



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Psychosocial functioning in eating disorders: Social anxiety, alexithymia and lack of assertiveness

Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso, Chile

Abstract

There is a great conclusive amount of information about the deficit of psychosocial functioning in eating disordered patients. **Objective:** To describe the evidence on the influence of social anxiety, alexithymia and lack of assertiveness as predisposing, triggering and perpetuating factors of eating disorders (ED) symptomatology and the impairment of social behaviors and/or attitudes in patients suffering from anorexia nervosa and/or bulimia nervosa. **Method:** An exhaustive review of the national and international specialized literature was made. **Results:** Social anxiety that may become a social phobia (avoidance of interpersonal contact), alexithymia (difficulty to identify and/or express feelings and sensations) that may be associated to depression and lack of assertiveness (discapacity in social competence to confront communicational events) reach significantly higher prevalence rates in eating disordered patients compared to control subjects. **Conclusions:** The evidence supports the significant interference in social skills, in the therapeutic management and in the outcome of eating disordered patients related to these comorbidities. It is imperative its early identification and clinical approach in order to prevent the emergence of ED.

Resumen

Existe una gran cantidad de información concluyente sobre el déficit del funcionamiento psicosocial en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Objetivo:** Describir la evidencia acerca de la influencia de la ansiedad social, la alexitimia y la falta de asertividad como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de la sintomatología de los TCA y el deterioro de las conductas y/o actitudes sociales de pacientes portadoras de anorexia nerviosa y/o bulimia nervosa. **Método:** Revisión exhaustiva de la literatura especializada nacional e internacional. **Resultados:** La ansiedad social que puede manifestarse como fobia social (evitación del contacto interpersonal), la alexitimia (dificultad para identificar y/o expresar sentimientos y sensaciones) que puede asociarse principalmente a la depresión y la falta de asertividad (discapacidad en la competencia social para confrontar los eventos comunicacionales) alcanzan cifras de prevalencia significativamente más altas en las pacientes alimentarias comparadas con sujetos controles. **Conclusiones:** La evidencia apoya la interferencia significativa en las habilidades sociales, en el manejo terapéutico y en el desenlace de las pacientes con TCA relacionada con estas comorbidades. Es imperativo su identificación y abordaje clínico precoz para prevenir la aparición de los TCA.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 20/09/2010
Revisado: 10/10/2010
Aceptado: 12/10/2010

Key words: Eating disorders, Psychosocial functioning, Social anxiety, Alexithymia, Assertiveness.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, Funcionamiento psicosocial, Ansiedad social, Alexitimia, Asertividad.

Introducción

Rymaszewska (2007) señala que la severidad de los síntomas psicopatológicos en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es el factor más significativo para determinar el grado de funcionamiento social, particularmente durante el periodo de remisión. Tanto o más importantes que las manifestaciones clínicas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son ciertas características co-mórbidas que poseen una influencia fundamental

en el desempeño social global de las pacientes. La ansiedad social, que muchas veces llega a transformarse en una verdadera fobia social, con la persistente evitación del contacto interpersonal; la alexitimia, centrada en la dificultad para identificar y expresar sentimientos y sensaciones corporales que puede llevar al aislamiento; y la falta de asertividad, que se traduce en un desmedro de las habilidades para confrontar eventos sociales, son condiciones que interfieren significativamente en el curso, por ende en el pronóstico y consecuentemente en el funcionamiento psicosocial de los TCA.

El objetivo de este artículo es describir la evi-

dencia respecto a la influencia de la ansiedad social, la alexitimia y la falta de asertividad como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de la sintomatología de los TCA y el deterioro de las conductas y/o actitudes sociales de las pacientes portadoras de anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa. Para este fin, se efectuó una revisión exhaustiva de la literatura especializada nacional e internacional, abarcando desde la década de los 70 (1973) hasta la actualidad (2010), utilizando para la búsqueda palabras claves tales como trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, alexitimia, ansiedad social, asertividad, habilidades sociales, funcionamiento social y competencia social.

Ansiedad Social

Consideraciones preliminares

Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2003) señalan que la evitación social y los trastornos de ansiedad son rasgos importantes y habituales en la presentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y pueden generar un impacto negativo, tanto en su adaptación social como laboral. La cronicidad es el riesgo principal de los TCA, en términos no sólo de complicaciones médicas, que a veces son letales, sino también debido a las consecuencias sociales que estos trastornos generan. Rymaszewska (2007) observó que el entorno, el empleo y la relación de pareja, son factores típicos que influyen en la discapacidad social. Mujeres adultas con problemas alimentarios describieron más dificultades en las relaciones íntimas, incluyendo menor satisfacción con la cercanía, más incomodidad con la intimidad y menos descripciones positivas acerca de las amistades y las madres (Evans & Wertheim, 1998). De este manera, el sentido de autoestima, la apariencia externa y la vergüenza son las cualidades principales de la ansiedad social presente en los TCA (Grabhorn, Stenner, Kaufbold, Overbeck & Stangier, 2005), pudiendo convertirse en un verdadero obstáculo en la búsqueda de un tratamiento efectivo (Goodwin & Fitzgibbon, 2002), contexto que el clínico sensible

siempre deberá tener presente para lograr un óptimo curso evolutivo.

