



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia

Estrés y trastornos de la conducta alimentaria

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 3, septiembre, 2009, pp. 178-189

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527717002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estrés y trastornos de la conducta alimentaria

Stress and eating disorders

Rosa Behar A.¹ y Claudia Valdés W.²

Background: Stress and psychosocial adversity are main factors involved at the onset and development of eating disorders (ED). **Objective:** To compare qualitative and quantitatively the exposure to vital stressing events, psychological and behavioral characteristics among women with and without eating disorders. To correlate stress, eating disordered symptoms and socio demographic variables in both groups. **Method:** Self-evaluation Scale of Stress (SRRS), Eating Attitudes Test (EAT-40), Eating Disorders Inventory (EDI) and the Body Shape Questionnaire (BSQ), were applied to 50 eating disordered patients and to 50 university students without these pathologies. **Results:** Patients exhibited higher levels of stress accumulated during the year before the diagnosis, where family conflicts and habit changes stood out among the stressors. The SRRS ($p = < 0,05$), EDI ($p = < 0,05$), EAT- 40 ($p = < 0,05$), and BSQ ($p = < 0,05$) showed statistically meaningful differences between patients and controls. In patients stress was positively correlated mainly to perfectionism ($r = 0.255$) and BSQ ($r = 0.112$); in controls, EDI ($r = 0.282$), BMI ($r = 0.282$), ineffectiveness ($r = 0.26$), EAT-40 ($r = 0.188$), maturity fears ($r = 0.139$), interoceptive awareness ($r = 0.14$) and body dissatisfaction ($r = 0.116$). Perfectionism, drive for thinness, bulimia, maturity fears, ideal weight and BMI increase the risk to develop stress ($OR = > 1$). It was confirmed the predictive capacity of EAT-40 for ED ($p = 0,046$). The BSQ ranged the highest scores within bulimics ($148.72 (\pm 32.75)$; $p < 0.05$). **Conclusions:** These results emphasize the importance of vital stress events in eating disordered patients, especially within family dynamics, in the context of primary care, and they provide guidance for future researches.

Key words: Stress, eating disorders, eating and stress.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (3): 178-189

Introducción

Diversas investigaciones han analizado el rol de los eventos estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En un estudio retrospectivo¹ durante el año previo al desencadenamiento de estos desórdenes, los eventos

estresantes habitualmente precedían la aparición de los TCA, determinando la existencia de un estrés crónico severo en estas pacientes. Sus problemas más comunes afectaban sus relaciones más cercanas con familiares y amigos, y las pacientes bulímicas presentaban significativamente más conflictos interpersonales que las anoréxicas.

Recibido: 5 de julio de 2009

Aceptado: 13 de agosto de 2009

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

² Médico Residente, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

Rastam y Gillberg², encontraron un exceso de situaciones estresantes durante los tres meses que antecedían el comienzo de una anorexia nerviosa. Welch *et al*³, concluyeron que ciertos eventos precipitan una bulimia nerviosa, tales como la disrupción familiar, de relaciones sociales, o amenaza a la seguridad física. A su vez, dos estudios^{4,5}, con adolescentes anorécticas hospitalizadas, determinaron que el estrés familiar sería un factor relacionado con TCA.

Pike *et al*⁶, informan como desencadenantes de anorexia nerviosa en adolescentes, conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio o mudanzas, y aumento en las presiones académicas. La anorexia nerviosa de inicio más tardío, suele antecederse de un mayor número de eventos estresantes, siendo los más importantes conflictos familiares, pérdidas y enfermedades médicas. El inicio de la bulimia nerviosa, se ha asociado con pérdidas y separaciones de figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y amistades, de salud, y amenazas al bienestar físico⁶. Slade⁷, sugiere que la anorexia nerviosa en adolescentes tiende a desarrollarse en condiciones tales como baja autoestima, perfeccionismo y conflictos interpersonales; mientras que los casos atípicos, de inicio posterior a los 25 años de edad, se desarrollarían en relación a eventos severos; estos hallazgos coinciden con otros estudios previos^{8,9}. Una investigación posterior¹⁰ no encontró diferencias entre los desencadenantes respecto a la edad de inicio del trastorno alimentario, ni en la presentación del cuadro en las mujeres que lo desarrollan en relación a estrés. Gowers *et al*¹¹, observaron que sólo hubo cierta significancia cuando se consideraban los eventos extremadamente negativos.

