

Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo

Natalia Solano Pinto¹ y Antonio Cano Vindel²

¹ Universidad Castilla La Mancha y ² Universidad Complutense de Madrid

La literatura científica revisada indica que la ansiedad es un factor importante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo de este estudio ha sido comparar las manifestaciones de ansiedad obtenidas con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en una muestra clínica de 74 mujeres jóvenes (46, anorexia nerviosa; 28, bulimia) con las de un grupo control (130 jóvenes sin trastornos). Los resultados del ANOVA intergrupo mostraron puntuaciones de ansiedad más altas en el grupo clínico en todas las variables, encontrándose en el grupo clínico un perfil de diferencias entre escalas plano (sin diferencias en ANOVA intragrupo) para los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y los cuatro rasgos específicos de ansiedad (situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas). A su vez, tener puntuaciones altas en ansiedad estuvo asociado con TCA en las 8 comparaciones bivariadas, resultando las estimaciones más precisas para ansiedad cognitiva y rasgo específico de ansiedad interpersonal.

Anxiety in eating disorders: A comparative study. Scientific literature shows that anxiety is an important factor in eating disorders. The aim of this case-control study was to compare the anxiety manifestations obtained by means of the Anxiety Situations and Responses Inventory of in a clinical sample of 74 females (46, anorexia nervosa; 28, bulimia) to those obtained by a control group (130 girls without disorders). The between-group ANOVA results showed higher anxiety scores in the clinical group with a medium effect size for the anxiety trait, finding a flat profile (within-group ANOVA) for the three response systems (cognitive, physiological and motor) and the four specific anxiety traits (test, interpersonal, phobic, and daily life situations). Moreover, high scores in anxiety involved a greater risk of being diagnosed with an eating disorder in the 8 bivariate comparisons. The estimations were more precise for cognitive anxiety and for the specific interpersonal anxiety trait.

Los modelos cognitivos-conductuales utilizados en la explicación de las alteraciones alimentarias enfatizan el papel de ciertas cogniciones, emociones y conductas. Entre las emociones mencionadas cobra especial relevancia la ansiedad (Lock, Reisel y Steiner, 2001), cuyo papel en los trastornos alimentarios ha estado centrada fundamentalmente en tres líneas de investigación: la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de ansiedad (Godart, Flament, Perdereau y Jeammet, 2002; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters, 2004; Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007); la relación entre la ansiedad y otras variables importantes en las patologías alimentarias (factores de riesgo), como la insatisfacción con la imagen corporal o el perfeccionismo (Furman y Thompson, 2002; Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller y Meyer, 2007); y en averiguar si el tratamiento específico de la ansiedad mejora el pronóstico de los TCA (Goodwin y Fitzibbon, 2002; McComb y Clopton, 2003; Spindler y Milos, 2007). Sin embargo, apenas hay estudios en los que se evalúe el nivel de ansiedad de pacientes con TCA. Además, los pocos que

hay suelen evaluar el rasgo de ansiedad con una única escala (rasgo general), ignorando otras facetas de la ansiedad, como los tres sistemas de respuesta o los diferentes tipos de situaciones en las que puede tener lugar la ansiedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999; Inglés et al., 2010).

Enmarcado en la primera línea de investigación, Becker, Deviva y Zayfert (2004), han estudiado a 257 mujeres con trastorno de ansiedad, encontrando síntomas asociados a los TCA con el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994). En concreto encuentran que el 12% de la muestra evaluada presentan síntomas que podrían cumplir también el diagnóstico de algún TCA.

Inversamente, existen estudios que han investigado la presencia de trastornos de ansiedad en personas diagnosticadas de TCA, siendo los porcentajes en este caso más elevados. Así, Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) han constatado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general y del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en particular es mucho más alta en personas con anorexia y bulimia que en un grupo no clínico de mujeres de la población general. De los 672 participantes con algún TCA, un 63,5% presentan algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida (el 41% TOC y el 20% fobia social). Además, los participantes que presentan ambos tipos de trastornos puntúan más alto en cuestionarios de ansiedad, perfeccionismo, tendencia al pensamiento obsesivo y evitación. Por último, en este mismo estudio, los autores señalan que los trastornos de ansiedad por lo general

Fecha recepción: 29-6-11 • Fecha aceptación: 12-1-12

Correspondencia: Antonio Cano Vindel

Facultad de Psicología. Buzón 23

Universidad Complutense de Madrid

28223 Madrid (Spain)

e-mail: canovindel@psi.ucm.es

se habían iniciado en la infancia (edad de diagnóstico sobre los 14 años) antes del comienzo de un TCA (sobre los 17), apoyando la idea de que los primeros son un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de los segundos.

