, Rodrigo Manzo G^a, Dunny Casanova Z^{2b}.

Lack of assertiveness in patients with eating disorders

Background: Low self-assertion has been noted as an important feature among patients with eating disorders. **Aim:** To verify, in a female population, if assertiveness is related or has a predictive capacity for the development of eating disorders. **Subjects and methods:** An structured clinical interview, the Eating Attitudes Test (EAT-40) and the Rathus Assertiveness Scale (RAS) were administered to 62 patients that fulfilled the DSM-IV diagnostic criteria for eating disorders and to 120 female students without eating problems. **Results:** Patients with eating disorders ranked significantly higher on the EAT-40 and its factors ($p < 0.001$) and showed a lower level of assertiveness on the RAS ($p < 0.001$). Assertiveness measured by RAS and its factors was inversely related to EAT-40 and its items ($r = -0.21$). The predictive capability of the lack of self-assertion in the development of an eating disorder reached 53%, when patients with eating disorders and subjects at risk were considered together and compared to students without such disorder. **Conclusions:** Lack of assertiveness is a significant trait in patients with eating disorders; it may worsen its outcome and even perpetuate symptoms. Low self-assertion may be considered a predictive factor in the development of an eating disorder and must be managed from a preventive or therapeutic point of view (Rev Méd Chile 2006; 134: 312-9).

(Key words: Assertiveness; DSM-IV; Eating disorders)

Recibido el 28 de febrero, 2005. Aceptado el 18 de agosto, 2005.

Departamentos de Psiquiatría¹ y de Salud Pública², Universidad de Valparaíso

^aAlumno del 5º año de la carrera de Psicología, Universidad de Valparaíso.

^bBioestadístico

Existe una carencia de estudios controlados sobre la asertividad en los trastornos de la conducta alimentaria; no obstante, aparecen numerosas alusiones en la literatura especializada acerca de una característica falta de auto-aseción en las pacientes portadoras de aquellos. Aunque

son abundantes los artículos que describen la presencia de variados síntomas, ya sea biológicos, psicológicos o conductuales en estos cuadros, tanto la falta de asección, la baja autoestima, como la percepción del control externo se han tenido en cuenta de forma casi anecdótica como características importantes de los pacientes portadores de los principales desórdenes alimentarios: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa^{1,2}. Williams et al³ exponen que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se perciben a sí mismos

Correspondencia a: Dra. Rosa Behar A. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso. Casilla 92-V. Valparaíso. Fono/Fax: (56) (32) 508550. E mail: rositabehar@vtr.net

como muy controlados por su familia y sociedad, pero ellos no actúan de forma asertiva con sus «controladores». Posteriormente⁴ investigadores del mismo grupo determinaron que la carencia de asertividad está de acuerdo con rasgos de sumisión o timidez y sentimientos de inutilidad personal y sugieren que la paciente, a pesar de percibir un control externo, no tiene el repertorio conductual para contrarrestarlo o neutralizarlo. Una forma de conducta no asertiva es la agresión/hostilidad que puede ser autodirigida. En su análisis, los pacientes alimentarios tuvieron significativamente más hostilidad autodirigida, globalmente como en sus dos categorías (culpa y autocrítica), lo que sugiere que la intervención terapéutica podría estar encauzada a contrarrestar tales sentimientos negativos hacia el sí mismo (*self*).

Diversos autores⁵⁻¹⁰ han señalado que las pacientes con patologías alimentarias presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas. Muchos de estos factores sugerirían una posible dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia expresión de sentimientos y opiniones. Es en cuanto a la conducta asertiva, donde presentan dificultades claramente mayores que los demás grupos control, mujeres que hacen dieta y mujeres en psicoterapia al mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, así como en su autoexpresión social (participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc.)¹¹. Eiber et al¹², encontraron puntajes en el RAS (Escala de Asertividad de Rathus)¹³ más bajos y significativamente más frecuentes en los pacientes fóbicos sociales en comparación con los pacientes con trastornos alimentarios, de los cuales, 24,3% de ellos tenía una fobia social.

