



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

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

Ineffectiveness in eating disorders

Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria

Rosa Behar A.¹

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

Abstract

Background: The sense of personal ineffectiveness is one of the core clinical characteristics in eating disorders (ED). **Objective:** To describe the evidence on the sense of personal ineffectiveness in patients suffering from anorexia nervosa and/or bulimia nervosa. **Method:** Medline/Pubmed databases were used to look for evidence on ineffectiveness in ED. **Results:** The “paralyzing sense of personal ineffectiveness” described by Bruch (1973) in anorexic patients, related to a deficit in the sense of *self*, due to early distortions in mother-child attachment, is still a valid concept in everyday clinical practice. Although ineffectiveness is also a characteristic of a depressive disorder, in ED it is related mainly to drive for thinness, perfectionism, shyness, lack of assertiveness and interoceptive awareness (alexithymia), laxative and substance abuse, diet, physical exercise, obsessive-compulsive symptomatology, low self-esteem, body dissatisfaction, stress and severity of ED. **Conclusions:** There is strong evidence supporting the sense of ineffectiveness, both in non clinical populations at risk to develop ED and also in anorexic and/or bulimic patients. It may be considered as a predisposing, perpetuating and prognosis factor of an ED. Nevertheless, ineffectiveness as a feature of depressive disorder questions its exclusiveness to ED.

Resumen

Antecedentes: El sentimiento de ineficacia personal es una de las características clínicas nucleares en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Objetivo:** Describir la evidencia acerca del sentimiento de ineficacia personal en pacientes portadoras de anorexia nerviosa y/o bulimia nervosa. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos Medline/PubMed de evidencia sobre la ineficacia en los TCA. **Resultados:** El “paralizante sentimiento de ineficacia personal”, descrito por Bruch (1973) en pacientes anorécticas, relacionado con un déficit en el sentido del *self* debido a distorsiones tempranas en el vínculo madre-hija, aún es un concepto válido en la práctica clínica cotidiana. Aunque la ineficacia es también característica del trastorno depresivo, en los TCA se relaciona principalmente, con motivación por la delgadez, perfeccionismo, timidez, falta de asertividad y consciencia interoceptiva (alexitimia), abuso de laxantes y sustancias, dieta, ejercicio físico, sintomatología obsesivo-compulsiva, baja autoestima, insatisfacción corporal, estrés y con la severidad del TCA. **Conclusiones:** Existe una fuerte evidencia que apoya la existencia de un sentimiento de ineficacia personal, tanto en poblaciones no clínicas en riesgo para desarrollar TCA, como también en pacientes anorécticas y/o bulímicas. Puede considerarse un factor predisponente, perpetuante y pronóstico de un TCA. Sin embargo, su presencia en trastornos depresivos cuestiona su especificidad en los TCA.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 29/08/2011
Revisado: 20/11/2011
Aceptado: 30/11/2011

Key words: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Depressive disorder, Ineffectiveness.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Trastorno depresivo, Ineficacia.

Introducción

Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan un sentimiento de ineficacia personal en muchas áreas de sus vidas, tales como el autocontrol, competencia social, independencia y autoestima. La ineficacia en los TCA no es un mero estilo actitudinal sino un constructo complejo referido a este amplio rango de conductas (Wagner, Halmi & Maguire, 1987).

El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la evidencia disponible respecto al sentimiento de ineficacia personal observada en los TCA. Con este

propósito se efectuó una revisión exhaustiva de la literatura especializada, a través de la base de datos Medline/PubMed, abarcando desde la década de los 70 (1970) hasta la actualidad (2011), utilizando para la búsqueda palabras claves, tales como *eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, depressive disorder e ineffectiveness*. Se realizará primeramente una descripción del concepto de ineficacia personal, de su evidencia publicada en poblaciones con y sin TCA, de su relación con el trastorno depresivo y finalmente los hallazgos en su manejo terapéutico.

Concepto de ineficacia

Geddie (1970) definió el término eficacia como el

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

poder de producir un efecto. La autoeficacia percibida (Bandura, 1982) característicamente es baja en las pacientes con TCA; vale decir, prevalece el juicio de poder ejecutar más bien pobremente las acciones requeridas y ser incapaz de manejar efectivamente situaciones potenciales; concepto que también ha sido utilizado indistintamente como, impotencia y sentimiento de ineficacia o incompetencia.

