



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Belén López Moya, Irene Baños Martín, Pilar Vilariño Besteiro, Belén Unzeta Conde, César Pérez Franco.

belenlmpsic@hotmail.com

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Ansiedad, Trastornos de ansiedad.

Eating Disorders, Anxiety, Anxiety Disorders.

RESUMEN

Introducción

Diferentes estudios informan de la presencia de ansiedad en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Objetivos y metodología

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica de los trabajos que estudian la relación entre ansiedad y TCA, así como exponer cómo se presenta la ansiedad en una muestra de los últimos 20 pacientes que han iniciado su tratamiento en un hospital de día para TCA. Para ello se ha hecho una búsqueda en PubMed y otros buscadores y se ha realizado una entrevista clínica inicial, utilizándose además los datos de la historia clínica y las verbalizaciones de las pacientes a lo largo del proceso terapéutico.

Resultados

Los diferentes estudios revisados encuentran mayor prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en pacientes con TCA que en los grupos control. Entre los TA de mayor comorbilidad están la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC-considerando la clasificación DSM-IV-TR), con diferentes porcentajes dependiendo del estudio. En nuestra muestra (con diagnóstico de bulimia nerviosa y trastorno por atracón), los TA de mayor prevalencia son: la fobia social (35%), el trastorno de ansiedad generalizada (25%) y el TOC (15%), coincidiendo con los TA de mayor prevalencia de buena parte de los estudios revisados.

XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental

www.interpsiquis.com – del 25 mayo al 5 de junio de 2020

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Conclusiones

La ansiedad es un componente importante en los TCA. Es necesario ofrecer intervenciones que aborden la ansiedad en sus diferentes manifestaciones, tanto la relacionada directamente con el TCA como la relacionada con los TA comórbidos, especialmente con la ansiedad social.

ABSTRACT

Introduction

Different studies report the presence of anxiety in eating disorders (eating disorders).

Objectives and methodology

The objective of this work is to make a bibliographical review of the studies that study the relationship between anxiety and eating disorders, as well as expose how anxiety occurs in a sample of the last 20 patients who have started their treatment in a day hospital for eating disorders. . For this purpose, a search has been made in PubMed and other search engines and an initial clinical interview has been carried out, using also the data of the clinical history and the verbalizations of the patients throughout the therapeutic process.

Results

The different studies reviewed found a higher prevalence of anxiety disorders (AT) in patients with eating disorders than in the control groups. Among the TA of greater comorbidity are social phobia, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder (OCD-considering the DSM-IV-TR classification), with different percentages depending on the study. In our sample (with diagnosis of bulimia nervosa and binge eating disorder), the most prevalent AT are: social phobia (35%), generalized anxiety disorder (25%) and OCD (15%), coinciding with the Higher prevalence of a good part of the studies reviewed.

Conclusions

Anxiety is an important component in eating disorders. It is necessary to offer interventions that address anxiety in its different manifestations, both directly related to eating disorders and related to comorbid AT, especially with social anxiety.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan, a menudo, psicopatología asociada: trastornos de ansiedad (como fobia social, trastorno obsesivo compulsivo o ansiedad generalizada), depresión, alteraciones del control de los impulsos (como abuso de alcohol, robos o conductas agresivas), entre otros.

En la práctica clínica podemos observar que la ansiedad aparece de diferentes formas en las pacientes con TCA (bien como un trastorno de ansiedad o con síntomas de ansiedad que no llegan a cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno). Son diferentes los estudios que informan de la alta frecuencia de la presencia de ansiedad en los TCA.

El objetivo de este estudio es hacer una búsqueda bibliográfica de trabajos que estudien la relación entre ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como poder reflexionar y describir la forma en que aparece la ansiedad en pacientes que están en tratamiento en una unidad de tratamiento intensivo de los TCA. De esta forma podremos tener un mayor conocimiento de la forma en que se relacionan ambos tipos de sintomatología (los propios del TCA) y los asociados a la ansiedad, lo que nos podrá ayudar a mejorar nuestra labor asistencial y la forma de enfocar los tratamientos psicológicos.

Nos parece relevante hacer algunas precisiones y recordar algunas ideas respecto al concepto de ansiedad.