Con una muestra representativa de la población, Hudson et al. (2007), usando los datos del estudio National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), con casi 3.000 mujeres mayores de 18 años, han encontrado que el 41,3% de personas diagnosticadas de bulimia nerviosa también cumplen el diagnóstico de fobia social. Los resultados indican que las personas que sufren bulimia nerviosa tienen una probabilidad 4,7 (OR) veces mayor (IC 95%= 2,7 – 8,3) de cumplir los criterios de fobia social y 7,5 veces (OR) de sufrir un TOC (IC 95%= 1,7 – 37,5). En el estudio ESEMeD, con 4.139 participantes (Preti et al., 2009), se ha encontrado una alta comorbilidad para las personas con anorexia (el 42,1% presentan al menos otro diagnóstico DMS-IV), bulimia (69,4%) y otros TCA por atracción (62,2%). La mayor comorbilidad de las personas con TCA que se ha observado ha sido con algún trastorno de ansiedad (33-40%).

Estos resultados con muestras tan grandes y una buena metodología común aclaran el panorama que había hace solo unos años en el que las revisiones encontraban inconsistencias entre sus resultados (Godart et al., 2002). Aunque estos mismos autores realizaron un interesante estudio con una muestra de 271 personas con diagnóstico de TCA y 271 mujeres como muestra control (Godart et al., 2003). En dicha investigación se ha encontrado que el 47% de mujeres habían tenido, previo al TCA, el diagnóstico de fobia social. También señalan una comorbilidad alta entre el diagnóstico de anorexia nerviosa y trastorno de ansiedad generalizada (48%), así como entre la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo compulsivo (24%).

En la segunda línea de investigación mencionada se ha relacionado la ansiedad con otras variables significativas en los TCA como la insatisfacción corporal o el perfeccionismo. Así, la ansiedad de evaluación se ha asociado con la insatisfacción con la imagen corporal, creando conceptos nuevos como el de *ansiedad física social*. Dicho concepto hace referencia a la ansiedad que experimentan los afectados cuando perciben que su aspecto físico está siendo evaluado por otros, de forma real o no. Los estudios señalan que es probable que la aparición de la ansiedad en los TCA se manifieste fundamentalmente ante las relaciones sociales, donde las personas interpretan que su cuerpo está siendo evaluado (Corstorphine et al., 2007). En este sentido, Fairburn, Cooper y Shafran (2003) han señalado que la ansiedad ante situaciones sociales, propia de personas con fobia social, podría ser un factor de riesgo para sufrir TCA.

De esta forma, Dile, Jonson, Rogers y Petrie (1998) han estudiado la relación entre la ansiedad física social (evaluado con el instrumento Social Physique Anxiety Scale, SPAS; Hart, Leary y Rejeski, 1989) y elevadas puntuaciones en la evaluación de variables propias de los TCA (medido mediante el instrumento Eating Attitudes Test, EAT; Garner y Garfinkel, 1979) en 160 estudiantes universitarias. Encontraron altas correlaciones entre ansiedad física social y la preocupación por adelgazar, concluyendo que ambos aspectos pueden ser un predictor en el desarrollo de TCA.

En esta misma línea de investigación, Rodríguez-Campayo et al. (2009) señala la relación significativa entre el perfeccionismo y la ansiedad. La investigación se realizó en una muestra de 356 estudiantes universitarias. El perfeccionismo se midió mediante la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP; Hewitt y Flett, 1991) y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zig-

mond y Snaith, 1983) se utilizó para la evaluación de la ansiedad. En este estudio se han encontrado relaciones significativas entre la dimensión *perfeccionismo socialmente prescrito* (creencia de que otros te aceptan si eres perfecto) y niveles altos de ansiedad ($r=0,35$; $p<0,05$).

Como vemos, en esta línea de investigación se sugiere que la ansiedad ante situaciones sociales donde la persona percibe que su cuerpo puede ser evaluado (ansiedad de evaluación), así como la fobia social, son factores de riesgo para el desarrollo de los TCA. Del mismo modo, parece que el perfeccionismo obsesivo asociado con el deseo de aceptación social se encuentra relacionado con la ansiedad.