Hilde Bruch y el sentimiento de ineficacia personal en la anorexia nerviosa

Bruch (1973), pionera en la comprensión descriptiva de los TCA, caracterizó a las anorécticas como padeciendo “un paralizante sentimiento de ineficacia”, que invadía todos sus pensamientos y acciones, y que se relacionaba con la percepción del *self*, como si actuara sólo en respuesta a las demandas de los otros y no de las propias y estaba encubierto por oposiciónismo; en la superficie, las pacientes aparecían obstinadamente desafiantes y excesivamente independientes. Este sentimiento se generaba, en parte, debido a que las anorécticas raramente reconocían sus logros y talentos, que para ellas nunca fueron suficientemente buenos. Esta alteración en el desarrollo psicológico implicaba un deficiente “sentido del *self*” y contribuía a la lucha por la autonomía personal, competencia y control. Desde la perspectiva de Bruch, la sintomatología anoréctica (ej. la severa disciplina ejercida sobre su cuerpo) representa una maniobra defensiva reparadora y protectora contra los sentimientos subyacentes de desvalimiento e incompetencia, asociados a menoscabos importantes en el desarrollo de la personalidad.

Bruch (1973) focalizó los déficits psicológicos en el desarrollo del ego y *self* en las distorsiones tempranas del vínculo diádico madre-hija, en el cual la madre es percibida como controladora e intrusiva por la joven hija. Existe una negligencia no intencional de la madre que genera una dificultad en identificar la experiencia emocional interna, permaneciendo estas pacientes con un predominante sentimiento de desconfianza, incapaces de satisfacer sus necesidades de fuentes externas. Esto promueve un sentimiento de

incompetencia, reflejado en su fracaso en cuidar de ellas mismas y en satisfacer sus necesidades propias. Se sienten dominadas por los juicios de los otros y no han aprendido a confiar en sus propias decisiones. La madre fracasa persistentemente en responder apropiada y asertivamente frente a las conductas infantiles precoces, generando significativas carencias en la iniciativa y experiencia activa del sí mismo del individuo. A su vez, Goodsitt (1997) argumenta que las alteraciones en la relación madre-hija causadas por estresores, trastornos mentales u otras enfermedades, interrumpen el proceso de desarrollo del autoconcepto que resulta en un vago y desorganizado sentimiento del *self* que falla en su estabilidad y coherencia.

Para compensar la falta de una clara identidad y los sentimientos asociados de incompetencia e impotencia, Bruch (1981) señaló que la adolescente vuelve su atención hacia su peso corporal, un aspecto altamente relevante y culturalmente valorado, que se transforma en una implacable persecución por la delgadez, como una fuente viable de autodefinition, sensación de autonomía personal y autocontrol, originando la distorsión y mala clasificación de los sentimientos, sensaciones y humor desde la infancia temprana. Las conductas que caracterizan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa intentan restituir el sentido de cohesión, incrementar los sentimientos de competencia y proporcionan, según Bruch, una identidad compensatoria que permite adquirir sentimientos de importancia y significación personal.

De acuerdo a Garner, Garfinkel, Strancer y Moldofsky (1976), Bruch también describió una alteración en la percepción de claves corporales internas, de modo que las pacientes son incapaces de diferenciar sus propios sentimientos y necesidades de las de los demás y una alteración de la imagen corporal, percibiéndose como grotescamente gordas, aún cuando se encuentran extremadamente delgadas. Estas distorsiones cognitivas y perceptuales acentúan el sentimiento de insuficiencia personal y refuerzan la necesidad de continuar el logro de la delgadez para mantener la sensación de control, que puede volverse una rígida defensa.

Evidencia de sentimientos de eficacia

1. Poblaciones no clínicas

Diversas investigaciones llevadas a cabo en grupos no portadores de TCA clínicamente diagnosticado, han constatado la presencia de sentimientos de ineficacia personal como un factor relevante, relacionado significativamente con otros aspectos que habitualmente conllevan al desarrollo de manifestaciones compatibles con TCA que a continuación se mencionan:

Autolesiones

En una publicación que incluyó estudiantes con conductas de lesiones no suicidas dirigidas hacia sí mismas, éstas presentaron significativamente más sintomatología relacionada con TCA que el grupo control, incluyendo un sentimiento de ineficacia, pobre consciencia interoceptiva, dificultades en la regulación impulsiva, desconfianza e inseguridad social, crecientes tendencias bulímicas e insatisfacción corporal (Ross, Heath & Toste, 2009).

Preocupación por el peso y la figura corporal

En un trabajo experimental (McFarlane, Urbszat & Olmsted, 2011) orientado a probar la teoría de la sustitución corporal, dos grupos de comedores, con y sin autocontrol frente a los alimentos y pacientes con TCA, se sometieron a una condición de ineficacia (recordar y reflexionar sobre una experiencia pasada cuando se sintieron inútiles o incapaces). Los individuos con TCA informaron mayor preocupación implícita por el cuerpo y la apariencia que los controles. Ambos tipos de comedores, con y sin autocontrol frente a los alimentos, no mostraron este efecto.