Características clínicas

Las manifestaciones centrales de fobia social en los TCA consisten en el temor a las situaciones sociales que impliquen el comer y a que el propio cuerpo sea sometido a escrutinio por los demás, con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos abrumadores de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismas (Franca et al., 2004; Gilbert, 1986). Grabhorn et al. (2005) enfatizan particularmente el sentido de la auto-estima y la apariencia externa, a los que se le han atribuido una importante influencia en el surgimiento de la vergüenza. Las pacientes anorécticas y bulímicas presentan altos puntajes en la vergüenza global internalizada. Las bulímicas poseen mayor ansiedad en el funcionamiento social, en especial en la interacción con los demás. La autoestima, la ansiedad en el funcionamiento social y el perfeccionismo en relación a la apariencia son predictores del afecto de vergüenza, aspectos que deben ser el foco de estrategias terapéuticas.

La mejoría del estado mental y el notable restablecimiento del comportamiento social que produce la normalización del peso corporal y de los hábitos alimentarios, contribuyen en gran medida a considerar que dichos síntomas de ansiedad aparecen como consecuencia directa del TCA primario (Goodwin & Fitzgibbon, 2002).

Entre las aproximaciones terapéuticas existen publicaciones que avalan el tratamiento combinado como el más eficaz. Blanco, Nissenson y Liebowitz, (2001) enfatizan que la farmacoterapia con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y la terapia cognitivo conductual son los tratamientos de primera elección. Brunello et al. (2000) mencionan otro tipo de drogas como los inhibidores de la monoaminoxidasa, las benzodiazepinas y los betabloqueadores. El tratamiento ambulatorio contempla también psicoeducación, técnicas de auto-control y entrenamiento en la competencia social (Sipos, Schweiger & Renneberg, 2006).

Epidemiología

Aunque Becker, DeViva y Zayfert (2004) informan que 12% de pacientes con fobia social reunió criterios para TCA, se ha constatado que la prevalencia de la fobia social en la anorexia nerviosa restrictiva y compulsivo-purgativa es significativamente más frecuente, pudiendo oscilar entre 20% y 59% (Brewerton et al., 1995; Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996; Bulik, Sullivan, Fear & Joyce, 1997; Godart et al., 2000). Además debe considerarse que el trastorno de personalidad ansiosa (evitador o temeroso), posee una prevalencia de vida de 5%, siendo un indicador de riesgo importante para los TCA (Sipos et al., 2006). Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) y Schwalberg et al. (1992) encontraron que en pacientes bulímicas, la fobia social era uno de los diagnósticos más prevalentes. Es 10 veces más frecuente en los TCA que en el resto de las muestras y en un estudio se constató que la mitad de los casos de bulimia nerviosa presentaba síntomas que cumplían criterios de fobia social (Steere, Butler & Cooper, 1990). En otra investigación, la mayoría informó el comienzo de la fobia social en la infancia, previo al inicio del TCA, apoyando la posibilidad de representar un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa (Kaye et al., 2004).

Evidencia de trastornos de ansiedad social en los TCA

Flament, Godart, Fermanian y Jeammet (2001) y Godart et al. (2004) detectaron que 86% de las pacientes anorécticas y 65% de las bulímicas tuvieron discapacidad en relación al "rol social" (tiempo libre, tiempo dedicado a las amistades) y 86% y 61% al "rol ocupacional" (actividades laborales o educacionales), respectivamente. Los predictores de discapacidad fueron, para el rol social, los síntomas de evitación social y diagnósticos de trastornos ansiedad de separación; para el rol ocupacional, además de la presencia de estos últimos, el número de trastornos de ansiedad padecidos durante la vida.

La ansiedad social y los TCA frecuentemente se

traslapan y favorecen que el afecto negativo no expresado se transfiera hacia el cuerpo y de esta manera generar síntomas propios de los TCA (McLean, Miller & Hope, 2007). Gilbert y Meyer (2003) observaron que la ansiedad social predijo motivación por la delgadez, mientras que los niveles de comparación social predijeron actitudes bulímicas. Altos niveles de fobia social comórbida en pacientes alimentarias se asocian con altos niveles de creencias orientadas hacia aspectos sociales (abandono, imperfección/timidez) (Hinrichsen, Waller & Dhokia, 2007), con un elevado riesgo para depresión crónica e intentos de suicidio, ejerciendo un impacto adverso en el pronóstico (Stein, 2006). Aquellas pacientes con niveles más altos de ansiedad social informan inhibición emocional y sentimientos de abandono más alto (Hinrichsen, Waller & Emanuelli, 2004).