En relación a los subtipos de anorexia nerviosa, Strober¹², encontró que las anorécticas compulsivo-purgativas presentaban significativamente más eventos vitales estresantes que las restrictivas. Rosen *et al*¹³, determinaron que el estrés reciente se relacionó con cambios en la conducta alimentaria, pero también los síntomas alimentarios predijeron la ocurrencia de estrés psicológico. Por ende, cabe destacar que el trastorno

mismo provoca un estrés en las pacientes, y todas las respuestas fisiológicas que éste implica. A nivel endocrino, las pacientes anorécticas con bajo peso, presentan niveles elevados de cortisol plasmático y especialmente CRF (factor liberador de corticotrofina)¹⁴, con una respuesta adrenal aumentada a ACTH¹⁵.

El propósito del presente trabajo está orientado a: 1) comparar características psicológicas y comportamentales compatibles con TCA entre grupos de sujetos de sexo femenino con TCA y sus subtipos, con aquellas sin esta patología; y 2) comparar cuantitativa y cualitativamente la exposición a situaciones vitales estresantes, en ambos grupos.

Metodología

Sujetos

La muestra estuvo constituida por un grupo de mujeres con TCA al momento del estudio y un grupo comparativo, conformado por estudiantes universitarias sin esta patología. Ambos fueron reclutados desde Abril de 2006 a Noviembre de 2008. La selección de las participantes se realizó intencionadamente, en forma sucesiva con aquellas cuyos criterios de inclusión fueron: edades \geq a 15 y \leq a 43 años, que acudieran a una primera consulta, que no estuvieran en tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico y sin una comorbilidad orgánica y/o psiquiátrica severa.

1. Grupo TCA: Conformado por 50 pacientes de sexo femenino, con una edad promedio de 22 (\pm 5) años, que consultaron en forma ambulatoria en policlínico de Salud Mental de la Universidad de Playa Ancha, Hospital del Salvador, Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso, y en la práctica privada de las autoras. Todas ellas satisfacían los criterios para TCA según el DSM IV-TR¹⁶. Este grupo a su vez se dividió en tres subtipos: 28% con anorexia nerviosa (n = 14), 36% con bulimia nerviosa (n = 18) y 36% con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (n = 18).

2. Grupo s/TCA: Configurado por 50 estu-

diantes pertenecientes a la carrera de medicina de la Universidad de Valparaíso, de sexo femenino, con edad promedio de 21 (± 2), con excepción de aquellas con antecedentes previos o que presentaran un TCA al momento de la investigación. Se excluyeron 6 estudiantes por presentar un TCA subclínico, según entrevista estructurada basada en los requisitos diagnósticos del DSM-IV-TR y EAT-40.

Procedimientos

A todas las sujetos se les administró una entrevista estructurada confeccionada por las autoras y la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 1): EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)¹⁷⁻¹⁹, EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)²⁰, Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ)^{21,22} y la Escala de Autoevaluación del Estrés^{23,24}. Las sujetos en su totalidad respondieron voluntariamente y con

consentimiento informado los instrumentos citados. El período de esta investigación se prolongó por el tiempo necesario hasta lograr un tamaño de la muestra adecuado para la exploración. Estos se aplicaron, por una sola vez en cada participante para ser contestados en un lapso de aproximadamente 60 minutos en forma individual y durante una única jornada. La coautora entrevistadora (CV) recibió entrenamiento previo de parte de la autora principal (RB) mediante cursos y seminarios, como parte de su formación en la especialidad de psiquiatría.

Instrumentos

1. La entrevista incluyó información acerca de edad, talla, peso actual, peso ideal de las encuestadas, e IMC (Índice de Masa Corporal) y un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TCA, con el fin de descartar y/o confirmar la presencia de esta patología.

Tabla 1. Descripción de instrumentos

Test de actitudes alimentarias (*Eating attitudes test*) (EAT-40)

- 40 preguntas autoaplicables que evalúan características psicológicas y/o conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria, distribuidas en 3 factores: 1) Dieta; 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento
- Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
- Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta

Inventario de desórdenes alimentarios (*Eating disorders inventory*) (EDI)

- 64 preguntas autoaplicables en 8 ítems que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez; 2) Consciencia interoceptiva; 3) Bulimia; 4) Insatisfacción corporal; 5) Sensación de inutilidad; 6) Temor a la madurez; 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal
- Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos

Escala de Autoevaluación del Estrés (*The Social Readjustment Rating Scale*) (SRRS)

- 40 ítems que evalúan los acontecimientos vitales más estresantes en la vida de las personas durante el último año
- Puntuaciones entre 0 a 100
- Puntaje total > 200 : > incidencia de enfermedades psicosomáticas
- Riesgo de enfermedades mentales se clasifica en: bajo < 149 ; leve: 150-200; moderado: 200-299; y mayor > 300

Cuestionario de la Figura Corporal (*Body Shape Questionnaire*) (BSQ)

- 34 ítems que evalúan alteraciones actitudinales respecto a la imagen corporal durante el último mes en 4 subescalas: 1) Insatisfacción corporal; 2) Miedo a engordar; 3) Baja estima por la apariencia, y 4) Deseo de perder peso
- Cada respuesta tiene valores entre 1 a 6 puntos
- Puntajes totales entre 34 y 204
- Puntajes superiores a 105 indican trastorno del esquema corporal

2. El Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), EAT-40¹⁷⁻¹⁹.

3. El Inventory de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*), EDI²⁰. En este análisis no se consideró en su ponderación global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.

