

PREMIO MARTÍNEZ VALVERDE 2004 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario y los posibles factores de riesgo relacionados.

Manuel Martín González*, Ramón de las Heras Rodríguez, Inmaculada Gómez Becerra*****

* Servicio de Pediatría, Hospital Torrecardenas. Almería, teléfono: 950016000, e-mail: mmmg@cajamar.es.

** Fundación Unicodesa. Almería, e-mail: rheras@ual.es

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Almería, Carretera de la Cañada de San Urbano, s/n. C.P. 04120 Almería, teléfono 950015205, e-mail: igomez@ual.es.

RESUMEN

Este trabajo es un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario y los posibles factores de riesgo relacionados.

La muestra es representativa de la población escolar entre 12 y 17 años en una ciudad andaluza, elegida siguiendo un riguroso proceso metodológico. El trabajo se basa en las respuestas al cuestionario EAT-40 (Eating Attitudes Test) relacionado con la encuesta FTCA (Encuesta de posibles Factores relacionados con los Trastornos del Comportamiento Alimentario) elaborada al efecto.

En el estudio se ha hallado una prevalencia de riesgo de consideración (al ser una población tan joven), que sigue la tónica encontrada por otros autores para España y Europa Occidental, y se ha constatado la necesidad de aumentar los estudios epidemiológicos tanto a nivel nacional como internacional, debido a su escaso número.

Se ha realizado una revisión de los principales sistemas diagnósticos existentes y de las consecuencias derivadas de estos trastornos. Además, se han diferenciado los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores y se han discriminado distintas variables de relación que se suponen implicadas en la génesis y mantenimiento de los trastornos que aquí nos ocupan.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Anorexia y bulimia nerviosa son dos trastornos del comportamiento alimentario (TCA), que provocan una alteración grave de la conducta de ingesta que tiene como finalidad la bajada del peso corporal. La anorexia nerviosa (AN), descrita por primera vez a finales del siglo XIX por William Gull y Ernest C. Laseague; se caracteriza básicamente por un deseo incesante de pesar cada vez menos; miedo a engordar y una distorsión de la imagen corporal, que conduce a una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico exagerado o conductas de purga (APA, 2000). La bulimia nerviosa (BN), delimitada como cuadro independiente por Russel (1979), se caracteriza por la presencia de episodios de ingesta voraz (atracones), seguidos por conductas que pretenden resolver el problema del sobrepeso y la preocupación por la imagen corporal, como puede ser el vómito o el uso de laxantes y/o diuréticos (APA, 2000).

- Criterios diagnósticos, características clínicas y alteraciones más frecuentes para anorexia (AN) y bulimia (BN).

Las características clínicas o la sintomatología que conlleva diagnosticar un cuadro de AN y BN son recogidas en los sistemas de clasificación formales más actuales y al uso siguiendo a la OMS o a la APA. En concreto:
CIE-10 (OMS, 1996)

Anorexia Nerviosa

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5)
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: (1) Evitación de consumo de alimentos que engordan. (2) Vómitos autoprovocados. (3) Purgas intestinales autoprovocadas. (4) Ejercicio excesivo. (5) Consumo de fármacos anoréxigenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa de pavor a la gordura o a la flacidez de las formas corporales, de modo que el paciente se impone a si mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado, manifestándose en la mujer con amenorrea y en el varón con una pérdida del interés y de la potencia sexual.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasan las manifestaciones de esta (crecimiento de mamas y amenorrea primaria en las mujeres, genitales infantiles en los hombres).

- Están presentes todos los síntomas: **anorexia nerviosa**
- Faltan uno o más síntomas pero muestra un cuadro clínico característico: **anorexia nerviosa atípica**.

CIE-10

Bulimia Nerviosa

Preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer y con episodios de polifagia durante los cuales se consumen grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos:

- (1) Vómitos autoprovocados.
- (2) Uso de laxantes.
- (3) Periodos intercalares de ayuno
- (4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
- (5) Si la bulimia se presenta en un enfermo diabéticos este puede abandonar el tratamiento con insulina.
- (6) Miedo morboso a engordar, el enfermo se fija un dintel de peso muy inferior al que tenía antes o a su peso óptimo.

Están presentes todos los síntomas: **bulimia nerviosa**.

Faltan uno o más síntomas pero muestra un cuadro clínico característico: **bulimia nerviosa atípica**.

DSM IV-TR (APA, 2000)

Anorexia Nerviosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima de un peso mínimo para su edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 por cien del esperable, o fracaso en conseguir el aumento del peso esperable por edad, talla y sexo).
- B. Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aun estando emaciado/a por debajo del peso normal.
- C. Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
- D. En mujeres post-menárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos aparecen únicamente tras la administración de tratamientos de hormonas (ejemplo, estrógenos).

Tipo bulímico: Durante el periodo de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta y de purgas (provocarse el vómito, abuso de laxantes y/o diuréticos, ejercicio físico excesivo).

Tipo restrictivo: Durante el periodo de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta o atracones

Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de sobreingesta o atracones. Un episodio de sobreingesta se caracteriza por:
1. Comer en un periodo discreto de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
 2. Tener sensación de falta de control sobre la ingesta durante este episodio (por ejemplo, sentir que uno no es capaz de parar de comer o de controlar el tipo y la cantidad que se está comiendo).
- B. Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso como vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones: ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, por lo menos de media, dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D. La autoestima está excesivamente influida por la figura y el peso.
- E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipo purgativo: Las personas usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso, tras el atracón.

Tipo no purgativo: la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como ayuno o ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos

En el ámbito clínico se encuentra que ambos trastornos del comportamiento alimentario generan numerosas alteraciones físicas y psicológicas.

Para la AN se citan (Brotman et al., 1985; Palla y Litt, 1988; Raich, 2002; Schwabe, Lippe, Chang, Peps y Yager, 1981; Toro, 1995; Toro y Vilardell, 1987) como las alteraciones más frecuentes:

Alteraciones físicas derivadas de la anorexia nerviosa

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteraciones del Eje Hipotálamo-hipofisario-gonadal. ❖ Bradicardia. ❖ Anemia. ❖ Lanugo. ❖ Deshidratación. ❖ Dolor de cabeza. ❖ Uñas y huesos quebradizos. ❖ Caída del cabello. ❖ Vértigo. ❖ Hipotermia. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteraciones de la piel. ❖ Amenorrea. ❖ Restricción alimentaria. ❖ Pérdida progresiva de peso. ❖ Estreñimiento. ❖ Actividad excesiva y desmesurada. ❖ Ritos con la comida (contar calorías, cortar trozos pequeños...) ❖ Uso excesivo de laxantes y diuréticos. ❖ Ocasionalmente atracones y vómitos provocados. |
|--|--|

A nivel psicológico se han destacado alteraciones que bien pueden venir ocasionadas por dicho trastorno del comportamiento alimentario o bien pueden ser desórdenes psicológicos que se entremezclan. Por ello, cada vez son más los intentos en esclarecer parámetros de diagnóstico diferencial y a su vez de comorbilidad (Raich, 2002). En cualquier caso, las deficiencias psicológicas más destacadas han sido (Toro, 1995; Wondelich y Swift, 1990):

Alteraciones psicológicas derivadas de la anorexia nerviosa

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastornos de ansiedad. ❖ Trastorno obsesivo-compulsivo. ❖ Irritabilidad. ❖ Sentimientos de culpa. ❖ Baja autoestima. ❖ Desinterés sexual. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aislamiento social. ❖ Preocupación excesiva por el peso ❖ Pánico a engordar. ❖ Evitar comer con la familia. ❖ Mentiras y manipulaciones. ❖ Negación de la enfermedad. |
|---|--|

- ❖ Ideas de muerte.
- ❖ Intentos de suicidio.
- ❖ Tristeza.

- ❖ Cambios de carácter (agresividad, tristeza, apatía...).
- ❖ Exceso de exigencias y perfeccionismo
- ❖ Inseguridad.

Respecto a la BN, las alteraciones físicas derivadas según algunos autores (Conde, 2001; Chinchilla, 1994; Fairbur, 1995; Hsu, 1990; Mora y Raich, 1993; Raich, 2002; Roca, 2001; Toro, 1995).

Alteraciones físicas derivadas de la bulimia nerviosa	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas dentales. ❖ Desajustes electrolíticos. ❖ Ruptura del esófago. ❖ Ruptura gástrica. ❖ Úlceras en la boca. ❖ Cáncer de garganta. ❖ Cáncer de cuerdas vocales. ❖ Hipotensión. ❖ Diarrea. ❖ Caída del cabello. ❖ Cólicos. ❖ Dolor abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atracones. ❖ Comer de forma compulsiva ❖ Vómitos autoprovocados. ❖ Uso excesivo de laxantes, diuréticos y preparados para adelgazar. ❖ Dietas restrictiva. ❖ Menstruación irregular. ❖ Estreñimiento. ❖ Oscilaciones de peso. ❖ Comer a escondidas. ❖ Búsqueda excesiva de comida. ❖ Asistencia frecuente al W.C. después de cada comida.

Finalmente, las alteraciones psicológicas derivadas de la BN pero a su vez puede que sólo asociadas -en tanto que presenten comorbilidad con la misma- más señaladas por los autores antes citados serían:

Alteraciones psicológicas derivadas de la bulimia nerviosa.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastornos de ansiedad. ❖ Trastornos afectivos. ❖ Trastornos relacionados con sustancias. ❖ Trastornos del sueño. ❖ Trastornos de la imagen corporal. ❖ Dificultad de concentración y aprendizaje. ❖ Sensación de inutilidad o vacío. ❖ Preocupación excesiva por las comidas (dietas, controlar calorías...). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de control de la ingesta de alimentos. ❖ Pánico a engordar. ❖ Preocupación excesiva por el peso. ❖ Ansiedad. ❖ Evitar comer en público. ❖ Mentiras y manipulaciones. ❖ Cambios de estado de ánimo. ❖ Inestabilidad emocional. ❖ Baja tolerancia a la frustración.

A la luz de la amplitud y variedad de cuadros clínicos expuestos, sobra detallar cómo la mayor o menor presentación de los mismos es una limitación clara para la delimitación y diagnóstico de AN y/o de BN y, por ende, dificulta su tratamiento, así como una mayor extensión del abanico de sintomatología señalada hará más complejo el pronóstico de estos trastornos del comportamiento alimentario.

- Etiología o factores de riesgo:

En base a la escasa y variable epidemiología existente, y sobre todo siguiendo los datos de estudios clínicos y de trabajos puramente conceptuales, se han llegado a elaborar multitud de modelos teóricos que pretenden explicar cómo se generan y mantienen estos trastornos del comportamiento alimentario. Excede de este trabajo exponer los principios de cada uno de ellos (véase análisis de los más relevantes en De las Heras, 2001), sólo cabe indicar que unos presentan mayor validez que otros, que algunos modelos son de escasa utilidad clínica pero otros sí consiguen reflejar los factores que pueden estar manteniendo numerosos casos clínicos, que la mayoría de ellos parten de perspectivas teóricas diferentes dentro de la Psicología (p.e., modelos cognitivos, conductuales, multifactoriales, biomédicos...), y que, en cualquier caso, todos coinciden en que la AN y la BN son trastornos multicausales, no se ha aislado ni es probable que exista una causa única y fundamental para generar estos desórdenes, sino que más bien es el

conjunto o la concatenación de factores muy diversos y de índole variada (genéticos, personales, interpersonales, socioculturales, etcétera).