Por otra parte, Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel (1984) constataron que mujeres preocupadas por el peso y pacientes anorécticas se diferenciaron distintivamente en los sentimientos de ineficacia personal, desconfianza interpersonal y falta de consciencia interoceptiva, obteniendo puntajes más elevados en el *Eating Disorders Inventory* (EDI: Inventario de Trastornos Alimentarios; Garner, Olmstead & Polivy, 1983) frente a una población de mujeres sin

preocupación por el peso.

Incluso en un grupo de mujeres que participaron en concursos infantiles de belleza, Wonderlich, Ackard y Henderson (2005) constataron que aún en esa etapa etaria, éstas tuvieron puntajes más altos en insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal y desregulación impulsiva que las no participantes y mostraron mayor tendencia a un sentimiento de ineficacia personal.

Hábitos alimentarios

En una población femenina sin TCA se encontraron asociaciones positivas entre la frecuencia de hacer dieta, síntomas de TCA y problemas relacionados como insatisfacción corporal, percepción del tamaño corporal actual, depresión, preocupación por el ejercicio y sentimientos de ineficacia e inseguridad. La frecuencia de la dieta se relacionó inversamente con la autoestima, talla corporal ideal, regulación emocional y control de los impulsos (Ackard, Croll & Kearney-Cooke, 2002).

Asimismo, Berman (2006) determinó que una baja confianza en la capacidad para controlar la ingestión, mientras se experimentaban emociones negativas, se asoció a una mayor preocupación por el peso, conductas y pensamientos bulímicos. Además, la abundancia y disponibilidad de alimento, se relacionó inversamente a sentimientos de ineficacia o autoevaluación general negativa. Estos hallazgos sugieren que la baja autoeficacia en el comer puede asociarse también con problemas alimentarios en poblaciones que no están sometidas a tratamiento por TCA ni para perder peso.

Uso/abuso de alcohol

En un estudio prospectivo (Cooley & Toray, 2001) para detección de TCA en estudiantes de primer año de *college*, siete meses después de su evaluación inicial, un subgrupo de ellas presentó síntomas de TCA asociados a insatisfacción con la figura e ineficacia. La insatisfacción corporal, ineficacia y uso/abuso de alcohol en el año previo, fueron predictores significativos del empeoramiento de los síntomas. En

estudiantes de pregrado, la ineficacia percibida en ámbitos de la vida, tales como apariencia, amistades cercanas, moralidad y aceptación social se relacionaron con TCA.

Deportistas y ejercicio físico

Behar y Hernández (2002) constataron en usuarios de gimnasios de ambos sexos las mayores diferencias de puntajes con los deportistas en riesgo para desarrollar TCA en los puntajes totales del EAT-40 (*Eating Attitudes Test*, Test de Actitudes Alimentarias; Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982) y para las subescalas del EDI: ineficacia personal, motivación por la delgadez y conciencia interoceptiva, los que además alcanzaron puntajes promedios más altos que las mujeres y hombres deportistas en el factor sentimientos de ineficacia personal ($p < .001$). Behar y Molinari (2010) en otra exploración comparativa entre levantadores de pesas y universitarios no usuarios de gimnasios comprobaron que en los factores del EDI, motivación por la delgadez y sentimiento de ineficacia personal existieron diferencias significativas entre los levantadores de pesas y estudiantes de medicina que no practicaban este deporte. Destacaron el hecho que los levantadores de pesas señalaron mayores sentimientos de ineficacia personal, sugiriendo una insatisfacción que es independiente del logro de una figura musculosa.

Embarazo

Una investigación realizada con embarazadas controladas en atención primaria (Behar, González, Ariza & Aguirre, 2008) arrojó las mayores diferencias en los factores de motivación por la delgadez, sensación de ineficacia y conciencia interoceptiva (3.4; 3.1 y 2.8 veces mayor en el grupo de embarazadas en riesgo de desarrollar TCA que en el grupo sin riesgo, respectivamente), seguido por el promedio del puntaje obtenido en EAT-40 (2.6 veces mayor); llamó la atención que 23.4% de las encuestadas presentó sintomatología compatible con TCA, si bien puede tratarse en la mayoría de los casos de cuadros subclínicos o que no cumplen los criterios diagnósticos

para los síndromes completos.

2. Estudios en pacientes con TCA

Harrison (1997) afirma que el sentimiento de ineficacia no está conceptualmente relacionado con la delgadez *per se*, pero es una cualidad psicológica que predice la motivación por alcanzarla y la insatisfacción corporal en los TCA. La evidencia recopilada arrojó diversos hallazgos que dieron cuenta de su relación con los siguientes parámetros, tanto en el contexto clínico como terapéutico de los TCA:

Severidad del TCA

Los sentimientos de ineficacia personal, entre otras características de los TCA, se encuentran significativamente asociados con la severidad de la enfermedad (Bizeul, Sadowsky & Rigaud, 2001).

