

# Impulsividad y asertividad en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

## Impulsivity and assertiveness in eating disordered women

Rosa Behar Astudillo<sup>1</sup> y Raúl Pomareda Echeverría<sup>1</sup>

**Background:** Impulsivity and assertiveness are two of the most studied features in eating disorders (ED), although impulsivity has not been sufficiently characterized and the evidence regarding assertiveness is scarce. **Objective:** To analyse levels of impulsivity and assertiveness in women with and without ED. **Method:** A cross-sectional analytical study, with non-probabilistic sampling in female patients with ED was carried out, contrasting them with women without ED as controls. The Eating Attitude Test (EAT-40), the Barratt (BIS) and Rathus (RAS) scales were applied to 42 control subjects and 42 patients with ED. **Results:** There were no statistically significant differences between groups in terms of sociodemographic characteristics. EAT-40 scores were higher in eating disordered patients ( $p = 0.000$ ). There were no statistically significant differences between groups in total RAS scores, except for R1 ( $p = 0.004$ ) and R3 ( $p = 0.035$ ) subscales. Total BIS score also had statistically significant differences ( $p = 0.003$ ) as well as Cognitive Impulsivity (CI) ( $p = 0.000$ ) and Motor Impulsivity (IM) subscales ( $p = 0.0032$ ). There was a statistically significant positive correlation between total scores of EAT-40 and RAS, and R1 and R2 subscales, and a statistically significant negative one between EAT-40 and BIS, and IC and IM subscales. **Conclusions:** Patients with ED have higher levels of impulsivity and lower levels of assertiveness.

**Key words:** Feeding and eating disorders, Impulsivity, Assertiveness.  
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (2): 102-112

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TCA) son desórdenes psiquiátricos, que suelen afectar principalmente a mujeres adolescen-

tes y adultas jóvenes, de acuerdo a Micali et al<sup>(1)</sup>. Su característica nuclear consiste en una perturbación del comer o en las conductas relacionadas a la ingestión de alimentos que resultan en un consumo o absorción al-

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/02/06

Recibido: 2020/05/15

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Casilla 92-V, Valparaíso, Chile,

terados de nutrientes<sup>(2)</sup>. Influencias psicológicas como la falta de fomento de autonomía propia por parte del grupo familiar y una percepción de excesivo control externo, han sido considerados como factores relevantes en el contexto de estas patologías por Williams et al<sup>(3, 4)</sup>, que favorecen la dificultad para el funcionamiento asertivo social, así como lo han sugerido Behar, et al<sup>(5, 6)</sup>. Al mismo tiempo, investigaciones previas relacionan los TCA e impulsividad, siendo esta última un rasgo distintivo en algunas de estas patologías como Sysko et al<sup>(7)</sup>, de hecho este rasgo se asocia a un déficit en procesos inhibitorios, lo cual afectaría la actitud hacia la comida, conduciendo así a alteraciones en la ingesta de alimentos y en casos más graves a TCA, según lo han señalado Bénard et al<sup>(8)</sup>.

La impulsividad, o la incapacidad de suprimir una acción dominante o no deseada, no se puede definir como un constructo único, sino que abarca una gama de descontrol conductuales, tales como la inhibición de la respuesta y el retraso de la gratificación, como postulan Stein et al<sup>(9)</sup>. Una mayor impulsividad ha sido reportada en las adicciones químicas (cocaína, alcohol, nicotina) y conductuales (sexo, juego, compras), así como en los trastornos de personalidad<sup>(10)</sup>. Algunos investigadores, incluyendo pacientes en programas de tratamiento, informan una mayor impulsividad en individuos con TCA comparados con controles, tales como Fahy y Eisler (1993); Newton et al (1993); Wolfe et al, (1994)<sup>(11-13)</sup>. Además, diversos estudios (Nasser et al, 2004; Galanti et al, 2007) muestran una asociación entre mayores puntajes en la evaluación del ítem impulsividad y conductas de ingesta compulsiva (ej. pérdida de control sobre el consumo alimentario, comer en solitario debido a la vergüenza) en pacientes con trastorno por atracones<sup>(14, 15)</sup>.

