

ORIGINALES

Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria

A. Martínez Martínez^a, D. Menéndez Martínez^a, M.J. Sánchez Trapiello^a, M. Seoane Vicente^a y P. Suárez Gil^b

Centro de Salud La Calzada (Gijón). Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias.

Objetivos. Estimar la prevalencia de actitudes alimentarias determinantes de trastornos del comportamiento alimentario y su relación con variables sociodemográficas y culturales.

Diseño. Estudio de prevalencia.

Participantes. Centros de enseñanza secundaria. Área Sanitaria de Gijón (Asturias).

Alumnos de enseñanza secundaria (n = 17.000) seleccionados mediante muestreo estratificado polietápico.

Mediciones y resultados principales. Cuestionario autocumplimentado incluyendo: variables sociodemográficas; «Eating Attitudes Test-26» (considerando conducta anoréxica puntuaciones ≥ 20); las mujeres cumplimentaron además el «Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal» (CIMEC-26).

Ochocientos sesenta cuestionarios válidos; 50% mujeres y 50% varones. Prevalencia de actitudes anoréxicas: 12,8% (IC del 95%, 9-16,5) y 1,8% (IC del 95%, 0,8-2,8), respectivamente.

En el grupo con actitudes anoréxicas, un 87,3% son mujeres; media de edad, 16,4 años; el 88,3% vive en medio urbano; un 84% se distribuye en clase social media y media-baja; el 92% estudia bachillerato, un 28,5% en centros privados; practican actividades relacionadas con un cuerpo delgado el 27%; un 18,3% tiene padres separados; en un 27% sus madres trabajan fuera de casa; el 39,7% se ve gordo y un 81% desea adelgazar. Mostraron diferencias estadísticamente significativas, con la población normal, las variables: sexo (OR, 7,7; IC del 95%, 4,5-13,4), padres separados (OR, 1,9; IC del 95%, 1,4-2,8), practicar actividades relacionadas con un cuerpo delgado (OR, 3,7; IC del 95%, 2,7-5,2), considerarse gordo (OR, 4,7; IC del 95%, 3,1-7,1) y desear adelgazar (OR, 7,2; IC del 95%, 4,6-11,2). De las mujeres con conductas alteradas presentan alteración en el CIMEC-26 un 94,5%.

Conclusiones. Elevada prevalencia de actitudes alimentarias similares a las de pacientes con anorexia nerviosa, encontrando relación con las variables: ser mujer, tener padres separados, verse gorda, desear adelgazar y practicar actividades relacionadas con tener cuerpo delgado. No observamos diferencias significativas con la población normal para otras variables sociodemográficas.

El modelo estético corporal impuesto socialmente determina conductas anoréxicas en mujeres.

Palabras clave: Actitudes alimentarias; Adolescentes; Anorexia; CIMEC; EAT.

ANOREXIC CONDUCT AMONG SECONDARY STUDENTS IN A HEALTH AREA

Objectives. To calculate the prevalence of eating attitudes which determine eating disorders and their relationship to social, personal and cultural variables.

Design. Prevalence study.

Participants. Centres of secondary education. Gijón Health Area (Asturias). Secondary school students (n = 17000) selected by multi-stage stratified sampling.

Measurements and main results. The self-filled questionnaire included: social and personal variables, and Eating Attitudes Test 26 (anorexic conduct defined as scores ≥ 20). Women also filled in the «Questionnaire on Influences on the Aesthetic Model of the Body» (CIMEC-26). There were 860 valid questionnaires, with 50% women. There was 12.8% prevalence of anorexic attitudes among women (95% CI, 9-16.5), and 1.8% among men (CI, 0.8-2.8). In the group with anorexic attitudes, 87.3% were women, with mean age 16.4; 88.3% lived in a city; 84% were in middle and middle-to-low social classes; 92% were studying their *bachillerato*; 28.5% attended private schools; 27% undertook activities related to having a thin body; 18.3% had separated parents; 27% had mothers working outside the home; 39.7% saw themselves as fat; and 81% wished to slim. The following variables showed statistically significant differences with the normal population: sex (OR = 7.7; 95% CI, 4.5-13.4), separated parents (OR = 1.9; CI, 1.4-2.8), undertaking activities relating to having a thin body (OR = 3.7; CI, 2.7-5.2); thinking oneself fat (OR = 4.7; CI, 3.1-7.1) and wishing to slim (OR = 7.2; CI, 4.6-11.2). 94.5% of women with disordered conduct showed a disorder on the CIMEC-26.