En una investigación realizada por Behar, Iglesias, Barahona y Casanova (2007) se detectó que la severidad de la ansiedad social, medida por la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*) (Fresco et al., 2001; Bobes et al., 1999), fue significativamente mayor en el grupo con TCA que en estudiantes sin TCA (40,7% versus 7,4%) ($p < .001$), siendo su prevalencia severa a muy severa, de 14,8% (IC95%: 7,1% a 27,7%) en el primer grupo, contra 0 en el segundo ($p < .001$), exhibiendo 5,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad social de cualquier nivel (moderada a muy severa) cuando había TCA que cuando no lo había. El hallazgo de prevalencia de fobia social de 40,7% en las pacientes alimentarias coincide con los rangos señalados por varios autores (Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996; Bulik et al., 1997; Steere et al., 1990). No obstante, nuestras pacientes anorécticas obtuvieron una cifra superior a la encontrada por Steere et al. (1990) (66,6% versus 20%).

Alexitimia

Concepto de alexitimia

La existencia de alexitimia, del griego: a (sin), *lexis* (palabra) y *thimos*, (afecto), etimológicamente representa la "falta de palabras para expresar las emo-

ciones propias”, cuyo constructo fue introducido por Sifneos en los 70’ (1973). La alexitimia se expresa a través de las siguientes características: 1. Dificultad para identificar y describir los sentimientos; 2. Dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales del *arousal* (activación) emocional; 3. Constricción en la vida simbólica, y 4. Un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto (Taylor, Bagby & Parker, 1997; Taylor & Bagby, 2000). Estos rasgos generan un déficit en la capacidad cognitiva del procesamiento y la regulación de las emociones, predominando las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de las emocionales.

Epidemiología

Guilbaud et al. (1999) constataron las puntuaciones más altas para alexitimia en las anorécticas (56%) *versus* las bulímicas (32%) y el grupo control (12%). Bourke, Taylor, Parker y Bagby (1992) detectaron que la prevalencia de alexitimia en anorécticas fue 77,1% comparada con 6,7% en mujeres normales, correlacionándose negativamente con el nivel educacional.

Evidencia de alexitimia en los TCA

Como señalaba Bruch (1985), las pacientes anorécticas experimentan sus emociones con desconcierto y generalmente son incapaces de describirlas y reconocerlas (Zonnevillje-Bendek, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland, 2002). Por otro lado, las pacientes con bulimia nerviosa a menudo responden al estrés con comilonas y purgas, pero poseen dificultad para relacionar sus conductas con sus desencadenantes emocionales. En ellas, la alexitimia puede ser un rasgo, no influido por la mejoría clínica, a menos que se ofrezca tratamiento psicológico que estimule la expresión de sentimientos (Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993). Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak y Treasure (2004) verificaron que las pacientes con anorexia nerviosa exhibían una pobre capacidad de reconocimiento emocional para afectos negativos en rostros que puede contribuir a una pobre comunicación interpersonal y a falta de

empatía. La dificultad en identificar sentimientos puede actuar como un factor pronóstico negativo a largo plazo en la evolución de pacientes con TCA (Speranza et al., 2003; Speranza, Loas, Wallier & Corcos, 2007).

El déficit de la consciencia interoceptiva incluido en la subescala del EDI, Inventario de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*) (Garner, Olmstead & Polivy, 1983) evalúa características alexitímicas exhibidas sistemática y significativamente con altos puntajes en pacientes con cuadros TCA en relación a los grupos control ($p < .001$) en diversas investigaciones (Behar, 2010a).

Según Becker-Stoll y Gerlinghoff (2004) la falta de regulación emocional y por lo tanto, la alexitimia no es solamente un rasgo de personalidad, sino el resultado de la historia individual de aprendizaje en el manejo de las emociones, especialmente con estados insoportables y negativos de excitación emocional, en el contexto de las interacciones con las figuras vinculares (Cole-Detke & Kobak, 1996). En una exploración, las mujeres con trastorno *borderline* de personalidad y anorexia nerviosa fueron más alexitímicas que las controles, las anorécticas fueron más alexitímicas que sus padres y la alexitimia se relacionó inversamente con la capacidad de empatía (Guttman & Laporte, 2002).