4. El Cuestionario de la Figura Corporal (*Body Shape Questionnaire*), BSQ^{21,22}.

5. La Escala de Autoevaluación del Estrés (*The Social Readjustment Rating Scale*), SRRS^{23,24}. Constituye una adaptación a la población latinoamericana de la Escala de Holmes y Rahe (construida con 43 ítems). Para estos autores el estrés significa una adaptación al cambio, positivo o negativo.

Análisis estadístico

Bajo la suposición de que ambas poblaciones siguen una distribución normal, primero se efectuó un análisis descriptivo de las variables. Para estudiar diferencias estadísticas en las medias de las distintas variables entre los grupos casos y controles, se utilizó el test paramétrico T-Student. Para observar los subtipos de TCA que difieren estadísticamente para cada variable dentro del grupo de pacientes utilizamos la prueba F de Snedecor (ANOVA), seguido de la prueba de Tukey. Ocupamos la regresión logística para determinar los factores que influyen en el desenadenamiento de un trastorno alimentario. Luego, para analizar la correlación entre dos variables cuantitativas se utilizó el test de correlación de Pearson, que nos da la relación lineal entre éstas. Por último se realizó un análisis de la variable estrés en particular, descriptiva y comparativamente, aplicando las pruebas F de Snedecor y de Tukey.

Resultados

Descripción de la población

Con respecto a la escolaridad, de las 50 pacientes con TCA, 3 (6%) poseen estudios técnicos, 12 (24%) enseñanza media y 35 (70%) uni-

versitarios. El grupo control estuvo conformado en su totalidad por estudiantes universitarias, por lo que se considera estadísticamente homologable. En cuanto al estado civil, sólo 2 (4%) de las pacientes eran casadas y 48 (96%) solteras. Esto es homologable al grupo control, en el cual las 50 (100%) son solteras.

Comportamiento de las variables evaluadas

Los promedios de las variables edad, peso, talla e IMC entre grupos TCA y control, no presentaron diferencias estadísticamente significativas. El promedio del EDI en el grupo control fue 38 ± 25 puntos, mientras que en las pacientes éstos aumentan a 88 ± 34 ($p = < 0,05$); y a su vez, cada una de sus subescalas presenta diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = < 0,05$). De manera similar, en el EAT-40 la media en el grupo control fue 18 ± 9 puntos y en las pacientes 55 ± 18 puntos ($p = < 0,05$). En la SRRS, también hubo una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de ambos grupos; 89 ± 81 puntos en el grupo sin patología alimentaria *versus* las pacientes con 201 ± 156 puntos ($p = < 0,05$). El BSQ en el grupo control presenta una media de 68 ± 30 puntos, frente a 144 ± 36 puntos en las pacientes ($p = < 0,05$) (Tabla 2).

Análisis según subtipos con TCA

Entre los subtipos diagnósticos TCA, según análisis ANOVA, sólo existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la media en síntomas bulímicos ($p = 0,038$) (Tabla 3), específicamente entre los subtipos AN y BN (Tabla 4) y las variables peso actual ($p = 0,003$), IMC ($p = 0,003$) y peso ideal ($p = 0,024$). No encontramos diferencias significativas entre los subtipos de TCA para el resto de las variables evaluadas, incluidas el EAT-40, el EDI y sus subescalas, el SRRS y el BSQ (Tabla 3).

Predictores de TCA

En relación a los factores que influyen en predecir el desarrollo de TCA, sólo el factor EAT-40

