

CONDUCTAS DE RIESGO VINCULADAS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS

Eduardo Leonardelli
Analía Verónica Losada
Raquel Violante

Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es identificar, en una población de adolescentes escolarizadas de entre 12 y 17 años, conductas de riesgo vinculadas a la alimentación y analizar su relación con el Miedo a la Evaluación Negativa (MEN). La muestra estuvo formada por 71 adolescentes escolarizadas de dos escuelas privadas del conurbano bonaerense de la provincia de Bs. As., de entre 13 y 17 años de edad. Las participantes completaron un cuestionario sociodemográfico, el Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNES) y fueron entrevistadas con la Eating Disorder Examination, (EDE-16). Los resultados mostraron que efectivamente hay asociación entre las conductas de riesgo vinculadas a la alimentación y el miedo a la evaluación negativa, siendo esta moderadamente mayor en aquellas participantes en riesgo que presentaban conductas alimenticias compensatorias de tipo restrictivo, lo cual se adecua a las teorías de desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: trastornos alimentarios, evaluación negativa.

Abstract

The main objective of this work is to identify risk behaviors related to food and analyze its relationship to the Fear of Negative Evaluation (MEN), in a population of adolescents attending school between 12 and 17 years. The sample consisted of 71 adolescents schooled from two private schools of south Buenos Aires, in the province of Buenos Aires, between 13 and 17 years old. Participants completed a sociodemographic questionnaire, the Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNES) and the Eating Disorder Examination (EDE-16). The results showed that there is a relationship between risk behaviors related to food and fear of negative evaluation. This relationship is moderately increased in those participants in risk who had compensatory eating behaviors of restrictive type, which conforms to the theories development of disordered eating behavior. Key words: risk behaviors related to food; fear of negative evaluation; restrictive compensatory features; purgative compensatory features.

Key words: Eating Disorder, Negative Evaluation.

Introducción

En la actualidad, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pueden considerarse dentro de las patologías con mayor relevancia social por su alta prevalencia dentro de las poblaciones de riesgo; o sea, mujeres jóvenes o adolescentes pertenecientes a los países occidentales, desarrollados o en vías

de desarrollo. La epidemiología muestra que los TCA son más frecuentes en mujeres, siendo la proporción de uno a nueve en varones en referencia a las mujeres, y que su prevalencia con respecto a otros trastornos va en aumento desde hace tres décadas, presentándose 0,5-1% de Anorexia Nerviosa (AN); 1-3% de Bulimia Nerviosa (BN); y 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) (Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich, 2005). Es por ello que resulta imprescindible dirigir la atención sobre aquellos síntomas o manifestaciones de los TCA que son indicadores de riesgo, predisponentes o de mantenimiento, con respecto al padecimiento de estos trastornos en las poblaciones de riesgo descritas anteriormente. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA), se refieren al conjunto de síntomas cualitativos y cuantitativos necesarios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, o Trastornos de Alimentación No Especificado según los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIV-TR (APA, 2000). En cambio, las conductas de riesgo vinculadas a la alimentación, son aquellos síntomas o manifestaciones aisladas manifestadas en menor frecuencia y magnitud (León Hernández *et al.*, 2008). Por otro lado, factores de índole sociocultural también pueden representar un riesgo a padecer un TCA; tal sería el caso del Miedo a la Evaluación Negativa (MEN). La MEN es un constructo psicológico que refiere a la aprehensión, el malestar y las expectativas que una persona puede tener acerca de que otros la evalúen negativamente (Watson & Friend, 1969 en Gallego, Botella, Quero, Baños & García-Palacios, 2007).

Gallego *et al.*, 2007 y Leary, 1983 coinciden en que las personas con altas preocupaciones de ser evaluadas negativamente por otros serían más propensas a evitar situaciones donde se ven expuestas a ser percibidas y evaluadas desfavorablemente y también serían más reactivas a los factores situacionales relacionados con estas preocupaciones, que aquellas sin o con poco MEN.

