

Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas

F. Fernández, J. V. Turón, J. M. Menchón, S. Vidal, J. Vallejo, J. Pifarré*

RESUMEN

En las pacientes con anorexia nerviosa se observan con frecuencia dificultades en sus relaciones interpersonales y una tendencia al aislamiento social. Sin embargo, estos síntomas y sus posibles factores desencadenantes han sido hasta ahora poco investigados. En este estudio, analizamos desajuste interpersonal, depresión, autoestima y sintomatología alimentaria en un grupo de 30 pacientes con anorexia nerviosa, con el objetivo de establecer posibles asociaciones entre estas variables. Asimismo, los pacientes fueron divididos, a posteriori, en 2 subgrupos según se detectaran dificultades interpersonales y ansiedad social (DI) o no (NDI). Los resultados mostraron, por un lado, la presencia de dificultades interpersonales y ansiedad social en un 80% de los casos, que correlacionaban positivamente con baja autoestima y depresión. Por otro lado, las subescalas de Inefectividad, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva y Miedo a Madurar del Eating Disorder Inventory (EDI) fueron las que mejor diferenciaban los subgrupos DI y NDI. Se discuten posibles repercusiones terapéuticas.

Palabras clave: *anorexia nerviosa, anorexia, habilidades sociales, ansiedad social.*

SUMMARY

Social anxiety and isolation are frequently observed among anorexic patients. However, their relationship has rarely been investigated. A group of 30 anorexic patients was studied in their social anxiety, their depression and self-esteem. Furthermore, anorexic patients were divided post hoc into Interpersonally anxious (DI) and Interpersonally Non-Anxious (NDI). Psychological traits of both subgroups were also compared. Results indicated that the ID and IND subgroups were best differentiated by Ineffectiveness, Interpersonal Distrust, Interoceptive Awareness and Maturity Fears subscales on the Eating Disorder Inventory (EDI). Social anxiety and interpersonal deficits correlated positively with depression and with low self-esteem. Implications for therapy are discussed.

Key words: *anorexia nervosa, anorexia, interpersonal distress, social anxiety.*

INTRODUCCION

Como en otros trastornos de la alimentación, la anorexia nerviosa ha visto aumentada notablemente su incidencia en las últimas décadas (Hall y Hay, 1991), prin-

cipalmente en adolescentes y adultos del sexo femenino (Toro y Vilardell, 1987; Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

Estos pacientes se caracterizan por presentar una marcada pérdida de peso y un deseo continuo por adelgazar, a pesar de encontrarse en un estado de caquexia; así como, por la presencia de una actitud ne-

* Servicio de Psiquiatría, Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

gativa hacia su silueta e imagen corporales (Fernández y cols., 1994; Fernández y Vandereycken, 1994). A su vez, estos pacientes muestran tanto insatisfacciones y déficits en el área social e interpersonal (Fernández, 1993; Pillay y Crisp, 1981; Stonehill y Pillay, 1977; Williams y Chamove, 1990), como un aislamiento social frecuente (Garfinkel y Garner, 1982; Pillay y Crisp, 1977); hecho que se ha observado igualmente en pacientes con bulimia nerviosa (Agras, 1991; Böhle y cols., 1991; Herzog y cols., 1986; Herzog, Keller y cols., 1987).

Si bien existen numerosos estudios que describen la presencia de esta sintomatología en anorexia nerviosa, hay pocas investigaciones que analicen la relación entre esta patología y el funcionamiento interpersonal deficitario.

En este sentido, Crisp (1980) fue uno de los primeros autores en hablar acerca del modelo psicosocial y de lo que denominó «fobia social» en la anorexia nerviosa. A pesar de ello, las investigaciones que generó al respecto fueron escasas.

Garfinkel y Garner (1982) compararon 2 subgrupos de 97 pacientes con anorexia nerviosa (subtipo restrictivo y bulímico). Los resultados de este estudio mostraron la presencia de un aislamiento social en ambos subgrupos, si bien era mayor en pacientes del tipo «restrictivo» (46,7%) que del tipo «bulímico» (28,6%). El primer subgrupo de pacientes se mostraba más insatisfecho con sus relaciones sociales (81,5%) que el segundo (71,5%).