Pacientes anorécticas que recibieron tratamiento intrahospitalario previo, y por lo tanto, de mayor gravedad, obtuvieron puntajes significativamente más altos que las bulímicas y aquellas con TCA no especificado en las subescalas insatisfacción corporal, sentimientos de ineficacia personal y desconfianza interpersonal (Milos, Spindler, Buddeberg & Ruggerio, 2004).

A su vez, la prevalencia de abuso emocional en la infancia, mayor en pacientes bulímicas —aunque no específico— fue predictor de algunos síntomas considerados índices, tales como sentimientos de ineficacia personal e inestabilidad afectiva, que puede influir en la severidad de los síntomas del TCA, impactando la autoestima y la capacidad de regulación emocional (Groleau et al., 2011).

Por otra parte, Wagner et al. (1987) encontraron que pacientes anorécticas restrictivas y compulsivo-purgativas exhibieron más sentimientos de ineficacia en las áreas sociales, independencia personal y autoestima. No obstante, respecto a los alimentos, los puntajes de ineficacia fueron mayores en aquellas con síntomas bulímicos, en contraste con las restrictivas que mostraron los menores niveles. Además, en pacientes anorécticas, la presencia de alexitimia se relacionó significativa y positivamente con los sentimientos de ineficacia personal evaluados por el EDI

(Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996).

Abuso de sustancias y laxantes

Algunas publicaciones evidencian que los sentimientos de ineficacia y una baja consciencia interoceptiva se asocian con un aumento de los síntomas bulímicos, en particular en abusadoras de laxantes (Pike, 1995; Pryor, Wiederman & McGilley, 1996) y con trastornos por abuso de sustancias (Milos, Spindler & Schnyder, 2004).

Behar, Cordero y Leiva (1998) en un estudio comparativo entre grupos con TCA y con abuso y dependencia a alcohol, ambos exhibieron características comunes respecto a sus sentimientos de ineficacia personal; es decir, minusvalía e inseguridad; tendencia a la regresión a los años preadolescentes frente a las demandas de la adultez; excesivas expectativas personales por logros superiores, y una resistencia a establecer relaciones cercanas.

Falta de asertividad

Un estudio reveló que el déficit de autosuficiencia se asoció significativamente a elevados sentimientos de ineficacia, perfeccionismo y desconfianza interpersonal (Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2007). Williams et al. (1993) 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 con TCA, no tiene el repertorio conductual para contrarrestarlo o neutralizarlo. Varios autores (Behar, 2010b, c; Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982) han señalado que las pacientes con TCA presentarían, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia, interpersonales y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, como 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. Behar, Manzo y Casanova (2006) en-

contraron que las pacientes con TCA mostraron una menor asertividad frente a un grupo de estudiantes sin TCA. La ausencia de autoaserción se manifestó principalmente por timidez, ansiedad paralizante, sumisión, dependencia y carencia de habilidad en el comportamiento interpersonal, la así llamada “competencia social” (Spitzberg & Cupach, 1989), de cuyo constructo Gresham y Reschly (1987) han derivado subsidiariamente aquel de “competencia personal” o “sentido de eficacia personal”, en los ámbitos físico, cognitivo, social y emocional. Debido a los sentimientos de inutilidad, minusvalía e inseguridad, las pacientes con TCA presentan marcada dificultad en su adaptación con el entorno y el manejo de las relaciones con el otro (Behar, 2010a, c), lo que se constató en el estudio de Behar et al. (2006), en el cual las pacientes con TCA mientras más conductas restrictivas y bulímicas presentaban, más tímidas, sumisas y dependientes se mostraron, perfilándose más limitadas en la expresión de sentimientos, de opiniones y en la defensa de sus derechos.

Obsesividad-compulsividad

Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2008) detectaron que el sentimiento de ineficacia personal se correlacionó significativamente ($p < .05$) tanto con la *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Escala Yale Brown de Obsesividad-Compulsividad; Goodman et al., 1989a, b) y su subescala que evalúa compulsividad, en un estudio de prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes con TCA, conjuntamente con la motivación para alcanzar una silueta delgada, la dificultad para discernir sus propias sensaciones y necesidades corporales, la presencia de comportamientos bulímicos y la insatisfacción corporal.

Alteración de la imagen corporal

En una investigación en torno a la alteración de la imagen corporal en los TCA (Behar, Vargas & Cabrera, 2011), las anorécticas exhibieron una más alta insatisfacción corporal, como también ineficacia y perfeccionismo. El sentimiento de ineficacia perso-

nal medido por el EDI en pacientes con TCA *versus* estudiantes sin TCA fue significativamente más alto (9.5 *versus* 1, respectivamente; $p < .001$), siendo las anorécticas las que obtuvieron puntajes significativamente más altos en esta subescala, en comparación al resto de los subtipos de TCA ($p < .001$); además el sentimiento de ineficacia personal surgió como una variable predictora de TCA (OR= 1.19; $p < .001$).