Troop, Schmidt y Treasure (1995) destacan que las anorécticas restrictivas exhiben puntajes significativamente más elevados en el TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto) (*Toronto Alexithymia Scale*) (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Martínez-Sánchez, 1996) que las bulímicas y los controles, conclusiones similares a las mencionadas por Schmidt et al. (1993). Laquatra y Clopton (1994) determinaron que las anorécticas restrictivas muestran mayor disminución de su vida imaginativa que las bulímicas. Hubo una tendencia hacia la no comunicación de sentimientos y las pacientes con TCA expresaron menos sus sentimientos que el grupo comparativo. Jimerson, Wolfe, Franko, Covino y Sifneos (1994) verificaron que la severidad de la bulimia nerviosa se relacionó con altas cifras de alexitimia comparada con controles. Taylor, Parker, Bagby y Bourke (1996)

observaron que la TAS-20 se correlacionó significativamente con las subescalas del EDI en anorécticas del subtipo compulsivo-purgativo.

Los padres de hijas con TCA han mostrado puntajes más altos en la TAS-20 y sus factores, los cuales se han asociado con neuroticismo, ansiedad y depresión. La alexitimia en ellos podría ser un rasgo de personalidad pero también podría representar un estado debido al estrés (Espina, 2003). Onnis y Di Genaro (1987) plantean que la alexitimia, más que un problema individual, es el síntoma de una familia “psicosomatógena”, que evita el conflicto y las tensiones emocionales para mantener una aparente armonía.

Alexitimia y depresión en los TCA

Los TCA están asociados con los trastornos afectivos y con déficits específicos en el funcionamiento emocional (Zonnevylle-Bendek et al., 2002). La alexitimia y la anhedonia —la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, propia de la depresión—, se refieren a una deficiencia en la regulación emocional. Por otra parte, se ha pesquisado que los puntajes de alexitimia tienden a decrecer a medida que la depresión mejora, de modo que no está claro si la alexitimia es una causa o síntoma de depresión.

Se ha demostrado que la alexitimia tiene un efecto moderador implícito del proceso de información emocional que no puede ser explicado por el ánimo o la afectividad negativa (Vermeulen, Luminet & Cornille, 2006). Sin embargo, la alexitimia en los TCA puede ser un estado debido a la depresión y ansiedad (Eizaguir, de Cabezo, de Alda, Olariaga & Juaniz, 2004). En un estudio realizado en mujeres con TCA, éstas obtuvieron altos puntajes en alexitimia y anhedonia frente al grupo control. Entre las alexitímicas, 8,9% eran anhedónicas sociales y 31,1% tuvieron anhedonia física, mientras que entre estas últimas, 2/3 eran alexitímicas, la misma proporción de participantes con anhedonia social fueron alexitímicas (66,7%) (Deborde et al., 2006).

Cochrane, Brewerton, Wilson y Hodges (1993) establecieron que la autoestima y los síntomas de-

presivos en mujeres con TCA se correlacionan con alexitimia alta, además puntualizan que el peso o la frecuencia de los atracones no intervienen en el TAS elevado. En Chile, Tapia y Ornstein (1997) en pacientes anorécticas y bulímicas detectaron que 55,8% de ellas alcanzó puntajes positivos para depresividad. 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 nerviosa respecto a la presencia de alexitimia que apareció relacionada a depresividad.

Speranza et al. (2005) precisaron que las pacientes bulímicas mostraban mayor dificultad para identificar sentimientos y las anorécticas restrictivas exhibieron una mayor dificultad para describirlos. Entre todas las pacientes alimentarias, la dependencia se asoció con la dificultad para identificar sentimientos sólo en las pacientes anorécticas. Para las pacientes que manifiestan características alexitímicas antes del inicio de los síntomas bulímicos, los déficits afectivos en situaciones interpersonales pueden contribuir a sentimientos de incertidumbre y baja autoestima, que a su vez pueden causar depresión, ansiedad y conductas impulsivas (Wolfe, Jimerson & Levine, 1994). Speranza et al. (2003) sugieren que una dimensión depresiva puede facilitar el desarrollo de dependencia en sujetos vulnerables alexitímicos (e.g. alcoholismo, drogadicción o TCA), lo que a su vez posee implicancias terapéuticas.

Sexton, Sunday, Hurt y Halmi (1998) examinaron la relación entre alexitimia, depresión y el eje II, señalando que las pacientes anorécticas restrictivas mostraron puntajes totales y en el Factor II (dificultad en la expresión de sentimientos) del TAS, más elevados que las controles, estableciendo que tanto en la anorexia nerviosa compulsivo-purgativa y en la bulimia nerviosa, la alexitimia es una reacción y no un factor causante de los TCA. Este factor parece ser una característica relativamente estable en la anorexia nerviosa restrictiva. El nivel de depresión y la presencia de trastorno de personalidad evitada fueron las variables más predictoras para el puntaje total de alexitimia. Mazzeo y Espelage (2002)

sostienen que el desarrollo de alexitimia y síntomas depresivos en respuesta a experiencias infantiles de abuso y descuido parece estar fuertemente asociada a la severidad de los TCA.