El MEN ha sido más ampliamente investigado y relacionado con la ansiedad, y específicamente de la ansiedad social (*e.g.*: Gilbert & Meyer, 2005a; Striegel-Moore *et al.*, 1993). Esto tiene por resultado que a veces dichos constructos se solapan, o que se mida el MEN a través de escalas de ansiedad social más globales. En tal sentido, no es extraño encontrar en investigaciones de TCA, variables relacionadas a la ansiedad o ansiedad social, y que el MEN se mida a través de dichas variables más generales y no a través de otros instrumentos más específicos (Grabhrn, Stenner, Stangier & Kaufhold, 2006; Striegel-Moore *et al.*) El MEN ha sido ampliamente estudiado como factor de riesgo y nexos entre los trastornos alimentarios y la fobia social (*e.g.*: Bulik, 1995; Bulik *et al.*, 1991). En dichas investigaciones, toman especial relevancia los conceptos de aprobación social (Clark & Ehlers, 2002); preocupación por la imagen corporal y conductas dietantes como estrategias de afrontamiento ante los afectos negativos generados por la preocupación de ser evaluados. También son importantes los conceptos de insatisfacción corporal, preocupación por la apariencia, *self* físico (Striegel-Moore *et al.*, 1993), preocupación por la auto-presentación y el *self* social (William James 1990/1983 en Striegel-Moore *et al.*, 1993). Una posible hipótesis explicativa acerca de cómo se interrelacionarían los constructos antes mencionados, supone que el cuerpo femenino puede ser considerado como un objeto social accesible a la vista de todos, y que es observado en mayor medida por hombres y mujeres que el de los hombres. Este hecho, podría conllevar altos niveles de ansiedad social en aquellas mujeres que no se sienten satisfechas con su apariencia física, focalizando así su miedo a la evaluación negativa alrededor de su cuerpo, aunque sin descartar otros aspectos comportamentales y psicológicos como disparadores de ansiedad social (Silberstein, Striegel-Moore & Rodin, 1987; Striegel-Moore *et al.*, 1993).

Se ha postulado el constructo teórico de miedo a la evaluación negativa de la apariencia (MENA), con la intención de distinguir y especificar algunos aspectos del concepto más amplio de MEN. El MENA, refiere al “miedo generado por la creencia que tiene la persona de que será evaluado negativamente a causa de su apariencia” (Hart *et al.* 2008 citado por Levinson *et. al.*, 2013, p. 126). En un reciente estudio Levinson, Rodebaugh, White *et al.* (2013) pusieron a prueba un modelo de factores de riesgo que compartirían tanto los trastornos de ansiedad como los TCA, compuesto por perfeccionismo, MEN y MENA. Sus resultados muestran que el MEN no explicaría tan adecuadamente los TCA, y que en cambio sí predeciría mejor a los trastornos de ansiedad. Por otro lado, el MENA sí sería un factor con mayor explicación y predicción sobre los TCA. Según los autores, las razones por las cuales el MEN sí tiene cualidad explicativa respecto de los TCA en estudios previos tendrían relación con las características de la toma, los síntomas, el período del proceso diagnóstico considerado o el tipo de muestra. Sin embargo, dichas diferencias explicativas entre el MEN y el MENA, también podrían deberse a que originalmente ambos constructos no estaban deslindados, sino confundidos. Es por esto razonable que, en principio, el concepto de MENA explicara limitadamente los síntomas definitorios de los TCA, y que a medida que se identificó y se profundizó el término, fuera un mejor nexo explicativo entre los trastornos de ansiedad social y los TCA, y los trastornos de la imagen corporal (Levinson, Rodebaugh, White *et al.*, 2013; Lundgren, Anderson & Thompson, 2004).

En un estudio de validación de la Escala de Miedo a la Evaluación sobre la Apariencia (Fear of Negative Appearance Evaluation Scale, [FNAES] Thomas, Keery, Williams & Thompson, 1998), al analizar la relación entre el MENA y diferentes rasgos patológicos de los TCA como de ansiedad y depresión, se mostró que aunque tuviera una correlación de .78 con la ya existente Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNES), la FNAES presentaba un incremento de varianza del 38 %, explicando mejor la insatisfacción con la imagen corporal, las fallas en la capacidad de control de la ingesta y el peso, y la restricción dietaria (Lundgren *et al.*, 2004). En el mismo estudio, también se mostró una varianza compartida de .58 entre el FNAES y la escala que medía ansiedad social. En conclusión, tanto la variable MENA, MEN y la ansiedad social, tienen una alta asociación entre sí y con los rasgos constitutivos de los trastornos de alimentación.

En el contexto social occidental actual, prima un doble discurso contradictorio de consumismo ilimitado y, por otro lado, de estímulo privación alimenticia para no desobedecer al esquema corporal “legítimo”, al esquema que responde a la cultura de la delgadez (Valiente, 2009). Dada esta contradicción, en la que es imposible responder a los mandatos sociales de consumo y de belleza y delgadez, aquellas personas con rasgos de ansiedad social, como el miedo a la evaluación negativa, son más vulnerables a padecer un TCA.

El propósito general de este trabajo es identificar, en una población de adolescentes escolarizadas de entre 12 y 17 años, conductas de riesgo vinculadas a la alimentación y analizar su relación con el Miedo a la Evaluación Negativa (MEN).

Método

En función de los objetivos propuestos, el estudio a realizar se lleva a cabo con un diseño de tipo transversal, descriptivo, correlacional y de diferencia de grupos.

La muestra aquí considerada forma de una muestra mayor, de 200 adolescentes escolarizadas, perteneciente a la investigación “Rastrillaje de Trastornos de la conducta alimentaria y exploración

hábitos y representaciones de la alimentación en colegios secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires”, PROAPI 2013, a cargo de los profesores Eduardo Leonardelli y Analía Verónica Losada, para la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Para este trabajo, y en el contexto de un proyecto institucional (Leonardelli, E. & Losada, A., 2013), la recolección de datos se tomó una muestra de 71 adolescentes escolarizadas de entre 12 y 17 años, provenientes de dos instituciones educativas privadas de Gran Buenos Aires, zona Sur. Ambas instituciones tienen su matrícula alumnos de la misma localidad provenientes de familias de nivel socioeconómico medio y medio-alto.