En otra exploración, Behar y Valdés (2009) hallaron que un grupo de pacientes con TCA, en contraste a universitarias sin TCA, alcanzaron puntajes más altos en el EDI, especialmente en las subescalas: motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, sentimientos de ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, escasa conciencia interoceptiva (alexitimia) y temor a madurar; así como la insatisfacción de la imagen corporal objetivada mediante el *Body Shape Questionnaire* (BSQ: Cuestionario de la Figura Corporal; Cooper, Taylor & Cooper, 1987), además del peso ideal. Simultáneamente, a mayor preocupación por la imagen corporal, medida mediante el BSQ, encontraron mayores niveles de conductas alimentarias alteradas, objetivadas mediante el EAT-40 y el EDI, especialmente motivación por la delgadez, insatisfacción corporal, sentimientos de inutilidad, perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

Estrés

Ruggiero et al. (2008), señalan la influencia de una situación estresante, destacando que se asocia con niveles significativamente mayores de perfeccionismo patológico (preocupación por los errores), medidas objetivas de sintomatología alimentaria, principalmente insatisfacción corporal, motivación por la delgadez y más baja autoestima. En concordancia con esto, observamos en la misma exploración anterior (Behar & Valdés, 2009), que las estudiantes que obtuvieron puntajes más altos en estrés, presentaron mayor puntaje en las pruebas aplicadas: EAT- 40, EDI y especialmente síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, sentimientos de inutilidad, falta de conciencia interoceptiva y miedo a madurar.

Depresividad e ineficacia personal

Tanto la sintomatología depresiva que se observa en mayor o menor grado en la mayoría de las pacientes portadoras de TCA, como los sentimientos de ineficacia personal, han sido objetos de análisis y controversias por los especialistas, siendo considerados ya sea como una causa o consecuencia en el inicio y evolución de los TCA. La evidencia obtenida relaciona estas constantes con diferentes condiciones y contextos:

Relación depresión/sentimiento de ineficacia

Wold (1991) observó que pacientes con trastorno afectivo mayor mostraron una tríada de síntomas compatibles con TCA: una alteración de la conciencia interoceptiva, un sentimiento de ineficacia personal y tendencia hacia conductas bulímicas, hallazgos que apoyan que el sentimiento de ineficacia es secundario a la depresión mayor.

Neely (1991) estima que el sentimiento de ineficacia descrito por Bruch (1973) como típico de los TCA es secundario a la depresión mayor, parámetro que tiende a mejorar a medida que la sintomatología depresiva disminuye. Según él, debido a que éste varía con el nivel de depresión, es probable que no sea un rasgo caracterológico exclusivo de las pacientes con TCA y advierte la importancia de tratar la depresión precoz y efectivamente, ya que una paciente puede paralizarse por este sentimiento de ineficacia e impedir su aprendizaje de conductas asertivas durante el proceso terapéutico.

Stein et al. (2002), concluyeron que comparadas con las mujeres control, las bulímicas recuperadas mostraron elevados niveles en las subescalas del EDI-2, ineficacia, motivación por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social, depresión mayor y ansiedad. A su vez, Behar, Arriagada y Casanova (2005) no detectaron una diferencia significativa en el ítem ineficacia del EDI entre las pacientes bulímicas y las de trastorno depresivo mayor. Las bulímicas purgativas mostraron más dificultades para discriminar sus emociones y sentimientos y presentaron más conductas de comi-

lonas y purgas, sentimientos de ineficacia personal y más insatisfacción corporal. La sensación de ineficacia personal en las pacientes depresivas surge como el aspecto más relevante, incluso no siendo significativa la diferencia con el puntaje alcanzado por las pacientes bulímicas purgativas. Es decir, tanto las bulímicas como las pacientes con trastorno depresivo mayor, poseen de manera similar, sentimientos de inadecuación general, inseguridad, inutilidad y la sensación de no estar en control de sus propias vidas. Este rasgo ha sido descrito como una alteración fundamental en la anorexia nerviosa (Behar, 2010a) y forma parte de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, tanto en el DSM-IV-TR (2000) como en la CIE-10 (1992).