La asertividad es una característica compleja de la personalidad (16), cuyo concep-

to implica poseer habilidades, tales como defender los propios derechos y opiniones mientras se mantiene relaciones interpersonales satisfactorias (17). En dos publicaciones, Williams et al (3, 18) señalan que las pacientes con TCA presentaban menos asertividad personal en comparación a personas sin este trastorno. Behar et al (6), confirmaron esta diferencia entre una muestra clínica, pacientes en riesgo y controles. Levallius et al (19), encontraron que el rasgo de personalidad que mejor predice la mejoría en pacientes con TCA es precisamente la asertividad.

Impulsividad y asertividad son dos de los rasgos más importantes estudiados en TCA (7,19). Para su evaluación, respectivamente las escalas de Barrat y Rathus se han utilizado ampliamente en diversas investigaciones (20-22). Sin embargo, la impulsividad no ha sido suficientemente caracterizada en estos cuadros (7) y la evidencia en cuanto a asertividad es escasa (19, 23). Además, existen pocas publicaciones nacionales que conecten estos rasgos y los TCA (6).

El objetivo de este estudio es detectar la presencia de impulsividad y asertividad, en sus diferentes niveles, analizándolos comparativa y correlacionalmente, en mujeres con y sin TCA.

## METODOLOGÍA

### Diseño y muestra

Se trata de un estudio observacional y analítico transversal. Las pacientes con TCA se seleccionaron por muestreo consecutivo entre Agosto de 2005 y Febrero del 2020, en la región de Valparaíso, y sus antecedentes se recopilaron en una base de datos anónima por un psiquiatra clínico especializado en TCA y/o un residente del programa de formación en Psiquiatría, debidamente entrenado. El grupo control se configuró por muestreo no probabilístico, por conveniencia, entre mujeres estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

so.

Se calculó el tamaño muestral para ambas variables estudiadas con el programa STATA 12, considerando una potencia estadística de 80%, un error alfa de 0,05, y el mismo número de participantes para ambos grupos. Todas las participantes aceptaron o rechazaron de manera voluntaria contestar los instrumentos de recolección de datos, previo consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: a) Ser de sexo femenino, b) Mayor o igual a 16 años y menor o igual a 40 años; y los de exclusión: a) Paciente con discapacidad intelectual, b) Paciente que durante la entrevista o aplicación de los cuestionarios se encuentre con compromiso de conciencia y/o cursando un episodio psicótico.

### Instrumentos

A todas las sujetos de la muestra, se les administró una entrevista estructurada confeccionada por los autores y la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 1):

1. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) (Eating Attitudes Test) (24-26).
2. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Barratt Impulsiveness Scale) (22, 27, 28).
3. Escala de Asertividad de Rathus (RAS) (Rathus Assertiveness Scale) (20, 29)
4. Entrevista semi-estructurada: incluyó características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, comorbilidades psiquiátricas y médicas) y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-5 (30) para TCA, lo que permitió pesquisar y/o confirmar la presencia de esta patología en el grupo comparativo.

### Análisis estadístico

Se creó una base de datos a partir de la planilla Excel, exportada a STATA 12, con el cual se realizaron todos los procedimientos

descriptivos y pruebas estadísticas (promedio para variables con distribución normal y mediana para no paramétricas) y de dispersión (desviación estándar [DS] para variables paramétricas y rango intercuatílico [RIQ] para las no paramétricas). La comprobación de normalidad se realizó mediante test de Shapiro Wilk. Las variables cualitativas fueron analizadas mediante proporciones. Se analizó la asociación entre las variables dependientes e independientes. Para variables cuantitativas se aplicaron pruebas T Student (test de Wilcoxon en las no paramétricas). Las variables cualitativas de menos de 2 categorías se analizaron con Chi2 y las de más de 2 categorías con ANOVA (Kwallis, en caso de no tener distribución normal). Se realizaron además pruebas de correlación entre variables cuantitativas.