En la tercera línea de investigación sobre el papel de la ansiedad en los TCA, se considera a esta emoción como una variable importante y específica en el tratamiento y uno de los indicadores de mejora de pronóstico en los TCA. En dichas investigaciones se han realizado comparaciones pre y post tratamiento (de tipo cognitivo conductual) en las que se encuentran que los pacientes que no han tenido éxito con el tratamiento presentaban niveles de ansiedad social más altos que el grupo que logró mejoría (Goodwin y Fitzibon, 2002). Del mismo modo, parece que el tratamiento específico de la ansiedad en los ciclos de conductas de atracón y purgaciones es esencial en la ruptura de dichos ciclos y, por tanto, en la mejora de la patología alimentaria (McComb y Clopton, 2003; Spindler y Milos, 2007).

Resumiendo, en estas tres líneas de investigación revisadas se puede observar que un porcentaje importante de personas diagnosticadas de TCA también recibe el diagnóstico de fobia social u otros trastornos de ansiedad (TOC), que se iniciaron previamente; además, en las personas con TCA, la ansiedad social que experimentan ante la posible evaluación de los demás es muy importante; y, por último, la intervención específica en la ansiedad de evaluación es fundamental en el tratamiento de los TCA.

Sin embargo, en esta revisión no hemos encontrado estudios que evalúen los niveles de ansiedad en sus distintas facetas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999) con los tres sistemas de respuesta, o las diferencias en el rasgo general de ansiedad asociadas a tipos de situaciones (rasgos específicos o áreas situacionales). En general, se han utilizado entrevistas semiestructuradas o inventarios que evalúan la ansiedad rasgo o la ansiedad física social; pero la ansiedad es una emoción que se manifiesta en tres sistemas de respuesta, y cuando se evalúa de forma tan general, se puede perder información específica relevante. Además, tampoco hay muchos estudios que analicen exhaustivamente los niveles de ansiedad en muestras con TCA en comparación con muestra control. El propósito de este estudio ha sido investigar el rasgo de ansiedad, las manifestaciones en los tres sistemas de respuesta y en los cuatro factores situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana) obtenidos con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994) en pacientes diagnosticadas de TCA frente a un grupo control.

Método

Participantes

La muestra clínica estuvo formada por 74 personas del sexo femenino que cumplían los criterios de TCA (DSM-IV-TR, 2002), 46 con diagnóstico de anorexia nerviosa y 28 de bulimia nerviosa.

El diagnóstico se contrastó mediante una entrevista para los trastornos de la conducta alimentaria (IDED; Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins, 1990). La edad media era de 17,99 años (entre 15 y 22). Dicho grupo procedía de la Unidad de Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Divino Vallés (Burgos) y del Departamento de Psiquiatría/Psicología Infantil del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid). El valor medio del índice de masa corporal (I.M.C.) era 19,08 Kg/m², oscilando entre 12 y 25 Kg/m².

El grupo control estuvo formado por 130 participantes procedentes de un centro educativo de la Comunidad de Madrid (estudiantes de 4º ESO, 1º y 2º Bachiller) que no tenían TCA, ni otros trastornos psicológicos y/o físicos que pudiesen alterar las puntuaciones en ansiedad. Con el fin de descartar aquellas jóvenes de este grupo control que presentasen patología psicológica o física, se les aplicó el cuestionario EAT, descrito en el siguiente apartado, y unas cuestiones elaboradas para este estudio (preguntas sencillas sobre su historia clínica a nivel físico y mental, como: ¿Has sido o eres tratada por algún problema psicológico/ físico? Si tu respuesta es afirmativa señala cuál y la fecha).

La obtención de la muestra fue incidental. Se desecharon aquellas participantes que presentaban una puntuación igual o mayor a 30 en el EAT. La edad media (17,43) de este grupo no resultó ser estadísticamente diferente del grupo anterior, siendo también todas las participantes del sexo femenino.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados muestran adecuadas propiedades psicométricas en los estudios realizados en investigaciones previas. Así, los datos psicométricos de la entrevista semiestructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de la Alimentación (IDED; Williamson et al., 1990) se pueden encontrar en Raich (1994). Las propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes alimentarias Eating Attitudes Test (EAT; Garner y Garfinkel, 1979) se pueden encontrar en la validación en muestra española realizada por Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989). Por último, los datos psicométricos del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994) se pueden encontrar en el manual publicado por sus autores y en Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1999).