Se ha sugerido asimismo que el concepto de ineficacia también incluye un componente de autoevaluación negativa (Bruch, 1973) en las pacientes anorécticas. Surge la interrogante de si estos atributos clínicos son o no específicos de un trastorno afectivo o de un TCA, o más bien podrían considerarse como dimensiones orientadas a la estructura y funcionamiento de la personalidad en ambos tipos de pacientes. Rosenvinge y Mouland (1990), demostraron la asociación de peor pronóstico en la anorexia nerviosa cuando se presentaba un trastorno depresivo en el seguimiento, fenómeno que debemos estimar en nuestras pacientes. En los TCA, la depresión suele manifestarse asociada a la anorexia, el insomnio, la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia, los problemas de autoconcepto, incluyendo la autocrítica, que se extiende desde la autoestima hasta la imagen corporal, acompañada de culpa, vergüenza y desesperanza (Behar, 2006; Piran, Kennedy, Garfinkel & Owens, 1985; Silberg & Bulik, 2005), hecho que análogamente ocurrió con las pacientes de otro estudio (Behar et al., 2005), particularmente reflejado en los altos puntajes alcanzados en las subescalas del EDI, tales como insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia personal que expresan distorsión de la silueta corporal, minusvalía e inseguridad respectivamente. Al respecto, Edelstein y Yager (1992) señalan que los síntomas depresivos suelen ser secundarios, ocasionados por la pérdida

ponderal, la situación de estrés constante en que viven estas pacientes y que conllevan sentimientos de fracaso, inutilidad e infravaloración (Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2007).

Smith y Steiner (1992) no pesquisaron diferencias significativas entre pacientes anorécticas, con depresión mayor y otras con anorexia y depresión, en los puntajes de sentimientos de ineficacia personal, desconfianza interpersonal y falta de consciencia interocceptiva. A los dos años de seguimiento, sólo las pacientes anorécticas mostraron menos psicopatología que aquellas con diagnóstico adicional de depresión, lo que para estos autores sugiere un traslape entre depresión y anorexia nerviosa y deja abierta la pregunta acerca de los rasgos psicológicos característicos de ambos cuadros.

Abuso de laxantes

Kovacs y Palmer (2004) observaron que las pacientes anorécticas abusadoras de laxantes exhibieron más sentimientos de ineficacia personal, insatisfacción corporal y motivación por la delgadez, así como más síntomas depresivos y de somatización. Hubo una asociación entre abuso de laxantes y baja autoestima.

Implicancias terapéuticas

1. Fármacoterapia

Fava, Abraham, Clancy-Colecchi, Pava y Rosenbaum (1997), evaluaron a pacientes con trastorno depresivo mayor ocho semanas antes y después del tratamiento con fluoxetina 20 mg/día. Todas las subescalas del EDI mostraron una disminución estadísticamente significativa después del tratamiento con fluoxetina, especialmente sentimientos de ineficacia personal, bulimia, perfeccionismo y ansiedad interpersonal. Estos resultados sugieren que varios síntomas característicos de los pacientes con TCA están relacionados con la severidad de los síntomas depresivos y la disminución de la sintomatología TCA post tratamiento antidepressivo puede relacionarse con cambios en los síntomas.

2. Psicoterapia

Prevención primaria

Un programa preventivo psicoeducativo sobre hábitos alimentarios se aplicó a una muestra de escolares adolescentes. Las sesiones incluyeron discusiones sobre la naturaleza de los TCA, aspectos epidemiológicos y la importancia de la detección precoz de los factores de riesgo. Hubo mejoría significativa en las actitudes bulímicas, ascetismo, sentimientos de ineficacia y temores a la madurez (Rocco, Ciano & Balestrieri, 2001). Más específicamente, Ferrier y Martens (2008) sugieren incorporar estrategias preventivas para el manejo de los sentimientos de ineficacia en estudiantes en riesgo para desarrollar TCA, orientándolas a encontrar modos más saludables para manejarla o ayudarlas a aceptarlos o focalizarse menos en ellos.

Hospitalización

En un estudio comparativo (White & Litovitz, 1998), las pacientes con TCA hospitalizadas informaron más síntomas y signos físicos, mayor ansiedad, depresión, somatización y hospitalizaciones previas. Las hospitalizaciones anteriores, los signos físicos y la ineficacia, fueron los mejores predictores de la hospitalización.

Estrategias psicoterapéuticas

De acuerdo a Davies, Bekker y Roosen (2011), las técnicas de manejo activo y bajos niveles de psicopatología en el pre-tratamiento podrían ser indicadores de buenas oportunidades para reducir la sintomatología de los TCA, tales como el comer emocional, sintomatología bulímica, sentimientos de ineficacia personal y consciencia interoceptiva. McFarlane et al. (2011) recomiendan educar y estimular a los pacientes con TCA, con el objetivo de dirigir sus pensamientos y sentimientos relacionados directamente con ineficacia, en vez de sustituir la angustia en su cuerpo y potencialmente perpetuar el TCA.

Bruch (1981) sugiere que el proceso terapéutico en estas pacientes se focalice en la evocación de la

consciencia en torno a sus impulsos, sentimientos y necesidades, originados dentro de ellas como un paso esencial en el desarrollo de un sentido de competencia y autoestima. Por otro lado, Bean y Weltzin (2001) concluyeron que en pacientes hospitalizadas con TCA que recibieron tratamientos multidimensionales: psicoterapia cognitivo-conductual, interpersonal, experiencial y familiar, todas las subescalas del EDI mejoraron significativamente, especialmente motivación por la delgadez, ineficacia y consciencia interoceptiva.