No obstante, incluidos o no en su totalidad en esos modelos, cada vez se coincide más (véase Cervera, 1996; Toro y Vilardell, 1987; Raich, 1994, 2002) en ratificar y ampliar la clasificación de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la anorexia nerviosa y, por extensión (aunque con las salvedades que luego se citan), de la bulimia que propusieran en un primer momento Garner y Garfinkel (1997). Resumidamente los factores serían:

Factores Presdisponentes	Factores Precipitantes	Factores de mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Genéticos. ❖ Edad. ❖ Sexo femenino. ❖ Afectivos y emocionales. ❖ Características de personalidad (introversión, excesivo perfeccionismo...). ❖ Características familiares (tener preocupación por su imagen corporal o por la de su familia...) ❖ Factores socioculturales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Separaciones y pérdidas de seres queridos. ❖ Contactos sexuales. ❖ Acontecimientos vitales estresantes. ❖ Exceso de actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las mismas consecuencias de la inanición. ❖ La interacción familiar. ❖ La influencia social. ❖ Distorsiones cognitivas. ❖ Valores y factores yatrogénicos.

Estos factores han sido considerados tanto para AN como para BN, pero recientemente han existido intentos por delimitar los factores específicos y diferenciales entre ambos trastornos. En concreto, Fairburn (1999, 2000) delimita como factores diferenciales los siguientes:

Anorexia	Bulimia
<p>En el ámbito de la vulnerabilidad personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación negativa. ❖ Perfeccionismo. ❖ Depresión mayor <p>En el ámbito ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Abuso sexual y físico. <p>En el ámbito de vulnerabilidad a la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Miembro de la familia que hace dieta para perder peso. ❖ Comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso. 	<p>En el ámbito de la vulnerabilidad personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Depresión mayor. ❖ Alcoholismo o drogadicción de los padres. <p>En el ámbito ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastornos psiquiátricos paternos. ❖ Abuso sexual o físico. <p>En el ámbito de vulnerabilidad a la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Miembro de la familia que hace dieta para perder peso. ❖ Comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso. ❖ Burlas sobre la apariencia. ❖ Obesidad infantil. ❖ Obesidad paterna. <p>Factor de riesgo adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menarquía temprana.

- Información epidemiológica general:

Desde la década de los 70 la incidencia y prevalencia de AN y BN ha ido en aumento, y aunque los estudios que lo avalan siguen mostrando limitaciones metodológicas, cada vez son realizados con poblaciones más amplias y suficientemente representativas (Toro, 1995, 2000). En líneas generales, la literatura sigue indicando un progresivo aumento principalmente de la incidencia de anorexia (APA, 2000; de la Puente y Gómez, 1998; Toro, 1995, 1996, 2000; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Así, los datos aportados respecto del mundo occidental refieren que la AN afecta al 0,2-0,8% de la población general y entre un 1-3% de la población adolescente femenina (Toro, 1996). Efectivamente dentro de este rango, el sistema de clasificación DSM-IV-TR (APA, 2000), señala que la prevalencia de AN en población femenina es aproximadamente de 0,5%, y entre los hombres supone una décima parte de la de las mujeres; aunque cabe notar que predominan los individuos que se encuentran al borde del umbral para el trastorno (es decir, con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado). A su vez, en una escala mundial la anorexia

afectaría a 1 persona por cada 100.000 habitantes (Schwabe, Lippe y Chang, 1981). Respecto a la BN, los porcentajes son superiores, situándose entre un 2-3% de la población adolescente femenina occidental (Toro, 1996). De manera similar, el DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que la prevalencia de la BN entre las mujeres es aproximadamente del 1-3%, y entre los hombres es diez veces menor. No obstante, cabe destacar que diferentes autores (Toro, 1996; de la Puente y Gómez, 1998) indican que estas cifras no son totalmente fiables debido al aumento del trastorno en los últimos años, los criterios de diagnóstico utilizados (que bien no se indican, o bien son ambiguos) y la difícil detección de los casos, junto a la comorbilidad entre anorexia y bulimia.

No es posible detallar los diferentes estudios epidemiológicos nacionales e internacionales que no sólo sirven de apoyo empírico de los datos que se acaban de citar a nivel global sino que muestran el papel de las influencias culturales y socioeconómicas entre diferentes países (véase una revisión en De las Heras, 2001).

Justificación y objetivos del estudio:

A pesar de todo lo indicado en el apartado previo, son escasos los datos epidemiológicos oficiales en España. De hecho, en el centro nacional de epidemiología no existen datos al respecto, ni en los observatorios epidemiológicos de las principales comunidades autónomas, aunque sí en la literatura. En líneas generales, Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Domènech (1995) han estimado una prevalencia global aproximada del 12,4% en nuestro territorio para trastornos del comportamiento alimentario.

Estas carencias en la investigación epidemiológica, unido a la ya mostrada tendencia ascendente de casos clínicos y el hecho de que son trastornos que cada vez están apareciendo con menor edad (Phelps, 1993; Raich, 2002), sirven de acicate para realizar un estudio como el que se presenta en este momento.

Como justificación para estudios a este nivel cabe señalar también el marcado interés y preocupación social por estos trastornos que se está reflejando desde ámbitos más profesionales como foros de debate en los que se señala el aumento de casos en las clínicas, hasta el aumento de asociaciones de familiares y pacientes con AN y BN, pasando por la alarma y el debate expuesto en los medios de comunicación (aunque este último conteniendo la paradoja –según la literatura– de ser a su vez uno de los vehículos de algunos factores de riesgo de este tipo de trastornos).

A partir de estos datos, nos resultó interesante y creemos que es relevante a nivel científico y socio-cultural conocer cual es la situación epidemiológica respecto a estos trastornos en una ciudad andaluza, y qué factores de riesgo pueden estar interactuando. Así el objetivo principal de la investigación es medir la prevalencia de riesgo de estos trastornos en la población de una ciudad andaluza escolarizada en educación secundaria obligatoria, y como objetivo secundario, se pretende describir si los hábitos, las actitudes hacia la alimentación y otros factores podrían estar relacionados con una situación de riesgo hacia estos trastornos.

MÉTODO

Muestra

La muestra procede de una ciudad andaluza y es representativa de la población escolar de secundaria. Consta de un total de 890 adolescentes, 419 chicos y 471 chicas, procedentes de 30 centros de educación secundaria obligatoria (ESO). La selección muestral se llevó a cabo a través de un muestreo aleatorio estratificado, con cuatro estratos (primer curso, segundo curso, tercer curso y cuarto curso de E.S.O.). Estos estratos fueron extraídos proporcionalmente de los 30 centros de educación secundaria obligatoria (17 públicos y 13 privados/concertados) de la ciudad andaluza (véase Tabla I). De cada centro se extrajeron aleatoriamente la parte proporcional correspondiente por su número de alumnos en cada curso y se aceptaron como válidos todos los cuestionarios que fueron contestados en su totalidad. El error de precisión estimado en un primer análisis es de 0.033.

En concreto, el tamaño de la muestra ha sido hallado a través de la fórmula:

$$n = \frac{\left[\frac{1}{2} \left(\sum f(Ni(Ai))^2 \right) \right]}{\frac{CN}{B} + \sum [Ni \cdot Ai]}$$

Tamaño de la muestra: n ----- 809 + 10% = 890
 Tamaño de la población: N ----- 9.806 adolescentes escolarizados
 Tamaño del estrato i en la población: Ni ----- Depende de cada estrato.
 Medida de variación para el estrato i: Ai ----- Constituida por la varianza.
 Medida de riesgo: B ----- 3.841482
 Medida de error: C ----- 0.0016

Tabla 1. Descripción de los estratos muestrales

ESTRATOS	TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	TAMAÑO DE LA MUESTRA	PORCENTAJE
1º ESO	2209	200	22,47
2º ESO	2736	249	27,98
3º ESO	2559	233	26,18
4º ESO	2302	208	23,37
TOTAL	9806	890	100

Además, el tamaño de la muestra se aumentó en un 10% para superar el obstáculo de la posible muerte experimental y así poder tener acceso al total del tamaño muestral calculado. Pero dado que en el trabajo de campo se recogieron más cuestionarios de los previstos y apenas hubo mortandad experimental ni cuestionarios no válidos, la muestra quedó ampliada finalmente en ese 10%, disminuyendo con ello el error muestral estimado. Por todo ello, el error muestral final fue de 0.0313.

Material

Los cuestionarios administrados a la muestra han sido dos: el cuestionario EAT 40 (The Eating Attitudes Test) y una encuesta de factores relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario (FTCA) elaborada al efecto para medir posibles variables relacionadas.

Encuesta FTCA. Es anónima y autoadministrada y se elaboró a través de la consulta a expertos y la realización de una prueba piloto previa con la población objetivo. Proceso tras el que queda compuesta por 47 ítems (de una sólo elección, de respuestas cerradas de dos a nueve opciones, y de respuestas abiertas) que miden 69 variables relacionadas, según la literatura, con los TCA. Los ítems y su distribución en la encuesta, las áreas a las que hace referencia y la variable de medida que se refleja en el SPSS 11.5 se muestran en los siguientes cuadros:

ÁREA	ITEMS	VARIABLES
Demográfica	1,2,3,4	1,2,3,4
Dieta	13,14,15,16.	19,20,21,23,24,25,26,27.
Comportamientos Purgativos	17,18,19,20,21,22.	28,29,31,32,33,34,35,36,37,38,39
Conocimientos y hábitos de alimentación	5,6,7,8,9,10,11,12.	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18.
Relaciones Sociales	34,35,36,37,38.	53,54,55,56,57.
Influencias Ambientales	24,25,26,42,43,45.	22,30,43,44,45,62,63
Ejercicio Físico	23	40,41,42
Imagen Corporal	27,28,29,30,31,32,33,46.	46,47,48,49,50,51,52,66.
Desarrollo Sexual	39,40,41.	58,59,60,61.