Se dispone de escasas investigaciones que analizan la relación entre anorexia nerviosa y el funcionamiento interpersonal deficitario¹⁴. Garner y Garfinel¹⁵ fueron los primeros autores que establecieron una relación entre el aislamiento social y la falta de autoestima y autoafirmación en pacientes anorécticas. Toro y Vilardell¹⁶ explicaron las dificultades en las relaciones sociales que presentan estas pacientes. Bruch¹ las describe como padeciendo *una paralizante sensación de ineficacia personal*, con ausencia de autoaserción, con destacada deferencia y sumisión. Asimismo, atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un «sentido de ineficacia personal»^{17,18}. Chinchilla¹⁹ ha destacado en la anorexia nerviosa una dificultad para expresar con palabras, afectos y emociones, deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental y padres que no refuerzan sus iniciativas personales. Por otra parte, Hawkins y Clement²⁰, en un estudio correlacional con una población subclínica de universitarias, hallan relación entre comilonas y déficit asertivo. Fischer-Mccanne²¹ observó que aunque las bulímicas son más extravertidas que las anorécticas, se muestran menos asertivas que los controles y que otros sujetos en psicoterapia sin trastornos de la alimentación. Pese a que Gambrell y Richey²² encuentran correlaciones bajas entre el test de bulimia y el cuestionario de aserción, las puntuaciones bajas en aserción permitían identificar aquellos estudiantes con altas puntuaciones en el test de bulimia. Otros autores no encuentran relación entre bulimia y medidas de autoinforme de aserción, aunque sí entre bulimia y grado de tensión experimentado en situaciones de aserción²³, o más cogniciones inhibitorias de conductas asertivas en bulímicas que en muchachas normales²⁴.

Los objetivos de esta investigación fueron: a) Verificar si en mujeres, el grado de asertividad se relaciona con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, y, b) Establecer en mujeres, la capacidad predictiva de la asertividad en trastornos de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Universo y muestra

1. El universo se ubicó en Valparaíso y Viña del Mar entre mayo y diciembre de 2004 y lo constituyeron tres grupos de mujeres adolescentes y jóvenes:

- a) **Grupo TCA:** conformado por pacientes que consultaron en el policlínico externo del Hospital del Salvador, en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso, en la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil y de Adultos del Hospital Gustavo Fricke y en la práctica privada de los autores, que satisficieron los criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria, según el DSM-IV²⁵, al menos durante un año previo al estudio.
- b) **Grupo SC:** constituido por estudiantes de primero a cuarto año de enseñanza media pertenecientes a un colegio particular y por alumnas de primero y segundo años de una carrera universitaria, que obtuvieron puntajes iguales o superiores a 30 en el EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)²⁶, con excepción de las que habían presentado antecedentes de una patología alimentaria o la presentaban al momento de la colecta de datos.
- c) **Grupo E:** configurado por estudiantes de primero a cuarto año de enseñanza media pertenecientes a un colegio particular y por alumnas de primero y segundo años de una carrera universitaria, que obtuvieron puntajes inferiores a 30 en el EAT-40²⁶ con excepción de aquellas que habían presentado antecedentes de una patología alimentaria o la presentaban al momento de la colecta de datos.

2. Selección de la muestra. Del primer grupo se seleccionó una muestra al azar simple, sistemática de 62 pacientes, entre aquellas que concurren dentro del período en estudio (7 anorécticas restrictivas, cuyo rasgo principal era la disminución de la ingestión alimentaria; 9 anorécticas compulsivo-purgativas, que recurrían regularmente a «comilonas» o purgas durante sus episodios de anorexia; 10 bulímicas purgativas las cuales además de presentar «comilonas», se inducían regularmente el vómito o usaban laxantes, 2 bulímicas no purgativas, que ayunaban o efectuaban ejercicio

intenso, pero no se provocaban regularmente el vómito ni usaban laxantes, diuréticos o enemas en exceso y 34 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no especificado, que no reunían los requisitos diagnósticos para los síndromes alimentarios completos). Del segundo y tercer grupo se seleccionó una muestra al azar simple, sistemática de 198 alumnas, a partir de una lista única de los establecimientos indicados, resultando 16 de ellas pertenecientes al segundo grupo y 182 al tercero.