Implicancias terapéuticas

De Groot, Rodin y Olmsted (1995) evaluaron la alexitimia en mujeres con bulimia nerviosa y su interrelación entre depresión y síntomas somáticos y determinaron que la terapia de grupo contribuye a la reducción significativa de la alexitimia; 61,3% de las bulímicas eran alexitímicas antes del tratamiento y sólo 32,3% de ellas continuó siéndolo postratamiento, aunque la depresión estuviese controlada. Al alta, la ausencia de comilonas y purgas se asoció con una clara reducción en la alexitimia, si bien hubo una correlación significativa entre los puntajes de TAS-20, depresión y frecuencia de los vómitos. Estos autores concluyen que la alexitimia entre las mujeres bulímicas no es simplemente una concomitante del TCA. Su reversibilidad parcial después de un programa de psicoterapia intensiva puede ser un efecto directo del tratamiento y/o secundaria a la reducción de los síntomas depresivos y/o comilonas y purgas.

Asertividad

Actitudes y conductas no asertivas en los TCA

Diversos autores (Behar, 2010b, 2010c; Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982) han señalado que las pacientes con TCA presentarían, antes del comienzo de la enfermedad, 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 comunicación 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, en psicoterapia al mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, así como en su auto-expresión social (participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc.) (Gismero, 2001).

En los TCA 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 aprobación. Su miedo a la crítica les hará callar. Sólo se esmeran por quedar bien y agradar. Apoyar la expresión de sus auténticas opiniones es uno de los principales pilares de su recuperación (Calvo, 2002).

Evidencia de déficit de asertividad en los TCA

Williams, Chamove y Millar (1990) señalaron que las pacientes alimentarias se perciben a sí mismas como muy controladas por su familia y la sociedad, pero ellas no actúan de forma asertiva con sus «controladores». Además determinaron que la carencia de asertividad concuerda 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 (Williams et al., 1993). Una forma de conducta no asertiva es la agresión/hostilidad autodirigida, manifestada como sentimientos de culpa y autocrítica, lo que plantea que la intervención terapéutica deba estar encauzada a contrarrestar tales sentimientos negativos hacia el sí mismo (*self*). Se dispone de escasas investigaciones que analizan la relación entre anorexia nerviosa y el funcionamiento interpersonal deficitario (Fernández et al., 1996). Garner y Garfinfel (1985) fueron los primeros autores que establecieron una relación entre el aislamiento social y la falta de autoestima y autoafirmación en pacientes anorécticas. Toro y Vilardell (1987) explicaron las dificultades en las relaciones sociales que presentan estas pacientes. Bruch (1978) las describe como padeciendo “una paralizante sensación de ineficacia personal”, con ausencia de auto-aserción, con notoria deferencia y sumisión, atribuyendo esta

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» (Bruch, 1982a, 1982b). Chinchilla (1994) ha destacado en la anorexia nerviosa una dificultad para expresar con palabras, afectos y emociones, deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa con el fin de 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 Clement (1980), en un estudio correlacional con una población subclínica de universitarias, hallan relación entre comilonas y déficit asertivo. Fischer-McCann (1985) observó que aunque las bulímicas son más extrovertidas que las anorécticas, se muestran menos asertivas que los controles y que las pacientes en psicoterapia sin TCA. Otros autores encuentran relación entre bulimia y grado de tensión experimentado en situaciones de aserción (Wolf & Crowther, 1983), o más cogniciones inhibitorias de conductas asertivas en bulímicas que en muchachas normales (Mizes, 1989).

Behar, Manzo y Casanova (2006) verificaron que un grupo de pacientes con TCA mostraron una menor asertividad, medida por la Escala de Asertividad de (Rathus Assertiveness Scale; Rathus, 1973; Muldman, 1984) frente a otro grupo de estudiantes sin TCA ($7,5 \pm 26,1$ versus $22,4 \pm 22$ puntos; $p \leq .001$), hallazgo que corrobora lo descrito en los artículos publicados en torno a esta temática. La ausencia de auto-aserción se manifestó principalmente por la timidez, la ansiedad paralizante ($2,0 \pm 11,4$ versus $8,0 \pm 8,5$ puntos; $p \leq .001$), la sumisión y la dependencia ($-0,6 \pm 9,2$ versus $4,1 \pm 7,6$ puntos; $p \leq .002$) que afectan la habilidad en el comportamiento interpersonal, la así llamada «competencia social» (Spitzberg & Cupach, 1989) de cuyo concepto Gresham y Reschly (1987) 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 TCA 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. Asimismo, Behar et al. (2006) encontraron que la falta de asertividad en las pacientes, representó una alta capacidad predictiva para el desarrollo de un TCA (53,2%) en esta población.

