

# COGNICIÓN SOCIAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: HALLAZGOS CLÍNICOS E IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA

## SOCIAL COGNITION IN EATING DISORDERS: CLINICAL FINDINGS AND IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY

Antoni Grau Touriño y Montse Sánchez Povedano

Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Grau Touriño, A., y Sánchez Povedano, M. (2014). Cognición social en trastornos de la conducta alimentaria: Hallazgos clínicos e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 61-75.

### Resumen

*Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son patologías con importantes problemas interpersonales. En la última década han aumentado las líneas de investigación relacionadas con la cognición social en Anorexia Nerviosa. En este artículo revisamos los principales hallazgos en el área de estudio de la cognición social en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Después de conceptualizar el constructo objeto de estudio describimos los resultados procedentes de la literatura divididos en los componentes principales de la cognición social. En primer lugar, nos centramos en la Teoría de la Mente, tanto de tipo emocional como cognitivo. A continuación nos adentramos en el terreno de la empatía y especialmente en las similitudes entre Anorexia y Trastornos del espectro autista en esta dimensión. Finalmente esbozamos las implicaciones de todas estas investigaciones en la práctica psicoterapéutica, concretamente las implicaciones en la relación terapéutica, en la terapia familiar y en los objetivos y los contenidos de la terapia.*

Palabras clave: *Cognición social, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Empatía, Teoría de la Mente*

### Abstract

*Eating Disorders are pathologies with important interpersonal problems. In the last decade, the line of investigation linked with the Social Cognition in «anorexia nervosa» has increased. In this article we review the main findings in the field of social cognition in Eating Disorders.*

*After conceptualizing the object of study, we describe the results from the literature divided into the main components of social cognition. First, we focus on the theory of mind, exploring both emotional and cognitive issues. Then, we go in depth into the study of empathy and, particularly, in the similarities between anorexia and autism spectrum disorders in this dimensions. Finally, we describe the implications of the research findings for the practice of psychotherapy, specifically in the implication for the therapeutic relationship, for family therapy and for the goals and contents of the therapy.*

Keywords: *Social Cognition, Eating Disorders, Empathy, Theory of mind*

Fecha de recepción: 15/06/2014. Fecha de aceptación: 29/07/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: tgrau@itacat.com

Dirección postal: Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)

c/ Cavallers nº 37 08035, Barcelona.

© 2014 Revista de Psicoterapia



## Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías de gran complejidad, debido a la enorme heterogeneidad de los trastornos que los componen. Más allá de su descripción sintomática (restricción alimentaria, autoinducción del vómito o ejercicio físico compensatorio), la multidimensionalidad que caracteriza a estos trastornos, así como la etiología de los mismos resisten con muchas dificultades el intento de trazar un tronco común para todos ellos. Lo que sin duda constituye una condición compartida, es el hecho de ser trastornos que sitúan a la conducta alimentaria en la encrucijada entre el cuerpo y la dimensión social del individuo. Precisamente una de las dificultades presentes a lo largo de todo el espectro de los TCA son las dificultades interpersonales.

La existencia de estos problemas interpersonales ha hecho que la práctica totalidad de los tratamientos psicoterapéuticos existentes para los TCA incluyan la mejora de este componente entre sus principales objetivos de trabajo. Una de las modalidades de trabajo más extendidas para esta área es el entrenamiento en habilidades sociales (Saldaña, Tomás & Bachs, 1997). El mecanismo de acción propuesto por estas técnicas consiste en aumentar el repertorio conductual disponible para la persona en sus relaciones sociales. Parte pues de la base de que existiría un déficit de tipo conductual que podría ser suplido a través de la psicoeducación, aumentando así la efectividad interpersonal. La modesta eficacia de estas técnicas en el tratamiento de los TCA ha obligado a investigadores tanto básicos como aplicados a buscar modelos explicativos alternativos a este presunto déficit conductual.

En los últimos años la investigación de los déficits interpersonales en los TCA ha girado su atención hacia el terreno de la cognición social, intentando hallar en esta un mecanismo que explique el enorme distrés relacional sufrido por las personas que padecen estos trastornos.

## Cognición Social: Conceptualización y Componentes

Desde que G.H. Mead en su obra *Mind, Self and society* (1934) realizara uno de los primeros acercamientos a este campo, son tan numerosos como diversos los intentos de ofrecer una conceptualización suficientemente comprensiva de la cognición social. Por limitaciones de extensión, en este trabajo nos ceñiremos a una definición meramente descriptiva ofrecida por Brothers (1990, p.367) quien considera la cognición social como «el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de los otros». Aunque no todos los componentes de la cognición social han sido adecuadamente abordados en el estudio de los TCA, en este trabajo revisaremos aquellas dimensiones mejor estudiadas en estos trastornos.