Procedimiento

Las personas que pertenecían al grupo clínico completaban los instrumentos el mismo día que iban a consulta, de forma individual, contestando las pruebas en el mismo orden, primero la entrevista y luego el ISRA. La evaluadora era siempre la misma (la primera autora de este artículo). El tiempo aproximado de aplicación era de 60 minutos.

El grupo control completaban los cuestionarios de forma colectiva, siendo el tiempo aproximado de aplicación de unos 50 minutos.

Análisis de datos

Se utilizó un ANOVA intergrupo para obtener las diferencias entre el grupo clínico y control. Se tuvieron en cuenta los valores de eta cuadrado para describir la proporción de variabilidad total atribuible a la variable independiente, es decir, a la pertenencia a un grupo. Se obtuvieron las puntuaciones típicas para la represen-

tación gráfica de los perfiles en los grupos anteriormente mencionados. Se realizó un ANOVA de medidas repetidas con la finalidad de estudiar las posibles diferencias intragrupo (picos y valles) entre las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta, así como entre las puntuaciones de los rasgos específicos en el grupo clínico.

Con el objetivo de establecer cómo está relacionada la ansiedad con la probabilidad de desarrollar un TCA se realizaron pruebas bivariadas y análisis de regresión logística con el cálculo de las odds ratios (OR). Por último, para estudiar los índices de sensibilidad y especificidad del ISRA para los TCA se analizó la curva COR.

Resultados

En la tabla 1 se pueden apreciar las medias y desviaciones típicas de las 8 variables del ISRA, para el grupo clínico y el grupo control. Asimismo, se pueden observar que las diferencias intergrupo han resultado significativas respecto a todas las variables. En todos los casos las medias obtenidas han sido mayores para el grupo clínico. Los valores de eta cuadrado giraban en torno a 0,30 excepto en ansiedad fóbica, donde el valor es de 0,19. Es decir, el 30% de la varianza es explicada por la pertenencia al grupo en todas las variables de ansiedad excepto en ansiedad fóbica.

En el ANOVA de medidas repetidas con las puntuaciones típicas no existían diferencias significativas entre el nivel de respuesta cognitivo, fisiológico y motor, en el perfil de sistemas de respuesta obtenido para el grupo clínico (F= 0,41; p= 0,66). Del mismo modo ocurría con el perfil de rasgos específicos del ISRA en el mismo grupo (F= 1,64; p= 0,18), de manera que se obtuvo un perfil plano en ambos casos.

Con el objetivo de establecer cómo está relacionada la ansiedad con la probabilidad de desarrollar un TCA se realizaron análisis bivariados y un análisis de regresión logística con cada variable de ansiedad como variable independiente, siendo la variable depen-

Variables ISRA	Grupo	Nº casos	Media	Desviación típica	F	Eta cuadrado
Ansiedad cognitiva	Clínico	74	112,17	42,09	80,75*	0,28
	Control	130	65,41	32,38		
Ansiedad fisiológica	Clínico	74	74,94	40,53	122,48*	0,30
	Control	130	31,94	25,40		
Ansiedad motora	Clínico	74	85,10	42,58	105,23*	0,34
	Control	130	32,89	29,95		
Ansiedad rasgo	Clínico	74	272,22	116,03	133,07*	0,35
	Control	130	130,25	79,49		
FI: ansiedad ante situaciones de evaluación	Clínico	74	105,74	40,97	99,32*	0,33
	Control	130	54,95	30,75		
FII: ansiedad ante situaciones interpersonales	Clínico	74	37,43	21,10	95,23*	0,31
	Control	130	14,99	12,97		
FIII: ansiedad fóbica	Clínico	74	52,77	37,27	51,26*	0,19
	Control	130	23,96	22,70		
FIV: ansiedad situaciones cotidianas	Clínico	74	37,18	21,25	93,72*	0,31
	Control	130	14,55	13,06		

* p<0,001

diente el grupo. Se obtuvo la estimación más precisa para la ansiedad cognitiva, con una OR de 7,6 (IC 95%= 4 – 14,7), seguida del rasgo específico de ansiedad interpersonal (OR= 8,5; IC 95%= 4,4-16,2); es decir que dicha probabilidad es 7,6 veces superior en las jóvenes que tienen altas puntuaciones en ansiedad cognitiva o 8,5 veces superior en las que tienen alta ansiedad interpersonal, con respecto a las que tienen bajos niveles. Los datos de todas las variables se presentan en la tabla 2.