### RESULTADOS

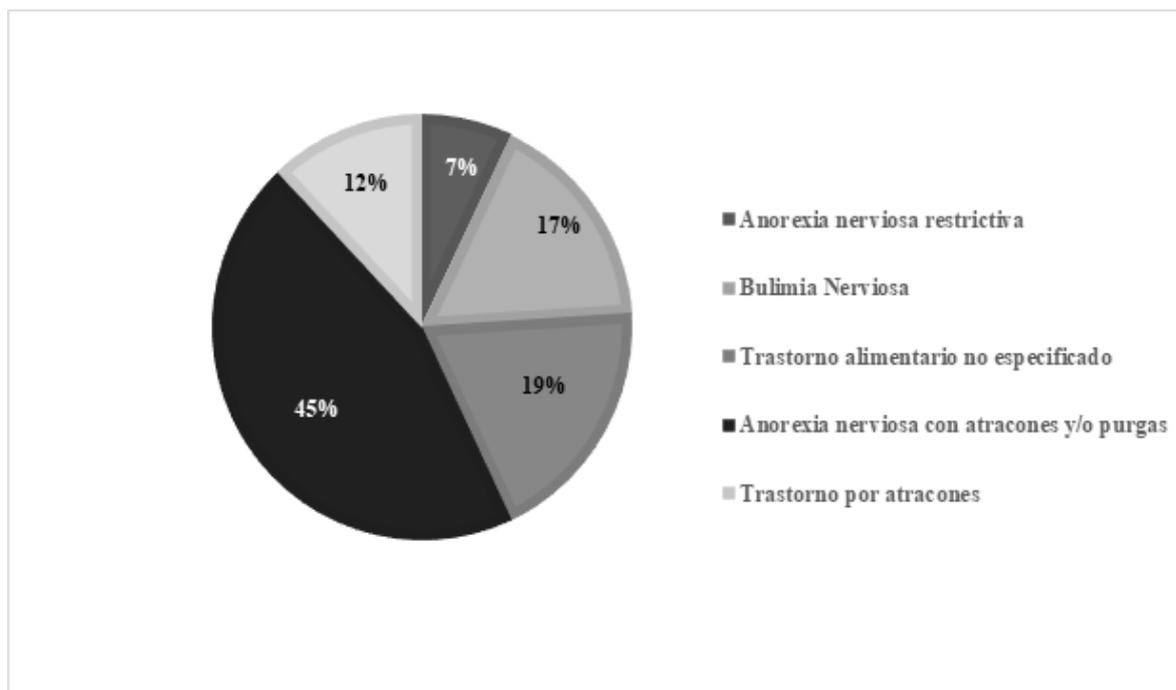
En la Tabla 2 se describen y comparan las características sociodemográficas analizadas para ambos grupos, entre los cuales no hubo diferencias estadísticamente significativas. Además, se estudiaron los diagnósticos específicos dentro del grupo de pacientes (Figura 1).

Los puntajes obtenidos en las escalas aplicadas según sean sujetos controles o con TCA se muestran en la Tabla 3. El puntaje en la escala EAT-40 fue significativamente mayor en las pacientes con TCA ( $p=0,000$ ) versus el grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala Rathus, pero si en las subescalas R1 ( $p=0,004$ ) y R3 ( $p=0,035$ ), cuyos puntajes fueron más bajos en las pacientes con TCA. El puntaje total de la escala Barratt también tuvo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,003$ ), alcanzando puntajes mayores en el grupo TCA, así como en las subescalas IC ( $p=0,0001$ ) y de IM ( $p=0,0032$ ), en contraste al grupo control (Tabla 4). El análisis correlativo entre los puntajes obtenidos en