Tabla 2. Promedio de las variables estudiadas en grupos con y sin TCA

Variable	Grupo TCA (n = 50)		Grupo s/TCA (n = 50)		Valor p
	̄x	DE	̄x	DE	
Edad (años)	21,98	5,45	21,14	1,68	0,30
Peso (kg)	59,81	15,05	56,69	7,05	0,19
Talla (mt)	1,61	0,07	1,61	0,06	0,82
IMC (kg/m ²)	23,18	5,78	21,92	2,39	0,16
Peso ideal (kg)	51,08	9,31	53,55	5,55	0,12
EDI	88,46	34,07	37,68	25,08	0,00 *
Motivación por la delgadez	16,06	13,94	4,34	6,17	0,00 *
Bulimia	7,74	5,70	3,32	3,13	0,00 *
Insatisfacción corporal	16,84	8,19	6,58	6,86	0,00 *
Sensación de inutilidad	9,92	7,87	3,08	5,03	0,00 *
Perfeccionismo	9,42	4,92	7,32	4,20	0,02 *
Desconfianza interpersonal	6,44	4,58	3,30	3,79	0,00 *
Conciencia interoceptiva	13,24	8,45	3,40	5,34	0,00 *
Miedo a madurar	10,50	6,38	5,72	4,48	0,00 *
EAT-40	54,57	18,33	18,02	8,66	0,00 *
SRRS	200,70	156,45	88,70	80,53	0,00 *
BSQ	143,88	35,85	67,80	30,44	0,00 *

̄x = Promedio. DE = Desviación estándar. IMC = Índice de Masa Corporal. BSQ = Cuestionario de la Figura Corporal. SRRS = Escala de Autoevaluación del Estrés. EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias. EDI = Inventario de Desórdenes Alimentarios. * = Diferencia estadísticamente significativa al 5% error.

Tabla 3. Comparación de promedios en variables según subtipos de TCA

Variable	TCANE (n = 18)		Grupos		BN (n = 18)	Valor p
	̄x	DE	AN (n = 14)	DE		
Edad	21,89	5,11	21,57	6,98	22,39	0,92
Peso	63,47	12,39	48,79	8,23	64,73	0,00 *
Talla	1,61	0,05	1,61	0,07	1,61	0,98
IMC	24,67	4,89	18,93	2,67	25,00	0,00 *
Peso ideal	54,73	6,97	45,75	7,48	52,31	0,02 *
EDI	86,39	29,41	89,50	37,47	89,72	0,95
Motivación por la delgadez	19,44	20,75	13,50	7,76	14,67	0,43
Bulimia	6,94	5,89	5,43	5,49	10,33	0,04 *
Insatisfacción corporal	18,83	7,60	16,07	8,88	15,44	0,43
Sensación de inutilidad	8,94	6,91	11,14	8,85	9,94	0,74
Perfeccionismo	8,17	3,99	11,50	5,23	9,06	0,15
Desconfianza interpersonal	6,06	4,43	7,00	3,64	6,39	0,85
Conciencia interoceptiva	12,83	8,28	13,36	7,96	13,56	0,97
Temor a la madurez	10,11	6,55	11,71	6,68	9,94	0,71
EAT-40	50,44	15,78	59,62	18,5	54,61	0,42
SRRS	188,89	111,38	221,07	255,46	196,67	0,84
BSQ	137,89	37,95	145,36	38,37	148,72	0,66

̄x = Promedio. DE = Desviación estándar. IMC = Índice de Masa Corporal. BSQ = Cuestionario de la Figura Corporal. SRRS = Escala de Autoevaluación del estrés. EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias. EDI = Inventario de Desórdenes Alimentarios. AN= Anorexia nerviosa. TCANE= Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. BN = Bulimia nerviosa. * = Diferencia estadísticamente significativa al 5% error.

Tabla 4. Comparación de variables con diferencias estadísticamente significativas en subtipos TCA (HSD de Tukey)

Variable	Subtipo	Subtipo	Diferencia de promedios	Valor p
Peso	TCANE	AN	14,6865	0,011 *
		BN	-1,2611	0,958
	AN	BN	-15,9476	0,005 *
IMC	TCANE	AN	5,738	0,009 *
		BN	-0,333	0,980
	AN	BN	-6,071	0,006 *
Peso ideal	TCANE	AN	8,983	0,022 *
		BN	2,421	0,722
	AN	BN	-6,563	0,111
Bulimia	TCANE	AN	1,516	0,715
		BN	-3,389	0,158
	AN	BN	-4,905	0,038 *

*Grado de significancia estadística $p = < 0,05$. IMC = Índice de Masa Corporal. TCANE = Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. AN = Anorexia nerviosa. BN = Bulimia nerviosa.

lo hace significativamente ($p = 0,046$) (Tabla 5). El estrés incrementa la probabilidad de presentar TCA (Odds Ratio= 0,993), así como el puntaje global del EDI, y sus subescalas: motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, temor a la madurez (Odds Ratio > 1), y perfeccionismo (Odds Ratio = 0,822). El IMC y peso ideal también aumentan la probabilidad de ocurrencia de TCA (Tabla 5).