Conclusions. There is a high prevalence of eating habits similar to those of patients with *anorexia nerviosa*, which are related to the following variables: being a woman, having separated parents, seeing oneself as fat, desiring to slim and undertaking activities related to having a thin body. We observed no significant differences with the normal population in other social and personal variables. The socially imposed aesthetic model of the body determines anorexic conduct in women.

(Aten Primaria 2000; 25: 313-319)

^aResidentes de 3 año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bTécnico de salud.

Correspondencia: Arturo Martínez Martínez.
Centro de Salud La Calzada. Calle Oriental. Calle Reconquista, 17, 4.º izqda. 33205 Gijón (Asturias).

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-IX-1999.

Introducción

El gran valor otorgado en los países occidentales a la delgadez, la presión de los medios de comunicación social, la publicidad y la industria dedicada a productos y métodos de adelgazamiento inciden especialmente en los adolescentes, motivando que gran parte de ellos no estén contentos con su cuerpo, deseen adelgazar e inicien algún tipo de dieta, y aquellos que presentan una predisposición biológica, psicológica y/o familiar podrían llegar a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario (TCA)¹⁻⁶.

En las dos últimas décadas se ha detectado un incremento espectacular de los TCA, con una prevalencia que oscila en un 1-4% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo más frecuente la bulimia nerviosa que la anorexia nerviosa⁷⁻¹⁰. En la actualidad estos trastornos representan la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes⁸, llegando a ser un importante problema de salud en esta población.

En España los estudios realizados han podido constatar un incremento de la prevalencia de anorexia nerviosa en adolescentes de 15 años, pasando de 0,3 a 0,68% y para bulimia nerviosa del 0,6 al 1,23%. Sumando cuadros parciales y completos, hasta un 4,75% de las jóvenes y un 0,85% de los jóvenes presentan trastornos alimentarios¹¹.

Por otra parte, los distintos estudios de evolución indican que 5 años después del diagnóstico hasta un 25% continúa siendo anoréxico, y refieren una mortalidad del 8-10%, cifra que aumenta a un 18% en los estudios a 30 años¹².

El inicio precoz del tratamiento, así como el menor tiempo de evolución de estos trastornos, son factores que influyen en la evolución del cuadro hacia una recuperación total y a una menor proporción de cronificaciones.

Ello hace imprescindible la intervención de los distintos profesionales de la atención primaria en la detección de signos de alarma como pueden ser: una excesiva preocupación por la ganancia ponderal, la demanda de dietas hipocalóricas, fijación por las dietas y el ejercicio¹³⁻¹⁶; en otras palabras, detectar aquellos adolescentes que presentan actitudes de riesgo ante la alimentación para desarrollar alguna de las formas de los TCA. Para ayudar a realizar esta detección precoz, se han desarrollado métodos de cribado, siendo los cuestionarios autocumplimentados los más utilizados, y entre ellos el Eating Attitudes Test (EAT)¹⁷⁻²³, el cual, ya sea en su versión original de 40 ítems²⁴ como la abreviada de 26²⁵, mide actitudes y conductas ante la alimentación propias de pacientes con anorexia nerviosa, centrándose en aspectos como dieta, preocupación por la comida y lo que los autores definen como control oral.

En la actualidad, estamos asistiendo en nuestra sociedad a un debate, o al menos existe inquietud social, demandando una intervención multidisciplinaria, incluyendo actuaciones en el ámbito educativo, sanitario y social. En nuestro medio desconocemos en qué medida los adolescentes presentan conductas ante la alimentación propias de pacientes con anorexia nerviosa, y si la prevalencia de éstas es lo suficientemente elevada para justificar la intervención que la sociedad demanda.