Otros	44,47.	64,65,67,68,69.
-------	--------	-----------------

ITEMS DE LA ENCUESTA FCTA			
vb	ITEM	Vb	ITEM
1	Código del centro	36	¿Con que objetivo lo hiciste?
2	Edad	37	¿Alguna vez has comido demasiado y te has sentido mal por ello?
3	Curso	38	¿Por qué te sentiste mal?
4	Sexo	39	¿Qué hiciste para sentirte mejor?
5	¿Cuál es el alimento que más te gusta?	40	Haces ejercicio físico...
6	¿Cuál de los siguientes alimentos crees que es más necesario en la dieta diaria?	41	¿Qué tipo de ejercicio realizas?
7	¿Qué alimento es el que más consumes en tu dieta diaria?	42	¿Por qué lo realizas?
8	¿Consumes agua habitualmente?	43	¿Cuántas horas ves de televisión habitualmente?
9	¿Consumes bebidas light habitualmente?	44	¿Qué tipo de programas son tus favoritos?
10	¿Consumes refrescos habitualmente?	45	¿Qué tipo de anuncios son los que más te gustan?
11	¿Consumes zumos de frutas habitualmente?	46	¿Te gusta tu cuerpo?
12	¿Consumes alcohol habitualmente?	47	¿Qué parte de tu cuerpo te gusta menos?
13	¿Cuántas comidas diarias realizas?	48	Te miras en el espejo aproximadamente...
14	¿Picas alimentos entre horas?	49	¿Cambiarías si pudieras tu cuerpo por otro?
15	En caso afirmativo indica el tipo de alimento más frecuente que consumes entre horas	50	¿En cual de las siguientes profesiones te gustaría trabajar?
16	¿Comes con tu familia?	51	¿Crees que tu aspecto físico te ayudará a conseguir ese empleo?
17	¿Desayunas, almuerzas y cenas siempre a las mismas horas?	52	¿Crees que tu personalidad te ayudará a conseguir ese empleo?
18	¿Ves la televisión durante el almuerzo?	53	¿Cuántos amigos/as tienes?
19	¿Has realizado alguna vez dieta? Tiempo continuado.	54	¿Alguna vez te has sentido solo/a y has pensado que no sabes como tener amigos?
20	¿En que consistió?	55	¿Cuántas veces a la semana ves a tus amistades fuera del colegio?
21	¿Cuántas dietas conoces?	56	¿Tienes algún/a amigo/a íntima con quien compartes tus secretos?
22	¿Alguien de tu familia hace dieta habitualmente?	57	¿Tienes algún amigo/a con quien compartes habitualmente tus hobbies?
23	Si has hecho dieta alguna vez ¿en que estación del año la llevaste a cabo?	58	¿Tienes o has tenido alguna vez pareja?
24	¿Cuál fue el motivo para hacerla?	59	¿Has mantenido ya tu primera relación sexual con coito?
25	¿Cuánto peso conseguiste bajar?	60	¿Cuántos años tenías?
26	¿En cuanto tiempo?	61	Los conocimientos que posees sobre sexualidad los has aprendido de
27	Durante este tiempo de dieta tuviste...	62	En casa, ¿haces tareas domésticas habitualmente?
28	¿Conoces lo que es un laxante o diurético?	63	Cuando te levantas haces tu cama...
29	¿Has tomado alguna vez laxantes o diuréticos?	64	Habitualmente tus notas escolares suelen ser...
30	¿Alguien de tu familia consume laxantes o diuréticos?	65	Tus amigos/as ¿se preocupan mucho de su ropa?
31	¿Has sentido nauseas frecuentes en algún periodo de tu vida?	66	¿Alguna vez alguien te ha dicho que estas gordo o delgado y tú has pensado justo lo contrario?
32	¿A que crees que se debieron?	67	¿Tienes algún problema íntimo contigo mismo o con los demás que te preocupe mucho?
33	¿Te cuesta mucho esfuerzo vomitar?	68	¿De que tipo?
34	¿Intentas habitualmente vomitar cuando sientes molestias en el estomago?	69	¿Cómo te sientes cuando piensas en ese problema?
35	Sin sentir molestias en el estómago ¿has vomitado alguna vez?		

EAT-40. Es el cuestionario más utilizado como medida de síntomas y preocupaciones características de los TCA (Garner, Rockert, Garner, Davis, y Olmsted, 1993; Williamson, Davis, Duchmann, Mckenzie y Watkins, 1990). Fue confeccionado por Garner y Garfinkel en 1979 y

validado en población general canadiense, con una puntuación de corte de 30. Este cuestionario también ha sido validado en población española en el trabajo de Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Los ítems de elección forzosa dan lugar a 3 subescalas: dieta, preocupación por la comida y control oral. Este instrumento no proporciona un diagnóstico específico de este tipo de trastornos, pero hay estudios (King, 1989, 1991) que han mostrado su eficacia en la criba como parte de un proceso de dos fases, donde aquellos sujetos cuyas puntuaciones estuvieran por encima del punto de corte 20 en la primera fase, serían entrevistados en una segunda fase para confirmar o rechazar un posible diagnóstico, llegando a considerar que tienen puntuaciones “sospechosas o muy sospechosas”. A su vez, en la adaptación española se recomienda una puntuación de corte de 20, aumentando así la sensibilidad y especificidad del test; de hecho, se indica que chicas que posteriormente confirmaron un diagnóstico clínico de anorexia puntuaron en menor grado en la primera entrevista de este cuestionario que el grupo original. Además, se considera probable que en las primeras fases de la evaluación los sujetos nieguen el trastorno por lo que una puntuación inferior a 30 podría ser sintomática (Raich, 2002). Por todo ello, en este estudio sólo se ha realizado la primera fase, o sea se ha utilizado este instrumento como filtro de posibles situaciones de riesgo y no de diagnóstico clínico, dado que se pretende una detección precoz y el análisis de factores de riesgo que ayuden a la prevención en poblaciones no clínicas. A continuación se presentan los ítems que componen este cuestionario:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO EAT 40	
Me gusta comer con otras personas.	Cada día como los mismos alimentos.
Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
Me pongo nervioso/a cuando se acerca las horas de la comida	Tengo la menstruación regular.
Me da mucho miedo pesar demasiado.	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
Procuro no comer aunque tenga hambre	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
Me preocupo mucho por la comida	Tardo en comer más que las otras personas.
A veces me he “atraco” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	Disfruto comiendo en restaurantes.
Corto mis alimentos en trozos pequeños	Tomo laxantes.
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	Procuro no comer alimentos con azúcar.
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, pastas...)	Como alimentos de régimen.
Me siento lleno después de las comidas.	Siento que los alimentos controlan mi vida.
Noto que los demás preferirían que yo comiera más.	Me controlo en las comidas.
Vomito después de haber comido	Noto que los demás me presionan para que coma.
Me siento muy culpable después de comer.	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
Me preocupa el deseo de estar muy delgado.	Tengo estreñimiento.
Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	Me siendo incomodo/a después de comer dulces.
Me peso varias veces al día.	Me comprometo a hacer régimen.
Me gusta que la ropa me quede ajustada.	Me gusta sentir el estómago vacío
Disfruto comiendo carne	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
Me levanto pronto por las mañanas	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Variables de medida y de relación

- Prevalencia de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario: las medidas se obtuvieron a partir de las respuestas al cuestionario EAT-40, considerando como positiva bien una puntuación de 30 o superior, o bien el punto de corte 20.
- Variables demográficas: sexo, edad, curso (1º, 2º, 3º o 4º de E.S.O.) y centro (privado o público).
- Comportamientos alimentarios desadaptativos y factores relacionados. Medidas obtenidas a partir de la encuesta de posibles factores relacionados con el comportamiento alimentario: dieta, conductas purgativas, ejercicio físico, preocupación por la imagen corporal, otras

influencias socio-ambientales (influencia de la televisión, moda, profesión...); así como conocimientos, actitudes y hábitos de alimentación en general.

- Aquellas variables medidas en la muestra que resulte de riesgo potencial (esto es, por encima del punto de corte 20 en el EAT40) comparadas con las mismas variables en la muestra sin riesgo potencial.

Procedimiento

El procedimiento consistió en administrar de manera individual, pero a diferentes sujetos a la vez, los cuestionarios en las aulas de los 30 centros según los cursos. La administración de los cuestionarios, así como la resolución de posibles dudas ante los mismos, se llevó a cabo por los distintos miembros del equipo de investigación. A la dirección del centro se le solicitaba un aula acondicionada, con una capacidad triple al número de sujetos que debía acudir, con la finalidad de que estos estuvieran suficientemente separados, para mantener la privacidad de las respuestas. Los alumnos eran enviados al aula por azar, según el número de lista de clase. Los números eran proporcionados aleatoriamente por los miembros del equipo de investigación, y el profesorado enviaba a los alumnos correspondientes al aula donde se llevaba a cabo la recogida de datos. Las consignas que se les proporcionaban a los alumnos eran las siguientes:

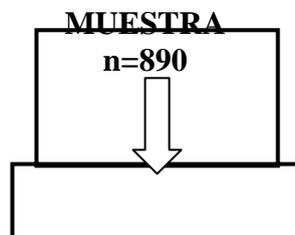
“Estamos realizando una investigación, en la que se intenta recopilar información sobre los hábitos de alimentación de la población de secundaria. Para ello, vamos a repartir unos cuestionarios. La realización de estos es voluntaria, si alguien no quiere participar puede indicarlo ahora. Los datos son totalmente anónimos, y las respuestas deben de elaborarse de manera individual. En el cuestionario tienen las instrucciones necesarias, si tienen alguna duda levanten la mano y se les atenderá de manera independiente”.

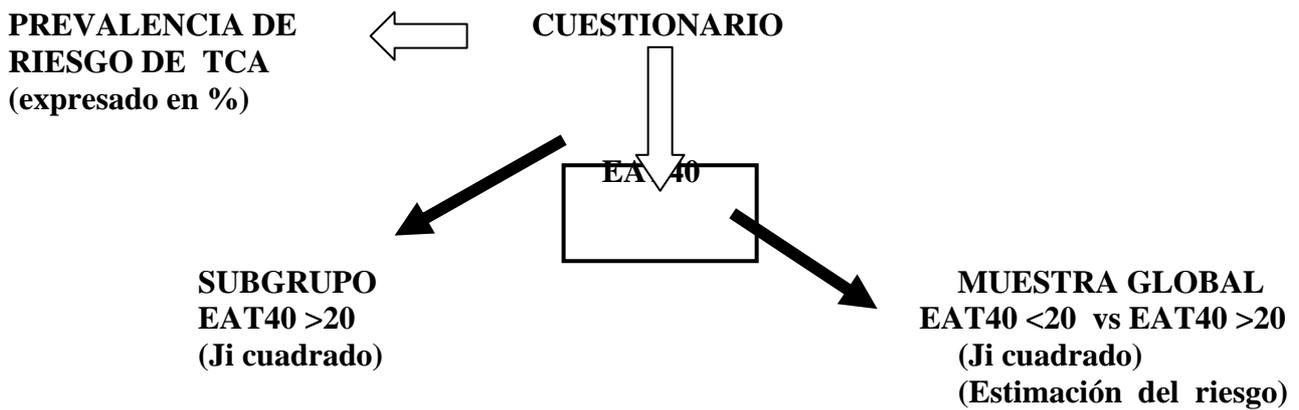
Las respuestas en esos cuestionarios fueron introducidas en la base de datos del paquete estadístico SPSS. versión 11.5, tras un proceso de filtro de los cuestionarios válidos o no y de una categorización interjueces (estudiantes de doctorado de Psicología) de las respuestas obtenidas por formato abierto. Se siguió la siguiente estrategia de análisis:

- 1.-Exploración de las variables y creación en su caso de variables transformadas o derivadas.
- 2.-Descripción de los sujetos. Se expresaron en frecuencia absolutas (n) y frecuencias relativas (%), obteniéndose datos orientados a la prevalencia de riesgo de obtener trastornos del comportamiento alimentario.
- 3.-Análisis simple de relación (análisis divariado). Se agrupan los datos referidos a posibles factores relacionados con puntuaciones positivas con el EAT40 (punto de corte por encima de 20). Para ello se aplica el test de la Ji cuadrado, realizando la corrección de Yates cuando fuera necesario.
- 4.-Análisis simple de relación (análisis divariado), agrupando los datos de la muestra global, referidos según puntuación de EAT40 (mayor o menor de 20). Para ello se aplica el test de Ji cuadrado, realizando la corrección de Yates, cuando fuera necesario, así como la estimación del riesgo (intervalo de confianza del 95%) referido a cada una de las cohortes de estudio (Puntuación EAT40 <20 versus Puntuación EAT40 >20)

En todo momento se ha aceptado como nivel de significación estadística, un valor de $P < 0.05$ (error alfa). Los resultados se muestran tanto en tablas como en figuras.