Los cursos escolares incluidos registraban 207 alumnas de sexo femenino (los adolescentes de sexo masculino no se incluyen en este estudio), de las cuales respondieron y dieron su consentimiento 71 familias y adolescentes, lo que da un porcentaje de consentimiento de 34.29%. El número de casos aptos para ser analizados en su totalidad se redujo a 69, dado que 2 casos se perdieron debido al ausentismo de dichas participantes a alguna de las dos etapas del procedimiento.

La edad media de la muestra es de 14.09 años con un desvío típico de 1.95 años, la media del peso y altura es 49.38 kg (DT=9.71) y 1.57 m. (DT=0.09) respectivamente. El Índice de Masa Corporal, por su parte, 20.01 media y un desvío típico de 3.68.

Instrumentos

Consentimiento Informado, Cuestionario Sociodemográfico; el Examen de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Examination, [EDE]) en su última versión, EDE 16.0 (Fairburn, 2008); y la Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa [Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNES); Leary, 1983]].

El Examen de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Examination, [EDE] Fairburn, 2008), es una entrevista estructurada que evalúa la frecuencia de las conductas clave de los TCA con un perfil de cuatro subescalas: (a) Restricción, (b) Preocupación por la figura, (c) Preocupación por el peso y (d) Preocupación por la ingesta, que representan las principales áreas de la psicopatología de los TCA. La consistencia interna de las subescalas se sitúa entre .68 y .90. No se disponen por el momento datos sobre la fiabilidad test-retest, aunque es un instrumento sensible al cambio tras la aplicación de una intervención. El modo de puntuación se basa en dos códigos –frecuencia y severidad– que se responden en una escala de tipo Likert basados en el criterio del entrevistador; por este motivo, la administración por profesionales capacitados es indispensable. Hay estudios que indican una adecuada validez discriminante (Cooper, Cooper & Fairburn, 1989; Fairburn & Cooper 1992; Rosen, Vara, Wendt & Leitenberg 1990, Wilson & Smith, 1989 en Raich, Sánchez-Carracedo & Mora, 2003). Además, presenta una validez concurrente moderada con relación a autoinformes derivados de diarios alimentarios, y una elevada correlación con la frecuencia de vómito autorregistrada.

La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve, ([BFNES] Brief Fear of Negative Evaluation Scale, Leary, 1983), consta de 12 ítems seleccionados de la versión extensa, original. Sus respuestas se basan en una escala tipo Likert con 5 opciones de que varían desde Totalmente en desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo, y poseería una estructura factorial bidimensional: un factor de ítems directos (BFNES-S) y un factor de ítems inversos (BFNES-R) (Gallego *et al*, 2007). Presentaría un nivel de consistencia interna de .90 y un nivel de fiabilidad alta que variaría de .91 para la BFNES-S y .75 para la BFNES-R. En la muestra de la presente investigación presentó una fiabilidad (Alfa de Cronbach) de .81.

La BFNES presenta una validez convergente con otras medidas de fobia social, depresión y ansiedad general (Gallego *et al.*, 2007).

Procedimiento

En primer término se hizo una reunión personal con los directivos a los fines de informar sobre el objetivo de la investigación y el procedimiento. Los alumnos fueron convocados e informados de los objetivos de la investigación, así como de la confidencialidad de su participación a través de una carta distribuida por canales institucionales, dirigida a ellos y sus padres o tutores. En ella, además, se anticipaban las formas ulteriores de contacto y derivación en caso de localizar algún riesgo para la salud detectado entre las participantes. Junto con esa carta se distribuyó el formulario del consentimiento informado que debía ser firmado por los responsables legales como requisito obligatorio para su participación en la muestra. Las alumnas autorizadas a través de consentimiento informado proveyeron información en dos encuentros. En el primero, en forma presencial y colectiva con la presencia de dos miembros del equipo de investigación en cada aula, se completó el cuestionario sociodemográfico y el BFNES. En un segundo encuentro, entre treinta y sesenta días después, un equipo de entrevistadores capacitados, tomó a cada participante en forma individual la EDE 16.0, en aula acondicionada a tal efecto del propio colegio. En la apertura de las entrevistas se recordó a las participantes las condiciones de devolución de los resultados y a modo de reconocimiento se les dio un recordatorio de su participación.

Análisis estadístico de los datos

Para el los análisis estadísticos de los datos aquí reportados se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 18.0).