El factor estrés en grupos TCA y s/TCA

El estrés se relacionó positivamente con la mayoría de las variables estudiadas en las pacientes, principalmente con el perfeccionismo ($r = 0,255$) y con BSQ ($r = 0,112$) y en el grupo control con EDI ($r = 0,282$), IMC ($r = 0,282$), sensación de inutilidad ($r = 0,26$), EAT-40 ($r = 0,188$), temor a madurar ($r = 0,139$), conciencia interoceptiva ($r = 0,14$) e insatisfacción corporal ($r = 0,116$).

Se observa que el grupo s/TCA no presenta frecuencias elevadas en relación a la SRSS. En el grupo de pacientes los 5 elementos de la escala que se diferencian significativamente por su mayor frecuencia respecto al grupo control ($p = 0,006$) son: fuertes discusiones familiares 66% ($n = 33$), cambios en los hábitos (dieta, dejar de fumar) 64% ($n = 32$), trastornos del sueño 64% ($n = 32$), deu-

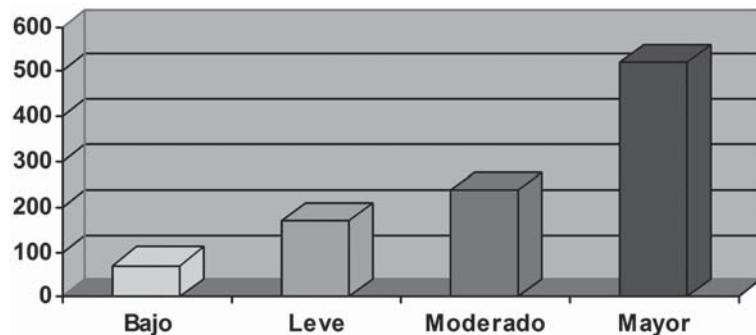
das 46% ($n = 23$), y enfermedad en un familiar 44% ($n = 22$). En el grupo control los sucesos más frecuentes difieren del grupo TCA cualitativa y cuantitativamente, y son: fiestas de fin de año 28% ($n = 14$), vivir en medio urbano 26% ($n = 13$), trastornos del sueño 24% ($n = 12$), vacaciones 24% ($n = 12$), enfermedad en un familiar 22% ($n = 11$), haber abandonado prácticas deportivas 20% ($n = 10$) y fuertes discusiones familiares 20% ($n = 10$). La variable estrés en el grupo s/TCA presenta un promedio de 89 ± 81 puntos, mientras que en el grupo de pacientes éste fue 201 ± 156 puntos ($p = < 0,05$).

Según los niveles de severidad se encontró: el mayor número de pacientes en la categoría bajo, 38% ($n = 19$), luego leve 30% ($n = 15$), moderado 22% ($n = 11$) y mayor 10% ($n = 5$). Se realizó análisis ANOVA y no se encontró diferencias significativas para las variables en estudio en relación al nivel de estrés. A continuación obtuvimos mediante el Test de Tukey, la existencia de diferencias significativas entre los puntajes en el grupo TCA, clasificados por un estrés mayor *versus* los con diagnóstico moderado, leve y bajo ($p = < 0,05$), y a su vez diferencias estadísticamente significativas entre diagnósticos moderado y leve ($p = < 0,05$) (Figura 1).

Tabla 5. Identificación de factores predictores del trastorno de conducta alimentaria

Variable	Estimación	Wald	Valor p	Odds ratio
Edad	-0,284	0,360	0,549	0,753
Peso	-0,208	0,052	0,820	0,812
Talla	-54,195	0,482	0,488	0,000
IMC	0,242	0,014	0,907	1,273
Peso ideal	0,656	0,710	0,400	1,927
EDI	0,439	0,173	0,677	1,551
Motivación por la delgadez	0,134	0,017	0,896	1,143
Bulimia	0,273	0,040	0,841	1,314
Insatisfacción corporal	-0,624	0,335	0,563	0,536
Sensación de inutilidad	-1,137	0,883	0,347	0,321
Perfeccionismo	-0,196	0,031	0,859	0,822
Desconfianza interpersonal	-0,946	0,577	0,448	0,388
Conciencia interoceptiva	-0,369	0,121	0,728	0,691
Temor a la madurez	0,029	0,001	0,979	1,029
EAT-40	-0,793	3,985	0,046 *	0,452
SRRS	-0,007	0,206	0,650	0,993
BSQ	-1,598	0,000	0,990	0,202
Constante	86,610	0,548	0,459	----

IMC = Índice de Masa Corporal. SRRS = Escala de Autoevaluación del estrés. BSQ = Cuestionario de la Figura Corporal. EAT-40 = Test de Actitudes Alimentarias. EDI = Inventario de Desórdenes Alimentarios. * = Diferencia estadísticamente significativa al 5% error.