Barlow (1988) establecía la diferencia entre el miedo y la ansiedad. Consideraba el miedo como una alarma primitiva ante un peligro presente, consistente en una elevada activación y afecto negativo; mientras que la ansiedad (o "aprensión ansiosa", término que prefería este autor) la definía como un estado afectivo negativo asociado con niveles elevados de percepción de incontrolabilidad.

En la ansiedad hay un predominio de los componentes cognitivos (frente a los componentes físicos de la angustia). En la ansiedad se daría un estado difuso sin amenaza externa identificable. Por su parte, el miedo estaría asociado a un estímulo externo identificable.

En la ansiedad se pueden distinguir tres componentes:

- Componente subjetivo-cognitivo (relacionado con los pensamientos), descrito como un estado emocional desagradable similar al miedo.
- Componente fisiológico-somático (síntomas físicos), consistente en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.
- Componente motor-conductual: expresado en conductas de escape y evitación (principalmente).

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de ansiedad aparecen con algunas diferencias en las diferentes clasificaciones diagnósticas (DSM-IV-TR y CIE-10) y han sufrido además variaciones a lo largo de las diferentes versiones (DSM-IV-TR y DSM-5).

El Trastorno obsesivo compulsivo ha pasado de estar en la categoría de trastornos de ansiedad en el DSM-IV-TR a formar parte de una categoría independiente en el DSM-5 (Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados).

Respecto a los TCA, el cambio más destacable en el DSM-5 es que el trastorno por atracón ha pasado a ser una categoría diferenciada.

Los trastornos de ansiedad en la CIE-10 se encuentran en el grupo de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", con diferentes categorías.

Exponemos a continuación dos tablas para poder ver de forma gráfica los diferentes trastornos de ansiedad (TA) en estas tres clasificaciones diagnósticas (que son las que han usado como referencia los estudios revisados). Hemos considerado el trastorno obsesivo compulsivo como dentro de los trastornos de ansiedad (por la importante ansiedad asociada al mismo y por la consideración de TA en los diferentes trabajos revisados), aunque consideramos acertado el que haya sido cambiado a otra categoría en el DSM-5 por las características diferenciadoras respecto al resto de trastornos de ansiedad.

Tabla I. Clasificaciones CIE-10 y DSM-IV-TR. Trastornos de ansiedad.

CIE-10	DSM-IV-TR
<i>F40-F41 Trastornos de Ansiedad</i>	<i>Trastornos de Ansiedad</i>
F40 T. de ansiedad fóbica	
Agorafobia	
Sin ataques de pánico	Agorafobia sin Hª T Angustia
Con ataques de pánico (<i>crisis de angustia</i>)	T. de Angustia con Agorafobia
Fobia social	Fobia social
Fobia Específica	Fobia Específica

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

<p>F41 Otros Trastornos de Ansiedad</p> <p>Trastornos de Angustia</p> <p>Trastornos de Ansiedad Generalizada</p> <p>Trastorno mixto Ansioso-Depresivo</p>	<p>T. Angustia sin Agorafobia</p> <p>T. Ansiedad Generalizada</p> <p>---</p>
<p>F42 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (fuera de los trastornos de ansiedad)</p>	<p>T. Obsesivo-Compulsivo</p>

Tabla II. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-5

Trastornos de Ansiedad en el DSM-5:

- Trastorno de Ansiedad por Separación
- Mutismo Selectivo
- Fobia Específica
- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)
- Trastorno de Pánico/Angustia
- Ataque de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias o medicación
- Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica
- Otro Trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad no especificado

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

METODOLOGÍA

Para la revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda a través de la base de datos PubMed, de trabajos que relacionan Trastornos de la Conducta Alimentaria y ansiedad, tanto en inglés como en castellano. Se han encontrado 36 trabajos, tanto artículos, como estudios de revisión y metaanálisis. Se ha hecho además una búsqueda en otros buscadores y fuentes (Google, dialnet, etc.) encontrándose otros diez artículos. Para las búsquedas se han utilizado las siguientes palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, ansiedad, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracón. Hemos seleccionado los artículos y trabajos más interesantes para el objetivo de nuestro estudio y presentamos un resumen de los datos y resultados de algunos de ellos.