Con la finalidad de estudiar los índices de sensibilidad y especificidad, pudiendo así establecer un punto de corte capaz de predecir la pertenencia al grupo de TCA a partir de sus puntuaciones en ansiedad con una probabilidad de error pequeña, se halló la curva COR para cada una de las subescalas y la puntuación total del ISRA. El área bajo la curva (tabla 3 y figura 1) indica la probabilidad de clasificación correcta. Todas las subescalas, exceptuando la ansiedad fóbica, superan el 0,80 con un $p < 0,05$, valor que se considera satisfactorio.

En la figura 1 aparece representada la curva COR para el rasgo general de ansiedad del ISRA. De los resultados obtenidos se ha escogido el punto de corte de 190. Dicho punto de corte en el nivel general de ansiedad es capaz de predecir la pertenencia al grupo de patología alimentaria con un 77% sensibilidad y 17% de error para falsos positivos (1- especificidad).

Discusión y conclusiones

Aunque no se conoce bien el papel de la ansiedad en los TCA, los datos obtenidos señalan que las personas con TCA muestran puntuaciones de ansiedad más elevadas que una muestra sin pa-

Variables medida por el ISRA	TCA			
	Nivel ansiedad	% con TCA	OR	IC 95%
Ansiedad cognitiva	Bajos	37,8	1,0	
	Altos	62,2	7,6	(4,0-14,7)*
Ansiedad fisiológica	Bajos	21,6	1,0	
	Altos	78,4	19,9	(9,6-41,4)*
Ansiedad motora	Bajos	36,5	1,0	
	Altos	63,5	10,2	(5,2-20,1)*
Ansiedad rasgo	Bajos	27,0	1,0	
	Altos	73,0	14,0	(7,0-28,0)*
FI: ansiedad situaciones evaluación	Bajos	28,4	1,0	
	Altos	71,6	10,6	(5,4-20,7)*
FII: ansiedad situaciones interpersonales	Bajos	31,1	1,0	
	Altos	68,9	8,5	(4,4-16,2)*
FIII: ansiedad fóbica	Bajos	54,1	1,0	
	Altos	45,9	11,4	(5,0-25,9)*
FIV: ansiedad situaciones cotidianas	Bajos	25,7	1,0	
	Altos	74,3	10,1	(5,2-19,6)*

* $p < 0,001$

atología alimentaria, resultados que son similares a los obtenidos por otros estudios como el de Lock, Reisel y Steiner (2001), quienes encontraron que la ansiedad es uno de los factores de riesgo para desarrollar TCA en chicas de una edad similar a la de este estudio. Además, hemos comprobado que las altas puntuaciones en ansiedad en mujeres jóvenes (media 18 años) aumentan considerablemente la probabilidad de desarrollar un TCA. Nuestras OR son mayores a las obtenidas por estos autores, pero los intervalos de confianza son más amplios al haber utilizado una muestra más reducida.

En relación al primer resultado, la media obtenida por nuestro grupo clínico corresponde a un nivel de ansiedad severa; por el contrario, la media obtenida por el grupo control corresponde a un nivel moderado - bajo de ansiedad (según baremos para muestra normal de sexo femenino, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Estos resultados son coherentes con la explicación que realizan

Tabla 3
Resultados de contraste (curva COR) para las variables del ISRA

Variables ISRA	Área bajo curva	E.T	IC inferior	IC superior
Ansiedad cognitiva	0,816*	0,031	0,75	0,87
Ansiedad fisiológica	0,824*	0,032	0,76	0,88
Ansiedad motora	0,851*	0,027	0,79	0,90
Ansiedad total	0,849*	0,029	0,79	0,90
FI: ansiedad situaciones evaluación	0,838*	0,030	0,78	0,89
FII: ansiedad situaciones interpersonales	0,824*	0,030	0,76	0,88
FIII: ansiedad fóbica	0,750*	0,038	0,67	0,82
FIV: ansiedad situaciones cotidianas	0,836*	0,029	0,78	0,89