Williams y Chamove (1990) compararon pacientes con trastorno de la alimentación con tres grupos controles (seguidores de dieta, pacientes psiquiátricos y estudiantes). Estos autores encontraron que los pacientes con trastorno de la alimentación eran significativamente menos «asertivos» que cualquiera de los grupos control.

Resultados parecidos fueron encontrados por Böhle y cols. (1991), que compararon un grupo de 80 pacientes con trastorno de la alimentación (46 con anorexia nerviosa y 34 con bulimia) con un grupo control de 50 pacientes quirúrgicos. Sus resultados mostraron la existencia de un mayor aislamiento social en el grupo de pacientes con anorexia nerviosa que en el grupo de pacientes bulímicos o de control. Estos autores encontraron la existencia marcada de déficits comunicativos en pacientes con anorexia nerviosa, especialmente en relaciones con personas de confianza o en relaciones de pareja.

Fernández (1993), utilizando un diseño de línea base múltiple en 5 pacientes con anorexia nerviosa, identificó de forma experimental la existencia de déficits comunicativos y conversacionales en este tipo de pacientes, que justificaban sus relaciones sociales deficitarias.

El objetivo del presente estudio consistió, por un lado, en analizar la importancia real de ansiedad y/o fobia sociales, en pacientes con anorexia nerviosa y las relaciones entre éstas y otros factores psicológicos; por otro lado, en analizar la existencia de rasgos psicológicos diferenciales, en función de la presencia o no de ansiedad social, en estos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

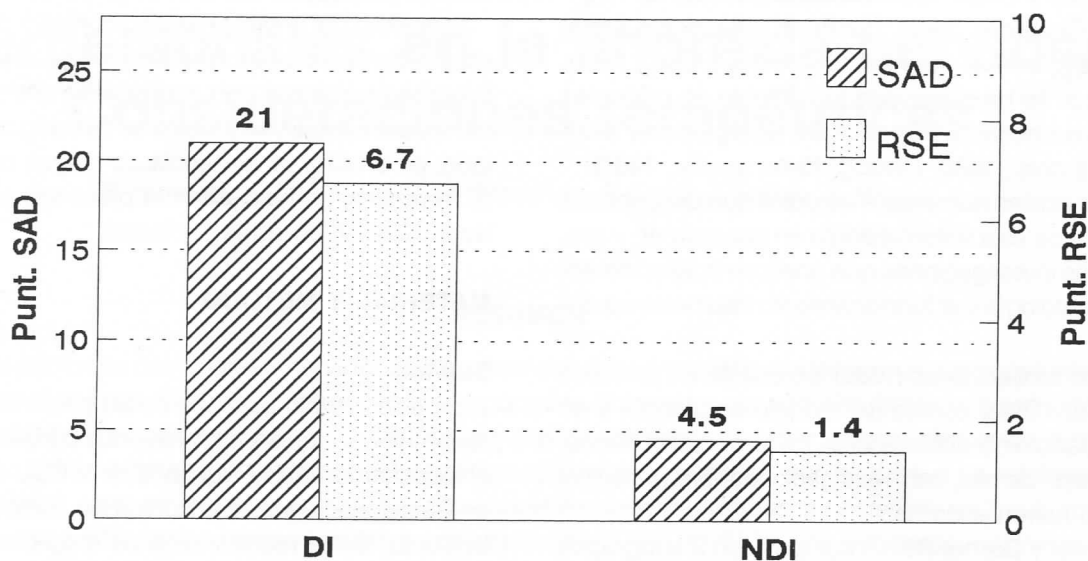
En este estudio participaron 30 pacientes con anorexia nerviosa, que fueron referidos consecutivamente al Departamento de Psiquiatría de la CSU de Bellvitge en Barcelona, y que se encontraban al inicio de su tratamiento. Todos reunían criterios diagnóstico DSM-IV (APA, 1993) para este trastorno (subtipo restrictivo). Su edad oscilaba entre 15 y 34 años ($M=20.0$, $DT=4.6$). Asimismo, presentaban una estatura media de 160.6 cm ($DT=4.7$), un peso medio de 44.1 Kg ($DT=6.1$), y un BMI medio de 17.1 ($DT=2.1$ kg/m²). El 77% vivían con sus padres; el 62% eran estudiantes; la edad de inicio del trastorno variaba de los 14 a los 23 años y el número de ingresos hospitalarios previos era de 1 a 3. Todos los pacientes eran del sexo femenino.