Procedimientos

A las seleccionadas de las tres muestras se les realizó una entrevista estructurada confeccionada por los autores y la versión traducida al español y validada del EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)²⁶ y el RAS (Escala de Asertividad de Rathus)¹³, la que fue respondida por éstas voluntariamente y con consentimiento informado. Estos instrumentos se aplicaron una sola vez a cada joven, para ser contestados en un lapso de aproximadamente 45 min en forma individual y durante una única jornada. La entrevista estructurada incluyó los datos de edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria, lo que permitió pesquisar o confirmar la presencia de esta patología en los tres grupos, ya aplicada en investigaciones previas²⁷⁻²⁹.

1. El test de Actitudes Alimentarias: (*Eating Attitudes Test*), EAT-40²⁶, posee 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden: 1) Factor 1 (Dieta): evitación de alimentos que engordan; 2) Factor 2 (Control oral): control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) Factor 3 (bulimia y preocupación por el alimento): pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréctico o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.

2. Escala de Asertividad de Rathus: (*Rathus Assertiveness Scale*)¹³ es un cuestionario autoaplicable, unidimensional, diseñado para evaluar el grado

de asertividad en una variedad de situaciones y en términos de autoexpresión. Consta de 30 ítems, puede ser usado indistintamente en hombres y mujeres y la versión original posee una escala de cotación que va de +3 a -3 excluyendo el 0. Los puntajes oscilan entre -90 para un sujeto extremadamente no asertivo hasta +90 para un sujeto extremadamente asertivo. Para cada ítem existen 6 grados de respuestas que fluctúan desde «muy característico» hasta «definitivamente no característico». Muldman³⁰, realizó un análisis factorial del RAS que arrojó tres dimensiones relacionadas al concepto de asertividad: 1) Factor R1: está caracterizado por conductas deficitarias como la timidez, la ansiedad paralizante y todas las expresiones injustificadas de fracaso; 2) Factor R2: resalta la sinceridad emocional, la dominación efectiva con el prójimo, o sea aquellas cualidades que permiten una confrontación positiva con eventos sociales y; 3) Factor R3: evoca las conductas de sumisión y dependencia.

Estadística

1. Para describir los grupos. Se calcularon indicadores promedio y desviación estándar para todas las variables cuantitativas del estudio y se compararon entre los tres grupos muestrales.

2. Para cumplir el primer objetivo.

- a) Se compararon los promedios de RAS y de sus 3 factores, entre los 3 grupos muestrales y se estableció la significación de esa diferencia mediante análisis de varianza (ANOVA), para decidir si el grado de asertividad difería según presencia de trastornos de la conducta alimentaria.
- b) Combinando los tres grupos iniciales, usando criterios diagnósticos diferentes para «trastorno alimentario», se generaron 3 agrupaciones dicotómicas que corresponden a los criterios diagnósticos siguientes: DIAG1: Con trastorno alimentario presente (Grupos TCA + SC, con $EAT-40 \geq 30$) y sin trastorno (otra combinación). Objetivo: Diagnosticar trastorno alimentario cuando el diagnóstico clínico es positivo y el $EAT-40 \geq 30$. DIAG2: Con trastorno alimentario presente (Grupo TCA) y sin trastorno alimentario (Grupos SC, con $EAT-40 \geq 30 + E$). Objetivo: Diagnosticar trastorno alimentario sólo cuando el diagnóstico clínico es positivo, sin importar el valor del $EAT-40$. DIAG3: Con

trastorno alimentario presente (Grupos TCA + SC, con $EAT-40 \geq 30$) y sin trastorno alimentario (Grupo E). Objetivo: Diagnosticar trastorno alimentario cuando el diagnóstico clínico es positivo o cuando $EAT-40 \geq 30$.

- c) Se compararon los puntajes promedio de RAS y de sus 3 factores, entre los con trastornos alimentarios y los sin trastornos alimentarios generados por cada uno de los criterios diagnósticos anteriores, estableciendo significación de la diferencia de asertividad mediante ANOVA.