Con este fin, nos planteamos un estudio observacional para estimar la prevalencia de conductas anoréxicas, así como la influencia que tienen en ellas los factores socioculturales y la presión social, describiendo el perfil de aquellos adolescentes que presentan mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Material y métodos

Ámbito del estudio

Área sanitaria V de Asturias que incluye 3 municipios de la costa central asturiana: Gijón, Carreño y Villaviciosa, con una población en torno a 300.000 habitantes. La actividad económica está centrada en el sector servicios, siderúrgico y naval en el municipio de Gijón; servicios, rural y pesquero en Carreño, y rural y de servicios en Villaviciosa. La población de estudio fueron los alumnos de enseñanza secundaria de segundo ciclo, que en un número aproximado de

17.000 se distribuyen en 34 centros, de los cuales 32 están en Gijón, uno en Carreño y uno en Villaviciosa (según datos facilitados por la Delegación Provincial de Enseñanza en Gijón y la dirección de los centros de Carreño y Villaviciosa).

Diseño muestral

Se predeterminó un tamaño muestral²⁶ de aproximadamente 1.000 individuos. Considerando una prevalencia esperada del 10%, un error absoluto del 2,6% y un nivel de confianza del 95%, se obtiene un tamaño muestral de 511 para el supuesto de muestreo aleatorio simple; una vez incrementado por el efecto diseño (deff)²⁷, que estimamos en aproximadamente 2, se obtiene un tamaño muestral de 1.022.

El diseño muestral elegido fue el muestreo estratificado polietápico (MEP), técnica que limita la necesidad de listados a los de las unidades a seleccionar en cada etapa (centros, en la primera, y aulas, en la segunda); al conformarse estratos con los centros, se reduce fuertemente el efecto diseño consustancial a los muestreos por conglomerados.

Por tanto, a partir del listado de centros de enseñanza media facilitado por la Delegación Provincial de Enseñanza en Gijón, en el que constaban el número de aulas y alumnos de cada centro correspondientes al curso 1997-1998, se procedió a clasificar los centros en los siguientes estratos: 1) rural (2 centros); 2) urbano-público-bachillerato (14 centros); 3) urbano-público-formación profesional (3 centros); 4) urbano-privado-bachillerato (6 centros), y 5) urbano-privado-formación profesional (11 centros). Dos centros urbanos públicos disponen tanto de enseñanza de bachillerato como de formación profesional, por lo que cada uno de ellos fue incluido en los estratos 2 y 3.

Se seleccionaron las unidades de primera etapa (UPE) o centros, mediante muestreo sistemático en dos fases dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño aproximado (número de aulas por centro en el curso 1997-1998), obteniendo 11 UPE, distribuidas según estrato de la siguiente forma: 2 en el rural, 3 en el urbano-público-bachillerato, 2 en el urbano-público-formación profesional, 2 en el urbano-privado-bachillerato y 2 en el urbano-privado-formación profesional.

Una vez elegidos los centros, para seleccionar las unidades de segunda etapa (USE) o aulas, se contactó con la dirección y/o jefatura de estudios de cada centro seleccionando solicitando información sobre el número de aulas y alumnos por aula matriculados en el curso 1998-1999. Se determinó el número de aulas a elegir en cada centro con probabilidad inversamente proporcional a aquella que el centro haya tenido de ser seleccionado en la primera etapa, para asegurar que la probabilidad final de selección del aula fuera la misma en todas las UPE, con una fracción final de muestreo del 7%. Dado que una vez ele-

gida el aula, todos los alumnos de la misma quedaban incluidos en la muestra, la probabilidad final de selección para todos los alumnos del área fue la misma ($f = 0,07$), siendo el *muestreo equiprobabilístico*. El número obtenido de aulas a seleccionar fue de 40, distribuidas por estratos de la siguiente forma: 2 en el estrato 1, 23 en el 2, 7 en el 3, 5 en el 4 y 4 en el 5.

La selección definitiva de las aulas se realizó mediante muestreo aleatorio simple cuando el número de alumnos por aula era similar en todas ellas; en los casos con gran variabilidad en el número de alumnos, se seleccionó el aula mediante muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño. El número final de alumnos a entrevistar dadas las aulas seleccionadas fue de 1.110.

Se excluyó del estudio a los alumnos que, a pesar de cursar enseñanza secundaria de segundo grado, tuviesen una edad mayor de 22 o menor de 14 años.