Instrumentalización

— Evitación y ansiedad social: *Social Avoidance and Distress Scale* (SAD). Esta escala de 28 ítems fue diseñada por Watson y Friend (1969) y mide el grado de ansiedad social (o fobia social) ante situaciones interpersonales y el grado de evitación social. A mayor puntuación, mayor grado de trastorno. La puntuación más alta es de 28.

— Conducta alimentaria: *Eating Attitudes Test* (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979). Este cuestionario contiene 40 ítems, que incluyen síntomas y conductas comunes en pacientes con anorexia nerviosa, y proporciona un índice de la severidad de la enfermedad. A mayor puntuación, más alterada está la conducta alimentaria (puntuación de corte 30). La puntuación más alta posible es de 120.

VALORES MEDIOS EN DIFICULTADES INTERPERSONALES (SAD) Y BAJA AUTOESTIMA (RSE) DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA CON ALTA (DI) Y BAJA ANSIEDAD SOCIAL (NDI)(N=30).



SAD: Social Avoidance and Distress scale.
RSE: Rosenberg Self-Esteem Questionnaire.

Fig. 1

— Depresión: *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Es una escala autoadministrada para cuantificar la severidad de la depresión. También a mayor puntuación mayor severidad de la depresión. La puntuación más alta posible es de 60.

— Autoestima: *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire* (RSE) (Rosenberg, 1965). Es una escala de 10 ítems que proporciona una medida del grado de autoestima. A mayor puntuación, más bajo nivel de autoestima. A mayor puntuación, más bajo nivel de autoestima. Cada ítem puntúa uno o cero. La puntuación total más alta posible en esta escala es de 10.

— Trastorno de alimentación: *Eating Disorder Inventory* (EDI) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983). Es un complejo cuestionario autoadministrado de 64 ítems, diseñado para valorar las dimensiones cognitivas y conductuales características de los pacientes con trastornos de la alimentación. Este cuestionario se compone de ocho subescalas: 1) Tendencia a la delgadez, 2) Bulimia, 3)

Insatisfacción corporal, 4) Inefectividad o Baja autoestima, 5) Perfeccionismo, 6) Desadaptación Interpersonal, 7) Conciencia Interoceptiva y 8) Miedo a la Maduración.

Procedimiento

En el presente estudio fueron administrados los cuestionarios a todos los sujetos antes de que iniciasen su tratamiento.

A posteriori, fueron divididos los pacientes con Anorexia nerviosa en dos subgrupos: «con dificultades interpersonales y ansiedades sociales» (DI) ($n = 24$) y «sin dificultades interpersonales o ansiedades sociales» (NDI) ($n = 6$), según las puntuaciones que presentaran en la escala SAD. El punto de corte utilizado en este cuestionario fue de 8 puntos, de acuerdo con los valores normativos descritos por Watson y Friend (1969). Es decir, los sujetos ID se definían por tener más de 8 puntos en la SAD, y los NID por poseer menos de 8 puntos.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta el valor medio de los distintos cuestionarios, podríamos describir nuestra muestra de

pacientes anoréxicos como: depresivos (BDI: $M=18.1$, $DT=12.3$), con un trastorno de la alimentación marcado (EAT-40: $M=43.1$, $DT=19.7$), con baja autoestima (RSE, $M=4.3$, $DT=3.1$) y alta ansiedad social (SAD: $M=17.6$, $DT=8.7$).

Las puntuaciones del cuestionario SAD, indicaron la presencia de ansiedades sociales y dificultades relacionales en un 80% de los casos, y delimitaron dos subgrupos de pacientes anoréxicos: con (DI) y sin ansiedad social (NDI) (ver figura 1).

Los subgrupos DI y NDI no diferían significativamente en cuanto a variables sociodemográficas como: peso ($U = 57.0$, $p > .05$), altura ($U = 64.5$, $p > .05$) o edad ($U = 47.5$, $p > .05$) (ver Cuadro I).