* $p < 0,000$

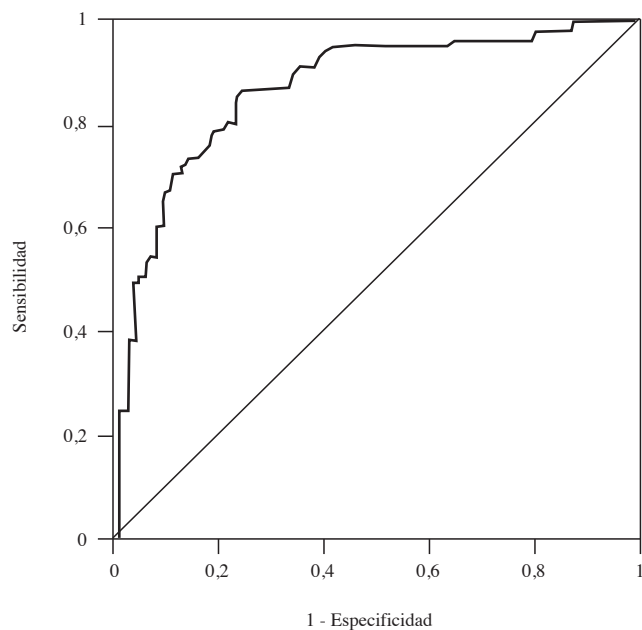


Figura 1. Curva COR rasgo general de ansiedad

diferentes autores en relación a la ansiedad, destacando que es un factor persistente en los cuadros alimentarios y que ha adquirido una posición importante como variable mediadora en los modelos cognitivos-conductuales utilizados en la explicación de los TCA (Raich, 1994; Muñoz-Perea y Turón-Gil, 2002; Valdés y Arroyo, 2002; Pallister y Waller, 2008). Así, la demanda de tratamiento es causada por motivos emocionales en la mayoría de los casos; por ejemplo, Hudson et al. (2007) señalan que en una muestra de aproximadamente 3.000 mujeres adultas con sintomatología propia de los TCA, a lo largo de su vida, han acudido a tratamiento por motivos emocionales un 63,2% frente al 43,2% que han acudido por los síntomas más asociados a la patología alimentaria propiamente dicha.

Los resultados en relación a los perfiles situacionales obtenidos con el ISRA (puntuaciones típicas) muestra que las jóvenes del grupo clínico tienen ligera tendencia a puntuar de forma más elevada en la ansiedad ante situaciones de evaluación que ante otro tipo de situaciones, como las típicamente fóbicas, pero no hay diferencias significativas en el ANOVA intragrupo. La puntuación reflejada por el grupo clínico en ansiedad de evaluación corresponde a un nivel de ansiedad severa, mientras en ansiedad fóbica arroja valores de ansiedad más bajos. En la misma línea, el ANOVA intergrupo realizado para ansiedad de evaluación refleja una diferencia significativa mayor entre el grupo clínico y el control que los otros factores situacionales. Las puntuaciones elevadas en dicha variable hacen referencia a la ansiedad que la persona muestra ante situaciones donde percibe que puede ser evaluada. Distintos autores han mencionado que la ansiedad ante situaciones sociales y la ansiedad física social podrían ser factores de riesgo para los TCA (Furman y Thompson, 2002; Fairburn et al., 2003; Godart et al., 2003; Corstorphine et al., 2007). Aunque se necesitan estudios longitudinales donde se pueda concluir que la ansiedad es un factor de riesgo en la aparición de los TCA, los resultados son interesantes y deberían ser tenidos en cuenta en la elaboración de programas de prevención primaria y/o secundaria de TCA dirigidos a población adolescente.

Hemos observado que los predictores más precisos de TCA son las altas puntuaciones en ansiedad cognitiva e interpersonal (la ansiedad de evaluación en las situaciones sociales más personales), mejorando ambas al rasgo general de ansiedad, usado comúnmente. El rasgo específico de ansiedad de evaluación se relaciona con situaciones donde la persona interpreta que está siendo evaluada negativamente en el trabajo, sus estudios, o en diferentes situaciones sociales. A su vez, el rasgo específico de ansiedad interpersonal se refiere a la ansiedad de evaluación en situaciones cara a cara. Probablemente la persona con TCA focalice una parte importante de su atención en el cuerpo y perciba que éste está siendo evaluado por los demás. Ello podría explicar que en personas diagnosticadas de patología alimentaria se obtengan altas puntuaciones en ansiedad ante la evaluación de otras personas, así como la comorbilidad ya señalada con fobia social (Becker et al., 2004; Pallister y Waller, 2007).