Böhle, Wietersheim, Von Wilke y Feireis (1991) determinaron la existencia de un mayor aislamiento social en el grupo de pacientes con anorexia nerviosa que en el grupo con bulimia nerviosa, 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» (García y Gil, 1993). Este déficit asertivo puede preceder a la instalación del TCA y también potenciarse y perpetuarse durante su evolución.

Implicancias terapéuticas

Schneider y Agras (1985) demostraron que la presencia de asertividad, entre otros aspectos, es significativa en el descenso de la frecuencia de los vómitos semanales en la mayoría de las pacientes bulímicas tratadas con terapia cognitivo-conductual. Asimismo, Beresin (1998) asocia una mayor asertividad en pacientes con TCA con un buen pronóstico en la recuperación a corto y largo plazo.

La evidencia apunta 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. De hecho, se ha señalado que la educación nutricional es más beneficiosa para aquellos casos con un mayor grado de asertividad y con menos niveles de ansiedad, depresión y TCA (Franca et al., 2004; Gilbert, 1986). Por lo demás, las pacientes alimentarias han

evaluado entre el rango de las terapias más efectivas, el entrenamiento asertivo (Lemberg & May, 1991).

Discusión

La ansiedad social en los TCA, que puede transformarse en una auténtica fobia social, se traduce principalmente en temor a situaciones relacionadas con el comer y el rechazo o críticas referidas al peso y/o silueta corporal ante la observación de los demás, en un contexto de autoestima baja, perfeccionismo y timidez (Franca et al., 2004; Gilbert, 1986), exhibidos en diversos grados por las pacientes alimentarias y que revierten junto con el trastorno de ansiedad, en gran parte una vez compensado el TCA. La evidencia demuestra que sistemáticamente la prevalencia de ansiedad social, es significativamente más alta, especialmente en las pacientes anorécticas, incluso en rangos severos o muy severos, en contraste a los controles (Behar et al., 2007). Además, es preciso considerar la posible coexistencia del trastorno de personalidad evitador, como rasgo premórbido (Sipos et al., 2006) que contribuye dimensionalmente al empeoramiento de los diagnósticos categoriales; vale decir, el TCA y el trastorno fóbico social (Behar, 2010b, 2010c).

La alexitimia observada en los TCA, equivalente a un déficit en la consciencia interoceptiva, ya sea como rasgo en la anorexia nerviosa y reactiva en la bulimia nerviosa, se expresa como una dificultad para identificar, describir y discriminar sentimientos y sensaciones corporales, favoreciendo un estilo cognitivo dirigido hacia lo externo y concreto, con restricción de la capacidad de fantasear, predominando las respuestas fisiológicas y conductuales, con un menoscabo en la regulación emocional (Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997). Habitualmente las bulímicas presentan más dificultad para reconocer sentimientos y las anorécticas restrictivas para describirlos (Speranza et al., 2005). Los estudios de prevalencia destacan de manera significativa, altas cifras de alexitimia primordialmente en las anorécticas restrictivas (Bourke et al., 1992). También los pa-

dres de pacientes con TCA muestran altos niveles de alexitimia, configurando una dinámica familiar que evita los conflictos y las tensiones emocionales para mantener una apariencia armónica (Onnis & Di Genaro, 1987). Es frecuente la asociación entre alexitimia y depresión en los TCA, pero es controvertido si la alexitimia es causa o síntoma de depresión, aunque se ha constatado que los niveles de alexitimia tienden a disminuir mientras la depresión y el TCA mejoran (Behar, 2009).

La falta de asertividad en los TCA genera discapacidad en la competencia social para confrontar los eventos comunicacionales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia comunicación de sentimientos y opiniones (Garner, Bemis, 1982; Behar, 2010b, 2010c; Bruch, 1973; Crisp, 1981; Slade, 1982;). Contribuyen a este déficit los rasgos de sumisión o timidez, sentimientos de inutilidad personal y necesidad de aprobación por los otros (Williams et al., 1993). La mejoría en el TCA se asocia comúnmente a mayor asertividad (Beresin, 1998). A pesar de ser una característica sumamente prevalente en los TCA frente a grupos comparativos, existen escasas publicaciones recientes que relacionan el interferido funcionamiento interpersonal mostrado particularmente por las pacientes anorécticas y la falla en la conducta asertiva.