El subgrupo NDI, que representaba aproximadamente una de cada cuatro pacientes anoréxicas (23%), estaba significativamente menos deprimido que el DI ($U = 21.5$, $p < .006$), y no presentaban dificultades sociales. Asimismo, tenía significativamente mayor autoestima, según la escala RSE, que el subgrupo DI ($U = 8.5$, $p < .0003$).

No se hallaron diferencias significativas entre los dos subgrupos de pacientes con anorexia nerviosa en las conductas alimentarias, valoradas por el cuestionario EAT-40, ($U = 60.0$, $p > .05$). Sin embargo, fue encontrada una diferencia altamente significativa, entre ambos subgrupos, respecto a la psicopatología del trastorno alimentario, según la puntuación total del EDI ($U = 17.0$, $p < .005$).

Respecto a cada subescala del EDI, el subgrupo DI presentó puntuaciones más altas en «Inefectividad» ($U = 6.5$, $p < .0002$), «Desadaptación Interpersonal» ($U = 10.5$, $p < .0008$), «Conciencia Interoceptiva» ($U = 14.0$,

$p < .003$) y «Miedo a Madurar» ($U = 17.5$, $p < .005$) que el subgrupo NDI (Cuadro II).

Correlaciones positivas fueron encontradas entre depresión y las puntuaciones de la escala SAD (DBI) ($r = .72$, $p < .001$). Asimismo, el grado de baja autoestima (RSE) correlacionaba positivamente con la escala SAD ($r = .79$, $p < .001$), con el BDI ($r = .63$, $p < .01$) y con la subescala de «Inefectividad» del EDI ($r = .75$, $p < .001$). Como era de esperar, las puntuaciones totales en el cuestionario SAD correlacionaron positivamente con las puntuaciones totales del EDI ($r = .76$, $p < .001$), y las subescalas de «baja autoestima» ($r = .83$, $p < .001$); y «desconfianza interpersonal» ($r = .69$, $p < .01$). No existieron, sin embargo, correlaciones significativas entre edad y nivel de dificultades interpersonales.

CONCLUSION Y DISCUSION

En primer lugar, nuestro estudio sugiere que el desajuste interpersonal, en las pacientes con anorexia nerviosa, se encuentra asociado a su grado de depresión y baja autoestima. Asimismo, observamos que en el 80% de los casos existía ansiedad social e insatisfacción con sus relaciones interpersonales. Estos resultados son consistentes con los resultados de otros estudios (Böhle y cols., 1991; Fernández, 1993; Garfinkel y Garner, 1982). En segundo lugar, nuestros resultados sugieren que los subgrupos de pacientes DI y NDI no difieren en sus conductas alimentarias, pero sí lo hacen significativamente en cuanto a su nivel de autoestima. Es decir, el subgrupo DI presentaría una tendencia a mostrar una más baja autoestima que el grupo de pacientes sin ansiedades sociales (NDI). Y así obtuvimos, que el 86% de las pacientes DI presentan pun-

CUADRO I

Características demográficas y clínicas entre los dos subgrupos de pacientes anoréxicas

	ID (n=24)	IND (n=6)	U	P
	Media (SD)	Media (SD)		
EDAD	20.7 (2.9)	19.8 (4.9)	47.5	NS
PESO (kg)	45.3 (3.0)	43.8 (6.7)	57.0	NS
ALTURA (cm)	160.0 (6.1)	160.7 (4.4)	64.5	NS
BMI	17.7 (1.2)	16.9 (2.2)	60.5	NS

BMI (Body Mass Index) = $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 (\text{m}^2)$; U: U M ann-Whitney (estadística no paramétrica).