**Tabla 1.** Descripción de instrumentos

<p><b>Test de actitudes alimentarias (<i>Eating Attitudes Test</i>) (EAT-40)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 preguntas auto-aplicables 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</li> <li>• Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos</li> <li>• Puntaje <math>\geq 30</math> indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta</li> </ul>
<p><b>Escala de Asertividad de Rathus (<i>Rathus Assertiveness Schedule</i>) (RAS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Cada ítem posee escala de cotación entre +3 y -3 excluyendo el 0</li> <li>• Puntajes de -90 para un sujeto extremadamente no asertivo hasta +90 para un sujeto extremadamente asertivo</li> </ul>
<p><b>Escala de Impulsividad de Barratt (<i>Barratt Impulsiveness Scale</i>) (BIS-11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre) en donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad</li> <li>• 3 sub-escalas: 1) BIS1 Impulsividad cognitiva (IC), 2) BIS2: Impulsividad motora (IM), 3) BIS3: Impulsividad no planeada (INP)</li> <li>• Puntajes varían desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido</li> </ul>

**Figura 1.** Proporción de diagnósticos específicos en sujetos con TCA estudiados



**Tabla2.** Características sociodemográficas según grupo de sujetos estudiados

	Control (n= 42)	TCA (n=42)	Valor p
<b>Edad</b>	Mediana: 24 (RIQ: 24-25)	Mediana:22 (RIQ 20-28)	p=0,228 <sup>1</sup> Z=1,206
<b>Escolaridad</b>	1:00 2:00 3: 42 (100%)	1: 5 (11,95%) 2: 19 (45,24%) 3:18 (42,86%)	P=0,00 <sup>2</sup> X <sup>2</sup> (2):33,6
<b>Estado civil</b>	Soltera: 40 95,24%:	Soltera: 40 95,24%:	p=1,00 <sup>2</sup> X <sup>2</sup> (1): 000

el test EAT-40 y los de las escalas y subescalas de asertividad e impulsividad, arrojó una correlación negativa, estadísticamente significativa entre los puntajes totales del EAT-40 y RAS, con las subescalas R1 y R2, y positiva entre EAT-40 y BIS, y las subescalas IC e IM (Tabla 4).

**DISCUSIÓN**

En nuestra investigación, las pacientes con TCA presentaron diferencias en cuanto a impulsividad y asertividad comparadas con los controles. Al analizar los datos sociodemográficos no se encontraron diferencias en edad ni estado civil entre pacientes y controles, lo que permite comparar ambos grupos. No obstante, hubo diferencias estadísticamente significativas en escolaridad, posiblemente debido a que las participantes del grupo control fueron reclutadas entre estudiantes de la carrera de Medicina.

Entre las pacientes, el diagnóstico específico más frecuente fue el de anorexia nerviosa con atracones y/o purgas (45%), concordando con la publicación de Lewinsohn et al (31) (Figura 1).

Hubo diferencias significativas en el puntaje del EAT-40 entre ambos grupos, lo que corrobora las características psicopatológicas y conductuales, compatibles con TCA,

observadas en las pacientes participantes.

En cuanto a la evaluación de asertividad, no hubo diferencias en el puntaje total de la Escala de Rathus entre ambos grupos; sin embargo, en relación a los puntajes de R1, subescala que mide conductas deficitarias como timidez, ansiedad paralizante y expresiones injustificadas de fracaso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, sucediendo lo mismo con la subescala R3, que da cuenta de actitudes de sumisión y dependencia, observándose en ambos casos una menor asertividad en personas con TCA, reflejada por puntajes menores que aquellas sin TCA. Este hallazgo posee mucho sentido, si consideramos que las pacientes con TCA presentan sensación de inutilidad, de minusvalía e inseguridad permanentes, generadas por una tendencia constante a la autocrítica (4), lo que explicaría la diferencia en R1, reflejando un constante sentimiento de fracaso y de ineficacia personal (32). Por otra parte, es sabido que entre las pacientes con TCA, se encuentran muy frecuentemente antecedentes de familias disfuncionales, muy aglutinadas (33), lo que generaría estilos de apego inseguro y tendencia a la dependencia de otros, ayudando así a interpretar los hallazgos en R3. Además, la subescala R2, a diferencia de las otras, refleja la sinceridad