## Teoría de la Mente

La Teoría de la Mente (ToM) ha sido el componente mejor estudiado en los TCA. La ToM hace referencia a la capacidad que tiene un individuo de inferir estados mentales en el otro. Aunque se supone su presencia en primates no humanos, solo nuestra especie ha alcanzado un grado de especialización tan notable. Es indudable la ventaja evolutiva que supone disponer de una representación mental de lo que otro está sintiendo o pensando. Haber desarrollado esta capacidad hasta los niveles actuales se encuentra relacionado con el grado de cooperación y organización que el ser humano ha alcanzado. Como toda capacidad, su empleo puede estar al servicio de tan nobles virtudes como la solidaridad, la cooperación o la compasión, o de las peores bajezas de la especie como la traición, el engaño o el abuso. La capacidad de construir una ToM emerge en el seno de las relaciones de apego. La calidad de estas relaciones supondrá un nicho más o menos propicio para el desarrollo de esta capacidad (Fonagy & Target, 1997).

A pesar de la inseparable confluencia de elementos cognitivos y emocionales, frecuentemente se traza una diferenciación entre ambos componentes. Esta diferenciación da lugar a dos grandes áreas: (a) Teoría de la Mente de tipo Cognitivo (Cognitive Theory of mind. CToM): Referente a la capacidad de representación de los pensamientos e intenciones del otro; y (b) Teoría de la Mente emocional (Emotional Theory of Mind. EToM): La habilidad de generar una representación mental de las emociones experimentadas por el otro.

A pesar de la actual disponibilidad de estudios sobre esta dimensión, su interés es relativamente reciente. Las dificultades presentadas en esta área han llevado a diversos autores (Zucker et al. 2007) a asimilar la Anorexia Nerviosa (AN) con el recientemente erradicado del DSM-IV-TR Síndrome de Asperger (SA), un subtipo de autismo de alto rendimiento.

En efecto, la AN y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) comparten algunas características. Por un lado, está bien establecida la existencia de una escasa flexibilidad cognitiva en ambos trastornos (Tchanturia et al., 2004). Así mismo, tanto TEA como AN presentan una escasa coherencia central (Happé & Frith, 2006; Lopez, Tchanturia, Stahl & Treasure, 2008), entendida esta como una excesiva atención a los detalles y un fracaso en integrar éstos en su contexto global. El tercer elemento de solapamiento lo constituye una deficitaria ToM que impediría tanto a las personas con TEA como a los pacientes con AN representarse las cogniciones y emociones del otro en interacción. Note el lector que nos estamos refiriendo a la AN y no a los demás diagnósticos alimentarios, puesto que es en este subtipo diagnóstico en el que la mayoría de estudios encuentran una disfunción en la ToM.

### *Teoría de la Mente de tipo cognitivo (CToM)*

Los primeros en estudiar la CToM en AN fueron el grupo de Russell y colaboradores del Instituto de Psiquiatría de Londres (Russell, Schmidt, Doherty, Young & Tchanturia, 2009). Este equipo, evaluó la CToM en un grupo de mujeres

con anorexia tratadas en la unidad de trastornos de la Conducta Alimentaria de la *Maudsley Foundation*. Para ello emplearon la prueba clásica de las historias extrañas de Happé (Happé, Brownell & Winner, 1999). Esta prueba consiste en 12 viñetas de cómic. En seis de ellas se requiere la capacidad de inferir los estados mentales, las intenciones y los conocimientos de los personajes que aparecen en cada escena. Por ejemplo, en una de las viñetas aparece una niña comiendo caramelos. En la viñeta contigua se puede observar como la niña al ver a una amiga que se acerca, esconde los caramelos. Cuando la amiga le pide un caramelo, la niña responde que se le han terminado. Una vez el participante ha visualizado la viñeta se le pregunta si es verdad lo que dice la niña y porqué ha dicho esto.

A pesar de la aparente sencillez de la tarea, responder correctamente a esta pregunta implica tener una representación mental de lo que la niña sabe (la niña es consciente de que ha escondido los caramelos) y lo que su amiga no sabe (su amiga no sabe que los ha escondido), así como de las intenciones de la niña para actuar de esta forma. La ausencia de una teoría de la mente del otro, como ocurre en el caso del autismo, imposibilita la correcta ejecución de esta tarea.

En la investigación de Russell y colaboradores (2009), el grupo con AN tuvo un desempeño menor en las historias extrañas de Happé que el grupo control, lo que muestra una peor capacidad de comprensión de los pensamientos e intenciones del otro. Además, dos de los indicadores de severidad más robustos en TCA (IMC, Tiempo de evolución y Escala de Evaluación de la actividad Global) se asociaron inversamente con el rendimiento en esta tarea otorgando valor pronóstico a esta capacidad. Las principales críticas a este estudio vinieron fundamentadas por el hecho de que existieron diferencias entre los grupos en edad y años en educación, siendo conocida la relación entre estas variables con la teoría de la mente cognitiva.