**Figura 1.** Promedios de puntajes según severidad en escala de autoevaluación del estrés del grupo TCA (n = 50).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio sugieren que las mujeres con patología alimentaria experimentaron mayores niveles de estrés acumulado, y un mayor número de eventos estresantes durante los últimos 12 meses que precedieron al inicio del trastorno. Esto corrobora para nuestra pobla-

ción, lo observado en estudios previos^{1-3,25}. En relación a los eventos más frecuentemente encontrados, investigaciones publicadas plantean también una estrecha asociación con eventos interpersonales homologables a "fuertes discusiones familiares"³⁻⁵, el más frecuente dentro de nuestro grupo de casos, a diferencia del grupo sin desórdenes alimentarios (donde éstas ocupan un quin-

to lugar en frecuencia). Estos resultados son consistentes con publicaciones que sugieren que una baja contención social se asocia con el inicio, evolución y gravedad de los TCA²⁶.

Las características psicológicas y conductuales evaluadas mediante las pruebas aplicadas en nuestra población en estudio, difieren significativamente entre grupos con y sin trastornos alimentarios, objetivadas mediante el EAT- 40, el EDI en general, y específicamente sus subescalas: motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, sentimientos de ineeficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, escasa conciencia interoceptiva (alexitimia) y temor a madurar; así como la distorsión de la imagen corporal objetivada mediante el BSQ, además del peso ideal. Estos fenómenos tienen relación con los antecedentes de diversas publicaciones especializadas^{3,17-21}. Dancyger y Garfinkel²⁷, encontraron que los síndromes completos presentaban una mayor carencia de conciencia interoceptiva, y sentimientos de ineeficacia en el EDI que los parciales, y estos últimos mayores que controles sin esta patología. A su vez, otra importante investigación, el estudio McKnight²⁸, para pesquisar factores de riesgo longitudinales, escogió al azar 1.358 estudiantes de distintos colegios en Estados Unidos, que fueron evaluadas una vez al año, por un período de tres años; y concluyeron que la presión social, y la preocupación por la imagen corporal, que podríamos considerar equivalentes a los eventos vitales estresantes y BSQ respectivamente, eran los principales factores de riesgo asociados al inicio temprano de un TCA. Entre los subtipos de TCA, encontramos que los síntomas bulímicos diferían significativamente sólo entre las pacientes anoréxicas y bulímicas. El BSQ en el grupo sin patología alimentaria presentó una media de 68 ± 30 puntos, en cambio en las pacientes fue 144 ± 36 puntos ($p = < 0,05$), y en el grupo BN 149 ± 33 puntos, siendo la más alta entre los tres subtipos diagnósticos. Este hallazgo confirma el estudio de validación original de esta prueba, cuya media en las pacientes bulímicas fue 136,9 puntos y la del grupo control 71,9 puntos respectivamente²¹.

Cada uno de los factores: IMC, peso ideal, la prueba EDI, en forma global y sus sub-ítems: motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, y temor a la madurez, independientemente, incrementan la probabilidad de ocurrencia del TCA en al menos una vez ($OR = > 1$). Diversos autores plantean que el perfeccionismo constituye un rasgo psicológico fundamental en los TCA²⁹⁻³⁴, y es considerado como un factor de riesgo principal para su presentación³⁵⁻³⁷. La relación de TCA con estrés ($OR = 0,993$) y con el rasgo perfeccionismo ($OR = 0,822$) observadas en nuestro análisis, como factores de riesgo para desarrollar esta patología, concuerda con lo descrito por los expertos²⁷⁻³⁰, que plantean que el estrés sería un gatillante de conductas alimentarias alteradas en sujetos con ciertos rasgos premórbidos, aunque nuestros OR son más bajos que los de Pike *et al*⁶, que describen que la exposición a un mayor número de eventos vitales se asocia con seis veces mayor riesgo de desarrollar un TCA (3 o más eventos: $OR = 5,8$), mientras que la exposición a un menor número de eventos indicaba un riesgo menor ($OR < 1,0$). La prueba EAT-40 es un predictor del desarrollo de un TCA en nuestra población, concordando con lo planteado por sus creadores¹⁷⁻¹⁹, que permite distinguir entre pacientes con anorexia y/o bulimia nerviosa y población normal, pero no distingue anoréxicas de bulímicas. A su vez, Behar *et al*³⁸ confirmaron lo planteado en una investigación previa, observando que estas pacientes se caracterizaban por una alta motivación por la delgadez, insatisfacción corporal y falta de conciencia interoceptiva.