Recogida de información

Para recoger la información, se administró un cuestionario autocumplimentado con tres partes bien diferenciadas:

1. Formulario diseñado por los autores de este trabajo, con preguntas abiertas y cerradas sobre datos sociodemográficos (lugar de residencia, tipo de residencia habitual, ocupación y situación laboral de los padres, determinando la clase social mediante la clasificación según ocupación de la Sociedad Española de Epidemiología²⁸); medidas antropométricas referidas por los alumnos (peso, talla e índice de masa corporal obtenido a partir de éstos, presencia de menarquia y regularidad de los ciclos menstruales); nota media del curso anterior; tipo de actividad deportiva practicada; preguntas sobre la familia (número de hermanos, orden en la fratria, situación marital de los padres), y 2 preguntas sobre la autoimagen: ¿cómo te consideras: delgado, normal o gordo? y ¿cómo te gustaría ser: más delgado, igual que ahora o más gordo?

2. Cuestionario Eating Attitudes Test-26. Validado para población general por Man et al¹⁹ y adaptado para población española por Castro et al²⁹. Consta de 26 ítems puntuables de 0 a 3, evaluando actitudes y comportamientos propios de los trastornos del comportamiento alimentario. Se estima punto de corte ≥ 20 , para el cual el test presenta una sensibilidad de 88% y un 96% de especificidad¹⁹). Los sujetos que superan el punto de corte se considera que presentan conductas ante la ingesta propias de pacientes con anorexia nerviosa («conductas anoréxicas»).

3. En el caso de las mujeres, se administró además el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético-Corporal (CIMEC-26). Consta de 26 ítems puntuables de 0 a 2 que hacen referencia al malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, de modelos y situaciones sociales, sobre el modelo estético-corporal y su relación con trastor-

TABLA 1. Principales características sociodemográficas de la población de estudiantes del Área Sanitaria V de Asturias

	Varones			Mujeres			Total		
	n	(%)	IC del 95%	n	(%)	IC del 95%	n	(%)	IC del 95%
Sujetos	430	50		430	50		860	100	
Edad (años)									
14-15	121	28,1	15,4-40,9	151	35,1	20,4-49,8	272	31,6	20,1-43,1
16-17	179	41,6	30,5-52,7	164	38,1	29,7-46,5	343	39,9	31,5-48,2
18-19	116	27,0	16,0-37,9	97	22,6	10,1-35,0	213	24,8	17,8-31,6
20-22	14	3,3	0,9-5,5	18	4,2	0,4-7,9	32	3,7	1,0-6,4
Clase social									
Alta	24	6,6	2,8-10,3	16	4,1	1,9-6,2	40	5,3	2,5-8,1
Media-alta	40	11,0	8,5-13,4	45	11,6	9,1-14,1	85	11,3	9-13,5
Media	148	40,7	34,9-46,3	162	41,9	35,7-47,9	310	41,3	37,1-45,4
Media-baja	129	35,4	28,4-42,3	147	38,0	31,5-44,5	276	36,8	32,6-40,8
Baja	23	6,3	2,1-10,4	17	4,4	3,2-5,5	40	5,3	2,9-7,7
Ámbito de residencia									
Rural	61	14,6	6,5-22,7	70	16,9	6,8-26,9	131	15,7	7,1-24,3
Urbano	356	85,4	77,3-93,4	345	83,1	73,1-93,1	701	84,3	75,6-92,8
Centro de estudio									
Público	329	76,5	55,8-97,2	320	74,4	59,3-89,5	649	75,5	65,8-85,1
Privado	101	23,5	2,8-44,1	110	25,6	10,4-40,6	211	24,5	14,8-34,1
Tipo de enseñanza									
Bachillerato	344	80	60,6-99,3	360	83,7	66,1-101,3	704	81,9	75,3-88,3
Formación profesional	86	20	0,6-39,3	70	16,3	-1,3-33,9	156	18,1	11,6-24,6

nos del comportamiento alimentario³⁰. El punto de corte se ha establecido en ≥ 16 puntos, con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 64%.

Procedimiento de recogida de datos

Se concertó día y hora con las jefaturas de estudios para distribuir el cuestionario en horario de tutoría, solicitando no dar información a los alumnos sobre la actividad a realizar.