Otro estudio de reciente publicación (Tapajóz, Soneira, Aulicino & Allegri 2013) halló resultados en el mismo sentido. En esta ocasión emplearon otra tarea clásica, el Test de meteduras de Pata (*Faux Pas Test*, FPT; Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones, & Plaisted). En esta tarea se presentan a los participantes una serie de historias en la que uno de los personajes dice algo inapropiado por olvido o malentendido que hiera los sentimientos del otro. Su resolución requiere la capacidad de representación de lo que conocen y de lo que no conocen ambos personajes. Un ejemplo de historia es la siguiente. El marido de Elena estaba organizando una fiesta sorpresa para el cumpleaños de ella. Él invitó a Sara, una amiga de ella y le dijo, «no le cuentes a nadie, y menos a Elena». El día antes de la fiesta, Sara volcó el café sobre un vestido nuevo que estaba colgando sobre su silla. «¡Oh!» dijo Sara, « ¡yo iba a usar esto en tu fiesta!» «¿Que fiesta?» dijo Elena. «Vamos» dijo Sara, «Veamos si podemos sacar la mancha».

Una vez leída la historia al participante se le realizan preguntas destinadas a evaluar la capacidad de la persona para poder interpretar las tareas pertenecientes a la CToM. En este estudio, los pacientes con AN obtuvieron peores resultados que el grupo control y que el grupo con Bulimia Nerviosa (BN), que se comportó de

forma similar al grupo control.

En una investigación reciente de nuestro grupo de investigación (Grau, Rodríguez, Faus y Sánchez, 2013) se evaluó la CToM a través de la prueba *Faux Pas* en un grupo de pacientes con AN. Los resultados constataron una peor ejecución de estos pacientes tanto en la adolescencia como en la edad adulta. Estos pacientes se encontraban en un peso normalizado y la conducta alimentaria se había restablecido. Este hecho hace pensar que esta dificultad en la capacidad de representación de las cogniciones e intenciones del otro representa más bien un rasgo que un estado secundario a los efectos debidos a la situación clínica como el bajo peso o la inanición.

### *Teoría de la Mente Emocional (EToM)*

Aunque existe algún estudio con resultados negativos (Adenzato, Todisco & Ardito, 2012), la enorme mayoría de trabajos, demuestran un EToM deficitaria en pacientes con AN, no ocurriendo lo mismo para la BN.

El grupo de Russell y colaboradores (Russell et al., 2009) fueron los primeros en demostrar esto empleando el Test de los Ojos (*The Reading the Mind in the Eyes*. RME; Bahron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001) en un grupo de pacientes con AN. Esta tarea consiste en la presentación de 36 láminas en las que se muestran expresiones emocionales reflejadas en la mirada de 19 hombres y 17 mujeres. Los participantes deben elegir entre cuatro alternativas de respuesta, la emoción mostrada por cada mirada. Los resultados obtenidos demostraron que las pacientes con AN presentaban mayores dificultades en el desempeño de dicha habilidad al compararlo con un grupo control.

Similares resultados obtuvieron el equipo de Anna Oldershaw (Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia & Schmidt, 2011) al comparar un grupo con AN con otro con TEA en un intento de equiparar ambas patologías. Para comprobar esta sorprendente hipótesis administraron pruebas que evaluaban funciones ejecutivas (concretamente la flexibilidad cognitiva y la baja coherencia) junto con tareas que miden el funcionamiento de la EToM: el RME y *the Reading the mind in the films* (RMF; Golan, Baron-Cohen, Hill & Golan, 2006). La investigación señala que las pacientes con AN obtuvieron mejores rendimientos en RME, pero los pacientes con autismo fueron superiores en la tarea RMF, sin embargo en las tareas de función ejecutiva ambos grupos tuvieron un funcionamiento similar.

Estos resultados parecen reforzar la hipótesis que asimila AN y TEA. A pesar de ello es importante tener en cuenta la siguiente diferenciación: tanto en los TEA como en los TCA, las disfunciones de tipo ejecutivo (baja coherencia central, baja flexibilidad cognitiva) parecen tener más bien características de rasgo que de estado. Se ha comprobado cómo estas características se mantienen estables independientemente del estado clínico (Harrison, Tchanturia & Treasure, 2010; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure y Schmidt, 2010). Por el contrario, los déficits relativos a la EToM parecen tener características de estado, y mejorar con

la remisión del trastorno. Así lo comprobó de nuevo el grupo británico capitaneado por Oldershaw (Oldershaw et al., 2010) al comparar la ejecución en tareas relacionadas con la EToM en un grupo de pacientes con AN ya recuperadas, con un grupo control y con un grupo de pacientes con el trastorno en curso. Utilizaron para ello las tareas: RME y RMF. El estudio comprobó como el rendimiento en tareas que requerían de una teoría de la mente emocional funcional se vio completamente reestablecida en las pacientes de Anorexia recuperadas.

Salvo excepciones (Medina-Pradas, Navarro, Alvarez-Moya, Grau & Obiols, 2012), dentro de los TCA los déficits en la EToM son territorio exclusivo de la AN. Por lo que respecta a esta competencia, AN y BN tienen un funcionamiento completamente dispar. Hasta el momento en el estudio con mayor población de personas con BN (Kenyon et al., 2012) no se encontraron diferencias entre el rendimiento en la EToM de un grupo de pacientes con BN del de un grupo control. Además, interesantemente, el grupo con BN obtuvo un rendimiento superior al grupo control en la tarea RMF en el reconocimiento de emociones negativas. Este hecho empareja a las BN con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), los cuáles han demostrado una capacidad hipertrofiada en reconocer emociones negativas (Franzen et al., 2010). Como es sabido, el TLP es uno de los trastornos con mayor comorbilidad con la BN (Godt, 2008). Una hipótesis preliminar que equiparara ambos trastornos consistiría en considerar que tanto en la BN como en los TLP existe una hiper-especialización en el reconocimiento de emociones negativas en el otro que tiene como finalidad predecir el posible rechazo. El resultado sería, según esta propuesta, una sobrestimación del peligro que activaría los sistemas de alerta. A continuación una respuesta compensatoria procuraría evitar este potencial abandono.