Tabla 3. Comparación de puntaje obtenido en escalas aplicadas entre sujetos con TCA y sujetos controles

	<b>Control (n=42)</b>	<b>TCA (n=42)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Eat40</b>	Mediana: 18 RIQ 14 – 31	Mediana:59,5 DS 24,93	<b>p=0,000<sup>1</sup></b> Z=-6,046
<b>Rathus</b>	Mediana: 5 RIQ -8 – 22	Mediana:-3 RIQ -31- 14	p=0,077 <sup>1</sup> Z=1,767
<b>R1</b>	Promedio: 1,31 DS 7,716	Promedio: -5,12 DS 11,857	<b>p=0,004<sup>2</sup></b> T (82) =2,945
<b>R2</b>	Promedio: -0,095 DS: 6,607	Promedio: -0,952 DS:8,036	p=0,595 <sup>2</sup> T (82)=0,534
<b>R3</b>	Mediana: 2,5 RIQ -3 – 7	Mediana: -.5 RIQ -15 -5	<b>p=0,035<sup>1</sup></b> Z=2,109
<b>Barrat</b>	Promedio: 45,167 DS 14,175	Promedio: 54,143 DS 12,5	<b>p=0,003<sup>2</sup></b> t (82) =-3,08
<b>IC</b>	Promedio: 14,5 DS: 5,105	Promedio: 18,714 DS: 4,528	<b>p=0,0001<sup>2</sup></b> t(82)=-4,0025
<b>IM</b>	Promedio: 14,928 DS: 6,126	Promedio: 18,69 DS 5,2	<b>p=0,0032<sup>2</sup></b> t(82)=-3,03
<b>INP</b>	Promedio: 14,762 DS 5,045	Promedio: 16,26 DS: 5,419	p=0,193 <sup>2</sup> t(82)=-1,31

Tabla 4. Correlación de puntaje del EAT-40 con escalas y sub escalas de Rathus y Barratt en sujetos estudiados

	<b>Spearman Rho<sup>1</sup></b>	<b>Valor p</b>
<b>Rathus</b>	-0,247	<b>0,024</b>
<b>R1</b>	-0,335	<b>0,002</b>
<b>R2</b>	-0,061	0,579
<b>R3</b>	-0,336	<b>0,002</b>
<b>Barrat</b>	0,290	<b>0,008</b>
<b>IC</b>	0,371	<b>0,001</b>
<b>IM</b>	0,309	<b>0,004</b>
<b>INP</b>	0,076	0,494

dad emocional y la dominación efectiva con el prójimo; evaluando cualidades positivas en la confrontación con eventos sociales. Esta escala no presentó diferencias significativas; por lo que podemos conjeturar que no son las mujeres sin TCA las que exhiben mayores herramientas sociales en comparación con aquellas con TCA, sino que son estas últimas, quienes padecen sentimientos de minusvalía, inutilidad y dependencia en comparación a los controles.