Durante los meses de enero y febrero de 1999 los cuestionarios fueron autocumplimentados de forma voluntaria y anónima por los alumnos presentes ese día en el aula en presencia del equipo investigador.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos D-Base III Plus y se exportaron al módulo CSAMPLE del programa estadístico Epi Info v. 6.04, para realizar el análisis estadístico teniendo en cuenta el diseño muestral realizado. Se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio utilizando medias o proporciones según la variable fuera cuantitativa o cualitativa, cómputo de los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) y posteriormente análisis bivalente de la presencia de conductas anoréxicas con el resto de variables del estudio, calculando las *odds ratios* (OR) y sus IC del 95%.

Resultados

De los 1.110 alumnos seleccionados, 232 se encontraban ausentes del aula en el momento de pasar el cuestionario y 2 se negaron a cumplimentarlo. Así pues, se recogieron un total de 876 cuestionarios, y tras aplicar los criterios de exclusión se obtuvieron 860 válidos, de los cuales 430 (50%) corresponden a mujeres y 430 (50%) a varones.

Las características que presentan las mujeres y varones de la muestra en cuanto a edad, nivel socioeconómico, tipo y centro de estudios, lugar de residencia, características familiares y medidas antropométricas se reflejan en las **tablas 1, 2 y 3**.

La prevalencia de «conductas anoréxicas» (puntuación ≥ 20 en el EAT-26) estimada en la población fue del 12,8% (IC del 95%, 9-16,5) para las mujeres y del 1,8% (IC del 95%, 0,8-2,8) en varones (OR, 7,7; IC del 95%, 4,4-13,3).

En la **tabla 4** se presentan las principales variables del estudio según el comportamiento alimentario.

Mostraron diferencias estadísticamente significativas con la población normal, además del sexo, el presen-

tar padres separados (OR, 1,9; IC del 95%, 1,4-2,8), practicar actividades relacionadas con un cuerpo delgado (OR, 3,7; IC del 95%, 2,7-5,2), considerarse gordo/a (OR, 4,7; IC del 95%, 3,1-7,1) y desear estar más delgado/a (OR, 7,2; IC del 95%, 4,6-11,2).

La práctica totalidad de las mujeres con conductas anoréxicas (94,5%) presentan puntuaciones por encima del punto de corte en el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo estético-corporal de 26 ítems, no llegando a un tercio las que lo superan en el grupo con conductas normales ante la alimentación (OR, 42,1; IC del 95%, 24,4-72,6).

Discusión

Teniendo en cuenta que la prevalencia de conductas anoréxicas observadas en nuestro estudio no puede ni debe confundirse con la prevalencia de anorexia nerviosa, queremos destacar que el comportamiento epidemiológico de este tipo de conductas es en todo modo comparable al presentado por la anorexia nerviosa en los distintos estudios realizados^{8,14,15,31,32}, y al igual que sucede con la anorexia nerviosa este tipo de conductas de riesgo ante la alimen-

TABLA 2. Distribución de variables antropométricas en la población de estudiantes del Área Sanitaria V de Asturias

	Varones		Mujeres		Total	
	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%
Talla media referida ^a	174	(173,2-174,7)	163,5	(162,5-164,6)	168,8	(167,1-170,4)
Peso medio referido ^b	66,9	(65,1-68,6)	55,5	(54,5-56,4)	61,1	(59,1-63,2)
Clasificación del estado ponderal según IMC ^c						
Bajo peso	24,6%	(19,2-29,9)	43,3%	(37,7-48,8)	33,9%	(29,3-38,5)
Normopeso	53,3%	(46,4-60,1)	45,9%	(40,8-60)	49,6%	(46-53,1)
Sobrepeso	20,7%	(13,2-28,2)	9,6%	(7,8-11,4)	15,2%	(10,1-20,1)
Obesidad	1,4%	(0,4-2,4)	1,2%	(0,7-1,6)	1,3%	(0,9-1,7)

^aEn cm. ^bEn kg. ^cClasificación de Williamson (1990).