En relación a lo anterior la mayoría de investigaciones apuntan a un sesgo cognitivo que prioriza el reconocimiento de emociones negativas en el interlocutor. Cserjési y colaboradores (2011) estudiaron la capacidad de reconocer emociones en el rostro en un grupo de mujeres con Anorexia y otro con Obesidad. Los resultados mostraron la presencia de un sesgo cognitivo hacia las expresiones faciales de enfado. Por su parte, los pacientes con obesidad presentaron un sesgo que dio prioridad a emociones positivas, teniendo una mayor dificultad en el procesamiento de las emociones negativas. Dicho de otro modo, mientras los pacientes con obesidad tenían una mayor tendencia a procesar las emociones en el rostro como positivas, los pacientes con anorexia procesaban principalmente estas emociones como negativas, y de forma destacada como enfado. Las conclusiones de este estudio subrayan las dificultades en la interacción social derivadas de los problemas en el procesamiento de emociones positivas. Además el hecho de prestar más atención a expresiones faciales de enfado predispone a interacciones suspicaces y defensivas (D'Acromont y Van der Linden, 2007). Resulta este un motivo más para vivir la interacción social como una experiencia amenazante, y por tanto a ser evitada en forma de aislamiento social.

**Anorexia o Bulimia: dos vías diferenciadas hacia los problemas interpersonales**

La presencia de déficits interpersonales está presente a lo largo de todo el espectro de los TCA. A pesar de ello, el hecho de que los déficits en la ToM se encuentren principalmente en Anorexia y no así en la Bulimia, hacen pensar en diferentes mecanismos que conducirían a un malestar en las relaciones interpersonales. Parece claro que en el caso de la Anorexia, el fracaso en la representación de las cogniciones y de las emociones del otro, sumiría a la persona en un mundo de relaciones cuyas claves no comprende, y por tanto no es capaz de predecir. En el caso de la BN, la excesiva autoconciencia podría ser la variable que explicara la insatisfacción con su mundo relacional. La emoción que expresa esta insatisfacción es la vergüenza, más presente en la Bulimia que en la Anorexia. (Kenyon et al., 2012). Por su parte Striegel Moore y colaboradores (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1993) estudiaron la relación entre autoconciencia y vergüenza en un grupo de 34 mujeres con Bulimia y la compararon con un grupo control. Para ello, emplearon la Self-Consciousness Scale (SCS-25). Esta medida consta de tres dimensiones principales: Autoconciencia pública, entendida como la atención prestada al juicio ajeno, Autoconciencia privada (atención prestada a los propios pensamientos emociones y sensaciones) y ansiedad social. El grupo con Bulimia presentó una mayor autoconciencia pública y mayor ansiedad social. Además, ambas medidas correlacionaron con la insatisfacción corporal. Interesantemente, en un estudio similar aplicado a pacientes con Trastorno por atracón, se observó que este grupo puntuó significativamente superior en Autoconciencia privada y ansiedad social y fueron precisamente estas dimensiones las que se asociaron con medidas respectivas a la imagen corporal y episodios de sobreingesta alimentaria (Sawaoka y Barnes, 2012). Estos resultados, junto a la experiencia clínica parecen explicar algunas características diferenciales entre la presentación de la Bulimia y la del Trastorno por Atracón. Al parecer, en la Bulimia, la excesiva atención hacia el juicio ajeno provoca una intensa ansiedad social. Esta ansiedad social se relaciona estrechamente con el ansia por comer y por tanto con los atracones. El intenso pánico a engordar y las consecuencias de esto para la visión proyectada en los demás, se ve resuelta a través de los episodios de autoinducción del vómito. Sin embargo en el Trastorno por atracón el mecanismo sería algo diferente. La ansiedad social se asociaría con una excesiva autoconciencia de los propios pensamientos, emociones y sensaciones. El mecanismo de neutralización de esta ansiedad sería de igual modo el atracón. Al no existir una excesiva preocupación por el juicio ajeno y ser menor la insatisfacción corporal, no serían necesarias maniobras compensatorias como la autoinducción del vómito o el uso de laxantes.

A modo de síntesis, los hallazgos procedentes de la investigación constatan la presencia de déficits en la Teoría de la Mente tanto de tipo cognitivo como emocional. Estos déficits se encuentran principalmente en AN, no obstante en la BN las capacidades ToM no parecen estar alteradas. Dos mecanismos diferentes parecen explicar los problemas interpersonales de la Anorexia y de la Bulimia.