Nuestros hallazgos en las participantes universitarias, se ajustan a la aseveración de Jones *et al*³⁹, de que el estrés favorece la relación entre TCA y perfeccionismo. Ruggiero *et al*⁴⁰, señalan la influencia de una situación estresante, destacando que se asocia con niveles significativamente mayores de perfeccionismo patológico (preocupación por los errores), medidas objetivas de sintomatología alimentaria, principalmente insatisfacción corporal, motivación por la delgadez y más baja autoestima. Estos resultados sugieren una correlación entre variables cognitivas y manifes-

taciones compatibles con sintomatología alimentaria, que antes del estrés no existía, en mujeres sin un TCA. En concordancia con esto, observamos que las estudiantes que obtuvieron puntajes más altos en estrés, presentaron mayor puntaje en las pruebas aplicadas: EAT- 40, EDI y especialmente síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, sentimientos de inutilidad, falta de consciencia interoceptiva y miedo a madurar.

Por otra parte, para nuestro grupo TCA, la relación de estrés con la psicopatología alimentaria no fue tan clara; así el estrés sólo presentó una relación significativa con perfeccionismo y distorsión de la imagen corporal, medida mediante el BSQ. Esto podría explicarse por la dificultad en establecer el inicio del trastorno, y por la influencia de otras variables intercurrentes. A mayor preocupación por la imagen corporal, medida mediante el BSQ, encontramos mayores niveles de conductas alimentarias alteradas, objetivadas mediante el EAT-40 y el EDI, especialmente motivación por la delgadez, insatisfacción corporal, sentimientos de inutilidad, perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

Conclusiones

Todos los cuestionarios administrados presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y estudiantes sin desórdenes alimentarios. Se confirmó la capacidad predictiva del EAT-40 para TCA. El BSQ presentó los mayores puntajes en el subgrupo bulímico.

Las pacientes con TCA se caracterizaron por exhibir mayores niveles acumulados de estrés durante el año previo al inicio de su patología, medidos mediante frecuencia de eventos estresantes, que las estudiantes sin esta patología. A su vez, los eventos más frecuentemente informados por las pacientes difirieron del grupo comparativo, siendo los principales aquellos relacionados con conflictos familiares y cambios en los hábitos (dieta). El estrés se relacionó directamente con la mayoría de las variables en estudio, además el peso

concebido como ideal por las participantes, el IMC y factores como rasgos perfeccionistas, motivación para lograr una silueta delgada, conductas de comilonas y purgas y regresión a etapas previas del desarrollo por temor a la madurez que conlleva la vida adulta, pueden influir e incrementar el riesgo de presentación de las afeciones alimentarias.

Limitaciones

- Inclusión solamente del sexo femenino.
- Existencia de probable sesgo en la evaluación diagnóstica no efectuada a ciegas.
- No se evaluó el tiempo de evolución del TCA al momento del estudio.
- No se consideró la coexistencia de otras comorbilidades, tanto físicas como psicopatológicas, especialmente trastornos afectivos y de personalidad, ni la influencia del tratamiento efectuado.

Implicancias

- Se demuestra el estrés como factor predisponente a considerar en la atención primaria de salud, en conjunto con otras variables predictoras del desarrollo de un TCA, tales como motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, temor a la madurez y perfeccionismo.
- Su detección precoz debe considerarse tanto en la evaluación de poblaciones de riesgo para desarrollar TCA como en pacientes, ya que su presencia influye en la evolución y pronóstico del trastorno alimentario.
- La intervención debe focalizarse especialmente en la dinámica familiar disfuncional que debe abordarse tempranamente en el manejo terapéutico de pacientes alimentarias.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.

Resumen

Antecedentes: Entre los factores desencadenantes y perpetuantes de los trastornos alimentarios (TCA) se encuentran el estrés y la adversidad psicosocial. **Objetivo:** Comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin TCA y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. **Método:** La Escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventory de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ) fueron aplicados a 50 pacientes alimentarias y a 50 universitarias sin estas patologías. **Resultados:** Las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, principalmente conflictos familiares y cambios de hábitos. La SRRS ($p = < 0,05$), EDI ($p = < 0,05$), EAT- 40 ($p = < 0,05$), y BSQ ($p = < 0,05$), presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con perfeccionismo ($r = 0,255$) y BSQ ($r = 0,112$); en las estudiantes con EDI ($r = 0,282$), IMC ($r = 0,282$), sensación de inutilidad ($r = 0,26$), EAT-40 ($r = 0,188$), temor a madurar ($r = 0,139$), conciencia interoceptiva ($r = 0,14$) e insatisfacción corporal ($r = 0,116$). El perfeccionismo, motivación por la delgadez, síntomas bulímicos, temor a la madurez, peso ideal e IMC incrementan el riesgo de desarrollar estrés (OR = > 1). Se confirmó la capacidad predictiva del EAT-40 para TCA ($p = 0,046$). El BSQ presentó los mayores puntajes en pacientes bulímicas (148,72 ($\pm 32,75$); $p < 0,05$). **Conclusiones:** Se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los TCA, especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

Palabras clave: Conducta alimentaria, stress y alimentación.