3. Para cumplir el segundo objetivo.

- a) Se generó una variable dicotómica ASER tal que = 1, cuando $RAS \leq 15$, siendo este valor determinado por el promedio entre el percentil 95 de RAS en grupo E y el percentil 5 de RAS en grupo TCA.
- b) Se hicieron tablas de contingencia entre cada DIAG y ASER y en cada una de estas tablas se calculó riesgo relativo de trastorno alimentario ($DIAG=1$) ante falta de asertividad ($ASER=1$) con sus intervalos de confianza del 95%.
- c) En cada tabla de contingencia se calculó además sensibilidad, especificidad y valores predictivos de ASER para detectar trastorno alimentario, usando como criterio de certeza sucesivamente DIAG1, DIAG2 y DIAG3.

RESULTADOS

El nivel de escolaridad de los tres grupos fue similar, sin diferencias significativas entre ellos. Todas las participantes eran solteras. La edad promedio del grupo TCA fue 20,9 años ($\pm 4,8$), la del grupo SC 18,8 años ($\pm 3,4$), y la del grupo E fue de 18,7 años ($\pm 2,6$) siendo estadísticamente significativa la diferencia entre grupos, aunque la variación de alrededor de 2 años entre TCA y los otros dos, no es de interés para incluirla en el análisis. Para las demás variables, con excepción de IMC y R2, las diferencias entre los grupos fueron también significativas (Tabla 1).

La asertividad, medida por el indicador RAS y sus tres factores, se asocia de forma inversa a $EAT-40$ y sus tres ítems, es decir, a medida que disminuye la asertividad, aumenta la valoración de trastornos en la conducta alimentaria. Sólo no son significativas las correlaciones de R2 con los

Tabla 1. Promedio, desviación estándar y significación de la diferencia entre grupos, según cada variable cuantitativa

| | TCA (n=62) | | Grupos SC (n=16) | | E (n=104) | | Valor p |
|-------------|------------|------|---------------------|------|-----------|------|----------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | |
| Edad | 20,9 | 4,8 | 18,8 | 3,4 | 18,7 | 2,6 | <0,001 * |
| Peso actual | 57,5 | 13,2 | 61,7 | 6,3 | 57 | 7,1 | <0,001 * |
| Peso ideal | 51,9 | 6,4 | 55,7 | 6,1 | 53,5 | 5,0 | 0,030 * |
| Talla | 159,4 | 6,2 | 163,0 | 7,8 | 162,1 | 5,7 | 0,010 * |
| IMC | 22,6 | 4,7 | 23,6 | 2,4 | 21,7 | 2,3 | 0,060 NS |
| EAT-40 | 45,8 | 20,8 | 37,4 | 6,9 | 13,8 | 6,9 | <0,001 * |
| F1 | 17,9 | 9,3 | 16,3 | 4,8 | 4,3 | 4,0 | <0,001 * |
| F2 | 8,3 | 4,8 | 5,3 | 2,5 | 1,3 | 1,8 | <0,001 * |
| F3 | 7,6 | 5,4 | 5,8 | 3,4 | 2,8 | 2,1 | <0,001 * |
| Rathus | 7,5 | 26,1 | 14,5 | 21,2 | 22,4 | 22,0 | <0,001 * |
| R1 | 2,0 | 11,4 | 4,0 | 7,8 | 8,0 | 8,5 | <0,001 * |
| R2 | 1,8 | 7,8 | 5,1 | 7,6 | 3,3 | 7,7 | 0,240 NS |
| R3 | -0,6 | 9,2 | 0,3 | 7,5 | 4,1 | 7,6 | 0,002 * |

\bar{x} = Promedio
 DE= Desviación estándar
 *= Diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos
 NS= Diferencia no significativa
 TCA= Grupo con trastorno de la conducta alimentaria
 SC= Grupo subclínico
 E= Grupo sin patología alimentaria
 IMC= Índice de Masa Corporal

Tabla 2. Correlaciones entre Rathus y sus tres factores (R1, R2 y R3), con EAT-40 y sus tres factores (F1, F2 y F3) (n=182 casos)

| | Rathus | R1 | R2 | R3 |
|--------|--------------|--------------|--------------|-------|
| EAT-40 | -0,21 | -0,26 | <i>0,00</i> | -0,23 |
| F1 | <i>-0,09</i> | <i>-0,14</i> | <i>0,11</i> | -0,19 |
| F2 | -0,18 | -0,24 | <i>0,03</i> | -0,23 |
| F3 | -0,25 | -0,28 | <i>-0,09</i> | -0,22 |

Nota: En cursiva las correlaciones no significativas.

indicadores de EAT-40 y el ítem F1 de este último con RAS, R1 y R2 (Tabla 2).