En el estudio descriptivo han participado 20 pacientes (18 mujeres y 2 hombres), entre 18 y 48 años, que han iniciado el tratamiento en un hospital de día para TCA. Estos pacientes presentan como síntoma principal de TCA el atracón, siendo los diagnósticos principales la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TPA). Concretamente, 12 de los participantes tienen un diagnóstico de bulimia nerviosa (BN) y 8 de trastorno por atracón (TPA). Las participantes en el estudio se encuentran en diferentes fases del tratamiento, algunos han pasado recientemente a consultas externas (estando en la actualidad con seguimiento ambulatorio) tras dársele el alta del hospital de día por buena evolución. En consultas externas se afianzan los cambios logrados en hospital de día y se continúan trabajando la prevención de recaídas.

En el centro donde desempeñamos nuestra labor clínica, se trabaja con dos perfiles de pacientes y con dos equipos de profesionales diferenciados. Un equipo aborda pacientes con un perfil más restrictivo (con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva principalmente) y otro equipo, un perfil en el que el síntoma principal es el atracón (con diagnóstico de bulimia nerviosa y trastorno por atracón principalmente). La muestra utilizada para este estudio se ha realizado con pacientes del segundo perfil (cuando el atracón es el síntoma principal).

Se ha realizado una entrevista clínica inicial completa antes del inicio del tratamiento. Se han utilizado además los diferentes datos de la historia clínica y las verbalizaciones de las pacientes a lo largo del proceso terapéutico (registradas en las diferentes entrevistas y sesiones de intervención). En la entrevista inicial se ha recogido información de diferente índole (motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, aspectos psicobiográficos, historia del problema, dificultades que la persona considera importantes a trabajar, expectativas...).

XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental

www.interpsiquis.com – del 25 mayo al 5 de junio de 2020

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Parte de la información relevante se ha anotado de forma literal según lo expresaba el paciente, para posteriormente analizarla y además poder así trabajar mejor con la narrativa y discurso del paciente. Para la valoración y categorización de la información cualitativa recogida en las diferentes entrevistas y datos utilizados se han considerado los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad de la CIE-10 y la DSM-IV-TR que definen cada cuadro.

RESULTADOS

Gran parte de los estudios revisados encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en los TCA y consideran la ansiedad un factor importante en estos trastornos. Los resultados de diferentes trabajos apuntan a que puntuaciones altas en ansiedad se asocian con mayor probabilidad de diagnóstico de TCA, especialmente una mayor ansiedad cognitiva y rasgo específico de ansiedad interpersonal. Mostramos a continuación algunos de los datos de los trabajos revisados.

Solano y Cano (2012), en un estudio comparativo entre mujeres con diagnóstico de TCA (anorexia o bulimia nerviosa) y un grupo control, encontraron puntuaciones más altas de ansiedad en el grupo clínico en todas las variables: en los tres sistemas de respuesta y en todos rasgos específicos de ansiedad (situaciones de evaluación interpersonal, fóbicas y cotidianas). Además, mediante un análisis de regresión logística, encontraron que el hecho de presentar niveles altos de ansiedad cognitiva y ansiedad interpersonal aumentaba la probabilidad de desarrollar un TCA (7.6 y 8.6 veces, respectivamente).

Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007), en un estudio realizado con mayores de 18 años, encontraron que el 56.2% de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) tenía comorbilidad con algún trastorno de ansiedad (como la fobia específica). Respecto a los pacientes con BN, un 94.5% presentaron un trastorno de ansiedad de forma comórbida (trastorno de ansiedad generalizada, pánico, agorafobia, fobia social, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad por separación). En los pacientes con TPA, el 78.9% presentaron algún trastorno de ansiedad.

Según Azabal (2014), la ansiedad en pacientes con TCA es una condición común y continua. La ansiedad aparece cuando la paciente se enfrenta a la comida, pero también en aquellos otros momentos de la vida en los que tiene que afrontar una situación sobre la que percibe no tener control.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el estudio ESEMeD, con 4.139 participantes (Preti et al., 2009) se encontró una alta comorbilidad para las personas con AN, presentando al menos el 42,1% otro diagnóstico de la DMS-IV, frente al 69,4% en la BN y el 62,2% en el TPA. La mayor comorbilidad se daba con algún trastorno de ansiedad (en el 33-40%).

Rojo-Moreno et al. (2015) realizaron un estudio con adolescentes españoles de (entre 12 y 16 años) y obtuvieron que los trastornos de ansiedad eran los más presentes en esta población (el 51.4% de los adolescentes con TCA padecía un trastorno de ansiedad frente al 13.4% de aquellos sin TCA).