ESQUEMA DEL ESTUDIO





RESULTADOS

BLOQUE I.- Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario

La prevalencia total de riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario, diferenciando el punto de corte en el EAT así como su distribución según sexo, queda reflejada en la Figura 1 y muestra que el 8% de la muestra puntúa positivo en el cuestionario de EAT tomando el punto de corte en 30 (**), mientras que el 22% de sujetos puntúan positivo con el punto de corte 20 (*) en el EAT, siendo mayor el porcentaje en chicas (10% ó 25%, aproximado) que en chicos (5% ó 18%) para ambos puntos de corte. FIGURA N° 1

La Figura 2 muestra algunos de los datos comparativos de la muestra de este estudio con los de otras ciudades, con los globales en España y con otros países. Respecto a la proporción total de la población en riesgo de padecer un TCA (esto es, positivos en el EAT40 en el punto de corte 30) la ciudad andaluza se encuentra por encima de los índices de estimación nacionales, si se toman los datos de Aguinaga (2000). Además, a nivel nacional la prevalencia en esta ciudad andaluza estaría por encima de la de Asturias (tanto en mujeres como hombres pero especialmente distante en estos últimos) si se toma el estudio citado pero estaría por debajo en lo que respecta a las mujeres si se compara con los datos señalados por Martínez (2000), aunque seguiría estando por encima respecto a la prevalencia en hombres.

A nivel europeo, esta ciudad andaluza presenta cifras parecidas a Italia (Apollini, 1989), que a su vez se describen como similares a las de Noruega, superiores a las de Dinamarca y menores a las del Reino Unido.

De esta comparación cabe destacar la mayor prevalencia en cualquier caso de hombres positivos en el EAT40, no obstante cabe anotar que los estudios citados no son totalmente comparables, debido a la heterogeneidad de las muestras, aunque resulta ilustrativa la constatación. FIGURA N° 2

La Tabla II muestra la prevalencia de riesgos de padecer TCA según edad, observándose que se da en mayor grado a los 13 años, luego con cierta distancia a los 15 años y desde ahí va descendiendo en el orden 12,16, 14, 17. TABLA N° 2

Esta distribución por edad se ha calculado para aquellos sujetos de la muestra que puntúan por encima de 20 en el EAT40, de igual manera desde este momento todos los resultados que se presenten como de riesgo serán con el mismo punto de corte. Como se indicó previamente, el nivel de diagnóstico clínico de los TCA es variado en la literatura, que considera el punto de corte del EAT en 30 o en 20. De hecho, en este estudio (véase figura 1) si aplicamos el punto de corte sugerido por King (1989, 1991) como “sospechoso” (esto es, puntuación 20) las proporciones se disparan (cuanto menos se triplican), o sea el porcentaje de jóvenes “bajo indicios” que puntúan en el rango 20-30 es grande; y dado que este estudio pretende medir factores de riesgo encaminados a la detección y prevención temprana, los análisis que se realicen desde aquí se harán para la muestra por encima de 20 en el EAT40.

BLOQUE II.- Datos relativos a posibles factores relacionados con puntuaciones positivas en el cuestionario EAT40 (por encima del punto de corte 20, como screening), esto es, relacionados con el riesgo de padecer un TCA.

Los resultados que se presentan a continuación hacen referencia a aquellos comportamientos alimentarios que resultan o pueden llegar a ser desadaptativos y a los factores relacionados. Tales medidas se presentan en el siguiente orden: dieta, conductas purgativas, ejercicio físico, preocupación por la imagen corporal, otras influencias socio-ambientales (influencia de la televisión, moda, profesión...); y por último, los conocimientos, actitudes y hábitos de alimentación en general.

Los datos que se presentan han sido el resultado de un análisis en el programa informático SPSS, aplicando una Ji cuadrado.

1. Variables relacionadas con la dieta alimentaria:

1.1. Variable 19 “haber realizado o no dieta en alguna ocasión”: para esta variable se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El mayor porcentaje es el de sujetos que nunca han realizado dieta (69,4%). TABLA N° 3.

1.2. Variable 7 “alimento que más consumes habitualmente”: en esta variable se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). La carne es el alimento que más consumen los sujetos (44%). TABLA N° 4.

1.3. Variable 22 “tener un familiar que realiza o ha realizado dieta en alguna ocasión”: existe significatividad estadística para esta variable ($p=0,0001$). La mayor parte de los sujetos no describen familiares que realizan esta práctica. TABLA N° 5.

1.4. Variable 24 “motivo para realizar la dieta alimentaria”: existe relación estadística significativa ($p=0,001$). La principal razón para realizar la dieta alimentaria es por motivos de estética (52,9%). TABLA N° 6.

1.5. Variable 23 “estación del año en la que se realizó la dieta”: existe relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El verano es la estación en la que se realizan mayor número de dietas. TABLA N° 7.

1.6. Variable 27 “efectos sufridos como consecuencia de la realización de la dieta”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 84,8% de los sujetos afirma que no sufrió ninguna sintomatología. TABLA N° 8.

2. Variables relacionadas con conductas purgativas:

2.1. Variable 29 “consumición o no consumición de laxantes en alguna ocasión”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El porcentaje de sujetos que han consumido laxantes alguna vez es del 29,5%. TABLA N° 9.

2.2. Variable 30 “tener un familiar que consume o ha consumido laxantes en alguna ocasión”: Existe relación estadística significativa ($p=0,0001$). La mayor parte de los sujetos no tienen ningún familiar que haya consumido laxantes (29,5%). TABLA N° 10.

2.3. Variable 31 “haber sentido nauseas frecuentes durante algún periodo de la vida”: se ha encontrado una relación estadística significativa ($p=0,001$). El 57,5% ha sentido nauseas frecuentes. TABLA N° 11.

2.4. Variable 35 “intentar vomitar intencionadamente sin padecer molestias estomacales”: Relación estadística significativa ($p=0,0001$). El 69,4% nunca ha intentado vomitar sin molestias estomacales. TABLA N° 12.

3. Variables relacionadas con el ejercicio físico:

3.1. Variable 40 “frecuencia con la que se realiza ejercicio físico”: se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 38,3% practica ejercicio físico todos los días. TABLA N° 13.

3.2. Variable 41 “tipo de ejercicio que realizas”: relación estadísticamente significativa. La mayor parte realiza deporte de competición (71,6%), entendiendo por este fútbol, baloncesto, voleyball... TABLA N° 14.

3.3. Variable 42 “motivación para la práctica de deporte”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Por diversión y amistad es la respuesta masiva de los sujetos (86,6%). TABLA N° 15

4. Variables relacionadas con la imagen corporal, preocupación por el peso y creencias incorrectas:

4.1. Variable 46 “estar a gusto con el propio cuerpo”: se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,018$). El 58,5% de los sujetos afirman estar satisfechos con su cuerpo. TABLA N° 16.

4.2. Variable 47 “parte de mi cuerpo que menos gusta”: Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 70,3% tiene alguna parte de su cuerpo que no le gusta, pero esta no está relacionada con las consideradas claves por la literatura. TABLA N° 17.

4.3. Variable 48 “número de veces que te miras al espejo diariamente”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). La mayor parte de los sujetos se miran 3 o más veces al día al espejo (39,4%). TABLA N° 18.

4.4. Variable 49 “cambiaría mi cuerpo por otro”: no existe relación estadísticamente significativa. TABLA N° 19.

4.5. Variable 37 “haber comido demasiado y sentirse mal por ello”: relación estadísticamente significativa ($p=0,001$). La mayoría de los sujetos si se han sentido mal en un alguna ocasión por esta razón (71%). TABLA N° 20.

5. Variables relacionadas con otros factores socioambientales:

5.1. Influencia de los medios de comunicación:

5.1.1. Variable 44 “programas de televisión que más me gustan”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Los programas infantiles o juveniles son los preferidos, seguidos de cerca por los de moda y deporte. TABLA N° 21

5.1.2. Variable 45 “anuncios favoritos”: relación estadísticamente significativa. Los anuncios favoritos son los de moda ya que más de la mitad de los sujetos los prefieren antes que cualquier otro (53,9%). TABLA N° 22.

5.2. Valores e intereses profesionales.

5.2.1. Variable 50 “profesión que te gustaría ejercer de mayor”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 56,5% de los sujetos eligen una profesión no considerada de riesgo por la literatura. TABLA N° 23.

5.2.2. Variable 51 “creer que el aspecto físico ayudará a conseguir un trabajo en la profesión que más te gusta”: relación estadística significativa ($p=0,014$). El 58% afirma que si ayudará en gran medida. TABLA N° 24.

5.3. Relaciones interpersonales.

5.3.1. Variable 54 “sentirse solo”: relación estadísticamente significativa ($p=0,008$). El 59,6% de los sujetos afirman no sentirse solos. TABLA N° 25.

5.3.2. Variable 65 “preocupación de los amigos por la ropa”: relación estadísticamente significativa. Existe una gran preocupación de los amigos por la ropa en el grupo de riesgo. El 65,3% realiza esta afirmación. TABLA N° 26.

5.3.3. Variable 66 “pensar lo contrario que los demás sobre mi aspecto físico”: Relación estadísticamente significativa ($p=0,005$). El 60,1% está de acuerdo con los demás respecto a su físico. TABLA N° 27.

5.4. Posibles conflictos personales.

5.4.1. Variable 67 “existencia de algún problema íntimo”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 63,2% no tiene ningún problema íntimo. TABLA N° 28.

5.5. Conocimientos y hábitos alimenticios en general.

5.5.1. Variable 6 “alimento que piensas que es más necesario en la dieta diaria”: relación estadísticamente significativa. La verdura es considerada el alimento más necesario dentro de este grupo de riesgo (44,6%). TABLA N° 29

5.5.2. Variable 9 “consumes habitualmente bebidas light”: se ha encontrado una relación estadísticamente significativa. La mayor parte de los sujetos no la consumen (85%). TABLA N° 30.

5.5.3. Variable 13 “número de comidas que se realizan al día”: Relación estadísticamente significativa ($p=0,001$). La mayor parte de los sujetos realizar 3 comidas al día. TABLA N° 31.

5.5.4. Variable 14 “frecuencia de picar entre horas”: Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Un 67,9% de los sujetos afirma que pica entre horas alguna vez. TABLA N° 32.

5.5.5. Variable 15 “alimento más consumido entre horas”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 42,5% consume dulces y pasteles habitualmente fuera de las comidas principales. TABLA N° 33.

BLOQUE III.- Datos relativos a posibles factores de riesgo de los TCA comparando los sujetos de riesgo (más de 20 en el EAT40) con los de no riesgo (por debajo de 20).

Variable 4 “Sexo”: Relación estadísticamente significativa. ($p=0,0008$). Existe un mayor riesgo de Trastornos del Comportamiento alimentario para las mujeres (51,7% de no riesgo versus 63,8% de si riesgo). Dentro del grupo de riesgo, es casi el doble el que afecta al sexo femenino en comparación con el masculino (63,8 versus 36,2). TABLA N° 34.

1. Variables relacionadas con la dieta:

1.1. Variable 19 “haber realizado o no dieta”: Relación estadística altamente significativa ($p=0,0001$). En los sujetos que si han hecho dieta, el riesgo es dos veces superior que en los que nunca la han realizado. No existen diferencias entre los que pertenecen al grupo de riesgos y los que no. TABLA N° 35.

1.2. Variable 22 “tener un familiar que realiza o ha realizado dietas”: relación estadísticamente significativa. Existe un mayor riesgo para los sujetos que poseen un/a hermano/a o madre que hace dieta, y menos los que no tienen ningún familiar que las realice. TABLA N° 36

1.3. Variable 24 “motivo para realizar la dieta”: no existe relación significativa estadísticamente ($p=0,81$). TABLA N° 37.

1.4. Variable 23 “estación del año en la que se realizó la dieta”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). La opción de verano es la que posee un mayor riesgo (16,9%), mientras que las otras épocas están en un intervalo muy igualado. La puntuación es tres veces mayor en el grupo de riesgo en la estación de verano que el grupo no considerado de riesgo. TABLA N° 38.