Conclusiones

Las comorbilidades analizadas en este artículo implican condiciones que repercuten significativamente como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes en el surgimiento de los TCA (Behar, 2010b), originando un verdadero círculo vicioso con la sintomatología clínica propia de estos desórdenes, dificultando su manejo terapéutico efectivo y por consiguiente su recuperación integral, psicopatológica y psicosocial, a mediano y a largo plazo (Behar, 2010c), ya que el deterioro de las habilidades sociales favorecerá inevitablemente los conflictos en las relaciones con el otro, a nivel social y privado,

la incomunicación y la insuficiencia de recursos intrapsíquicos para poder acceder a cierto tipo de abordajes psicoterapéuticos que pueden incluso considerarse contraindicados (ej. psicoterapia de orientación psicodinámica en la anorexia nerviosa) (Figueroa, 2010). Es imperioso entonces el reconocimiento y tratamiento precoces de estas condiciones con el fin de prevenir primariamente el desarrollo de los TCA que afectan principalmente a mujeres jóvenes, en plena edad productiva y que pueden presentar un desenlace fatal.

Referencias

- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1, 33-40.
- Becker, C., DeViva, J., & Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 3, 255-74.
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 159-163.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad, *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.
- Behar, R., Iglesias, B., Barahona, M., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45, 3, 211-220.
- Behar, R. (2009). Alexitimia, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos del Ánimo*, 5, 1, 19-27.
- Behar, R. (2010a). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48, 2, 135-146.
- Behar, R. (2010b). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*, (pp.121-47). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010c). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G. (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*, (pp. 95-120). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Beresin, E. (1998). *Treatment of eating disorders*. Health Care System members. Toronto: Massachusetts General Hospital. Meeting in APA.
- Blanco, C., Nissenson, K., & Liebowitz, M. (2001). Social anxiety disorder: Recent findings in the areas of epidemiology, etiology, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 3, 4, 273-80.
- Bobes, J., Bad, X., Luque, A., García, M., González, M., & DalRe, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 14, 530-538.
- Böhle, A., Wietersheim, J., Von Wilke, E., & Feireis, H. (1991). Die Soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia Nervosa und Bulimia. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 3, 282-91.
- Bourke, P., Taylor, G., Parker, J., & Bagby, R. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Brewerton T, Lydiard R, Herzog D, Brotman A, O'Neil P, & Ballenger J. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 77-80.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. London: Open Books.
- Bruch, H. (1982a). Anorexia nervosa. Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538
- Bruch, H. (1982b). Treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 303-312.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In; D. Garner, P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 7-19). New York: Guilford Press.
- Brunello, N., den Boer, J., Judd, L., Kasper, S., Kelsey, J., Lader, M., et al. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60, 1, 61-74.
- Bulik, C., Sullivan, P, Fear, J, & Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A contro-

- lled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia nerviosa y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Cochrane, C., Brewerton, T., Wilson, D., & Hodges, E. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 2, 219-22.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 282-299.
- Crisp, A. (1981). Nutritional disorders and the psychiatric state. In: H. Van Praag, M. Lades, O. Rafaelsen, E. Sachar (Eds.), *Handbook of Biological Psychiatry: Part IV pp. 653-683. Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry*. New York: Marcel Dekker.
- Deborde, A, Berthoz, S., Godart, N., Perdereau, F., Corcos, M., & Jeammet, P. (2006). Relations between alexitimia and anhedonia: A study in eating disordered and control subjects. *Encephale*, 32, 83-91.
- De Groot, J., Rodin, G., & Olmsted, M. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 1, 53-60.
- Eizaguir, A., de Cabezoi, A., de Alda, I., Olariaga, L., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.
- Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 6, 553-560.
- Evans, L., & Wertheim, E.H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Psychosomatic Research*, 44, 3-4, 355-65.
- Fernández, F., Turón, J., Menchón, J., Vidal, S., Vallejo, J., & Pifarré, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23, 30-5.
- Figueroa, G. (2010). Fundamentos y técnica de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de la anorexia nerviosa. En: R. Behar, G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. (pp. 293-313). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Fisher-McCanne, L. (1985). Correlates of bulimia in college students: Anxiety, assertiveness, and locus of control. *Journal of College Student Personnel*, 26, 306-10.
- Flament, M., Godart, N., Fermanian, J., & Jeammet P. (2001). Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 6, 2, 99-106.
- Franca, S., D'ivernois, J., Marchand, C., Haenni, C., Ybarrá, J., & Golay, A. (2004). Evaluation of nutritional education using concept mapping. *Patient Education and Counseling*, 52, 183-92.
- Fresco, D., Coles, M., Heimberg, R., Liebowitz, M., Hammi, S., Stein, M., et al. (2001). The Liebowitz social anxiety scale: A Comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-35.
- García, M., & Gil, F. (1993). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
- Garner, D., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to the treatment of anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-50.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, S. (1986). *Pathology of eating. Psychology and treatment*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Gilbert, N., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: Differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4, 3, 257-64.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Clinica y Salud*, 12, 289-304.
- Godart, N., Flament, M., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45
- Godart, N., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet P. (2003). Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients. *Encephale*, 29, 2, 149-560.
- Godart, N., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P, Loas, G., Corcos, M., Jeam-