CUADRO II

Comparaciones entre los subgrupos DI y NDI en las medidas psicométricas

	NDI (n=6)	DI (n=24)	U	p*
	Media (DT)	Media (DT)		
EAT-40	42.5 (17.8)	43.6 (21.1)	60.0	NS
RSE	1.4 (2.7)	6.7 (2.1)	8.5	.0003
BDI	7.8 (4.9)	21.5 (11.6)	21.5	.006
EDI Total	33.8 (16.6)	74.9 (33.7)	17.0	.005
<i>Subescalas</i>				
Tendencia a la delgadez	8.8 (8.1)	10.2 (6.4)	56.5	NS
Bulimia #	n.v.	n.v.		
Insatisfacción corporal	6.5 (5.3)	10.5 (6.8)	38.5	NS
Inefectividad	1.7 (1.6)	13.1 (7.1)	6.5	.0002
Perfeccionismo	8.8 (5.6)	6.7 (4.2)	54.0	NS
Desadaptación interpersonal	1.0 (1.7)	8.7 (5.0)	10.5	.008
Capacidad de introyección	3.0 (2.8)	11.0 (6.2)	14.0	.003
Miedo a madurar	4.0 (3.4)	12.0 (7.1)	17.5	.005

EAT-40 = Eating Attitudes Test; RSE = Rosenberg Self-Esteem Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory; EDI = Eating Disorder Inventory; # en la subescala de bulimia del EDI no había variación, no analizándose por tanto las diferencias; * Se utilizó una prueba no paramétrica (U-Mann-Whitney).

tuaciones mayores a 5 en la escala RSE (ver figura 1). Debido a la baja muestra del grupo de pacientes NDI (6), estas conclusiones deberían ser consideradas con prudencia, y ser tomadas tan sólo como indicativas. En vista de los resultados, el pobre concepto que los pacientes anoréxicos poseen de sí mismos y sus carencias en las habilidades sociales, podría ser la hipótesis explicatoria probable de su funcionamiento social deficitario.

Respecto a este punto, en nuestro estudio, no influyeron otras variables clínicas y demográficas como nivel socioeconómico, estado laboral, inicio del trastorno o número de ingresos previos. La posible relevancia de la hipótesis explicatoria contraria, como sería la existencia de un funcionamiento social deficitario únicamente como consecuencia del trastorno alimentario y/o sintomatología depresiva coadyuvante de los pacientes, si bien nos parece poco probable en la mayoría de los casos, en base a nuestra propia experiencia clínica, debería ser estudiada más a fondo.

En tercer lugar, ambos subgrupos de pacientes se

diferencian en aspectos psicopatológicos. El subgrupo DI puntúa más en la mayoría de subescalas de EDI que el NDI. Este hecho implica importantes diferencias entre ambos subgrupos. Las subescalas del EDI que mejor los diferencian son «Inefectividad», «Desadaptación Interpersonal», «Conciencia interoceptiva» y «Miedo a Madurar». De acuerdo con otros autores, estas subescalas reflejan alteraciones fundamentales de las pacientes con Anorexia nerviosa (Garner y cols., 1984). De este modo, el subgrupo ID presentaría no sólo mayores dificultades interpersonales sino también más rasgos psicopatológicos.

En resumen, nuestros resultados sugieren que, en los pacientes con anorexia nerviosa, y en especial en aquellos que poseen «dificultades Interpersonales», estaría indicado el emplear técnicas adicionales con el objetivo de mejorar estas conductas deficitarias entorno a las relaciones sociales. En este sentido, para mejorar el funcionamiento social de estas pacientes se debería dirigir el tratamiento a dos áreas: por una parte, programas de habilidades sociales (Fernández, 1993;

Fernández y cols., 1992; Pillay y Crisp, 1981) y por otro lado, técnicas cognitivas para mejorar el nivel de autoestima y concepto de sí mismas. Y en los casos, en los que se cumplan los criterios adicionales de una fobia social, sería indicado la aplicación de un tratamiento adicional paralelo de exposición in-vivo (Marks, 1987).

Una patología tan compleja y de tan variedad etiológica, como es la anorexia nerviosa (Vandereycken y Meermann, 1984), requiere un enfoque terapéutico multifocal, en el que no sólo deban tomarse en consideración los desajustes cognitivos y/o conductuales respecto al trastorno de la alimentación, sino también los existentes respecto al funcionamiento interpersonal. La presente investigación dejaría abierta la interesante pregunta de si son los déficits comunicativos y/o sociales, y el correspondiente desajuste interpersonal, los que conducen a una baja autoestima, disforia y depresión en este tipo de pacientes.