1.5. Variable 27 “efectos sufridos de la realización de la dieta”: relación estadísticamente significativa ($p=0,012$). La mayor parte de los sujetos han sufrido algún efecto como resultado de la dieta. El no experimentar ninguna sintomatología en el grupo de riesgo destaca frente al grupo de no riesgo 18,5% versus 4,4%). TABLA N° 39.

2. Variables relacionadas con conductas purgativas:

2.1. Variable 29 “consumición o no de laxantes en alguna ocasión”: no existe relación estadísticamente significativa ($p=0,112$). TABLA N° 40.

2.2. Variable 30 “tener un familiar que consume o ha consumido laxantes en alguna ocasión”: No existe relación estadísticamente significativa para esta variable ($p=0,29$). TABLA N° 41.

2.3. Variable 31 “haber sentido nauseas frecuentes durante algún periodo de la vida”: se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Los sujetos pertenecientes al grupo de riesgo han sentido nauseas frecuentes en un porcentaje mayor al grupo de no riesgo (39,2% versus 23,9%). El no haberlas sentido indica un menor riesgo (84,4 grupo no riesgo versus 70,5% grupo de riesgo). TABLA N° 42.

2.4. Variable 35 “vomitar intencionadamente sin padecer molestias estomacales”: Relación estadística significativa ($p=0,0001$). El porcentaje de sujetos que han vomitado intencionadamente sin molestias es mayor en el grupo de riesgo que en el grupo de no riesgo (29,9% versus 15,6%). TABLA N° 43.

3. Variables relacionadas con el ejercicio físico:

3.1. Variable 41 “tipo de ejercicio físico que se practica habitualmente”: No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,69\%$). TABLA N° 44.

3.2. Variable 42 “razón para realizar deporte”: no existe relación estadísticamente significativa. ($p=0,072$). TABLA N° 45.

4. Variables relacionadas con la imagen corporal, preocupación por el peso y creencias incorrectas:

4.1. Variable 46 “estar a gusto con el propio cuerpo”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Existe mayor descontento con el cuerpo en el grupo de riesgo que en el de no riesgo (44,2% versus 16,5%). TABLA N° 46.

4.2. Variable 47 “parte de mi cuerpo que menos me gusta”: No existe relación estadísticamente significativa ($p=0,12$). TABLA N° 47.

4.3. Variable 48 “número de veces que te miras al espejo diariamente”: relación estadísticamente significativa ($p=0,007$). Existe un mayor riesgo para los sujetos que se miran 3 o más veces diarias al espejo que para los que lo hacen un número inferior. TABLA N° 48.

4.4. Variable 49 “cambiaría mi cuerpo por otro”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). En el grupo de riesgo el porcentaje de sujetos que afirma que cambiaría su cuerpo por otro es más del doble que en el grupo de no riesgo (52,6% versus 23,2%). Esta relación se da a la inversa en el grupo que afirma que no cambiaría su cuerpo por otro (76,8% para el grupo de no riesgo versus 47,4% para el grupo de riesgo). TABLA N° 49.

4.5. Variable 37 “haber comido demasiado y sentirse mal por ello”: relación estadísticamente significativa ($p=0,001$). El grupo de riesgo se ha sentido mal por haber comido demasiado en mayor porcentaje que el grupo de no riesgo (73,9% versus 58,3%). TABLA N° 50.

5. Variables relacionadas con otros factores socioambientales:

5.1. Influencia de los medios de comunicación:

5.1.1. Variable 44 “programas de televisión que más me gustan”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Existe un mayor porcentaje de sujetos que prefieren los programas de moda dentro del grupo de riesgo. (18,2 para el grupo de riesgo versus 8,0% para el grupo de no riesgo). TABLA N° 51.

5.1.2. Variable 45 “anuncios favoritos”: relación estadísticamente significativa. Los anuncios de moda son los preferidos del grupo de riesgo, existiendo en ellos una diferencia considerable con el grupo de no riesgo (56,2 versus 40,7%). TABLA N° 52..

5.2. Valores e intereses profesionales.

5.2.1. Variable 50 “profesión que te gustaría ejercer de mayor”: relación estadísticamente significativa ($p=0,006$), no se aprecian diferencias entre las profesiones consideradas de mayor riesgo y el resto de profesiones en ninguno de los grupos. TABLA N° 53.

5.3. Relaciones interpersonales.

5.3.1. Variable 54 “sentirse solo”: relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Se aprecia el doble de riesgo para los sujetos que afirman sentirse solos (42,2 versus 21,8%). TABLA N° 54.

5.3.2. Variable 65 “preocupación de los amigos por la ropa”: relación estadísticamente significativa. El grupo de riesgo tiene un mayor porcentaje de preocupación por la ropa que el grupo de no riesgo (65,6 versus 54,4%). TABLA N° 55.

5.3.3. Variable 66 “pienso lo contrario que los demás sobre mi aspecto físico”: Relación estadísticamente significativa ($p=0,002$). El grupo de riesgo piensa lo contrario que los demás respecto a su físico en mayor medida que el grupo de no riesgo (41,6 versus 28,0%). TABLA N° 56.

5.4. Posibles conflictos personales.

5.4.1. Variable 67 “existencia de algún problema íntimo”: relación estadísticamente significativa. El tener un problema íntimo puede asociarse a un mayor riesgo (39% para el grupo de riesgo versus 28% para el grupo de no riesgo). TABLA N° 57.

5.5. Conocimientos y hábitos alimenticios en general.

5.5.1. Variable 6 “alimento que pienso que es más necesario en la dieta diaria”: relación estadísticamente significativa ($p=0,001$). El grupo de riesgo cree que el alimento más necesario son las verduras, frente al grupo de no riesgo que cree que son necesarios todos los alimentos. Los sujetos que creen que el alimento más necesario es la verdura presentan un riesgo mayor (47,7% versus 26,7%). TABLA N° 58.

5.5.2. Variable 13 “número de comidas que se realizan al día”: Relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El riesgo es mayor para los sujetos que realizan una o dos comidas al día en comparación con los que realizan tres o más. TABLA N° 59.

5.5.3. Variable 14 “frecuencia de picar entre horas”: No existe relación estadísticamente significativa. TABLA N° 60

DISCUSIÓN

Como valoración global caben destacar algunos aspectos de prevalencia o riesgo epidemiológico. Así, si bien los desórdenes del comportamiento alimentario no han resultado en este estudio de una prevalencia alarmante, sino más bien en la tónica de buena parte de la literatura existente al respecto, sí que es cierto que se muestra de manera más contundente y si cabe novedosa que el rango de edad en riesgo de mostrar este tipo de alteraciones se está ampliando, así como cada vez es más temprano el inicio de los mismos o de los primeros indicios. Por otro lado, parece que se va desmitificando la idea –con mayor o menor base empírica- de que se trata de un trastorno de mujeres; al encontrar en este estudio escasas diferencias entre sexos.

No obstante, cabe señalar que la mayor o menor frecuencia y, consecuentemente, el impacto de un desorden como los que aquí se abordan depende en una gran parte del parámetro objetivo (pero a su vez no falta del criterio social del investigador) que delimita el punto “exacto” a partir del cual se ubicará el caso como de riesgo, o no; esto es, consideramos importante llamar la atención sobre la relatividad del punto de corte de los instrumentos de evaluación para delimitar una mayor o menor prevalencia del trastorno, algo ya señalado en su momento por autores como King (1989, 1991) y Raich (2002). De otro lado, esta relatividad debe ser mirada con el cristal de los factores socioculturales, de manera que es necesario acudir a una visión histórica y cultural de estos desórdenes, tanto en lo que respecta a su definición y delimitación (algo primordial para medir su incidencia y prevalencia) como para analizar las posibles hipótesis explicativas o los factores de riesgo y/o protección hacia los mismos.

Resumiendo y relacionando los resultados del Bloque II y III podemos destacar como factores de riesgo de estos trastornos del comportamiento alimentario los siguientes:

En primer lugar, el haber tanteado o probado diversas dietas con cierta frecuencia ha resultado significativo tanto dentro del grupo por encima de 20 en el EAT como en la comparación de este con el grupo sin riesgo (o por debajo de 20 en EAT40).

Relacionado con lo anterior los principales motivos para hacer dieta en los sujetos de riesgo ha sido con diferencia la preocupación por la estética. Sin embargo, esto no es clave al comparar con el grupo de no riesgo, quienes cuando hacen dieta parece que lo hacen igualmente por el motivo estético.

Cabe notar que, pese a no ser indicado en las tablas de resultados por no ser significativo, la variable relativa a un mayor conocimiento tanto de las diferentes dietas promocionadas en “el mercado socio-cultural” como de los métodos laxantes no han resultado significativas.

Como es conocido en el mundo cotidiano, la época del verano es la más proclive para hacer dietas, esto ocurre en ambos grupos pero es bastante mayor la probabilidad en el grupo de riesgo.

Si bien la mayoría de sujetos en el grupo de riesgo ha sufrido algunos efectos por la realización de dietas, esto no supone una diferencia clave entre los dos grupos (con o sin riesgo). En cualquier caso, consideramos que en futuras investigaciones esta cuestión debería ser reformulada (especialmente, pasando a formato cerrado) dado que sería relevante conocer su influencia. De hecho, esta variable es paradójica en su consideración: por un lado, tener efectos inmediatos puede ser un factor de protección de la génesis y el mantenimiento de los trastornos del comportamiento alimentario porque el individuo abandona la dieta para contener sus efectos; pero también puede ser negativo porque genera sintomatología que tiende a retroalimentarse y cronificarse.

Resulta preocupante que la mayor parte de sujetos del grupo de riesgo ha consumido laxante. No obstante, este factor no supone efectos diferenciales entre los grupos con o sin riesgo.

De manera contraria a lo que se hipotetizaba (e incluso indirectamente señala la literatura y los especialistas en estos trastornos), tanto relativo al hecho de hacer, o no, dietas como de consumir laxantes no se ha mostrado como relevante el tener, o no, familiares que lo hacen. Por tanto, no ha resultado relevante el papel de los modelos familiares.

Respecto al hecho de vomitar, la mayoría de sujetos del grupo de riesgo no se ha inducido el vómito sin molestias estomacales; sin embargo, si resulta ser diferencial respecto del grupo sin riesgo. A su vez, resulta significativo el dato de que los sujetos del grupo de riesgo han vomitado con mayor frecuencia que el grupo sin riesgo.

Los factores relativos al ejercicio físico no han resultado significativos tanto dentro del grupo de riesgo como al comparar este con el grupo sin riesgo. No obstante, consideramos que estas variables no han sido evaluadas de manera rigurosa al no haber aislado el hecho de que se trata de una población escolarizada y en un nivel en el que todavía se le requiere realizar deporte en el contexto escolar. Además, al ser en una población de edad temprana la mayoría de actividades extraescolares y de ocio están vinculadas a la práctica de algún deporte (mayoritariamente de competición). En cualquier caso, resulta preocupante que tan jóvenes ya existe un alto porcentaje de sujetos en el grupo de riesgo que hacen deporte por motivos estéticos.

De los factores de riesgo en este estudio ha resultado como uno de los más relevantes la “desmesurada” preocupación por la imagen corporal, algo que además de ser ampliamente conocido y divulgado ha sido demostrado por otros estudios; de aquí que nos sumemos a la reclamación de aunar esfuerzos para que desde niveles sociales variados y en un amplio espectro (por ejemplo, desde la familia hasta el colegio e incluso haciendo calado en los medios de comunicación y las olas del mercado) se intenta paliar la importancia concedida a la imagen corporal como un valor en la vida por el que filtrar otras áreas psicológicas y de funcionamiento.