Evolución y desenlace

En un seguimiento a largo plazo (7 a 9 años) en pacientes bulímicas, los sentimientos de ineficacia personal y la restricción de la ingesta, dimensiones que representan para Romo-Jimenez, Bichindaritz y Samuel-Lajeunesse (1995) probables factores etiológicos, mostraron una respuesta más lenta a la terapia (Jäger, Liedtke, Lamprecht & Freyberger, 2004). Otro grupo con TCA completamente recuperado evidenció mayor autoestima, autocontrol y autoeficacia que el grupo activo. Además, pacientes bulímicas tratadas con psicoterapia cognitivo-conductual experimentaron una disminución en los puntajes de las subescalas del EDI, consciencia interoceptiva, ineficacia y bulimia, frente a subgrupos con anorexia restrictiva, compulsivo-purgativa y otros TCA.

Conclusiones

El clásico concepto que acuñó Hilde Bruch, hace ya más de tres décadas, sobre el sentimiento de ineficacia personal en los TCA, todavía continúa vigente en la aproximación con estas pacientes en la práctica clínica cotidiana actual. Considerado, entre otros, como uno de los síntomas destacados de la anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa, se ha descrito indistintamente como impotencia, incompetencia, inutilidad ó insuficiencia personal y habitualmente se corresponde con una pobre capacidad de control. Bruch lo describió típicamente como un “paralizante sentimiento de ineficacia personal”, relacionado con un déficit en el sentido del *self*, debido a distorsiones tempranas

en el vínculo madre-hija, en el que prevalece el juicio de ejecutar pobremente las acciones requeridas y ser incapaz de manejar situaciones potenciales, a pesar de los altos logros que alcanzan estas pacientes, que generalmente son muy exitosas en todos los ámbitos en los cuales se desempeñan, ya sea académicos, laborales ó deportivos. Existen diversos estudios que fundamentan la presencia de la ineficacia auto-percibida en los TCA, ya sea en muestras no clínicas, potencialmente en riesgo para desarrollar TCA, como en todos los subtipos de TCA y la evidencia demuestra que se encuentra relacionada con numerosos parámetros, principalmente con la motivación por la delgadez, perfeccionismo, timidez, falta de asertividad y consciencia interoceptiva (alexitimia), baja autoestima, insatisfacción corporal, estrés, ejercicio físico, hábitos alimentarios, abuso de laxantes y sustancias, obsesividad-compulsividad y con la severidad del TCA. Se cataloga además como un factor predisponente, perpetuante y pronóstico del curso de un TCA. Algunos autores estiman este rasgo como secundario a la depresión coexistente con el TCA, que tiende a mejorar a medida que la sintomatología depresiva disminuye, otros lo distinguen como una característica dimensional (caracterológica) más que categorial, propia también del trastorno depresivo y no exclusiva de los TCA. Desde la perspectiva terapéutica, las psicoterapias cognitivo-conductual, interpersonal, experiencial y familiar, han demostrado ser efectivas, así como los programas preventivos psicoeducativos que enfatizan la detección y tratamiento precoces de los TCA.

Referencias

- Ackard, D., Croll, J. & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (3), 129-136.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revised* 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bean, P. & Weltzin, T. (2001). Evolution of symptom severity during residential treatment of females with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 6 (4), 197-204.
- Behar, R. (2006). Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos: Una revisión de la evidencia. *Trastornos del Ánimo* 2 (1), 44-53.
- Behar, R. (2010a). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-99.
- Behar, R. (2010b). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: R., Behar & G., Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición.* (pp. 121-147). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010c). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: En: R. Behar & G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición.* (pp. 95-117). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R., Arriagada, M & Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407-1414.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. & 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., Barahona, M., Iglesias, B. & Casanova, D. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46 (1), 25-34.
- Behar, R., Cordero, A. & Leiva, X. (1998). Trastornos del hábito del comer y alcoholismo: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 36, 21-27.
- Behar, R., González, J., Ariza, M. & Aguirre, A. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73 (3), 155-162.
- Behar, R. & Hernández, P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 130, 287-94.
- Behar, R., Manzo, R. & Casanova, D. (2006) Trastornos