Diferentes estudios encuentran que en la anorexia nerviosa, la prevalencia de la fobia social está entre el 48 y el 59% aproximadamente (Herzog et al., 1996; Godart et al., 2000; Brewerton et al., 1995; Bulik et al., 1997). En la BN, autores como Schwalberg et al. (1992) encontraron que la fobia social era uno de los diagnósticos comórbidos más frecuentes.

En el estudio de Kalle, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004), la prevalencia de TA en general y del TOC en particular aparecía mucho más alta en personas con AN y BN que en un grupo no clínico de mujeres de la población general. De las 672 participantes en el estudio, con algún TCA, el 63,5% presenta algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida (el 41% un trastorno obsesivo compulsivo y el 20% fobia social). En ambos trastornos (AN y BN) se encontró una mayor ansiedad, perfeccionismo, tendencia al pensamiento obsesivo y evitación. El inicio del trastorno aparecía en la infancia (diagnóstico sobre los 14 años), antes del TCA (que aparecía sobre los 17 años), por lo que los resultados de este estudio apuntan a que el TA podría ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar un TCA.

En un estudio longitudinal durante 14 años (Buckner et al., 2010), trataban de estudiar la secuencia temporal de los TCA y TA y comprobar si los TA aumentan el riesgo de TCA o el orden es inverso. Como resultado encontraron que el TOC predijo AN antes de los 30 años, mientras que la BN aumentó riesgo de ansiedad social y trastorno de pánico.

En una revisión sistemática de estudios que analizan las asociaciones longitudinales entre la ansiedad y la anorexia nerviosa, se concluyó que el diagnóstico de trastorno de ansiedad en general puede predecir un mayor riesgo de anorexia, aunque no es clara la asociación entre un trastorno de ansiedad específico y la aparición de anorexia posterior (Lloyd et al., 2019).

Hay diferentes estudios que estudian concretamente la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la ansiedad social, definida como miedo a la evaluación negativa, la evitación y estrés social en situaciones nuevas específicas.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Hay gran cantidad de información concluyente sobre el déficit del funcionamiento psicosocial en las pacientes con TCA. Distintos autores han mencionado que la ansiedad ante situaciones sociales y la ansiedad física social podrían ser factores de riesgo para los TCA (Fairburn et al., 2003; Godart et al., 2003; Corstorphine et al., 2007).

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 y el rasgo específico de ansiedad interpersonal, con 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 con TCA se obtengan altas puntuaciones en ansiedad ante la evaluación de otras personas, así como alta comorbilidad con fobia social (Becker et al., 2004; Pallister y Waller, 2008).

Hudson et al. (2007) en una muestra de 3.000 mujeres mayores de 18 años, encontraron que el 41,3% de personas diagnosticadas de bulimia nerviosa (BN) también cumple el diagnóstico de fobia social. Los resultados de este estudio indican que las personas que sufren BN tienen una probabilidad 4,7 veces de cumplir los criterios de fobia social y 7,5 veces de sufrir un TOC.

Godart et al. (2003) encontraron que el 47% de mujeres con TCA había tenido previamente, el diagnóstico de fobia social. También señalan una comorbilidad alta entre AN y TAG (48%), así como entre la AN y el TOC (24%). Por su parte, Schwalberg et al. (1992) refieren en un estudio, que en pacientes bulímicas, la fobia social era uno de los diagnósticos más frecuentes. Aparece en 1/5 de los pacientes con AN, siendo 10 veces más frecuente que en el resto de las muestras.

En el estudio de Behar (2010), la fobia social se encuentra en un 40,7% en las pacientes con diagnóstico de TCA, coincidiendo por lo tanto con los rangos señalados por varios autores (Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996; Bulik et al, 1997; Steere et al., 1990). En otro estudio de Behar (2007), la prevalencia de ansiedad social aparece como significativamente mayor en pacientes con TCA (40,7% versus 3,7%), particularmente en las AN (66,6%). El 14,8% de las pacientes con TCA obtuvo puntuaciones en rangos severo o muy severo. El riesgo de presentar ansiedad social moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 5,5 veces mayor.

Son diferentes autores los que sugieren 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.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Del mismo modo, parece que el perfeccionismo obsesivo asociado con el deseo de aceptación social se encuentra relacionado con la ansiedad.