El puntaje de corte para identificar riesgo de TCA se estableció según los puntajes estandarizados de la presente muestra y los de parámetros mencionados según el tipo de riesgo restrictivo o purgativo, se tomaron como criterios clasificatorios los rasgos compensatorios restrictivos y purgativos de la EDE-16. Dentro de las conductas compensatorias restrictivas se consideran: (a) restricción del comer, (b) saltar comidas, (c) evitar ciertos alimentos, (d) querer tener el estómago vacío y (e) la auto-imposición de reglas dietéticas. Las conductas compensatorias purgativas consideradas son: (f) vómitos, (g) laxantes, (h) diuréticos, (i) ejercicio físico excesivo, y (j) otras conductas extremas de control. Se utiliza Chi cuadrado y Odds ratio para contrastar la independencia de estos entre sí y su asociación con el riesgo general de TCA, en casos no clínicos, determinado a partir de la subescala global de la EDE-16. Se realizó una prueba t de comparación de medias en función de comparar el puntaje del BFNES MEN en cada subgrupo de riesgo de TCA (purgativo o restrictivo), se realizó una prueba t de comparación de medias. A los fines de evaluar la correlación lineal entre las subescalas de la EDE-16 y el BFNES se utilizó una correlación R de Pearson.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos del comportamiento de la BFNES. Se halló una puntuación media de 38.31 (DT = 9.45), dentro de un amplio rango de puntuaciones, siendo la puntuación mínima de 15 y la máxima de 67.

		IMC	Edad	BFNES
N	Válidos*	66	69	68
Media		20,01	14,09	38,31
Desv. típ.		3,68	1,95	9,45
Asimetría		1,02	0,33	-0,20
Mínimo		11,67	12	15
10		15,05	12	24,90
Per- cen- tiles	25	17,57	12	32,00
	50	20,18	14	38,00
	75	22,23	16	45,75
	90	24,09	17	51,10
Máximo		35,84	17	57

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de Índice de Masa Corporal, edad y de puntaje total en el Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNES) (n = 69).

El orden de los criterios propuestos en el DSM IV-TR (APA, 2000) para cada TCA se resumen en la Tabla 2, mientras que la Tabla 3 presenta las frecuencias de cada criterio diagnóstico para cada TCA, la de diagnósticos positivos y las conductas compensatorias restrictivas y purgativas, establecidas en la muestra a través de la EDE-16.

Como puede apreciarse en la Tabla 3, no se detectó ningún caso de AN o BN. Sin embargo, sí pueden observarse la presencia de criterios aislados de cada trastorno: el más frecuente fue amenorrea, 26.1%, aunque no se tiene la seguridad de que sean todas pospuberales; miedo intenso a ganar peso es el segundo en frecuencia de aparición, el 24.6, y el 17.4% una distorsión en la percepción de silueta o peso. Por otro lado, solo se hallaron conductas compensatorias inapropiadas referentes a BN en un 18.8% de la muestra, y el cuarto criterio en un 5.8%.

La conjunción de los criterios para AN presentes en la muestra arroja que: un 31.9% (cfr. Tabla 3) presentaba un criterio solo, un 14.5% dos criterios, y un caso (1.4%) presentaba tres criterios. Realizando la misma operación para BN, se encontró que un 21.7% de la muestra tenía un criterio, y un caso (1.4%) sumaba dos. La conjunción de criterios resulta importante para no desestimar casos que, por no cumplir estrictamente los cuatro criterios propuestos por el DSM IV-TR (APA, 2000), pueden ser igualmente considerados como casos de riesgo a padecer un TCA en el futuro y a los cuales hay que prestarles atención preventiva.

Anorexia Nerviosa
1. Peso inferior al 85% esperable según talla y edad 2. Miedo intenso a ganar peso o a volverse obeso 3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. 4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos
Bulimia nerviosa
1. Presencia de atracones recurrentes: a- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. Ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. b -Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). 2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo 3. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales 4. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tabla 2. *Criterios diagnósticos para AN y BN según el DSM-IV TR.*

En lo respectivo a los rasgos compensatorios, se hallaron 13 casos (18.8%) con rasgos purgativos compensatorios, y 23 casos (33.3%) con restrictivos. Es interesante este último dato ya que significa que un tercio de la muestra está preocupada acerca de su imagen y/o silueta de manera tal que recurren a conductas restrictivas de alimentación.

Al no encontrar ningún caso de diagnóstico positivo, ya sea de AN o BN, no corresponde diferenciar los subtipos restrictivo o purgativo propuestos por el DMS IV –TR.