Referencias

- Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J. Is there a specific trauma precipitating onset of eating disorders? *Psychol Med* 1997; 27: 523-30.
- Rastam M, Gillberg C. Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 1: 54-65.
- Welch S, Fairburn C. Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychol Med* 1997; 27: 515-22.
- Horesh N, Apter A, Ishai J, Danziger Y, Miculincer M, Stein D, et al. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 921-7.
- Horesh N, Apter A, Lepkifker E, Ratzon G, Weizmann R, Tyano S. Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 5-9.
- Pike K, Wilfley D, Hilbert A, Fairburn C. Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research* 2006; 142: 19-29.
- Slade P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 1982; 21: 167-79.
- Halmi K. Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom Med*, 1974; 36: 18-26.
- Theander S. Anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1970; 214: 1-194.
- Schmidt U, Troop N, Treasure J. Events and the onset of eating disorders: Correcting an "Age Old" myth. *Int J Eat Disord*, 1999; 25: 83-8.
- Gowers S, North C, Byram V, Weaver A. Life events: Precipitants of adolescent anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 469- 77.

12. Strober M. Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1984; 3: 3-16.
13. Rosen J, Compas B, Tacy B. The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 153-62.
14. Kaye W, Gwirtsman H, George D, Ebert M, Jimerson D, Tomai T, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of immunoreactive corticotropin releasing hormone in anorexia nervosa: Relation to state of nutrition, adrenal function and intensity of depression. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64: 203-8.
15. Kling M, Demitack M, Whitfield H, Kalogerias K, Listwak S, DeBellis M, et al. Effects of the glucocorticoid antagonist RU 486 on pituitary-adrenal function in patients with anorexia nervosa and healthy volunteers: Enhancement of plasma ACTH and cortisol secretion in underweight patients. *Neuroendocrinology* 1993; 57(6): 1082-91.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
17. Garner D, Garfinkel P. The Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.
18. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-8.
19. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991; 7: 175-90.
20. Garner D, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
21. Cooper P, Taylor M, Cooper Z, Fairburn C. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 485-94.
22. Dowson J, Henderson L. The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatr Res* 2001; 102 (3): 263-71.
23. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
24. Horowitz M, Schaefer C, Hiroto D, Wilner N, Levin B. Life events questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosom Med* 1977; 39 (6): 413-31.
25. Rojo L, Conesa L, Bermudez O, Livianos L. Influence of stress in the onset of eating disorders: Data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosom Med* 2006; 68: 628-35.
26. Quiles Y, Terol M, Quiles M. Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Inter Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3: 313-33.
27. Dancyger I, Garfinkel P. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Med* 1995; 25: 1019-25.
28. The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factors study. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (2): 248-54.
29. Bauer B, Anderson W. Bulimic beliefs: Food for thought. *J Counseling and Development* 1989; 67: 416-19.
30. Bruch H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books, 1973.
31. Casper R. Some provisional ideas concerning the psychological structure in anorexia nervosa and bulimia. In: Dasrby P, Garfinkel P, Garner D, Coscina D, editors. *Anorexia nervosa: Recent developments in research*. New York: Liss, 1983 p. 387-92.
32. Davis C. Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 421-6.
33. Davis C, Claridge G, Fox J. Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Int J Eat Disord* 2000; 27: 63-73.
34. Behar R. Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: Riquelme R, Oksenberg A, editores. *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental 2003; 331-48.
35. Bastiani A, Rao R, Weltzin T, Kaye W. Perfectionism in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 147-52.
36. McLaren L, Gauvin L, White D. The role of perfec-

- tionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 307-13.
37. Ruggiero G, Levi D, Ciuna A, Sassaroli S. Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2003; 34 (2): 220-6.
38. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 1083-92.
39. Jones C, Harris G, Leung N, Blissett J, Meyer C. The effect of induced stress on the relationship between perfectionism and unhealthy eating attitudes. *Eat Weight Disord* 2007; 12 (2): 39-43.
40. Ruggiero G, Bertelli S, Boccalari L, Centorame F, Ditucci A, La Mela C, *et al.* The influence of stress on the relationship between cognitive variables and measures of eating disorders (in healthy female university students): A quasi experimental study. *Eat Weight Disord* 2008; 13 (3): 142-8.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile

Casilla 92-V - Valparaíso

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net