Mientras en Anorexia parecen bien establecidos los déficits en la representación tanto de pensamientos y emociones en el otro, en BN la excesiva atención al juicio externo sería la responsable de la vivencia ansiosa de su mundo relacional.

## **Empatía**

Hasta ahora, hemos revisado un mecanismo mediante el cual una persona elabora una teoría sobre las cogniciones, las emociones y el funcionamiento del otro en una situación social concreta. Ésta es una de las dos modalidades de las que dispone una persona para entender a otra. El segundo mecanismo, la empatía, tiene más bien un carácter corporal que lógico (Merleau-Ponty, 1962). La empatía es la habilidad de identificar las emociones de otra persona y responder a ello con una emoción coherente (Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurunathan & Wheelwright, 2003). A diferencia de la construcción de la teoría de una mente emocional, empatizar con alguien implica la activación emocional del observador. Así, mientras en determinados trastornos psicopáticos y narcisistas la teoría de la mente está preservada, estos individuos carecen de resonancia emocional en su propio organismo. Tomamos de Lieberman (2006) las dos características principales de la respuesta empática:

- a) Una respuesta emocional o experiencial que se aproxima a la de otra persona
- b) La conciencia e identificación de esa emoción junto con el conocimiento de que esa emoción pertenece a otra persona (diferenciación).

Resulta sorprendente la ausencia de trabajos que estudien la empatía en los TCA. Algunos de estos estudios se han producido en la última década dentro del paradigma de investigación que asimila la AN y los TEA. Dentro de este marco, las investigaciones se inscriben en el estudio del denominado eje empatía/sistematización. Este eje consiste en un estilo cognitivo-social caracterizado por un uso disminuido de la empatía junto con una excesiva sistematización de las relaciones sociales. En personas afectadas por TEA se ha observado una tendencia hipertrofiada a construir reglas acerca del comportamiento de los sistemas. La creación de reglas tiene un importante valor evolutivo para la predicción del funcionamiento de nuestro entorno. A pesar de ello, el uso de este mecanismo sistematizador pierde su utilidad como predictor del mundo emocional de los seres humanos debido a su diversidad irreductible y al carácter altamente cambiante de la respuesta emocional. Es por ello que para poder predecir la conducta humana, es necesario el uso de la empatía (Baron-Cohen et al., 2003). Durante el acto empático, la atención se sitúa en el estado mental del otro y a su vez provoca una respuesta emocional en el observador. Sin esta respuesta emocional la comprensión de las emociones del otro resulta incompleta. Esta ausencia de respuesta emocional del observador en favor de una hiperdesarrollada sistematización de las relaciones resulta una característica fundamental para personas con TEA. En TCA, la experiencia clínica y psicoterapéutica confirma este afán sistematizador aplicado también a las relacio-



nes sociales de las personas con AN.

Por lo que respecta a la empatía, en personas con TCA es de sobras conocido el exceso de atención a la imagen que los demás tienen de ellas, aunque sospechamos que en este colectivo, esta atención se hace prioritariamente desde un acercamiento cognitivo, y por tanto carente de activación emocional. Hasta el momento, solo tenemos conocimiento de dos investigaciones (Courty et al., 2013; Hambrook, Tchanturia, Schmidt, Russell y Treasure, 2008) han explorado el eje empatía/sistematización en pacientes con Anorexia. Estos dos estudios no han sido capaces de confirmar la equiparación de este eje entre pacientes con AN y pacientes con TEA. A pesar de ello, ambos trabajos adolecen de dos importantes limitaciones. En primer lugar, utilizan como instrumentos de medida cuestionarios de empatía autopercebida. Como hemos demostrado (Grau et al., 2013) la empatía autopercebida puede no corresponderse con la empatía medida con pruebas objetivas. Además en ambos trabajos el tamaño de la muestra es muy escaso.

A pesar de esta relativa falta de resultados que apoyen la hipótesis del eje Empatía/sistematización, en el estudio de Courty (2013) se equiparó a las personas con AN con las personas con TEA en el funcionamiento en una dimensión importante de la empatía denominada distrés interpersonal. Esta dimensión hace referencia a la tendencia a experimentar ansiedad ante emociones negativas experimentadas por otro. Tanto TEA como AN mostraron mayor distrés interpersonal que los controles.

Todavía más importante nos parece la equiparación de la alexitimia entre AN y TEA. Hilde Bruch (1977) fue la primera en describir las dificultades en percibir y controlar las sensaciones corporales así como las propias emociones sentidas en su corporalidad. Desde entonces, está bien establecida la relación entre alexitimia y AN (Corcos et al., 2000). En el estudio de Courty (2013) el grupo con AN y el grupo con TEA presentaron idénticos niveles de alexitimia, y los dos grupos clínicos presentaron mayores niveles de alexitimia que sus respectivos controles. Estos autores apuntan la hipótesis que consiste en considerar que el pobre reconocimiento de emociones propias (metacognición) podría traducirse en una limitada capacidad de reconocimiento de las emociones en el otro (empatía). Esta tesis es apoyada por estudios anteriores (Guttman y Laporte, 2002). Sin embargo, la relación entre alexitimia y empatía en TCA resulta algo más compleja. Un estudio reciente (Beadle, Paradiso, S., Salerno y McCormick, 2013) demuestra que efectivamente existe una asociación entre alexitimia y empatía, pero de nuevo sólo para la dimensión distrés interpersonal, es decir, la percepción de emociones negativas en el otro. Además en dicho estudio se asociaron estos dos constructos con la autorregulación emocional. Los autores plantean un modelo según el cual las emociones negativas en el otro aumentarían el arousal emocional en pacientes con AN, lo que, debido a las dificultades en identificar dichas emociones, podría motivar la desregulación emocional.