Posteriormente, en función de identificar los casos de la muestra que, sin ser casos actuales y definidos de algún TCA, presentan un riesgo importante de padecerlos, por alcanzar un puntaje estandarizado en la escala Global de la EDE-16 muy elevado. Para estandarizar los puntajes se tomaron los propuestos por Fairburn (2008) dado que, en comparación con sus parámetros, la muestra considerada no presenta diferencia para el “Puntaje Global de la EDE” medida que resume a las cuatro subescalas de riesgo. Lo que sugiere que dicha escala de resumen de la EDE-16 se comporta como en el lugar de origen. Tampoco se presentan diferencias significativas para tres de las cuatro subescalas de la EDE-16. Solo la subescala “Preocupación por el comer” se comporta de modo distinto (t bilateral = 2.47; $p < .14$) en la presente muestra (media = .49; d.s. = .94) que en la original (media = .26; d.s. = .59)

	N	Criterio			Porcentaje	
		Válidos	Ausente	Presente	Ausente	Presente
AN						
1. Pérdida de peso	69	69	0	0.00	100.00	
2. Miedo intenso	67	50	17	72.5	24.6	
3. Distorsión perceptiva	67	55	12	79.7	17.4	
4. Amenorrea	69	51	18	73.9	26.1	
Diagnóstico AN	67	69	0	100.00	0.00	
BN						
1. Atracones	67	67	0	97.1	0.00	
2. Conductas compensatorias	67	54	13	78.3	18.8	
3. Auto percepción negativa	67	67	0	97.1	0.00	
4. Hay alteración no debida a AN	67	63	4	91.3	5.8	
Diagnóstico BN	69	69	0	100.00	0.00	
Rasgos Purgativos Compensatorios	69	56	13	81.2	18.8	
Rasgos Restrictivos Compensatorios	69	46	23	66.7	33.3	

Tabla 3. Frecuencias para AN, BN y rasgos compensatorios restrictivos y purgativos (n=69)

Usando un criterio habitual para identificación de puntuaciones extremas, el estar en el 5% superior de una distribución y como Fairburn (2008) no presenta parámetros para centiles, se consideró están “en riesgo a padecer un TCA” aquellas adolescentes que puntúan más de 1.65 en el “Puntaje Global EDE” estandarizado (a partir de la media = .932 y desviación estándar = .805 propuestos por Fairburn, 2008). De esta manera, ocho casos quedaron así identificados como “de riesgo de TCA”.

Se consideró en riesgo a padecer un TCA a aquellas adolescentes que puntuaban más de 1.6 en el “Puntaje Global EDE”, medida que resume a las cuatro subescalas de riesgo. Se encontraron 8 casos (11.59%) que superan esta puntuación lo que también desde este punto de vista, la muestra local presentaría una proporción mayor de casos no clínicos pero de riesgo. En efecto, en una distribución normal se espera solamente un 5% de casos sobre estandarizada de 1.6, en nuestra muestra aparecieron más de (8/69) 11%; lo que puede constituir una diferencia estadísticamente significativa (Prueba de hipótesis para una proporción del ,05; $P=8/69$; z corr. = 1.96; $p < .0504$).

La determinación de la prevalencia de cada grupo de conductas de riesgo vinculadas a la alimentación, restrictivas y purgativas, en relación al resto de la muestra, se muestra en la Tabla 5. Ella asocia los “casos riesgo” determinados a partir del puntaje de corte sobre la Escala Global de la EDE-16 con la identificación de rasgos compensatorios restrictivos y purgativos a partir de la misma EDE-16.

Escala de la EDE-16	Muestra actual				Muestra de referencia (Fairburn, 2008)		Prueba t para medias independientes	
	M	DT	Min.	Máx.	M	DT	t	p
Puntaje Global	.94	1.09	0	5.2	.93	.8	.0841	.9330
Restricción	.74	1.13	0	5.4	.94	1.09	-1.3342	.1831
Preocupación por el comer	.49	.94	0	5.6	.26	.59	2.4711	.0140
Preocupación por la Silueta	1.38	1.53	0	5.25	1.33	1.09	.3053	.7603
Preocupación por el Peso	1.15	1.3	0	4.93	1.18	.92	-.2165	.8287

Tabla 4. Descriptivos de subescalas de riesgo de TCA de EDE-16 en la muestra actual (n=69) y en muestra de referencia del Manual de la EDE-16 (n=243).

La tabla 5 muestra la contingencia entre un puntaje de riesgo según la EDE-16 y la existencia de Restricción. En ella no se llega a apreciar asociación entre ambas variables. En efecto, uno de los ocho casos identificados como de riesgo de TCA presenta rasgos purgativos compensatorios. Sin embargo, esta cifra no parece significativa ya que la presencia de dichos rasgos en los casos de no riesgo es, proporcionalmente, mayor (12/49; 19.7%).

		Rasgos Purgativos Compensatorios			
		No	Sí	Total	
Riesgo según EDE Global	No	n	49	12	51
		%	80.3%	19.7%	100%
Sí	n	7	1	8	
	%	87.5%	12.5%	100%	
Total	n	56	13	69	
	%	81,20%	18.8%	100%	

Tabla 5. Contingencia de riesgo de TCA y presencia de Rasgos Purgativos Compensatorios (n=69)

Esta independencia no se puede confirmar mediante la prueba de chi cuadrado dado que una celda no cumple con la condición de tener una frecuencia mínima esperada de 5. Se recurre entonces a la "odds ratio" que toma el valor de .583 con I.C. 95: .065- .5.203 que, por lo tanto sostiene la independencia las variables.