El mejor criterio diagnóstico para discriminar la presencia de trastornos en la conducta alimentaria es el 3, pues muestra las mayores significaciones en las diferencias, seguido muy de cerca por el criterio 2, para terminar con el 1 que aparece

como el menos discriminativo. El factor de asertividad R2 es el único que no discrimina bien para ningún criterio diagnóstico y R1 sólo no discrimina según el primer criterio (Tabla 3). La predictividad de trastorno alimentario por falta de asertividad, aumenta desde el primer criterio diagnóstico al tercero (de 34,2% a 53,2%), siempre

Tabla 3. Promedio de asertividad (Rathus y sus tres factores) según cada criterio diagnóstico

| Asertividad | Criterios diagnósticos | | | | | | | | |
|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------------------------|---------|
| | DIAG1 | | | DIAG2 | | | DIAG3 | | |
| | Con trastorno alimentario n=48 | Sin trastorno alimentario n=133 | Valor p | Con trastorno alimentario n=61 | Sin trastorno alimentario n=120 | Valor p | Con trastorno alimentario n=77 | Sin trastorno alimentario n=104 | Valor p |
| Rathus | 9,4 (27,2) | 19,3 (22,7) | 0,01 | 7,5 (26,1) | 21,4 (22,0) | <0,001 | 8,9 (25,2) | 22,4 (22,0) | <0,001 |
| R1 | 2,8 (12,1) | 6,7 (8,8) | 0,10 | 2,0 (11,4) | 7,5 (8,5) | 0,003 | 2,4 (10,7) | 8,0 (8,5) | <0,001 |
| R2 | 2,5 (7,9) | 3,1 (7,7) | 0,06 | 1,8 (7,8) | 3,6 (7,7) | 0,14 | 2,5 (7,8) | 3,3 (7,7) | 0,48 |
| R3 | -0,4 (9,7) | 3,1 (7,7) | 0,01 | -0,6 (9,2) | 3,6 (7,6) | 0,002 | -0,4 (8,9) | 4,1 (7,6) | <0,001 |

Nota: En paréntesis desviación estándar

Valor de p sobre 0,05 indica diferencia no significativa entre con y sin trastorno alimentario.

en forma significativa, coincidiendo esto con los resultados mostrados en Tabla 3 y las correlaciones observadas en Tabla 2.

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos confirman la patología alimentaria clínicamente diagnosticada en el grupo de las pacientes, orientan hacia un cuadro eventualmente presente o potencial en las estudiantes en riesgo o subclínicas, en contraste con las estudiantes no portadoras de una afección alimentaria. Este perfil incluye tanto la evitación de alimentos que engordan, el control desplegado en el comer, pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas.

Las pacientes mostraron una menor asertividad frente a las estudiantes sin desorden alimentario, mientras que la expresión asertiva de las estudiantes en riesgo fue intermedia y cuya diferencia fue significativa con respecto a las estudiantes situadas en el rango de la normalidad, hallazgo que corrobora lo descrito en los artículos publicados en torno a esta temática. La ausencia de autoaserción se manifestó principalmente por la timidez, la ansiedad paralizante, la sumisión, la dependencia y la carencia de habilidad en el comportamiento interpersonal, la así llamada «competencia social»³¹, de cuyo concepto Gresham y Reschly³² han derivado subsidiariamente aquel de «competencia personal» o «sentido de eficacia personal», en los ámbitos físico,