Respecto a la impulsividad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tanto en la escala general, como en las subescalas IC (impulsividad motora), que implica actuar de forma apresurada sin una reflexión o pensamiento previo, la IM (impulsividad cognitiva), relacionada a la inquietud mental y toma de decisiones rápidas, no así en la INP (impulsividad no planificada), caracterizada por los actos carentes de planificación hacia el futuro. Existen otros trabajos que han mostrado diferencias significativas entre personas con TCA y sujetos sanos en cuanto a impulsividad, lo que otorga consistencia externa a los resultados obtenidos (8, 34). Según Wu et al (35) El hecho de que la impulsividad no planificada sea la única que no presenta diferencias, se podría comprender debido a que las pacientes con TCA suelen presentar estilos de procesamiento enfocados en el rendimiento a futuro, lo que disminuiría en teoría la impulsividad no planificada, explicándose así los resultados obtenidos. La evidencia presente, conductual, cognitiva y de neuroimagen, sugiere Schmidt (36), que un equilibrio alterado de recompensa e inhibición puede explicar el consumo desordenado de alimentos, lo que corresponde a la interrupción tanto del circuito de recompensa límbico ventral como del circuito cognitivo dorsal. Por ejemplo, la alimentación restringida en la anorexia nerviosa puede surgir de una inhibición excesiva y una valoración disminuida de la recompensa. Por el contrario, refieren Kaye et al

(37), la combinación de un control inhibitorio desregulado y una sensibilidad de recompensa excesiva puede conducir a un patrón de bajo consumo y de sobreconsumo de alimentos; traslapándose clínicamente el perfil sintomatológico desde la anorexia nerviosa hacia la bulimia nerviosa y viceversa.

Al estudiar la correlación entre EAT-40 y sus subescalas, se encontró asociación negativa significativa con los puntajes totales de la escala Rathus, R1, R3; positiva con aquellos de la escala Barratt, y sus subescalas de impulsividad cognitiva e impulsividad motora, lo que evidencia la gran conexión existente entre conductas y actitudes disfuncionales en cuanto al peso y comportamientos desacertados e impulsividad cognitiva y motora. Vale decir, en las personas estudiadas se cumple que aquellas con menos habilidades sociales y más impulsivas, poseen más tendencia a presentar alteraciones en su relación con la comida y su cuerpo. Podemos presumir, como lo plantean Monteleone et al (38), que estas dificultades sociales y conductuales se relacionan, en cuanto son expresiones de la escasa capacidad que evidencian de monitorear adecuadamente sus estados emocionales, ya que están acostumbradas a monitorizarse de afuera hacia dentro, como lo conciben Arcelus et al (39), de acuerdo a la sensibilidad que muestran ante la crítica externa, proveniente de terceros. Se volvería tan crítica la aprobación externa que las deja en una situación de pérdida de control, el cual intentarían, sin éxito, recuperar a través del peso. En este sentido, tal como lo plantean Fassino et al (40), podemos entender cómo personas tímidas y muy dependientes presentan alteraciones importantes en el EAT-40, lo que muchas veces se acompaña de una actitud ambivalente entre el control excesivo y el descontrol.

Este estudio analítico aporta evidencia relevante en cuanto a los rasgos caracterológicos que se asocian al padecer TCA, información fundamental para proyectar estrategias

de prevención primaria y manejo terapéutico de estas patologías. Además contó con un tamaño muestral suficiente como para aportar una potencia estadística del 80% y se evaluó no sólo la asociación de las escalas con el diagnóstico, sino que también se realizó un análisis exploratorio con los puntajes del EAT-40, resultados que contribuyen a una mejor comprensión fenomenológica clínica de estos síndromes. Otras ventajas de este estudio es que los grupos comparados tenían homogeneidad etaria y de género, lo que permite un análisis más confiable de los datos y que los diagnósticos fueron establecidos siempre por personal especializado en salud mental.

Si bien, el tamaño muestral de esta investigación fue calculado previo a su realización en base a análisis pre-existentes (6); sólo nos permitió evaluar diferencias entre pacientes y controles; no diferencias o asociaciones por diagnóstico específico; lo que habría resultado de gran relevancia para el análisis dimensional de la asertividad e impulsividad con la co-existencia de las conductas bulímicas y restrictivas. Por otro lado, al haber sido seleccionados los sujetos por muestreo no probabilístico, los resultados no son extrapolables a otra población. Asimismo, la selección de controles sólo entre voluntarias universitarias de una determinada carrera, pudo haber generado un sesgo en nuestros hallazgos. Finalmente, cabe mencionar que

al ser los resultados principalmente dependientes de tests de autoevaluación, puede haber alteraciones en las puntuaciones dadas por reportes subjetivos minimizados y/o distorsionados de síntomas.