TABLA 3. Características familiares de la población de estudiantes del Área Sanitaria V de Asturias

	Varones			Mujeres			Totales		
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%
Estado marital de los padres									
Juntos	365	85,5	81,6-89,2	358	83,4	78,2-88,6	723	84,5	80,8-88,0
Separados	44	10,3	7,3-13,2	44	10,3	6,5-13,9	88	10,3	7,8-12,6
Viuda	11	2,6	0,7-4,4	20	4,7	2,0-7,2	31	3,6	1,6-5,6
Viudo	7	1,6	0,7-2,5	7	1,6	0,6-2,5	14	1,6	0,8-2,4
Son hijos únicos	84	19,5	15,3-23,7	90	21,1	14,5-27,6	174	20,3	17,6-23,0
Situación laboral de la madre									
Ama de casa ^a	262	62,7	56,4-68,9	265	63,2	59,1-67,4	527	63,0	59,6-66,2
Trabaja fuera ^b	156	37,3	31,0-43,5	154	36,8	32,5-40,9	310	37,0	33,7-40,3

^aMadres que están en paro, trabajan menos de 4 horas fuera de casa o se dedican exclusivamente a las tareas del hogar.

^bMadres que trabajan 4 o más horas fuera del hogar.

tación continúa siendo patrimonio de las mujeres (7/1), aunque observamos una prevalencia en varones bastante elevada para este tipo de conductas.

En cuanto a las características socio-demográficas estudiadas, vemos confirmadas las tendencias mostradas por los diferentes estudios en los últimos años en cuanto a que estas conductas están impregnando todo el espectro social y han dejado de ser exclusivas de las clases sociales altas³; no obstante, debemos de tener en cuenta que la calidad de la información sobre la clase social puede no ser muy valorable debido a la poca precisión de las respuestas con relación a la ocupación de los padres y en nuestro estudio utilizamos una clasificación de clase social basada en la ocupación laboral. La mayor tendencia a presentarse estas conductas de riesgo en la población urbana que en la rural no se confirma como una diferencia estadísticamente significativa, quizás porque la población rural de nuestra área está muy en contacto con la vida urbana, siendo más

bien zonas rurales de residencia que verdaderas zonas rurales en el aspecto socioeconómico-laboral.

Las características del centro en el que se estudia (privado o público) y del tipo de enseñanza cursada (bachillerato o formación profesional) carecen de relevancia tanto para los varones como para las mujeres. No obstante, llama la atención el hecho de que los 8 varones que presentan conductas anoréxicas estudian bachillerato.

La relación entre clase social alta, estudiar en centros privados y presentar trastornos del comportamiento alimentario, descrita en los primeros estudios sobre la anorexia, está dejando de ser significativa, hecho que también constatamos, salvando la distancia existente entre las conductas anoréxicas y la propia anorexia nerviosa, y que podría explicarse por la mayor accesibilidad a este tipo de centros de una amplia parte de la clase social media. Por otra parte, del alto rendimiento académico, dato presente en el perfil de los sujetos con trastornos del comportamiento alimentario no podemos concluir de

forma válida sobre su relación con la presencia de conductas anoréxicas, debido a la heterogeneidad de las calificaciones que presentan los actuales planes de estudios.

Constatamos que el hecho de practicar deportes o actividades en las cuales se da mucha importancia al cuerpo delgado como sinónimo de alto rendimiento o de éxito se asocia a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, incidiendo éstas fundamentalmente en el sexo femenino; vemos que de todos los estudiantes que practican estas actividades sólo presentan alteración en las conductas ante la alimentación las mujeres; éste puede ser un dato indirecto de la mayor presión a la que se ven sometidas las mujeres para alcanzar el ideal de belleza admitido socialmente.

En el entorno familiar vemos como la separación de los padres, acontecimiento vital potencialmente estresante que pudiera precipitar un trastorno alimentario, se relaciona de manera significativa con presentar conductas propias de pacientes con anorexia nerviosa.

TABLA 4. Distribución de frecuencias de las principales variables del estudio según comportamiento alimentario