- de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.
- Behar, R. & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138, 1386-1394.
- Behar, R. & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (3), 178-189.
- Behar, R., Vargas, C. & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49 (1), 26-36.
- Berman, E. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*, 7 (1), 79-90.
- Bizeul, C., Sadowsky, N. & Rigaud, D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5-10 years. *Eating Disorders Inventory. European Psychiatry*, 16 (4), 232-238.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26 (4), 212-217.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Disordered eating in freshman college women: A prospective study. *The Journal of American College Health*, 49, 229-235.
- Cooper, P., Taylor, M. & Cooper, Z. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- 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. Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry*. (pp. 653-683). New York: Marcel Dekker.
- Davies, M., Bekker, M. & Roosen, M. (2011). The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, 19 (3), 246-258.
- Edelstein, C. & Yager, J. (1992). Eating disorders and affective disorders. In: J. Yager, H. Gwirstman & C. Edelstein (Eds.). *Special problems in managing eating disorders*. (pp. 15-50). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Fava, M., Abraham, M., Clancy-Colecchi, K., Pava, J., Matthews, J. & Rosenbaum, J. (1997). Eating disorder symptomatology in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (3), 140-144.
- Ferrier, A. & Martens, M. (2008). Perceived incompetence and disordered eating among college students. *Eating Behaviors*, 9 (1), 111-119.
- Garner, D. & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to the treatment of anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D., Garfinkel, P., Stancer, H. & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 327-336.
- Garner, D., Olmstead, M., Bohr, I. & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner D, Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J. & Garfinkel, P. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3), 255-266.
- Geddie, W. (Ed) (1970). *Chamber's twentieth century dictionary*. (4th Edition). London: W & R Chambers.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C., et al. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self psychological perspective. En: D. Garner & P. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 205-228). New York: Guilford Press.
- 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, 367-381.
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., et al. (2011). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *The International Jour-*

- nal of Eating Disorders*. [Epub ahead of print].
- Harrison, K. (1997). Does interpersonal attraction to thin media personalities promote eating disorders? *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 41 (4), 478(23).
- Jäger, B., Liedtke, R., Lamprecht, F. & Freyberger, H. (2004). Social and health adjustment of bulimic women 7-9 years following therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (2), 138-145.
- Kovacs, D. & Palmer, R. (2004). The associations between laxative abuse and other symptoms among adults with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 36 (2), 224-228.
- McFarlane, T., Urbszat, D. & Olmsted, M. (2011). "I feel fat": an experimental induction of body displacement in disordered eating. *Behavior Research and Therapy*, 49 (4), 289-293.
- Milos, G., Spindler, A., Buddeberg, C. & Ruggiero, G. (2004). Eating disorders symptomatology and inpatient treatment experience in eating-disordered subjects. *The International Journal of Eating Disorders*, 35 (2), 161-168.
- Milos, G., Spindler, A. & Schnyder, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (3), 179-184.
- Neely, P. (1991). Eating disorder symptoms in affective disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16 (4), 204-208.
- Pike, K. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 373-396.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 395-400.
- Pryor, T., Wiederman, M. & McGilley, B. (1996). Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology? *The International Journal of Eating Disorders*, 20 (1), 13-18.
- Rocco, P., Ciano, R. & Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *The British Journal of Medical Psychology*, 74 (3), 351-358.
- Romo-Jimenez, L., Bichindaritz, I. & Samuel-Lajeunesse, B. (1995). Measuring the development of eating disorders in a group of patients with the Eating Disorders Inventory (EDI). *Annales Médico-Psychologiques*, 153 (6), 402-408.
- Rosenvinge, J. & Moulund, S. (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 92-98.
- Ross, S., Heath, N. & Toste, J. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (1), 83-92.
- Ruggiero, G., Bertelli, S., Boccalari, L., Centorame, F., Ditucci, A., La Mela, C., et al. (2008). The influence of stress on the relationship between cognitive variables and measures of eating disorders (in healthy female university students): A quasi experimental study. *Eating and Weight Disorders*, 13 (3), 142-148.
- Silberg, J. & Bulik, C. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (12), 1317-1326.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Smith, C. & Steiner, H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 31 (5), 841-843.
- Spitzberg, B. & Cupach, W. (1989). *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer-Verlag.
- Stein, D., Kaye, W., Matsunaga, H., Orbach, I., Har-Even, D., Frank, G., et al. (2002). Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: A replication study. *The International Journal of Eating Disorders*, 32 (2), 225-229.
- Surgenor, L., Maguire, S., Russell, J. & Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15 (2), 139-145.
- Taylor, G., Parker, J., Bagby, R. & Bourke, M. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 561-568.
- Wagner, S., Halmi, K. A. & Maguire, T. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *The International Journal of Eating Disorders*, 6, 495-505.
- White, J. & Litovitz, G. (1998). A comparison of inpatient and outpatient women with eating disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (4), 181-194.

- 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. *The International Journal of Eating Disorders*, 14, 27-32.
- Wold, P. (1991). Eating disorder symptoms in affective disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16 (4), 204-208.
- Wonderlich, A., Ackard, D. & Henderson, J. (2005). Childhood beauty pageant contestants: associations with adult disordered eating and mental health. *Eating Disorders*, 13 (3), 291-301.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.