Resulta fundamental la realización de más estudios que puedan evaluar, especialmente por sub diagnósticos, la asociación con impulsividad y falta de asertividad, pesquisada en nuestra exploración, ya que el esclarecimiento de la relación existente entre diferentes dimensiones caracterológicas y los desórdenes alimentarios nos permiten elaborar, por una parte, estrategias preventivas, como estar atentos a buscar síntomas de TCA en pacientes con alteraciones en asertividad social e impulsividad, además de técnicas terapéuticas que se focalicen específicamente en estas dificultades del funcionamiento social y de control de los impulsos, con el fin de lograr intervenciones más eficaces y a largo plazo.

En conclusión, este estudio identificó una correlación positiva entre TCA y mayores niveles de puntuación en la escala de impulsividad, y una correlación negativa respecto a una menor puntuación en la escala de asertividad, lo que indica que personas con TCA presentan niveles más elevados de impulsividad y más bajos de asertividad, parámetros que influyen de manera relevante, en el desenlace y pronóstico de las patologías alimentarias.

### **Resumen**

**Antecedentes:** *Impulsividad y asertividad son dos de los rasgos más estudiados en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aunque la impulsividad no ha sido suficientemente caracterizada y la evidencia en cuanto a asertividad es insuficiente. Objetivo:* *Analizar niveles de impulsividad y asertividad en mujeres con y sin TCA. Método:* *Se llevó a cabo un estudio analítico transversal, con muestreo no probabilístico en pacientes de sexo femenino con TCA, contrastándolas con mujeres controles sin TCA. Se aplicaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), las escalas de Barratt (BIS) y de Rathus (RAS) a 42 sujetos*

**controles y 42 con TCA. Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a características sociodemográficas. El puntaje del EAT-40 fue mayor en las pacientes con TCA ( $p=0,000$ ). No hubo diferencias significativas en RAS total, excepto en las subescalas R1 ( $p=0,004$ ) y R3 ( $p=0,035$ ). El puntaje BIS total también tuvo diferencias significativas ( $p=0,003$ ) así como las subescalas de Impulsividad Cognitiva (IC) ( $p=0,000$ ) y de Impulsividad Motora (IM) ( $p=0,0032$ ). Hubo correlación positiva, estadísticamente significativa entre los puntajes totales del EAT-40 y RAS, y las subescalas R1 y R2, y negativa entre EAT-40 y BIS, y las subescalas IC e IM. Conclusiones: Las pacientes con TCA presentan niveles más elevados de impulsividad y más bajos de asertividad.**

**Palabras clave: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, Impulsividad, Asertividad**

## Referencias Bibliográficas

- Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013;3(5). doi:10.1136/bmjopen-2013-002646
- Wierenga CE, Ely A, Bischoff-Grethe A, Bailer UF, Simmons AN, Kaye WH. Are extremes of consumption in eating disorders related to an altered balance between reward and inhibition? *Front Behav Neurosci* 2014;8(DEC):1-11.
- Williams GJ, Chamove AS, Millar HR. Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br J Clin Psychol* 1990;29(3):327-35.
- Williams CJ, Power KG, Millar HR, Freeman CP, Yellowlees 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* 1993b;14(1):27-32.
- Behar R. Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49 (4): 338-346.
- Behar A R, Manzo G R, Casanova Z D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Med Chil* 2006;134(3):312-9.
- Sysko R, Ojserkis R, Schebendach J, Evans SM, Hildebrandt T, Walsh BT. Impulsivity and test meal intake among women with bulimia nervosa. *Appetite* [Internet]. 2017;112:1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.005>
- Bénard M, Bellisle F, Kesse-Guyot E, Julia C, Andreeva VA, Etilé F, et al. Impulsivity is associated with food intake, snacking, and eating disorders in a general population. *Am J Clin Nutr* 2019;109(1):117-26.
- Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993;5(1):9-17.
- Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358(9286):949-50.
- Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1993 Feb;162:193-7.
- Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia ner-

- vosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand* 1993 Jun;87(6):389-94.
13. Wolfe BE, Jimerson DC, Levine JM. Impulsivity ratings in bulimia nervosa: Relationship to binge eating behaviors. *Int J Eat Disord* 1994;15(3):289-92.
  14. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite* 2004;43(3):303-7.
  15. Galanti K, Gluck ME, Geliebter A. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *Int J Eat Disord* 2007;40(8):727-32.
  16. Peneva I, Mavrodiev S. A Historical Approach to Assertiveness. *Psychol Thought* 2013;6(1):3-26.
  17. Rutten EAP, Bachrach N, van Balkom AJLM, Braeken J, Ouwens MA, Bekker MHJ. Anxiety, depression and autonomy-connectedness: The mediating role of alexithymia and assertiveness. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* 2016;89(4):385-401.
  18. Williams CJ, Power KG, Millar HR, Freeman CP, Yellowlees 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* 1993a;14(1):27-32.
  19. Levallius J, Roberts BW, Clinton D, Noring C. Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016;246:447-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.064>
  20. León M, Vargas T. Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en una muestra de adultos costarricenses Validation and Standardization of the Rathus Assertiveness Schedule (RAS) in a Costa Rican Adult Sample. *Rev Costarric Psicol* 2009;28(41-42):187-205.
  21. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2009;47(5):385-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
  22. Salvo L, Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013;51(4):245-54.
  23. Lyke JA, Spinella M. Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *Int J Eat Disord* 2004;36(2):229-33.
  24. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
  25. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1085-1092.
  26. Mora ZS. El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actual en Psicol* 2012;26(113):51-71.
  27. Urrego S, Valencia O, Villalba J. Validación de la escala barrat de impulsividad (BIS-11) en población bogotana. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología* 2017; 13(2): 143-157.
  28. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 51: 768-774. DOI: 10.1002/1097-4679(199511)51:63.
  29. Muldman F. La escala de asertividad de Spencer A Rathus (RAS): Estructura factorial. *Terapia Psicológica* 1984; 4: 72-7.
  30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.

- books.9780890425596.
31. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2000;39(10):1284-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200010000-00016>
  32. Behar R. Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* 2011; 2: 113-124.
  33. Lock J. Family therapy for eating disorders in youth: Current confusions, advances, and new directions. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31(6):431-5.
  34. Hege MA, Stingl KT, Kullmann S, Schag K, Giel KE, Zipfel S, et al. Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. *Int J Obes* [Internet]. 2015;39(2):353-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2014.99>
  35. Wu M, Hartmann M, Skunde M, Herzog W, Friederich HC. Inhibitory control in bulimic-type eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(12).
  36. Schmidt U. Self -Treatment of Bulimia Nervosa : A Pilot Study. 1993;13(3):273-7.
  37. Kaye WH, Wierenga CE, Bischoff-Grethe A, Berner LA, Ely A V, Bailer UF, et al. Neural Insensitivity to the Effects of Hunger in Women Remitted From Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2020;(10):appi.ajp.2019.1.
  38. Monteleone AM, Castellini G, Ricca V, Volpe U, De Riso F, Nigro M, et al. Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25(6):461-8.
  39. Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C. The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013;33(1):156-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
  40. Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate-Daga G. Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology* 2004;37(4):168-74.

---

Correspondencia:  
 Rosa Behar A.  
 Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.  
 Casilla 92-V,  
 +56944968834  
[rositabehara@gmail.com](mailto:rositabehara@gmail.com)