Es necesario señalar algunas limitaciones de esta investigación que deben tenerse en cuenta para valorar los resultados. Los datos obtenidos provienen de muestras no seleccionadas al azar y con una muestra clínica relativamente pequeña y heterogénea donde no se han considerado aspectos destacados, como la evolución de la enfermedad, el tipo de tratamiento o la comorbilidad, descrita ampliamente en la literatura (Martín-Murcia, Cangas, Pozo, Martínez-Sánchez y López-Pérez, 2009). En este sentido, es importante señalar la dificultad de homogeneizar la muestra clínica en las variables mencionadas y de reclutar muestras más amplias, aspecto que se ve reflejado en parte de la literatura revisada. Por otra parte, no se han tenido en cuenta la evaluación de variables fisiológicas como los andrógenos que podrían estar alterados en los TCA y que influyen sobre las manifestaciones de ansiedad (Miller et al., 2007).

En conclusión, los resultados enfatizan la importancia de la evaluación de la ansiedad en los TCA, ampliando a otras facetas de la ansiedad hasta ahora no evaluadas. En futuras publicaciones deberían investigarse estas facetas de la ansiedad en las distintas subcategorías diagnósticas contempladas en los TCA, así como la relación entre la ansiedad y la insatisfacción con la imagen corporal.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª edición revisada (DSM-IV-TR). Washington: APA (versión española en Masson, 2002).
- Becker, C.B., DeViva, J.C., y Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 255-274.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., y Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.
- Diehl, N.S., Johnson, C.E., Rogers, R.L., y Petrie, T.A. (1998). Social physique anxiety and disordered eating: What's the connection. *Addictive Behaviors*, 23, 1-6.
- Fairburn, C.G., y Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Furman, K., y Thompson, K. (2002). Body image, teasing and mood alterations and experimental study of exposure to negative verbal commentary. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 449-457.
- Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Perdereau, F., y Jeammet, P. (2002). Comorbidity between EA and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 253-270.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., y Fermanian, J.I. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117, 245-258.
- Goodwin, R.D., y Fitzgibbon, M.L. (2002). Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 103-106.
- Hart, E.A., Leary, M.R., y Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 94-104.
- Hewitt, P.L., y Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., y Kessler, R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Inglés, C.J., Piqueras J.A., García-Fernández, J.M., García-López L.J., Delgado, B., y Ruiz-Esteban C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 376-381.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Lock, J., Reisel, B., y Steiner, H. (2001). Associated health risks of adolescents with disordered eating: How different are they from their peers? Results from a high school survey. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 249-265.
- Martín-Murcia, F.M., Cangas, A.J., Pozo, E.M^a, Martínez-Sánchez, M., y López-Pérez, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38.
- McComb, J.J.R., y Clopton, J.R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4, 79-88.
- Miguel-Tobal, J.J., y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - I.S.R.A.-*. Madrid: TEA Ediciones (2ª edición revisada, 1988; 3ª edición revisada, 1994).
- Miller, K.K., Wexler, T.L., Zha, A.M., Lawson, E.A., Meenaghan, E.M., Misra, M., Binstock, A.B., Herzog, D.B., y Klibanski, A. (2007). Androgen deficiency: Association with increased anxiety and depression symptom severity in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 959-965.
- Muñoz-Perea, M., y Turón-Gil, V.J. (2002). Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 33-41.
- Pallister, E., y Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366-386.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demeyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., y Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMED-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez-Campayo, M.A., Rojo-Moreno, L., Ortega-Toro, E., y Sepúlveda-García, A.R. (2009). Adaptación de la escala multidimensional del perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 15, 13-27.
- Spindler, A., y Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8, 364-373.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal Medical Psychological*, 62, 61-70.
- Valdés, M., y Arroyo, M.C. (2002). Estrategias de afrontamiento y ansiedad: estudio preliminar en una muestra de mujeres con trastornos alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 8, 49-58.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E.G., McKenzie, S.M., y Watkins, P.C. (1990). *Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.