La tabla 6 muestra cómo se procede de la misma manera para contrastar la independencia del riesgo de TCA y la presencia de rasgos compensatorios restrictivos. Aquí sí los rasgos compensatorios parecen acompañar la identificación del riesgo. Como nuevamente no se cumple con el requisito de Chi cuadrado de un esperado de cinco para todas las casillas, se efectúa la odds ratio que en este caso arroja una asociación estadísticamente significativa entre las variables. En efecto, el odds vale 19,68 con un IC. 95: 2.22 – 172.7.

			Rasgos Restrictivos		Total
			Compensatorios No	Sí	
Riesgo según EDE Global	No	n	45	16	61
		%	73.8%	26.2%	100.0%
	Sí	n	1	7	8
		%	12.5%	87.5%	100.0%
Total	n		46	23	69
	%		66.7%	33.3%	100.0%

Tabla 6. Contingencia de riesgo de TCA y presencia de Rasgos Restrictivos Compensatorios (n=69)

Por último, se determinó contingencia en la muestra, más allá de representar casos riesgo a padecer un TCA por el EDE-16, de ambos tipos de conductas compensatorias, las purgativas y las restrictivas, lo que ilustra la Tabla 7.

Conductas compensatorias		Restrictivas		Total
		No	Sí	
No	n	41	15	56
	%	73%	27%	100%
Purgativas	n	5	8	13
	%	38%	62%	100%
Total	n	46	23	69
	%	67%	33%	100%

Tabla 7. Casos con presencia de ambos tipos de comportamientos compensatorios (n=69).

La tabla permite apreciar la prevalencia de comportamientos restrictivos en adolescentes escolarizadas casi duplica a la de comportamientos purgativos, aunque teniendo en cuenta el tamaño de la muestra no clínica de adolescentes (n = 69), resulta llamativo que un 11.6% presente ambos tipos de rasgos compensatorios. Estas 8 adolescentes, serían potenciales casos a padecer un TCA y

debería investigarse en detalle su evolución. Por otra parte, en este caso sí sería posible realizar la prueba de Chi cuadrado para mostrar la asociación de ambos comportamientos dado que la prácticamente se cumple con el supuesto del mínimo esperable, que llega a ser 4,33 para la celda menor. Dicha prueba corrobora la asociación: χ^2 (corregido por continuidad) = 4,27; g.l.= 1; $p < .039$). Si se realiza la Odds ratio se llega a un resultado semejante: la odds ratio vale 4,37 con un IC. 95: 1,24 – 15.48; es decir confirma la asociación entre las distribuciones de ambos rasgos (Tabla 8)

Chi-cuadrado de Pearson *	Valor	gl	Sig. Asint. (bilat.)
Sin corrección	5,734	1	,017
Con corrección por continuidad para tablas 2x2	4,277	1	,039

Tabla 8. Pruebas de asociación entre comportamientos compensatorios inadecuados de tipo restrictivo y purgativo.

Para investigar si existen diferencias en el miedo a la evaluación negativa entre aquellas participantes que tengan según tipo de rasgos de conductas compensatorias inadecuadas que presenten las participantes, se realizó una comparación entre los diferentes grupos de rasgos compensatorios y sus respectivas medias de Miedo a la Evaluación Negativa. (Tabla 9)

BFNES según rasgos de conductas compensatorias inadecuadas ($n=69$).

Rasgos	N	Media	D.S.	Mín.	Mdn.	Máx.	Asim.
Nulo	40	36,00	8,724	15	35,50	54	,048
Sólo restrictivo	15	43,13	9,724	22	45,00	57	-,902
Sólo purgativo	5	34,00	10,296	17	37,00	44	-1,436
Restrictivo y purgativo	8	43,50	7,540	34	43,50	54	,085

Tabla 9. Comparación de medias de Miedo a la Evaluación Negativa en submuestras que presentan solo Rasgos Purgativos Compensatorios ($n=13$) vs. solo Rasgos Restrictivos Compensatorios ($n=23$)

Como puede observarse en la tabla 8,9. y los análisis estadísticos confirman MEN se encuentra más elevado en aquellas adolescentes en riesgo que presentan ambos rasgos compensatorios y entre las que presentan restrictivos ($M = 43.5$ y $M = 43.13$, respectivamente), que en aquellas que tienen rasgos purgativos o no presentan rasgos restrictivos o solo purgativos ($M = 34$ y $M = 36$).

En la tabla 10 se pueden observar las medias y desvíos típicos de MEN para cada uno de los grupos etáreos. Para establecer la relación entre edad y evaluación negativa, se realizan un ANOVA (Tabla n°)

que no arroja diferencias significativas entre ninguno de los grupo ($F(5, 62) = .598; p < .72$) y los coeficientes de correlación son casi nulos (Tabla nº) y tampoco tienen significación estadística.