Otras investigaciones encuentran el comienzo de la fobia social en la infancia, previo al inicio del TCA, apoyando la posibilidad de representar un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de anorexia y/o bulimia nerviosa (Kaye et al., 2004).

Kerr-Gaffney et al. (2018), que realizan una revisión sistemática y metaanálisis sobre la relación entre la ansiedad social y los trastornos alimentarios, obtienen como resultados que tanto para la AN como para la BN se dan diferencias significativas entre grupo con TCA y el grupo control con tamaños de efecto medio grande. Los niveles de ansiedad social (AS) son similares en todos los TCA y la AS mejora con el tratamiento. Los altos niveles de AS están asociados con mayor gravedad del TCA y mayor psicopatología, aunque no con el índice de masa corporal.

Podrían considerarse la ansiedad social, la alexitimia y la falta de asertividad como factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la sintomatología de los TCA y el deterioro de las conductas y actitudes sociales de pacientes con TCA. Gilbert y Meyer (2003) observaron que la ansiedad social predijo motivación por la delgadez, mientras que los niveles de comparación social predijeron actitudes bulímicas.

Observamos con frecuencia, alexitimia en personas con TCA. Los estudios de prevalencia destacan de manera significativa, altas cifras de alexitimia, primordialmente en la AN restrictiva (Bourke et al., 1992).

También los padres de pacientes con TCA muestran altos niveles de alexitimia, configurando una dinámica familiar que evita los conflictos y las tensiones emocionales para mantener una apariencia armónica (Onnis y Di Genaro, 1987).

En las pacientes con TCA, esta alexitimia aparece como un déficit en la consciencia interoceptiva, ya sea como rasgo en la AN y reactiva en la BN, como una dificultad para identificar, describir y discriminar sentimientos y sensaciones corporales, favoreciendo un estilo cognitivo dirigido hacia lo externo y concreto, con restricción de la capacidad de fantasear, predominando las respuestas fisiológicas y conductuales, con un menoscabo en la regulación emocional (Taylor y Bagby, 2000; Taylor et al., 1997). Se sugiere que en la BN habría más dificultad para reconocer sentimientos y en AN restrictiva para describirlos (Speranza et al., 2005).

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Según Becker-Stoll y Gerlinghoff (2004) la falta de regulación emocional y por lo tanto, la alexitimia no es solamente un rasgo de personalidad, sino el resultado de la historia individual de aprendizaje en el manejo de las emociones, especialmente con estados insoportables y negativos de excitación emocional, en el contexto de las interacciones con las figuras vinculares.

Por otro lado, también se señala la frecuencia con que aparece la falta de asertividad en los TCA (Behar, 2010), algo que también encontramos con mucha frecuencia en nuestra práctica clínica.

Diversos autores (Behar, 2010; Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982) señalan que las pacientes con TCA presentarían, antes del inicio de la enfermedad, dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes y comunicar sentimientos y opiniones. Behar, Manzo y Casanova (2006) verificaron que un grupo de pacientes con TCA mostró menor asertividad, medida mediante la Escala de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973; Muldman, 1984) frente a otro grupo de estudiantes sin TCA

Schneider y Agras (1985) demostraron que la presencia de asertividad, entre otros aspectos, es significativa en el descenso de la frecuencia de los vómitos semanales en la mayoría de las pacientes bulímicas tratadas con terapia cognitivo-conductual.

El entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales aparece como una parte importante en el tratamiento de pacientes con TCA, como señalan diferentes estudios. Beresin (1998) asocia una mayor asertividad en pacientes con TCA con un buen pronóstico en la recuperación a corto y largo plazo.

Respecto a la parte descriptiva del estudio, en nuestra muestra de pacientes, la ansiedad aparece con una importante frecuencia, adoptando diferentes formas. Se pueden diferenciar tres grupos (considerando la sintomatología de ansiedad que presentan):

- Pacientes que presenta ansiedad social, que supondría el 35% de la muestra. Esta ansiedad social puede mostrarse de diferentes formas, bien de una forma más genérica, con dificultad en diferentes contextos o de una forma más específica sólo en ciertos contextos (relaciones de pareja, sexo opuesto, situaciones nuevas o de mayor exposición...).
- Pacientes que entrarían dentro del trastorno de ansiedad generalizada, con síntomas como preocupaciones frecuentes, alta tensión muscular, alta autoexigencia..., que supondría el 25% de la muestra.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- Pacientes con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, con obsesiones y rituales claramente identificados y que suponen una parte importante de sus dificultades y les ocasionan una gran disfuncionalidad (subtipo de limpieza, orden, contaminación...). Este subgrupo supone el 15% de la muestra.