	Grupo con presencia de conductas anoréxicas ^a		Grupo con presencia de conductas normales ^b		OR ^c	IC del 95% ^d
	n	%	n	%		
Sexo						
Mujeres	55	87,3	375	47,0	7,7	4,5-13,4
Varones	8	12,7	422	53,0		
Clase social						
Alta	5	8,8	35	5,0		
Media-alta	4	7,0	81	11,7		
Media	24	42,1	286	41,2		
Media-baja	24	42,1	252	36,3		
Baja	0	0	40	5,8		
Lugar de residencia						
Rural	7	11,7	124	16,0	1,4	0,7-2,6
Urbano	53	88,3	648	84,0		
Centro de estudios						
Público	45	71,4	604	75,8	0,7	0,3-1,7
Privado	18	28,6	193	24,2		
Tipo de enseñanza						
Bachillerato	58	92,0	646	81,0	2,7	0,3-21,8
Formación profesional	5	8,0	151	19,0		
Rendimiento académico						
Notable/sobresaliente	12	20,7	200	27,0	0,7	0,3-1,3
Menos de notable		46	79,3	539	73,0	
Practican actividades de riesgo (ballet, modelo...)						
Sí	17	27,0	71	9,0	3,7	2,7-5,2
No	46	73,0	726	91,0		
Estado marital de los padres						
Viven juntos	49	81,7	674	89,7	1,9	1,4-2,8
Viven separados	11	18,3	77	10,3		
Son hijos únicos						
Sí	10	15,9	164	20,7		
No	53	84,1	629	79,3	0,7	0,5-1,0
Situación laboral de la madre						
Ama de casa ^e	46	73,0	481	62,1	0,6	0,2-1,3
Trabaja fuera ^f	17	27,0	293	37,9		
Se consideran gordos						
Sí	25	39,7	97	12,2	4,7	3,1-7,1
No	38	60,3	698	87,8		
Desean adelgazar						
Sí	51	81,0	294	37,0	7,2	4,6-11,2
No	12	19,0	500	63,0		
CIMEC alterado ^g						
Sí	52	94,5	109	29,1	42,1	24,4-72,6
No	3	5,5	265	70,9		

^aGrupo de estudiantes con puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26. ^bGrupo de estudiantes con puntuación inferior a 20 en el EAT-26.

^cOdds ratio. ^dIntervalo de confianza del 95%. ^eMadres que están en paro, trabajan menos de 4 horas fuera de casa o se dedican exclusivamente a las tareas del hogar. ^fMadres que trabajan 4 o más horas fuera de casa. ^gPuntuación igual o superior a 16 en el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético-Corporal de 26 ítems (Martínez, Toro y Salameiro, 1996).

La entrada de la mujer en el mundo laboral, y por extensión de las madres, las cuales desde siempre son

las que han asumido el papel de la alimentación familiar, podría hacernos pensar que se hubiera converti-

do, hasta cierto punto, en un factor desestructurador del «ritual» familiar a la hora de la comida, determi-

nando una mayor presencia de alteraciones alimentarias.

A la vista de los datos obtenidos en este estudio, el hecho de que la madre trabaje fuera de casa no se confirma como un factor de riesgo para presentar conductas anoréxicas.

Está ampliamente admitido que la distorsión de la imagen corporal es uno de los componentes de la clínica que presentan los trastornos del comportamiento alimentario¹, sobre todo la anorexia nerviosa, y que el desear estar más delgado es el desencadenante para iniciar comportamientos encaminados a perder peso (dietas incontroladas, ejercicio desproporcionado, vómitos provocados tras las ingestas, uso de laxantes y diuréticos), con el peligro que ello conlleva de desarrollar alguno de los trastornos del comportamiento alimentario⁶. Esto queda constatado en nuestro estudio mediante la relación estadísticamente significativa que encontramos entre la presencia de conductas anoréxicas, el considerarse gordo y el desear estar más delgado.

Así mismo, los resultados obtenidos nos muestran la relación existente entre la patología alimentaria (en este caso la propia de la anorexia nerviosa) y los factores sociales y culturales suscitadores de delgadez corporal en el sexo femenino.

No hemos podido objetivar esta relación en los varones, debido a la falta de un cuestionario similar al CIMEC aplicable a éstos, ya que por sus características sólo es aplicable a las mujeres; en la actualidad Toro et al están trabajando en la validación de la versión masculina del CIMEC.

La cumplimentación del cuestionario coincidió en el tiempo con una epidemia de gripe en nuestra área, lo que motivó un mayor absentismo escolar durante esos días. La estrategia utilizada de pasar el cuestionario en horario de tutoría y sin conocimiento previo por parte de los alumnos de la actividad a desarrollar creemos que evitó la ausencia en el aula por motivos relacionados con la cumplimentación del cuestionario, por lo que pensamos que el grupo de pérdidas no debería presentar características peculiares que pudieran influir sobre los resultados obtenidos.