Edad	N	M	DT
12	22	36.86	8.18
13	11	38.64	9.57
14	6	42.67	8.06
15	8	41.13	4.70
16	8	38.88	10.26
17	13	36.38	13.44

Tabla 10. Puntuaciones del Miedo a la Evaluación Negativa a lo largo de la edad (n=69).

ANOVA

BFNES según edad

BFNES	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	275,218	5	55,044	,598	,702
Intra-grupos	5709,297	62	92,085		
Total	5984,515	67			

Correlaciones entre Edad y BFNES

Edad x BFNES	P de Pearson	Rho de Spearman
Coefficiente de correlación	,013	,056
Sig. (bilateral)	,914	,652
N	68	68

Por último, para evaluar las correlaciones teóricamente esperables entre el MEN y el riesgo de TCA, en la Tabla 11 se reportan los coeficientes R de Pearson entre la EDE-16, Global y cada una de sus subescalas, y BFNES, y sus valores de significación estadística.

Correlaciones entre BFNES y...	EDE-16 Global	Restricción	Preocup. comer	Preocup. Silueta	Preocup. Peso
Rho de Spearman	,470	,402	,397	,432	,457
Sig. (bilateral)	,000	,001	,001	,000	,000
N	66	66	66	66	66
R de Pearson	,510	,393	,362	,488	,527
Sig. (bilateral)	,000	,001	,003	,000	,000
N	66	66	66	66	66

Tabla 11 Correlaciones entre BFNES y subescalas de la EDE-16

Como puede observarse en la tabla 10, tanto a través de *r* de Pearson como de Rho de Spearman se detecta una correlación moderada y altamente significativa entre el MEN y todas las escalas de la EDE-16.

Discusión

Dado que, como era de esperar, se confirmó la correlación lineal directa entre edad y el puntaje de las escalas de la EDE-16, resultó conveniente descartar la existencia de correlación lineal entre MEN y edad, a fin de controlar la edad como posible confundidor de la correlación entre EDE-16. En tal sentido, se descarta la asociación entre edad y MEN (para este rango etario): ni ANOVA de MEN por edades; ni los coeficientes de correlación, arrojaron valores resultados estadísticamente significativos. Estos procedimientos son suficientes a los efectos del presente estudio, aunque quedaría por explorar otra forma de asociación curvilínea con pico entre los 14 y 15 años, como la sugerida por la Tabla 9.

Por otra parte, si bien no se registró ningún caso de TCA, y la EDE-16 tuvo un comportamiento acorde al de la muestra de referencia (Fairburn, 2008), el análisis descriptivo de los resultados de la aplicación de la EDE-16 refuerzan la creencia de una creciente incidencia de los TCA en las jóvenes, al menos de la zona metropolitana de nuestro país. Por un lado, la subescala de la EDE *Preocupación por el comer*, aparece significativamente más alta en la muestra local. Por otro lado, la proporción de casos de riesgo, identificados a partir del C₉₅ del Puntaje Global de la EDE de la población de referencia supera significativamente al 5% esperable: (8/69)

De tal modo que no debe considerarse la ausencia de casos positivos de TCA como ausencia de riesgo de TCA. Antes bien, resulta llamativo que un tercio de la muestra presente rasgos restrictivos compensatorios en respuesta a preocupación por la imagen y/o silueta. También lo es que un 31.9%, presente uno de los criterios diagnósticos de AN y otro 14.5% sume dos criterios. De estos resultados se deduce que las adolescentes de esta muestra se encontrarían muy influenciadas por la cultura de la delgadez y un ambiente de riesgo (Valiente, 2009).

Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del muestreo: su carácter no aleatorio, el índice de no-consentimiento, la asimetría en la distribución de la edad, el hecho de provenir de solo dos escuelas de un mismo sector de la población juvenil de la zona metropolitana y el

tamaño reducido de la muestra se reconoce una moderada validez externa para las presentes conclusiones. En particular, a las conclusiones que expresen un simple valor descriptivo de miedo a la evaluación negativa o riesgo de TCA, aisladamente considerados. Es por esto que sería deseable, en futuros estudios, contar con muestras más amplias y con una buena distribución de casos por edad.

Este trabajo se propuso, centralmente, evaluar la correlación entre el miedo a la evaluación negativa y los rasgos y/o conductas de riesgo vinculadas a los TCA y en adolescentes escolarizadas de entre los 12 y 17 años. Ahora bien, se puede concluir que, más allá de la edad de las adolescentes escolarizadas, la correlación buscada entre el MEN y el riesgo de TCA aparece directa, clara, consistente y de intensidad moderada, tanto con el riesgo global de padecer un TCA, como con los rasgos que lo conforman. La relación más intensa fue la de MEN con la preocupación por el peso, seguida por la preocupación por la silueta y la escala de EDE-Global, índice general de todas las escalas de riesgo.