Además de estos tres grupos y las características genéricas establecidas en cada uno, son muy frecuentes los rasgos anancásticos de personalidad, con una alta rigidez en el pensamiento y una tendencia al control excesivo en diferentes áreas, así como diferentes conductas de evitación, miedo a quedarse solas en casa entre otros síntomas relacionados con los cuadros de ansiedad.

En nuestra práctica clínica, podemos ver que la ansiedad tiene una enorme importancia en las recaídas. Con frecuencia las pacientes verbalizan en entrevistas de seguimiento que han comenzado a tener algún síntoma tras un tiempo sin tenerlos, tras exponerse a situaciones que se han estado evitando o al afrontar situaciones interpersonales nuevas para ellas.

CONCLUSIONES

La ansiedad es un componente importante en los TCA, por lo que es necesario ofrecer intervenciones que aborden la ansiedad en sus diferentes manifestaciones, tanto la relacionada directamente con el TCA como la relacionada con los trastornos de ansiedad comórbidos, especialmente con la ansiedad social (que aparece de forma importante y parece estar en la base de muchas de las dificultades de los pacientes con TCA).

Un porcentaje importante de personas diagnosticadas de TCA también recibe el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad social. En muchos casos el diagnóstico ha sido previo al TCA.

Aunque faltarían más estudios, la ansiedad, podría considerarse un factor de riesgo en la aparición de los TCA, por lo que debemos tenerlo presente en la elaboración de programas de prevención primaria y secundaria de TCA, prestando una atención detallada a la evaluación de la ansiedad y a sus diferentes facetas.

Dentro de los trastornos de ansiedad, merece una mención especial la fobia social, tanto por ser uno de los trastornos más prevalente en nuestra muestra de pacientes, como por ser una temática importante en los estudios revisados. En personas con TCA, la ansiedad social que experimentan ante la posible evaluación de los demás es muy destacada.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Por lo tanto, en la intervención con este grupo de pacientes, debemos tener presente la influencia de la ansiedad social en el abordaje terapéutico y en la evolución.

La ansiedad social favorece otras dificultades y cuadros (aislamiento, falta de asertividad, depresión...). Por lo tanto, es importante cortar estos círculos viciosos: la falta o deterioro en las habilidades sociales lleva a mayor frecuencia de conflictos y dificultades en las relaciones con el otro, lo que genera mayor malestar y aumenta la frecuencia de síntomas de TCA. Los propios síntomas del TCA (restricción, atracones, purgas, desnutrición...) pueden contribuir a estas dificultades en lo relacional y las dificultades en lo social en los síntomas del TCA.

Muchas de las conductas que caracterizan a los TCA (restricción calórica, vómitos, atracones, etc.) son utilizados como un medio para reducir el nivel de ansiedad que experimentan estas pacientes y con frecuencia tienen dificultad para relacionar estas conductas con los desencadenantes emocionales.

En muchos casos, en nuestra práctica clínica encontramos un desplazamiento del síntoma y muchas pacientes, al abandonar los síntomas de TCA (atracones, purgas...) comienzan o intensifican otro tipo de sintomatología (abuso de alcohol, sintomatología obsesivo-compulsiva...), lo que nos indica que son diferentes síntomas con una misma función. En muchos de los casos la función es aliviar la ansiedad.

En los programas de tratamiento psicológico son necesarias las técnicas de regulación emocional, los programas de reducción de la ansiedad y control del estrés, el entrenamiento asertivo, el trabajo para el abandono de conductas de seguridad (cambio de creencias distorsionadas) entre otras técnicas e intervenciones. En pacientes con TOC comórbido, debemos tener presente la exposición con prevención de respuesta como tratamiento de primera elección.

Las personas con TCA presentan a menudo otras dificultades o síntomas derivados de la ansiedad, como los trastornos del sueño, los trastornos del deseo sexual o trastornos psicósomáticos como las cefaleas tensionales entre otros, por lo que es necesario también prestar atención a estos cuadros y abordarlos.