cognitivo, social y emocional. Es sabido que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan básicamente una sensación de inutilidad, sentimientos de minusvalía e inseguridad que limitan su adaptación con el entorno y el manejo de las relaciones con el otro. Mientras más conductas restrictivas y bulímicas presentaron las participantes del presente estudio, más tímidas, sumisas y dependientes se mostraron y, por otro lado, se perfilaron como más limitadas en la expresión de sentimientos, de opiniones y en la defensa de sus derechos. Böhle et al³³ determinaron la existencia de un mayor aislamiento social en el grupo de pacientes con anorexia nerviosa que en el grupo de pacientes bulímicos o de control, en los cuales además existía un mayor aislamiento social entre los pacientes anoréxicos, especialmente en relaciones con personas de confianza o en relaciones de pareja. En estos cuadros, conceptos como desconfianza interpersonal, introversión social, aislamiento social, déficits comunicativos, son utilizados bajo un mismo común denominador como «una incapacidad para relacionarse eficaz o hábilmente con los demás»³⁴. En las patologías alimentarias no se suele demostrar las emociones y sentimientos negativos, excepto los exabruptos de agresividad, cuando se le cuestiona el posible peligro de su delgadez, su forma de comer o sus vómitos. Se oculta cualquier tipo de decepción en sus relaciones interpersonales y niegan su resentimiento o rebeldía. Discrepar es inadmisibles y no es de buena educación decir algo que pueda molestar, aunque sea en defensa propia. La necesidad de

aprobación externa sitúa a las pacientes en una posición de tal conformismo, que lo único existente en la relación es su aquiescencia. Su miedo a la crítica les hará callar. Sólo se esmeran por quedar bien y agradecer. Apoyar la expresión de sus auténticas opiniones es una de los principales pilares de su recuperación³⁵.

Como principal limitante, encontramos escasa literatura especializada en este tópico, tanto nacional como extranjera, lo que restringe el ejercicio comparativo con otras poblaciones de estudio. La implicancia más relevante de nuestro trabajo es la confirmación de la falla de la autoaserción en las pacientes con afecciones alimentarias, que puede preceder a la instalación del desorden y también potenciarse y perpetuarse durante su evolución. Al confrontar las pacientes portadoras de patologías alimentarias sumadas a las mujeres en riesgo versus las estudiantes sin problemas alimentarios, encontramos que la falta de asertividad en las primeras, involucra una mayor capacidad predictiva para el desarrollo de un desorden alimentario (53,2%) en esta población. Schneider y Agras³⁶ demostraron que la presencia de asertividad, entre otros aspectos, era significativa en el descenso de la frecuencia de los vómitos semanales en la mayoría de las pacientes bulímicas tratadas con

terapia cognitivo-conductual. Beresin³⁷ señala que una mayor asertividad en pacientes con trastornos alimentarios es un factor de buen pronóstico en la recuperación a corto y largo plazo.

Nuestros resultados apuntan a considerar la conveniencia de una evaluación sistemática de las capacidades asertivas, que sería importante profundizar no sólo en la intervención y abordaje terapéutico, sino también como factor de prevención, entre otros. No sólo deben tomarse en consideración los desajustes cognitivos o conductuales del desorden alimentario, sino conjuntamente las dificultades respecto al funcionamiento interpersonal. De hecho, se ha señalado que la educación nutricional es más beneficiosa para aquellos pacientes con un mayor grado de autoasertividad y con menos niveles de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios^{38,39}. Por lo demás, los pacientes alimentarios han evaluado entre las terapias más efectivas, el entrenamiento asertivo⁴⁰.

En conclusión, se confirma la falta de asertividad como rasgo significativo en pacientes con patologías alimentarias, el que puede empeorar su desenlace y aun perpetuar su sintomatología. La baja autoaserción puede ser considerada como un factor predictivo en el desarrollo de un desorden alimentario y debe ser manejada desde un punto de vista preventivo y/o terapéutico en estas pacientes.