- met, P., Flament, M. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 4, 249-57.
- Goodwin, R., & Fitzgibbon, M. (2002). Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 1, 103-6.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Kaufbold, J., Overbeck, G., & Stangier, U. (2005). Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 2, 179-93.
- Gresham, F., & Reschly, D. (1987). Dimensions of social competence. Method factors in the assessment of adaptive behaviour, social skills, and peer acceptance. *Journal of School Psychology*, 25, 367-81.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., & Jeammet, P. (1999). Vulnérabilité psychosomatique et troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 157, 6, 390-401.
- Guttman, H., & Laporte L. (2002). Alexitimia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 6, 448-55.
- Herzog, D., Nussbaum, K., & Marmor, A. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-59.
- Hawkins, R., & Clement, P. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, 219-26.
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Emanuelli, F. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: Associations with core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 11, 784-787.
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Dhokia, R. (2007). Core beliefs and social anxiety in the eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 12, 1, 14-18.
- Jimerson, D., Wolfe, B., Franko, D., Covino, N., & Sifneos, P. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: Clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 2, 90-93.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2215-2221.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 42-47.
- Laquatra, T., & Clopton, J. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19, 4, 373-380.
- Lemberg, R., & May, M. (1991). What works in in-patient treatment of eating disorders: The patient's point of view. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 5, 29-38.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clinica y Salud*, 7, 1, 19-32.
- Mazzeo, S., & Espelage, D. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 1, 86-100.
- Mizes, J. (1989). Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy*, 20, 603-8.
- McLean, C., Miller, N., & Hope, D. (2007). Mediating social anxiety and disordered eating: The role of expressive suppression. *Eating Disorders*, 15, 1, 41-54.
- Muldman, F. (1984). La escala de asertividad de Spencer A Rathus (RAS): Estructura factorial. *Terapia Psicológica*, 4, 72-7.
- Onnis, L., & Di Genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisión crítica. *Medicina Psicosomática*, 32, 45-64.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Rymaszewska, J. (2007). The social functioning of individuals with various psychiatric disorders. *Psychiatria Polska*, 41, 1, 39-51.
- Sexton, M., Sunday, S., Hurt, S., & Halmi, K. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 3, 277-86.
- Sipos, V., Schweiger, U., & Renneberg, B. (2006). Anxious (avoidant) personality disorder. *MMW Fortschritte der Medizin*, 148, 8, 32, 34-5.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 1, 54-58.
- Schneider, J., & Agras, W. (1985). A cognitive behavioral treatment of bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 66-69.
- Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S., & Howard, L. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Jo-*

- urnal of Abnormal Psychology, 101, 675-681.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Speranza, M., Stéphan, P., Corcos, M., Loas, G., Taieb, O., Guilbaud, O., et al. (2003). Relationships between alexithymia, depression and interpersonal dependency in addictive subjects. *Annales de Médecine Interne*, 154, 1, S65-75.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stephan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., et al. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 2, 153-163.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexitimia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 4, 365-71.
- Spitzberg, B., & Cupach, W. (1989). *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer-Verlag.
- Steere, J., Butler, G., & Cooper, P. (1990). The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 3, 293-301.
- Stein, M. (2006) An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Suppl 12, 3-8.
- Tapia, P., & Ornstein, C. (1997). Alexitimia en anorexia nervosa y bulimia nervosa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 35, 4, 579-584.
- Taylor, G., Parker, J., Bagby, R., & Bourke, M. (1996). Relationship between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 6, 561-568.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G., & Bagby, R. (2000). An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On R, Parker J, editors. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass. p. 40-67.
- Toro, J., & Vilardel, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Troop, N., Schmidt, U., & Treasure, J. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 2, 151-157.
- Vermeulen, N., Luminet, O., & Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from an affective priming paradigm. *Cognition & Emotion*, 20, 64-69.
- Williams, G., Chamove, A., & Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness, and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 327-335.
- Williams, G., Power, K., Millar, H., Freeman, C., Yellowless, A., Dowds, T. et al. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.
- Wolf, E., & Crowther, J. (1983). Personality and eating habit variables as predictors of severity of binge eating and weight. *Addictive Behaviors*, 8, 335-344.
- Wolfe, B., Jimerson, D., & Levine, J. (1994). Impulsivity ratings in bulimia: Relationship to binge eating behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 289-292.
- Zonnevijlle-Bendek, M., van Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 1, 38-42.