Observando el funcionamiento que con frecuencia muestran muchas de las pacientes con TCA que acuden a tratamiento al hospital de día, no podemos evitar pensar en el trastorno de evitación experiencial, descrito como el trastorno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar, tanto la forma o frecuencia de tales experiencias, como las

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

condiciones que las generan. Aunque este patrón comportamental pueda resultar aparentemente efectivo a corto plazo (por cuanto consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar y, por tanto, da la razón o potencia la estrategia perseguida), si se convierte en crónico llega a producir una limitación en la vida personal (Hayes et al., 1996; Luciano & Hayes, 2001).

Los síntomas específicos del trastorno de la conducta alimentaria (atracones, conductas compensatorias, miedo a la ganancia de peso...), son sólo la punta del iceberg (lo más visible). Para la intervención con estas pacientes (al igual que en otros cuadros) es necesario el trabajo a diferentes niveles y de otras dificultades que pueden explicar estos síntomas y que están en la base de los síntomas que son motivo de consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. España: Masson.
2. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Panamericana.
3. Azabal, B. (2014). *Proceso emocional y niveles de ansiedad en personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria [Tesis de maestría]*. Valladolid, España: Universidad de Valladolid. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7839>
4. Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
5. Becker-Stoll, F., y Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 159-163.
6. Behar, R., Manzo, R., y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

7. Behar, R, Iglesias, B, Barahona, M. y 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.
8. Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48, 2, 135-146.
9. Beresin, E. (1998). *Treatment of eating disorders*. Health Care System members. Toronto: Massachusetts General Hospital. Meeting in APA.
10. Brewerton, T, Lydiard, R, Herzog, D, Brotman, A, O'neil, P. y Ballenger J. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 56: 77-80.
11. Bourke, P., Taylor, G., Parker, J. y Bagby, R. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
12. Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
13. Buckner, J. D., Silgado, J. y Lewinsohn, P. M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
14. Bulik, C., Sullivan, P, Fear, J, y Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101 107.
15. Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., y Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

16. Crisp, A. (1981). Nutritional disorders and the psychiatric state. In: H. Van Praag, M. Lades, O. Rafaelsen, E. Sachar (Eds.), *Handbook of Biological Psychiatry: Part IV* pp. 653-683. *Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry*. New York: Marcel Dekker.
17. 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.
18. Garner, D., y Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to the treatment of anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-50.
19. Gilbert, N., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: Differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4, 3, 257-64.
20. Godart N, Flament M, Lecrubier Y. y Jeammet P (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Comorbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*, 15, 38-45.
21. 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.
22. Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168
23. Herzog, D., Nussbaum, K., & Marmor, A. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-59.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

24. 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.
25. 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.
26. Kerr-Gaffney J, Harrison A. y Tchanturia K. (2018). Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol*, 1-15.
27. Lloyd, E.C., Haase, A.M. , Foster C.E. y Verplanken, B. (2019). A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 175-185.
28. Luciano, M.C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
29. Muldman, F. (1984). La escala de asertividad de Spencer A Rathus (RAS): Estructura factorial. *Terapia Psicológica*, 4, 72-7.
30. Onnis, L. y Di Genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisión crítica. *Medicina Psicosomática*, 32, 45-64.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación internacional de las enfermedades (10.^a ed.). (CIE-10). Madrid: OMS.
32. Pallister, E. y Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366-386.
33. Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., y Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental
www.interpsiquis.com – del 25 mayo al 5 de junio de 2020

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132.

34. Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
35. Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
36. Rojo-Moreno, L., Rubio, T., Plumed, J., Barberá, M., Serrano, M., Gimeno, N., et al. (2013). Teasing and disordered eating behaviors in Spanish adolescents. *Eating Disorders*, 21(1), 53-69.
37. Schneider, J., y Agras, W. (1985). A cognitive behavioral treatment of bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 66-69.
38. Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S., y Howard, L. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681.
39. Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
40. Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
41. Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stephan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., et al. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 2, 153-163.
42. Steere, J., Butler, G., y Cooper, P. (1990). The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 3, 293-301.

XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

43. Taylor, G., Bagby, R., y Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
44. Taylor, G., y Bagby, R. (2000). An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On R, Parker J, editors. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass. p. 40-67.