Cuando los estudios sobre empatía y TCA se apartan del paradigma *empatía/*

*sistematización*, los resultados parecen avalar una capacidad empática incompleta en pacientes con AN. Es el caso de un estudio reciente (Morris et al., 2014) en el que se estudió la empatía, junto con otros componentes del funcionamiento social en un grupo de pacientes con diagnóstico en curso, comparado con un grupo de pacientes recuperados y con un grupo control. Para hacerlo, se empleó el instrumento *Socio-emotional Questionnaire* (SEQ). Este cuestionario autoadministrado presenta una estructura factorial que permite medir las siguientes dimensiones: reconocimiento de emociones en el otro, empatía, conformidad social y conductas antisociales. En este estudio, los pacientes con AN en curso se perciben como menos empáticos que el grupo control, aunque no reportan un peor reconocimiento de las emociones en el otro. El interés en este resultado subyace en el hecho de que, según los propios pacientes, éstos son capaces de reconocer las emociones en el otro, pero les resulta muy difícil elicitar en ellos mismos una respuesta emocional análoga a la emoción en el otro. Existiría por tanto una comprensión excesivamente cognitiva, carente de la activación fisiológica propia de una experiencia empática completa.

En el mismo estudio, el grupo de pacientes con AN en curso obtienen puntuaciones inferiores en conducta antisocial que el grupo control y el grupo de AN recuperadas. Los autores atribuyen estos resultados a la necesidad de aprobación y al perfeccionismo aplicado a las interacciones sociales. A través de estos dos componentes, las personas con AN intentan controlar la impresión creada en sus interlocutores (Bulik et al., 2003; Davies, Schmidt, Stahl, y Tchanturia, 2011; Egan, Wade, y Shafran, 2011; Sassaroli et al., 2008). Otros estudios encuentran una empatía deficitaria tanto en lo que respecta a la empatía de tipo cognitivo como afectivo (Calderoni, Fantozzi, Maestro, Narzisi, y Muratori, 2012).

Por lo que respecta a la empatía y a modo de síntesis, los datos procedentes de la literatura parecen confirmar una función empática incompleta en pacientes con AN. La empatía en este colectivo estaría caracterizada por una predominancia hacia el procesamiento cognitivo a la hora de conocer las emociones en el otro. Existiría un pobre reflejo de éstas en las emociones propias, sobre todo cuando estas emociones tienen una valencia negativa. Los altos niveles de alexitimia parecerían estar detrás de esta dificultad en empatizar y del malestar producido por las emociones negativas en las interacciones.

## **Implicaciones para la Terapia**

### **Implicaciones para la relación terapéutica**

Tradicionalmente se ha considerado a los pacientes con TCA como individuos de difícil vinculación, resistentes al cambio, desconfiados y manipuladores. No es extraño coincidir con profesionales de la salud mental que honestamente reconozcan la dificultad a nivel transferencial que comporta el trabajo con estas personas. El conocimiento de las particularidades en la cognición social de este colectivo pueden servir para transformar las emociones problemáticas que experi-

menta el psicoterapeuta de TCA en artillería para el cambio. El uso de estrategias de compartición de los estados mentales experimentados por el psicoterapeuta durante la sesión de terapia puede transformar estos momentos de compromiso del vínculo en ocasiones privilegiadas para el aumento de la teoría de la mente del paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta es la necesidad de la activación emocional durante las sesiones de psicoterapia. Como hemos visto con anterioridad, la estrategia ensayada por estos pacientes es la de conocer las emociones experimentadas por el otro desde un punto de vista excesivamente racional, sin activación emocional propia. Si queremos que la psicoterapia sea una experiencia suficientemente comprensiva e integradora de la experiencia del paciente, es necesario que los contenidos de la sesión estén dotados de la cualidad sensorial que sólo las emociones les pueden conferir. Merecen por lo tanto especial atención los intentos por parte del paciente de evitar el contacto con dicha emocionalidad, sobre todo ante emociones negativas. De nuevo es esta una ocasión privilegiada para reflejar esta tendencia evitativa en el momento preciso en que esto ocurra, contribuyendo así al autoconocimiento del paciente.