Este estudio presentaría, sin embargo, varias limitaciones: en primer lugar, el tamaño reducido de la muestra limitaría la generalización de nuestras conclusiones; en segundo lugar, los instrumentos psicológicos empleados no nos permiten valorar adecuadamente el estado de ansiedad, que obviamente está influyendo en el funcionamiento social. Investigaciones posteriores deberían incluir cuestionarios enfocados específicamente a los síntomas ansiosos de los pacientes. Finalmente, un diseño sincrónico, como el aquí aplicado, no permitiría conocer el carácter primario o secundario del desajuste interpersonal respecto al trastorno de la alimentación. Futuros estudios deberían valorar las ansiedades sociales antes y después de un tratamiento. Únicamente la comprensión de los múltiples factores que influyen en el síndrome anoréxico permitirán desarrollar programas terapéuticos más efectivos.

Bibliografía

- Agras, W. S.: «Nonpharmacologic treatments of bulimia nervosa». *J. Clin. Psychiat.*, 52, 29-33, 1991.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd. ed.). Washinhton, D.C.: Author, 1993.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh, J.: «An inventory for measuring depression». *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, 561-571, 1961.
- Böhle, A.; Wietersheim, J. von; Wilke, E. y Feireis, H.: «Die Soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia Nervo-

- sa und Bulimie». *Zeitschrift Psychsom. Med. und Psychoanal.*, 37, 282-291, 1991.
- Crisp, A. H.: *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press, 1980.
- Fernández, F.: *Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes anoréxicas*. Universidad de Barcelona. Tesis de Licenciatura (manuscrito no publicado), 1993.
- Fernández, F.; Probst, M.; Meermann, R. y Vandereycken, W.: «Body Image estimation and dissatisfaction in Eating disorder patients and normal controls». *Int. J. Eat. Dis.*, 16, 307-310, 1994.
- Fernández, F. y Vandereycken, W.: «Influence of Video-confrontation on the self-evaluation of Anorexia nervosa patients: A controlled study». *Eat. Dis. Treat. and Prev.*, 2, 135-140, 1994.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M.: *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Bruner y Mazel, 1982.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E.: «The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa». *Psychol. Med.*, 9, 273-279, 1979.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J.: «Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia». *Int. J. Eat. Dis.*, 2, 15-34, 1983.
- Garner, D. M.; Olmsted, M. P.; Polivy, J. y Garfinkel, P. E.: «Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa». *Psychosom. Med.*, 46, 255-266, 1984.
- Hall, A. y Hay, P. J.: «Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986». *Psychol. Med.*, 21, 697-701, 1991.
- Herzog, D. B.; Norman, D. K.; Rigotti, N. A. y cols.: «Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students». *J. Psychiat. Res.*, 20, 355-361, 1986.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B.; Lavori, P. W. y cols.: «Social impairment in bulimia». *Int. J. Eat. Dis.*, 6, 741-747, 1987.
- Marks, I.: *Fear, phobias and rituals*. Oxford: Univ. Press, New York, Oxford, 1987.
- Pillay, M. y Crisp, A. H.: «Some psychological characteristics of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored». *Brit. J. Med. Psychol.*, 50, 375-380, 1977.
- Pillay, M. y Crisp, A. H.: «The impact of social skills training within an established in-patients treatment programme for anorexia nervosa». *Brit. J. Psychiat.*, 139, 533-539, 1981.
- Rosenberg, M.: *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
- Stonehill, E. y Crisp, A. H.: «Psychoneurotics characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later». *J. Psychosom. Res.*, 21, 187-193, 1977.
- Toro, J. y Vilardell: *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Martínez-Roca, 1987.
- Turón, J.; Fernández, F. y Vallejo, J.: «Anorexia Nervosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos». *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 19(1), 9-15, 1992.
- Vandereycken, W. y Meermann, R.: *Anorexia nervosa*. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1984.
- Watson, D. y Friend, R.: «Measurements of social-evaluative anxiety». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 33, 448-457, 1969.
- Williams, G. J. y Chamove, A. S.: «Eating disorders, perceived control, assertiveness and hosyility». *Brit. J. Clin. Psychol.*, 29, 327-335, 1990.