El análisis estadístico de nuestro estudio se ve limitado por la imposibilidad de realizar análisis multivariante de las variables, al no disponer del software estadístico que

realiza estas técnicas de análisis teniendo en cuenta el diseño muestral (STATA).

El Eating Attitudes Test-26 detecta conductas ante la alimentación propias de pacientes con anorexia nerviosa. Aunque no es posible utilizarlo como criterio diagnóstico, sí nos detecta en población general, con una buena sensibilidad y especificidad, ciertas conductas que se pueden identificar como de riesgo para desarrollar trastornos del comportamiento alimentario^{2,24}.

Por otra parte, creemos que la población estudiada puede ser representativa de la población media española, por lo que pensamos que los datos obtenidos pueden ser generalizables a poblaciones socioculturalmente similares a la nuestra.

Como conclusión final, pensamos que la prevalencia de conductas ante la alimentación propias de pacientes con anorexia nerviosa es lo suficientemente elevada como para sugerir una intervención a nivel educacional y estimular una formación más amplia sobre este tipo de trastornos en los distintos profesionales encargados de la formación y salud de los escolares. La detección de este tipo de trastornos de forma precoz y el inicio de un tratamiento adecuado se relaciona con una mayor evolución hacia la curación y menor tasa de cronificación; es aquí donde el papel del médico de atención primaria se hace imprescindible, detectando de forma incipiente este tipo de conductas.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Barcelona: Masson, 1994.
2. Garner DM, Garfinkel PE. Sociocultural factors in the development of anorexia nerviosa. *Psychol Med* 1980; 10: 647-656.
3. Garner DM. Patogenia de la anorexia nerviosa. *The Lancet* (ed. esp.) 1993; 23: 280-289.
4. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shave, publicity and anorexia nerviosa. *Soc Psychiatry* 1988; 23: 132-136.
5. Martínez E, Toro J, Salamero M. Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1996; 23: 125-133.
6. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999; 318: 765-768.
7. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL. Uncommon trouble in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 487-496.
8. Lucas AR, Beend CM, O'Fallen WM, Kurland LT. 50 year trends in the incidence of anorexia nerviosa in Rochester, Minn: a population based study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 917-922.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 2.
10. Tomifusa K, Shinobu N, Masahiro I, Hiroyuki S, Shukuro A. Epidemiological data on anorexia nerviosa in Japan. *Psychiatry Res* 1996; 62: 11-16.
11. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral* 1997; 2 (3): 243-260.
12. Thearder S. Outcome and prognosis in anorexia nerviosa and Bulimia. *J Psychiatr Res* 1985; 19: 493-507.
13. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Eating disorders: anorexia nerviosa and bulimia. *Ann Intern Med* 1986; 105: 790-794.
14. Gordon H. Eating disorders in adolescence. *Pediatrics in review* 1994; 15 (2): 72-77.
15. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis anorexia nerviosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 1-15.
16. INSALUD (Morandé G, Casas J, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, Lareo J et al). Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: INSALUD, 1995.
17. Ordeig MT. Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1989; 16 (1): 13-26.
18. King MB. Eating disorders in general practice. *BMJ* 1986; 293: 1412-1414.
19. Man AH, Wakeling J, Wood K, Monk E, Dobbs R, Szmukler G. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 years old school-girls. *Psychol Med* 1983; 13: 573-580.
20. Whitaker AH. An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: implications for pediatricians. *Pediatric Annals* 1992; 21: 752-759.
21. Rickey L, Williams MD. Use of the eating attitudes test and disorder inventory in adolescents. *J Adolesc Health* 1987; 8: 266-272.
22. Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nerviosa among Asian school-girls. *BMJ* 1988; 297: 718.
23. King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med* 1989; Supl 14: 1-34.

24. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-279.
25. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-878.
26. Silva Ayòaguer LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
27. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de muestras en estudios sanitarios. Ginebra: OMS, 1991.
28. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (Álvarez-Dardet C, Domingo A, Regidor E). La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
29. Castro J, Toro J, Salamero M, Guirmera E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol/ Psychol Assess* 1991; 7: 175-190.
30. Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 89: 147-151.
31. Toro J. Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1988; 15,2: 99-109.
32. Buddeberg Fischer B, Bernet R, Sieber M, Schmid J, Buddeberg C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 years old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 4: 296-304.