### **Implicaciones para la terapia familiar**

Tal vez con demasiada frecuencia se ha subestimado el valor de las percepciones individuales que coexisten dentro de una familia. A pesar del valor de la unicidad e irreductibilidad del sistema familiar, en la sala de terapia pueden concurrir, y de hecho lo hacen, distintos aparatos cognitivo-emocionales con sus respectivos estilos perceptivos y habilidades meta y heterocognitivas. En este sentido, la mayor tendencia de las personas con AN a percibir emociones negativas en el otro puede imprimir en la terapia un estilo suspicaz y defensivo. Sin embargo, no sería justo, ni mucho menos veraz, responsabilizar al paciente identificado de los «malentendidos» interaccionales ocurridos durante la terapia de familia. Así, algunos estudios han demostrado que los déficits en la cognición social se encuentran también presentes en madres de personas con AN (Ward et al., 2001). Esto sugiere que existe una relación biunívoca entre la cognición social de la persona con TCA y la cognición social de sus cuidadores del tipo: *Las emociones generadas por el paciente en el familiar son procesadas deficitaria o sesgadamente por este, el cual responde de tal forma que genera emociones en el paciente que son procesadas de forma igualmente deficitaria o sesgada*. Emerge pues, una nueva dimensión a explorar en el terreno de la terapia familiar: las diferencias en el procesamiento de la información social entre los miembros del sistema.

Sin abandonar todavía las familias con un miembro con TCA, recuperamos uno de los constructos mejor estudiados por la literatura: la Emoción Expresada (EE). La EE hace referencia a la actitud y comunicación de los miembros de la familia con el paciente. (Vaughn y Leff, 1976). Concretamente la EE se centra en los comentarios críticos, la hostilidad o la sobreimplicación como niveles que

ensombrecen el pronóstico de los TCA entre otros trastornos. Más allá del acusado poder predictivo de la EE, los mecanismos por los cuáles un familiar reacciona con hostilidad o con criticismo a los síntomas del paciente permanece sin estar del todo clara. Hasta el momento, este estilo de respuesta se atribuye a ciertas características de personalidad del familiar que lo hacen vulnerable a reaccionar con niveles altos de criticismo, sobreimplicación emocional u hostilidad. A modo tentativo, podríamos considerar la posibilidad de que por ejemplo una ToM deficitaria en el familiar podría ser uno de estos factores de personalidad que elicitaban respuestas hostiles, críticas o sobreimplicadas. Esta posibilidad necesita ser comprobada empíricamente. Desde el punto de vista psicoterapéutico resulta conveniente explorar aspectos como la habilidad de los miembros de la familia para empatizar o construir una ToM sobre el resto de miembros de la familia. En caso de hallar dificultades en esta área el fomento de las habilidades de mentalización puede representar un arma terapéutica a integrar en la intervención con la familia. Para este propósito, son fundamentales las intervenciones que fomenten en el sistema familiar la comunicación emocional entre sus miembros, elemento con frecuencia ausente en el espíritu de las familias con TCA.

### **Implicaciones en los objetivos y en los contenidos de la terapia**

Desde los primeros tratamientos multicomponente de los TCA se incluyó el denominado entrenamiento en habilidades sociales (EHHSS) para tratar los problemas interpersonales descritos en la literatura. El EHHSS tiene como objetivo que la persona adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones sociales y responder asertivamente (Saldaña et al., 1997). Esta estrategia, eminentemente psicoeducativa, pretende ampliar el repertorio conductual teóricamente escaso de que disponen las personas con TCA. Sitúa por tanto el objetivo del cambio en la modificación de la conducta, entendiéndose que con la mejora de estas habilidades, las situaciones sociales se tornarán menos aversivas. A día de hoy, no tenemos conocimiento de ningún estudio que demuestre la eficacia del EHHSS por sí sólo en TCA. Por otra parte la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) incorpora la intervención en el contenido cognitivo-social a través de la reestructuración de las cogniciones distorsionadas, aunque con resultados igualmente exiguos. La condición nuclear del malestar psicosocial de los TCA nos obliga a repensar estrategias de intervención en esta área. Parece justificado incluir en los programas de tratamiento el uso de intervenciones que centren sus esfuerzos en los procesos cognitivos inherentes al desarrollo de la ToM, de los sesgos cognitivos y de la empatía. Disponer de buenas habilidades sociales no parece útil para alguien que no entiende lo que piensa y cómo se siente el otro.

A pesar de las evidentes diferencias en cuanto a gravedad y especificidad de los déficits cognitivo-sociales, algunas propuestas psicoterapéuticas procedentes del terreno de las psicosis podrían servir de inspiración para el desarrollo de programas específicos para la intervención en cognición social en TCA.

Entre estos programas destacan los tres siguientes: el programa de percepción social (Roder, Brenner, Kienzle & Fuentes, 2007) , el *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT; Penn et al, 2005) y el *Integrative neurocognitive Therapy* (Roder, Laechler & Mueller, 2007). No nos vamos a extender en el contenido de estos programas de intervención. El lector interesado puede acudir a Fuentes, Ruiz, Garcia, Soler & Dasí (2008). Sí que nos parece interesante resaltar algunos factores comunes de estos programas:

- a) Son programas centrados en el proceso en vez de en el contenido
- b) Sitúan el foco de intervención en aspectos cognitivos y emocionales
- c) Integran aspectos de la cognición no social como la flexibilidad cognitiva o la atención selectiva.