REFERENCIAS

1. BRUCH H. *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. London: Open Books, 1978.
2. SELVINI-PALAZZOLI M. *Self-starvation*. London: Chaucer Publishing CO, 1974.
3. WILLIAMS GJ, CHAMOVE A, MILLAR HR. Eating disorders, perceived control, assertiveness, and hostility. *Brit J Clin Psychol* 1990; 29: 327-35.
4. WILLIAMS GJ, POWER KG, MILLAR HR, FREEMAN CP, YELLOWLESS 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. BRUCH H. *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
6. CRISP AH. Nutritional disorders and the psychiatric state. In: Van Praag HM, Lades MH, Rafaelsen OJ, Sachar EJ, editors. *Handbook of Biological Psychiatry*. Part IV. *Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry*. New York: Marcel Dekker, 1981; 653-83.
7. GARNER DM, BEMIS KM. A cognitive-behavioral approach to the treatment of anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 1982; 6: 123-50.
8. SLADE PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychology* 1982; 21: 167-79.
9. BEHAR R. Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: Riquelme R, Oksenberg A, editores. *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003; 331-48.
10. BEHAR R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004.
11. 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.

12. EIBER R, VERA L, MIRABEL-SARRON C, GUELFI JD. Self-esteem: A comparison study between eating disorders and social phobia. *Encephale* 2003; 29: 35-41.
13. RATHUS SA. A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy* 1973; 4: 398-406.
14. FERNÁNDEZ F, TURÓN JV, MENCHÓN JM, VIDAL S, VALLEJO J, PIFARRÉ J. Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1996; 23: 30-5.
15. GARNER DM, GARFINKEL PE. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press, 1985.
16. TORO J, VILARDEL E. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
17. BRUCH H. Anorexia nervosa. Therapy and theory. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1531-8.
18. BRUCH H. Treatment in anorexia nervosa. *Int J Psychoanalytic Psychotherapy* 1982; 9: 303-12.
19. CHINCHILLA A. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon, 1994.
20. HAWKINS RC, CLEMENT PF. Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addict Behav* 1980; 5: 219-26.
21. FISHER-MCCANNE LP. Correlates of bulimia in college students: Anxiety, assertiveness, and locus of control. *Journal of College Student Personnel* 1985; 26: 306-10.
22. GAMBRILL ED, RICHEY CA. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy* 1975; 6: 550-61.
23. WOLF EM, CROWTHER JH. Personality and eating habit variables as predictors of severity of binge eating and weight. *Addict Behav* 1983; 8: 335-44.
24. MIZES JS. Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy* 1989; 20: 603-8.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
26. GARNER D, OLMSTEAD M, BOHR I, GARFINKEL P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
27. BEHAR R, DE LA BARRERA M, MICHELOTTI J. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1003-11.
28. BEHAR R, DE LA BARRERA M, MICHELOTTI J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 964-75.
29. BEHAR R, DE LA BARRERA M, MICHELOTTI J. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 748-58.
30. MULDMAN F. La escala de asertividad de Spencer A Rathus (RAS): Estructura factorial. *Terapia Psicológica* 1984; 4: 72-7.
31. SPITZBERG BH, CUPACH WR. *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer-Verlag, 1989.
32. GRESHAM FM, RESCHLY DJ. Dimensions of social competence. Method factors in the assessment of adaptive behaviour, social skills, and peer acceptance. *Journal of School Psychology* 1987; 25: 367-81.
33. BÖHLE A, WIETERSHEIM J, VON WILKE E, FEIREIS H. Die Soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia Nervosa und Bulimia. *Zeichrift Psychosom Med und Psychoanal* 1991; 37: 282-91.
34. GARCÍA M, GIL F. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema, 1993.
35. CALVO R. *Anorexia nerviosa y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta, 2002.
36. SCHNEIDER JA, AGRAS WS. A cognitive behavioral treatment of bulimia. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 66-9.
37. BERESIN EV. *Treatment of eating disorders*. Health Care System members. Toronto: Massachusetts General Hospital. Meeting in APA, 1998.
38. FRANCA S, D'IVERNOIS JF, MARCHAND C, HAENNI C, YBARRA J, GOLAY A. Evaluation of nutritional education using concept mapping. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 183-92.
39. GILBERT S. *Pathology of eating. Psychology and treatment*. London: Routledge & Kegan Paul, 1986.
40. LEMBERG R, MAY M. What works in in-patient treatment of eating disorders: The patient's point of view. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa* 1991; 5: 29-38.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.