Siguiendo en el ámbito de las cogniciones, creencias, intereses y actitudes resulta de riesgo que un alto porcentaje de sujetos manifiestan deseos de cambiar su cuerpo.

Igualmente, es significativo que el grupo de riesgo se mira en el espejo con mayor frecuencia que el grupo sin riesgo. En el ámbito de muestras clínicas (con diagnósticos confirmados) este comportamiento de mirarse en el espejo puede llegar a ser compulsivo.

También se cita en el literatura y se confirma en este estudio el importante papel de los sentimientos de malestar y culpabilidad tras haber comido demasiado. Este hecho replicado en diferentes investigaciones y ampliamente mostrado en los casos clínicos, ha sido considerado en algunos modelos explicativos de la AN y la BN como el principal precursor de estados de ansiedad que pueden conducir a conductas de purga y de restricciones alimentarias para paliar su malestar psicológico.

Relacionado con lo anterior, no han resultado de una influencia global y rotunda el factor denominado en la literatura como “influencias socioambientales”. Algunas variables como: ser más o menos extrovertidos, tener un campo de relaciones sociales más o menos rico y cultivado, tener unas actitudes vocacionales o valores en el terreno laboral más o menos vinculados con la imagen corporal y otros estereotipos no han resultado en este estudio con un papel de génesis y precursor de este tipo de trastornos. Sin embargo, estar más o menos afectado por los medios de comunicación si ha resultado ser una variable muy relevante y algo que confirma la apuesta actual de la literatura por destacar y aislar la alta influencia de los medios de comunicación. De igual manera, ha resultado significativo el hecho tener ciertos conflictos personales e interpersonales sin resolver y sin habilidades para ello o ciertos problemas íntimos, de manera que este problema se muestra mayoritariamente en el grupo de riesgo.

En el grupo de variables relativas al ámbito de las relaciones sociales (de amistad) y conectando con el campo de las creencias y distorsiones cognitivas, resulta significativo que la mayoría de sujetos dentro del grupo de riesgo y comparando con el grupo sin riesgo tienen un alto porcentaje de amigos que se preocupan por el físico. Igualmente, los amigos opinan con frecuencia sobre su físico y el de los demás; y, en este último caso, resultan visibles las distorsiones cognitivas y perceptivas en tanto que pese a que los amigos le digan lo contrario los sujetos de riesgo consideran que no es así.

Finalmente, no han parecido ser factores de riesgo el hecho de tener o no relaciones sexuales, ni el hacer más o menos ejercicio físico, ni el tener más o menos conocimiento sobre métodos o comportamientos purgativos. En cualquier caso, quizás estos factores deberían haber sido tratados de una manera más condicional y contextualizada en la línea de lo indicado respecto a la función que pueden cumplir ciertos modelos.

En cualquier caso, consideramos que estas “influencias socioambientales” han sido tratadas de una manera poco detallada, de hecho en futuras investigaciones consideramos que un área por analizar y valorar en profundidad es el terreno de los valores en la vida de estos adolescentes y sus tendencias de personalidad. Algo que está mostrando un gran peso en la intervención terapéutica de este tipo de trastornos y se apunta ya como uno de los bloques más importantes de vulnerabilidad psicosocial.

Aunque ya comentado y no tan alarmante según nuestros datos en lo que respecta al seguimiento de dietas, consideramos que es relevante cuidar el tipo de modelos que son los padres para sus hijos, de forma que no sería tanto que los hijos sean concedores –u observadores- de si sus padres (especialmente, la madre según nuestros datos) hacen o no dietas, toman o no cierto tipo de purgativos o ayudas a las dietas, o hacen o no ejercicio físico, como las motivaciones o

justificaciones que ofrecen de porque se hace. Es decir, y de nuevo, si lo hacen por alcanzar cierto patrón estético o cierta calidad de vida, si forma parte de un valor en la vida o de otro valor.

Por último, además de las limitaciones o preguntas abiertas que consideramos ha despertado este estudio creemos necesario constatar la necesidad de perfilar aún más los sistemas de evaluación. Así, y pese a ser conscientes de que en epidemiología dado la amplitud de las muestras para cumplir ciertos rigores metodológicos, es necesario el uso de autoinformes o cuestionarios sería deseable complementar estos con algunos sistemas diferentes –aunque fuera sólo a nivel de submuestras- o afinar más los existentes de manera que no estén tan influenciados por la arbitrariedad de los referentes verbales que cada sujeto evaluado puede tener dada su historia ante un ítem determinado, así como intentar que los instrumentos de medida no sean sistemas de respuestas cerrados sino más abiertos (aunque ello supusiera más esfuerzos de corrección), etcétera.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se pueden extraer del estudio, a la luz de los resultados antes descritos, para la población escolarizada en el nivel de secundaria en la ciudad andaluza de estudio, son las siguientes:

- ❖ Los TCA no son de una prevalencia alarmante aunque si considerable, siguen la tónica de la literatura existente para España y Europa Occidental.
- ❖ El rango de edad en riesgo de mostrar TCA se ha ampliado considerablemente, siendo cada vez más temprano su inicio.
- ❖ Se rechaza la idea mitificada de que se trata de un trastorno que afecta sólo a las mujeres.
- ❖ El principal motivo para realizar dietas es la preocupación por la estética y la época del año más proclive para realizarlas es el verano.
- ❖ No resulta relevante el papel de los modelos familiares en el hacer o no dietas, o en la consumición o no de laxantes o diuréticos.
- ❖ La mayor parte de sujetos pertenecientes al grupo de riesgo realizan deporte exclusivamente por estética.
- ❖ Desmesurada preocupación por la imagen corporal, y descontento por el físico propio.
- ❖ Se confirma el importante papel de los sentimientos de malestar y culpabilidad tras haber comido demasiado.
- ❖ Los medios de comunicación desempeñan una influencia global sobre la población de riesgo, al igual que la preocupación de los amigos por el físico.
- ❖ El mantener relaciones sexuales precoces no ha resultado ser un factor de riesgo, ni el hacer más o menos ejercicio físico ni el tener más o menos conocimiento sobre métodos purgativos.
- ❖ Es necesario perfilar aún más los sistemas de evaluación existentes de este tipo de trastornos.

REFERENCIAS

- Aguinaga M., Fernández L.J. y Varo J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. Revista de salud de la comunidad foral de Navarra. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos11/revis2a.html>
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Texto revisado (DSM-IV-TR), Washington, DC: APA.
- Brotman A, Rigotti N, y Herzog D (1.985). Medical complications of eating disorders: outpatient evaluation and management. *Comprehensive Psychiat.* 26, 258-272.
- Brownell, K.D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and cultural collide. *Behavior Therapy*, 22: 1-12.

- Buendía, J., y Rodríguez, M.C. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*, 411-438. Madrid: Pirámide.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández- Ballart, J., y Domenech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16 (4): 21-26.
- Castro J, Toro J, Salamero M, y Guimera E. (1991). The eating attitudes Test: validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 7: 175-190.
- Cervera, M. (1996): *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Martínez Roca. Barcelona.
- Chinchilla A. (1994). *Anorexia y bulimias nerviosas*. Editorial Ergón. Madrid.
- De las Heras, R. (2001). Estudio epidemiológico descriptivo. Prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa en población escolar de secundaria en la ciudad de Almería. Manuscrito no publicado y depositado como Proyecto de Investigación de Doctorado en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Almería.
- De la Puente, M.L.M, y Gómez, M.A. (1998). Anorexia y Bulimia. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta*. Vol. II, 277-310. Madrid: Dykinson.
- Fairburn, C. G. (1995): *Overcoming Binge Eating*, Nueva York, Gildord Press.
- Fariburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Welch, S.L. (1999). Risk factors for Anorexia Nervosa.: Three integrated case-control comparisions. *Archives General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M.; Rockert, W.; Garner, M.V.; Davis, R.; y Olmsted, M.P. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and short-term psychodynamic therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Garner, D.M. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de alimentación. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*, 461-476. Madrid: Pirámide.
- Garner D.M.y Garfinkel P.E. (1997).*Handbook of Treatment for Eating Disorders*, New York; Guilford Press.
- Hamilton, L. H.; Brooks-Gunn, J. y Warren M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 465-478.
- Hsu G (1.990). *Eating disorders*. New York. The Guilford Press.
- King, M.B. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 14 1-34.
- King, M.B. (1991). The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 379-387.
- Mora M. y Raich R. M. (1.993).*Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional*. *Análisis y modificación de conducta*, 19, 66.
- Mora M. y Raich R.M. (1.993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastornos alimentarios. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 20, 3: 113-115.
- Morandé, G. (1995). *Atención de la anorexia y la bulimia nerviosa. ¿Dónde, quién, cómo?*. Madrid:Adaner.
- OMS. CIE-10 (1996). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor.
- Palla, B. Litt, IF. (1988). Medical complication of eating idsorders in adolescents. *Pediatrics* 81, 613-623.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. Y Requena, A. (1992). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315.
- Raich R. M. (1.994). *Anorexia y bulimia*. Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.

Raich, R.M. (2002). Anorexia y bulimia nerviosa. En M. Serverá-Barceló (Ed.), Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas, 303-330. Madrid: Pirámide.

Russel G (1.979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa, *Psicol. Med.* 9, 429-468.

Schwabe A.D., Lippe, B., Chang J, Pops M.A. y Yager J. (1981). Anorexia nervosa. *UCLA Conference. Annual International Medicine*, 94, 371-381.

Toro, J.y Villardel, E. (1987): Anorexia Nerviosa. Martínez Roca. Barcelona.

Toro J., Cervera M. y Pérez P. (1988). Body shape publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiat. Epidemio.*, 23: 132-136.

Toro, J. (1995). Los trastornos oroalimentarios. En Rodríguez Sacristán, J. (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*, 429-454. Sevilla: Servicio de Publicación de la Universidad.

Toro J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.

Toro J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114: 543-544.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Williason, D.A., Davis, C.J., Duchmann E.G., McKenzie, S.M. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.

ANEXO I: BLOQUE I DE RESULTADOS (Tablas y Figuras).

TABLA 2: PREVALENCIA DE RIESGO DE TCA SEGÚN EDAD PARA PUNTO DE CORTE 20.

EDAD	n	PREVALENCIA DE RIESGO GENERAL DEL GRUPO DE EDAD	MEDIA EN EAT PARA Puntuación >20 EN EAT	DESVIACIÓN TÍPICA PARA Puntuación >20 EN EAT
12	35	22%	27,37	6,35
13	59	28,1%	30,19	11,52
14	36	19,1%	27,25	7,69
15	45	24,2%	30,98	8,92
16	15	20%	31,87	13,66
17	3	13,6%	36	6

Figura 1. Prevalencia de riesgos de TCA en una ciudad andaluza, siguiendo tanto el punto de corte 20 como 30 en el cuestionario EAT40, así como su distribución en sexos.