A modo de conclusión quisiéramos señalar que, en nuestra opinión, la literatura científica disponible arroja resultados suficientemente sólidos como para repensar la intervención en los aspectos interpersonales de los TCA. Nuevas estrategias centradas en la mejora de funciones como la empatía o la representación de estados mentales en el otro deben desarrollarse para poder ser incorporadas a los tratamientos.

## Referencias bibliográficas

- Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PLoS One*, 7- 8.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407- 417.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001) The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241–251.
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1430), 361–74. doi:10.1098/rstb.2002.1206.
- Beadle, J., Paradiso, S., Salerno, A. & McCormick, M. L. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(2), 107–120.
- Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain Concepts. *The Journal of Neuroscience*, 1, 27–51.
- Bruch, Hilde (2001). La jaula dorada: El enigma de la anorexia nervosa. Paidós Barcelona.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366 - 368.
- Calderoni, S., Fantozzi, P., Maestro, S., Narzisi, A., & Muratori, F. (2012). Deficit di empatiacognitiva in adolescenti con anoressia nervosa di tiporestrictivo. / Impaired cognitive empathy in adolescents with restrictive type anorexia nervosa. *Infanzia e Adolescenza*, 11(2), 81-90.
- Corcus M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al.(2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.
- Courty, A., Maria, A. S., Lalanne, C., Ringuenet, D., Vindreau, C., Chevallier, C., Berthoz, S. (2013). Levels of autistic traits in anorexia nervosa: a comparative psychometric study. *BMC Psychiatry*, 13, 222.
- D'Acromont, M. & Van der Linden, M. (2007). Memory for angry faces, impulsivity, and problematic behavior in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (2), 313–324.

- Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2011). Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 531-539.
- Fonagy, P & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychology*, 9, 679 –700.
- Fuentes, I., Ruiz, J.C., García, S., Soler, M.J. & Dasí, C. (2008) Esquizofrenia: Déficit en cognición social y programas de intervención. *Informació psicològica*, 93, 53-64.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., Gallhofer, B., Kirsch, P., & Lis, S. (2010). Superior 'theory of mind' in borderline personality disorder: An analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 224-233.
- Godt, K. (2008), Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 94-99.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. & Golan, Y. (2006) The «reading the mind in films» task: complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Society for Neuroscience*, 111–123.
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Guttman H. & Laporte L. (2002). Family members' retrospective perceptions of 15 intrafamilial relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(3), pp. 505-521.
- Grau, A., Rodríguez A., Faus, G., Sanchez, M. (2013). Cognición Social en TCA. IX Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Badajoz, España.
- Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T., & Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: a pilot study. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47(Pt 3), 335–9.
- Happé, F., Brownell, H. & Winner, E.(1999). Acquired 'theory of mind' impairments following stroke. *Cognition*, 70, 211–240.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36, 5–25.
- Harrison, A., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Attentional Bias, Emotion Recognition and Emotion Regulation in Anorexia: State or Trait? *Biological Psychiatry*, 68 (8), 755-761.
- Kenyon, M., Samarawickrema, N., Dejong, H., Startup, H., Lavender, A., & Goodman-smith, E. (2012). Theory of Mind in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 377–384. doi:10.1002/eat.20967.
- Lieberman, M.D. (2006). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 18.1–18.31.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008). Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1393–1404.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self, & Society* (pp. 137-139). Chicago, Ill: The University of Chicago Press.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., Grau, A., & Obiols, J. E. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 189–202.
- Merleau-Ponty (1962) *Phenomenology of perception*. New York. Routledge
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 73–9. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca.
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review. The Journal of the Eating Disorders Association*, 19(6), 462–474.
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Munt, E., Silverstein, E., Jones, N. & Sheitman, B. (2005) A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 357-359.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. & Fuentes, I. (2007) *Terapia Psicológica Integrada de la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Roder V., Laechler, M. & Mueller, D. (2007). Integrate neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Ponencia presentada al 15 th AEP Congress. Madrid. Marzo.
- Russell, T., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa/ : Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3), 181–185. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.028.
- Saldaña, Tomás y Bachs (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 319-337.

- Sassaroli, S., Lauro, L., Ruggiero, G., Mauri, M., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism depression, obsessive compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Sawaoka, T., & Barnes, R. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 53(6), 740-745.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 297-303.
- Tapajóz Pereira de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A., & Allegri, R. F. (2013). Theory of mind in eating disorders and their relationship to clinical profile. *European Eating Disorders Review/ : The Journal of the Eating Disorders Association*, 21(6), 479-87. doi:10.1002/erv.2247.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., et al. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 513-520.
- Vaughn, C. E. & Leff, J.P. (1976) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal Social & Clinical Psychology*. 15, 157-165.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, H., Steele, M., & Treasure, J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Zucker, N. K., Losh, C. & Bulik, C. M., LaBar, K., Piven, J. & Pelfrey, K. (2007). norexia Nervosa and Autism Spectrum Disorders: Guided Investigation of Social Cognitive Endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133 (6), 976-1006.