Extrañamente, la correlación de la MEN con la escala de restricción no fue una de las mayores, hecho que se esperaría dada la asociación de medias presentada entre el MEN y los Rasgos Restrictivos Compensatorios (Gilbert y Meyer, 2005a/2005b; Levinson y Rodebaugh, 2012). Aquí se pone de nuevo en evidencia la necesidad de incluir otras medidas afines que ayuden a tener más precisión sobre la relación de estas variables con los TCA, como ya se dijo en párrafos anteriores.

El temor a la evaluación negativa también aparece asociado con comportamientos (restrictivos y purgativos) que distinguen y especifican a los TCA, en particular la restricción alimentaria.

Por último, aunque este trabajo versa sobre las conductas y/o rasgos de riesgo y no sobre diagnósticos clínicos, estas tendencias donde prevalecen las conductas restrictivas sobre las purgativas concuerdan con aquellas teorías que sostienen que en el desarrollo de un TCA, primero se optaría por medidas restrictivas frente a la insatisfacción corporal, y si estas fallaran, a largo plazo podrían desarrollarse conductas purgativas al estilo de AN Purgativa o BN (Gilbert & Meyer, 2005a; Striegel-Moore et al., 1993). También, las tendencias descritas previamente se adaptan a las edades presentadas por la muestra, ya que una gran porción de esta corresponde al rango pre-adolescente y no se espera la presencia de TCA plenamente desarrollados, y consecuencia, tampoco el desarrollo de conductas purgativas compensatorias, las cuales serían secundarias al desarrollo del trastorno, como ya fue explicado previamente.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU. Autor
- Bulik C. (1995), Anxiety Disorders and Eating Disorders: A review of their relationship; *New Zeland Journal of Psychology*; 24, 51-62
- Bulik, C., Beidel, D., Duchmann, E., Weltzin, T., & Kaye, W. (1991); An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social phobic, and control women; *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*, 13(3), 199-211.
- Clark, D.M., & Ehlers, A. (2002). Soziale Phobie: eine cognitive Perspektive, En U. Strangier, & T. Fydrich (Eds), *Soziale Phobie and Soziale Angststörung; Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (pp. 157-180). Göttingen: Hogrefe.

- Fairburn, C.G. (2008). Appendix A: The Eating Disorder Examination, 16.0D, in *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 265- 308). Fairburn C. G. New York: Guilford Press.
- Gallego, M., Botella, C., Quero, S., Baños, R., & García-Palacios, A. (2007). Propiedad Psicométricas de la Escala del Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve (BFNE) en muestra clínica; *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, (3), 163-176.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Strangier, U. & Kaufhold, J. (2006). Social Anxiety in Anorexia and Bulimia Nervosa: The Mediating Role of Shame; *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 12-19.
- Gilbert, N. & Meyer, C. (2005b); Fear of negative evaluation and eating attitudes: A replication and extension study; *International Journal of Eating Disorders*, 37, 360-363
- _____. (2005a); Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A Longitudinal Study among nonclinical women; *International Journal of Eating Disorders*, 37, 307-312
- Leary, M. (1983); A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale; *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.
- León Hernández, R.C., Gómez-Peresmitré, G. & Platas Acevedo, S. (2008); Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescente mexicanas; *Salud Mental*, 31, 447-452.
- Leonardelli, E. & Losada, A. (2013). *Rastrillaje de Trastornos de la conducta alimentaria y exploración hábitos y representaciones de la alimentación en colegios secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires*. Proyecto del Programa de Acreditación de Proyectos de Investigación (PROAPI) no publicado. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Pontificia Universidad Católica Argentina
- Levinson, C.A, & Rodebaugh, T.L. (2012); Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears; *Eating Behaviour*; 13 (1), 27-35.
- Levinson, C.A, Rodebaugh, T.L., White, E.K., Menatti, A.R., Weeks, J.W., Lacovino, J. M. *et al.* (2013); Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?; *Appetite*; 67, 125-133
- Lundgren, J.D., Anderson, D.A. & Thompson, J.K. (2004); Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders; *Eating Behaviors*; 5, 75-84
- Peláez Fernandez, M.A., Labrador Encinas, F.J. & Raich, R.M. (2005); Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas; *International Journal of Psychology and Psychological Therap*; 5; 135-148.
- Raich, M. R. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., & Rodin, J. (1987); Feeling fat: A woman`s shame; En H.B. Lewis (ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 89-108). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1993); The Social Self in Bulimia Nervosa: Public Self-Consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence *Journal of Abnormal Psychology*; 102; 297-303
- Thomas, C.M., Keery, H., Williams, R., & Thompson, J.K. (1998); *The fear of negative appearance evaluation scale: Development and preliminary validation*; Paper presented at the annual meeting of Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC.
- Valiente E. (2009); La cultura de la delgadez: cuerpos para el consumo y cuerpos consumidos. En Panzitta M. T. (eds), *Trastornos de la conducta alimentaria. Perspectiva social, aspectos teóricos y psicopatológicos, reflexiones clínicas, abordajes terapéuticos, prevención* (pp. 6-14); Avellaneda, Buenos Aires: RV-Kristal.
- Winnicott, D.W. (1965); *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.