Prevalencia global de riesgo de T.C.A. y según sexo

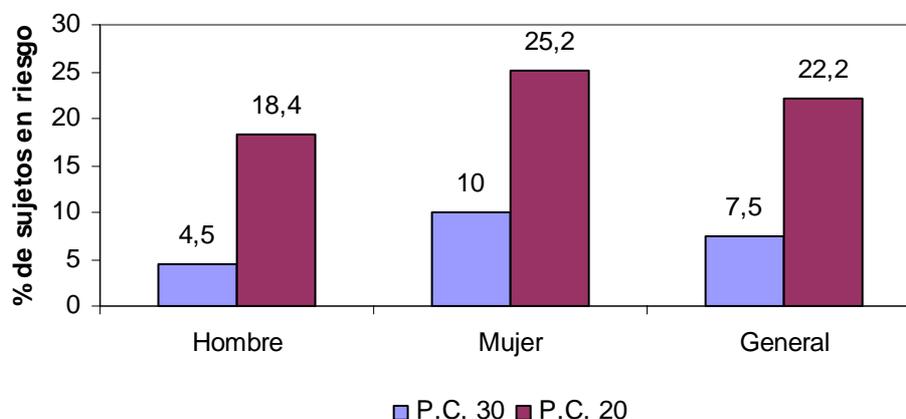
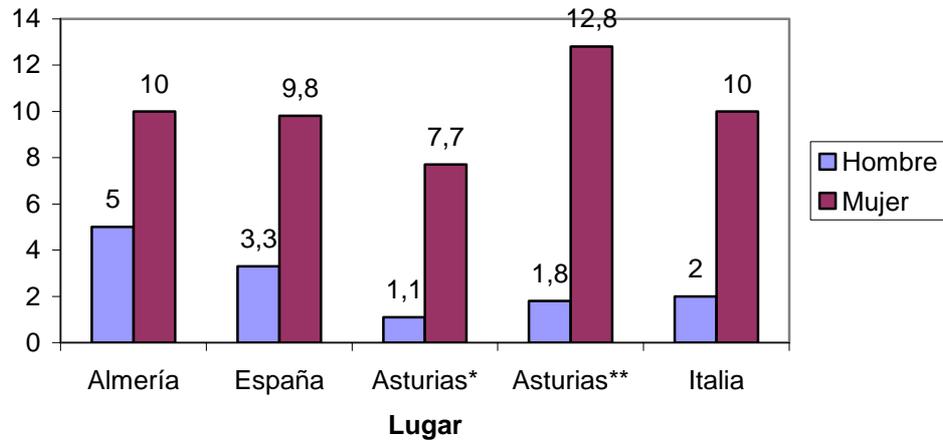


FIGURA 2: PREVALENCIA DE RIESGO DE TCA EN UNA CIUDAD ANDALUZA EN COMPARACIÓN CON OTRAS CIUDADES, CON LAS ESTIMACIONES GLOBALES Y CON OTROS PAÍSES

Riesgo de padecer un T.C.A.



ANEXO II: BLOQUE II DE RESULTADOS (Tablas).

1. Dieta.

TABLA N° 3: ¿HAS REALIZADO DIETA EN ALGÚN MOMENTO DE TU VIDA?

	n	%
SI	56	29.6
NO	134	69.4

Ji cuadrado:32.01 1gl p=0.0001

TABLA N° 4: ALIMENTO MAS CONSUMIDO EN LA DIETA

	n	%
VERDURA	32	16.6
FRUTA	48	24.9
CARNE	85	44.0
PESCADO	19	9.8
ALIMENTOS "LIGHT"	9	4.7

Ji cuadrado:91.84 4gl p=0.0001

TABLA N° 5: FAMILIAR QUE HACE DIETA

	n	%
HERMANO/A	25	13.0
MADRE	45	23.3
PADRE	6	3.1
OTRO	36	18.7
NINGUNO	78	40.4

Ji cuadrado:74.89 4 gl p=0.0001

TABLA N° 6: MOTIVO PARA HACER DIETA

	n	%
RECOMENDACIÓN MEDICA	11	16.2
ESTETICA	36	52.9
OTRA	21	30.9

Ji cuadrado:13.97 2gl p=0.001

TABLA N° 7: ¿EN QUE ESTACIÓN REALIZASTE LA DIETA?

	n	%
PRIMAVERA	12	6.2
VERANO	31	16.1
OTOÑO	6	3.1
INVIERNO	18	9.3
NUNCA DIETA	126	65.3

Ji cuadrado:256.24 4 gl p=0.0001

TABLA N° 8: EFECTOS SUFRIDOS POR LA DIETA

	n	%
ALGUNA SINTOMATOLOGÍA	24	15,2
NINGUNA SINTOMATOLOGÍA	134	84,8

Ji cuadrado: 76.58 1 gl p=0.0001

2. Conductas Purgativas

TABLA N° 9: CONSUMICIÓN DE LAXANTES

	n	%
SI	57	29.5
NO	11	5.7
HABITUALMENTE	1	0.5

Ji cuadrado: 77.56 2 gl p=0.0001

TABLA N° 10: FAMILIAR QUE CONSUME LAXANTES

	n	%
MADRE	7	3.6
PADRE	2	1.0
HERMANO/A	4	2.1
NADIE	55	28.5

Ji cuadrado: 114 3 gl p=0.0001

TABLA N° 11: SENTIR NAUSEAS FRECUENTES

	n	%
SI	68	35.2
NO	111	57.5

Ji cuadrado: 10.33 1 gl p=0.001

TABLA N° 12: VÓMITOS SIN MOLESTIAS ESTOMACALES

	n	%
SI	54	28.0
NO	134	69.4

Ji cuadrado: 34.04 1 gl p=0.0001

3. Ejercicio físico.

TABLA N° 13: FRECUENCIA DE HACER EJERCICIO FÍSICO

	n	%
NUNCA	7	3.6
ALGUNA VEZ	47	24.4
HABITUALMENTE	74	38.3
TODOS LOS DIAS	65	33.7

Ji cuadrado: 54.85 3 gl p=0.0001

TABLA N° 14: TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE

	n	%
NO DEPORTE COMPETICIÓN	242	28.4
DEPORTE COMPETICIÓN	611	71.6

Ji cuadrado: 159.62 1 gl p=0.0001

TABLA N° 15: RAZÓN PARA HACER DEPORTE (v42)

	n	%
ESTÉTICA Y ADELGAZAMIENTO	56	6.6
DIVERSIÓN Y AMIGOS	727	86.6
PRESCRIPCIÓN	20	2.4
OTRAS	42	5.0

Ji cuadrado: 1682.00 3 gl p=0.0001

4. Imagen corporal, preocupación por el peso y creencias incorrectas.

TABLA N° 16: GUSTAR EL PROPIO CUERPO

	n	%
SI	113	58.5
NO	80	41.5

Ji cuadrado: 5.641 1 gl p=0.018

TABLA N° 17: PARTE DE MI CUERPO QUE MENOS ME GUSTA

	n	%
SEGÚN LITERATURA (1)	261	29.7
NO LITERATURA (2)	619	70.3
	880	100

(1): caderas, barriga, muslo o piernas, trasero, pechos, todo.

(2) cara, manos o dedos de la mano, nariz, orejas, pies, rodillas, ojos, pelos, nada.

Ji cuadrado: 145.62 1 gl p=0.0001

TABLA N° 18. FRECUENCIA DE MIRARSE AL ESPEJO

	n	%
NUNCA	11	5.7
UNA VEZ AL DIA	57	29.5
DOS O TRES VECES AL DIA	49	25.4
MAS DE TRES VECES AL DIA	76	39.4

Ji cuadrado: 46.31 3 gl p=0.0001

TABLA N° 19: CAMBIARIA MI CUERPO POR OTRO

	n	%
SI	93	48.2
NO	100	51.8

Ji cuadrado: 0.25 1 gl p=0.614

TABLA N° 20: COMER Y SENTIRSE MAL POR ELLO

	n	%
SI	137	71.0
NO	55	28.5

Ji cuadrado: 35.02 1 gl p=0.001

5. Otros factores socioambientales.

5.1. Influencia de los medios de comunicación:

TABLA N° 21: PROGRAMAS DE TELEVISIÓN QUE MAS TE GUSTAN

	n	%
NOTICIAS	13	6.7
MODA	36	18.7
INFANTILES O JUVENILES	105	54.4
DEPORTE	39	20.2

Ji cuadrado:97.38 3 gl p=0.0001

TABLA N° 22: ANUNCIOS FAVORITOS

	n	%
ALIMENTACION	9	4.7
LIMPIEZA	2	1.0
MODA	104	53.9
JUEGOS	77	39.9

Ji cuadrado:158.62 3gl p=0.0001

5.2. Valores o intereses profesionales:

TABLA N° 23: PROFESIÓN QUE TE GUSTARÍA EJERCER EN EL FUTURO

	n	%
PROFESIONES DE RIESGO (1)	360	43.5
PROFESIONES NO RIESGO (2)	468	56.5

(1): Bailarina, modelo, esteticista. (2) Otras.
 Ji cuadrado: 14.082 1 gl p=0.0001

TABLA N° 24: CREENCIA DE SI AYUDARA EL ASPECTO FISICO A CONSEGUIR LA PROFESIÓN DESEADA

	n	%
SI	112	58.0
NO	78	40.4

Ji cuadrado:6.08 1gl P=0.014

5.3. Relaciones interpersonales:

TABLA N° 25: SENTIRSE SOLO

	n	%
SI	78	40.4
NO	115	59.6

Ji cuadrado:7.09 1 gl p=0.008

TABLA N° 26: PREOCUPACIÓN AMIGOS POR ROPA

	n	%
SI	126	65.3
NO	64	33.2

Ji cuadrado:20.23 1 gl p=0.001

TABLA N° 27: PENSAR RESPECTO DEL FÍSICO PROPIO LO CONTRARIO QUE LOS DEMÁS

	n	%
SI	77	39.9
NO	116	60.1

Ji cuadrado:7.88 1 gl p= 0.005

5.4. Posibles conflictos personales

TABLA N° 28: EXISTENCIA DE ALGÚN PROBLEMA INTIMO

	n	%
SI	71	36.8
NO	122	63.2

Ji cuadrado:13.47 1 gl p= 0.0001

5.5. Conocimientos y hábitos alimenticios en general:

TABLA N° 29: ALIMENTO MAS NECESARIO EN LA DIETA

	n	%
VERDURA	86	44.6
FRUTA	21	10.9
CARNE	2	1.0
PESCADO	6	3.1
ALIMENTOS "LIGHT"	1	5
ALIMENTOS LACTEOS	7	3.6
TODOS	66	34.2
OTROS	3	1.6

Ji cuadrado: 320 7 gl p=0.0001

TABLA N° 30: CONSUMIÇÃO DE BEBIDAS LIGHT

	n	%
SI	29	15.0
NO	164	85

Ji cuadrado:94.430 1gl p=0.0001

TABLA N° 31: NUMERO DE COMIDAS DIARIAS

	n	%
UNA	11	5.7
DOS	35	18.1
TRES	95	49.2
CUATRO	52	26.9

Ji cuadrado:77.98 3gl p=0.001

TABLA N° 32: FRECUENCIA DE PICAR ENTRE HORAS

	n	%
NUNCA	19	9.8
ALGUNA VEZ	131	67.9
HABITUALMENTE	22	11.4
TODOS LOS DIAS	20	10.4

Ji cuadrado:191.45 3 gl p=0.0001

TABLA N° 33: ALIMENTO MAS CONSUMIDO ENTRE HORAS

	n	%
VERDURAS	4	2.1
FRUTA	41	21.2
CARNE	5	2.6
PESCADO	2	1.0
ALIMENTOS "LIGHT"	5	2.6
ALIMENTOS LACTEOS	28	14.5
DULCES Y PASTELES	82	42.5
TODOS	12	6.2

Ji cuadrado:241.24 7gl p=0.0001

ANEXO III: BLOQUE III DE RESULTADOS (Tablas).

TABLA N° 34: SEXO

	Hombre		Mujer			
	n	%	n	%	n	%
EAT <20	244	48.3	261	51.7	505	100
EAT >20	55	36.2	97	63.8	152	100
	299	45.5	358	54.5		

Ji cuadrado: 6.93 (1 gl), p= 0.0008

Estimación de riesgo: 0.64 (1.13-2.39)

1.-DIETA

TABLA N° 35: ¿ALGUNA VEZ HAS REALIZADO DIETA?

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	327	65.1	175	34.9	502	100
EAT40 >20	103	67.8	49	32.2	152	100
	430	65.7	224	34.3	652	

Ji cuadrado: 28.72 (1 gl): 28.71, P=0.0001

Estimación de riesgo = 0.310 (0.19-0.48)

TABLA N° 36: ¿QUE MIEMBRO DE TU FAMILIA HA REALIZADO DIETA ALGUNA VEZ?

	Hermano/a		Madre		Padre		Otro		Ninguno			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	43	8.6	90	17.9	24	4.8	78	15.5	267	53.2	267	100
EAT40>20	18	11.8	34	22.4	6	3.9	33	21.7	61	40.1	61	100
	61	9.3	124	19.0	30	4.6	111	17.0	328	50.2	328	

Ji cuadrado (4 gl): 9.31, P= 0.05

TABLA N° 37: ¿CUAL ES EL MOTIVO POR EL QUE TU HICISTE DIETA?

	Médica		Estética		Otra			
	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	16	22.9	32	45.7	22	31.4	70	100.0
EAT40>20	10	18.2	27	49.1	18	32.7	55	100.0
	26	21.2	59	47.8	40	31.8	125	

Ji cuadrado (2 gl): 0.41, P=0.81

TABLA N° 38: ¿EN QUE ESTACIÓN DEL AÑO HAS REALIZADO DIETA?

	Primavera		Verano		Otoño		Invierno		Nunca			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	12	2.4	25	5.0	10	2.0	22	4.4	431	86.2	500	100
EAT40>20	9	5.8	26	16.9	5	3.2	14	9.1	100	64.9	154	100
	21	3.2	51	7.8	15	2.3	36	5.5	531	81.2	654	

Ji cuadrado (4 gl): 37.73, P:0.0001

TABLA N° 39: EFECTOS SUFRIDOS POR LA DIETA

	Nada		Alguna sintomatología			
	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	3	4.4	65	95.6	68	
EAT40>20	10	18,5	44	89	54	
	13	10.7	109	89		

Ji cuadrado (1gl): 6.29 p= 0.012 Estimación del riesgo: 0.20 (0.05-0.71)

2.- CONDUCTAS PURGATIVAS.

TABLA N° 40: CONSUMICIÓN DE LAXANTES

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	198	90.0	22	10	220	100
EAT40>20	47	82.5	10	17.5	57	100
	245	88.4	32	11.6	277	

Ji cuadrado (1 gl): 2.52, p=0.112

Estimación del riesgo: 1.91 (0.85-4.3)

TABLA N° 41: FAMILIAR QUE CONSUME LAXANTES

	Madre		Padre		Hermano/a		Nadie			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	15	6.9	3	1.4	3	1.4	197	90.4	218	100
EAT40>20	5	8.9	1	1.8	3	5.4	47	83.9	56	100
	20	7.3	4	1.5	6	2.2	244	89.1	274	

Ji cuadrado (3 gl): 3.73, P=0.29

TABLA N° 42: ¿HAS SENTIDO NAUSEAS FRECUENTES EN ALGÚN PERIODO DE TU VIDA?

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	111	23.9	354	76.1	465	100
EAT40 >20	56	39.2	87	60.8	143	100
	167	27.5	441	72.5	608	

Ji cuadrado (1 gl): 12.38, P=0.0001

Estimación del riesgo: 0.487 (0.327-0.72)

TABLA N° 43: INTENTAR VOMITAR SIN MOLESTIAS ESTOMACALES

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	76	15.6	411	84.4	487	100
EAT40 >20	44	29.9	105	70.5	149	100
	120	18.9	516	81.1	636	

Ji cuadrado (1 gl): 14.45, P= 0.0001

Estimación del riesgo: 0.44 (0.28-0.62)

3.- EJERCICIO FÍSICO

TABLA N° 44: TIPO DE EJERCICIO QUE SE REALIZA

	No competición		Competición			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	48	10	432	90	480	100
EAT40 >20	13	8.9	133	91.4	146	100
	61	9.7	565	90.3	626	

Ji cuadrado (1 gl): 0.15, P= 0.69

Estimación del riesgo: 1.13 (0.59-2.16)

TABLA N° 45: RAZÓN PARA HACER DEPORTE

	Estética		Diversión		Prescripción		Otras			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	109	21,9	162	32.6	202	40.6	24	4.8	497	
EAT40>20	46	30.3	53	34.9	49	32.2	4	2.6	152	
	155	23.9	215	34.9	251	38.7	28	4.3	619	

Ji cuadrado (1 gl): 6.99, P=0.072

4. IMAGEN CORPORAL, PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y CREENCIAS INCORRECTAS.

TABLA N° 46: ¿TE GUSTA TU CUERPO?

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	420	83.5	83	16.5	503	100
EAT40 >20	86	55.8	68	44.2	154	100
	506	77.0	151	23.0	657	

Ji cuadrado (1 gl): 50.94, P=0.0001
Estimación del riesgo: 4.00 (2.69-5.94)

TABLA N° 47: PARTE DE TU CUERPO QUE MENOS TE GUSTA

	Literatura		No literatura			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	93	18.7	404	81.3	497	100
EAT40 >20	37	24.3	115	75.7	152	100
	130	22.2	519	78.3	649	

Ji cuadrado (1 gl): 2.30, P=0.12
Estimación del riesgo: 0.715 (0.464-1.10)

TABLA N° 48: NÚMERO DE VECES QUE TE MIRAS AL ESPEJO DIARIAMENTE

	Nunca		1 vez/día		3 veces/día		+ 3 veces/día			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	30	5.9	200	39.6	140	27.7	135	26.7	505	100
EAT40>20	7	4.5	45	29.2	39	25.3	63	40.9	154	100
	38	5.9	7	1.1	285	44.4	312	48.6	659	

Ji cuadrado (3): 11.97, P=0.007

TABLA N° 49: SI PUDIERA CAMBIARÍA MI CUERPO POR OTRO

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	116	23.2	385	76.8	501	100
EAT40 >20	81	52.6	73	47.4	154	100
	197	30.1	458	69.9	655	

Ji cuadrado (1 gl): 48.55, P=0.0001
Estimación del riesgo: 0.27 (0.18-0.39)

TABLA N° 50: ALGUNA VEZ HE COMIDO DEMASIADO Y ME HE SENTIDO MAL POR ELLO

	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
EAT40 <20	291	58.3	208	41.7	499	100
EAT40 >20	113	73.9	40	26.1	153	100
	404	62.0	248	38.0	652	

Ji cuadrado (1 gl): 11.99, P= 0.001
Estimación del riesgo: 0.49 (0.33-0.74)

5. OTROS FACTORES SOCIOAMBIENTALES.

5.1. Influencia de los medios de comunicación.

TABLA N° 51: PROGRAMA DE TELEVISIÓN QUE MAS ME GUSTA

	Noticias		Moda		Infantiles o juveniles		Deporte			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	40	8.0	40	8.0	278	55.8	140	28.1	498	100
EAT40>20	10	6.5	28	18.2	90	58.4	26	16.9	154	100
	50	7.7	68	10.4	368	56.4	166	25.5	652	

Ji cuadrado (3 gl): 17.95, P=0.0001

TABLA N° 52: ANUNCIOS FAVORITOS DE TELEVISIÓN

	Alimentación		Limpieza		Moda		Juegos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	31	6.3	6	1.2	199	40.7	253	51.7
EAT40>20	7	4.6	1	0.7	86	56.2	59	38.6
	38	5.9	7	1.1	285	44.4	312	48.6

Ji cuadrado (3 gl): 11.4, P= 0.01

5.2. Valores o intereses profesionales.

TABLA N° 53: PROFESIÓN A LA QUE ME GUSTARÍA DEDICARME EN EL FUTURO.

	Profesión de riesgo		Profesión no de riesgo	
	n	%	n	%
EAT40<20	55	11	443	89
EAT40>20	30	19.6	123	80.4
	85	13.1	566	86.9

Ji cuadrado (1 gl): 7.56, P= 0.006

Estimación del riesgo: 0.50 (0.31-0.89)

5.3. Relaciones interpersonales.

TABLA N° 54: ME SIENTO SOLO

	SI		NO	
	n	%	n	%
EAT40 <20	110	21.8	395	78.2
EAT40 >20	65	42.2	89	57.8
	197	30.1	458	69.9

Ji cuadrado (1 gl): 25.24, P=0.0001

Estimación del riesgo: 0.38 (0.26-0.55)

TABLA N° 55: MIS AMIGOS SE PREOCUPAN MUCHO POR LA ROPA

	SI		NO	
	n	%	n	%
EAT40 <20	273	54.4	229	45.6
EAT40 >20	99	65.6	52	34.4
	372	57.0	281	43.0

Ji cuadrado (1 gl): 5.91, P=0.015

Estimación del riesgo: 0.62 (0.42-0.91)

TABLA N° 56: PIENSO QUE ESTOY GORDO/A PERO TODO EL MUNDO ME DICE QUE ESTOY DELGADO/A

	SI		NO	
	n	%	n	%
EAT40 <20	141	28.0	362	72.0
EAT40 >20	64	41.6	90	58.4
	205	31.2	452	68.8

Ji cuadrado (1 gl): 10.4, P=0.002

Estimación del riesgo: 0.54 (0.37-0.79)

5.4. Posibles conflictos personales.

TABLA N° 57: TENGO ALGÚN PROBLEMA ÍNTIMO

	SI		NO	
	n	%	n	%
EAT40 <20	90	28.0	415	82.2
EAT40 >20	60	39.0	94	61.0
	150	22.8	509	77.2

Ji cuadrado (1 gl): 5.91, P=0.015

Estimación del riesgo: 0.62 (0.42-0.91)

5.5. Conocimientos y hábitos alimenticios en general:

TABLA N° 58: ALIMENTO QUE CREO MAS NECESARIO EN LA DIETA

EAT 40	Verduras	Fruta	Carne	Pescado	Alimentos light	Alimentos lácteos	Dulces	Todos	
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
<20	133 26.7	72 14.4	11 2.2	19 3.8	1 0.2	24 4.8	1 0.2	220 44.1	429 100
>20	73 47.7	20 13.1	2 1.3	6 3.9	1 0.7	5 3.3	0 0	43 28.1	43 28.1
	206 31.6	92 14.1	13 2.0	25 3.8	2 0.3	29 4.4	1 0.2	263 40.3	462 100

Ji cuadrado: 27.1 (7 gl): 27.1, P=0.001

TABLA N° 59: NUMERO DE COMIDAS QUE REALIZO AL DÍA

	Una		dos		tres		Cuatro			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	10	2.0	48	9.5	252	49.9	195	38.6	505	100
EAT40>20	9	5.8	29	18.8	76	49.4	40	26.0	154	100
	19	2.9	77	11.7	328	49.8	235	35.7		

Ji cuadrado: 20.19 (3gl), P= 0.0001

TABLA N° 60: PICAR ENTRE HORAS

	Nunca		Alguna vez		Habitualmente		Todos los días			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAT40<20	28	5.5	346	68.5	79	15.6	52	10.3	505	100
EAT40>20	17	11.0	103	66.9	19	11.7	16	10.4	154	100
	45	6.8	449	68.1	97	14.7	68	10.3	659	

Ji cuadrado: 6.51 (3 gl), P= 0.1