

Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de un área de salud

J.L. Cabrera Mateos^a, I. Toledo Perdomo^b y A. Báez Álvarez^b

^aMédico. Centro de Salud de Yaiza. Yaiza. Lanzarote. Las Palmas de Gran Canaria. ^bDUE. Hospital General de Lanzarote. Arrecife de Lanzarote. Las Palmas de Gran Canaria.

OBJETIVOS. Conocer las características generales del riesgo de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en los adolescentes de Lanzarote, fundamentalmente la prevalencia y su asociación con diferentes variables.

MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal sobre adolescentes de 12 a 19 años en los institutos de educación secundaria obligatoria de la isla. La técnica de muestreo fue el muestreo por conglomerados, la unidad muestral era el aula. El número de protocolos válidos fue de 1.122. Se empleó un cuestionario autoadministrado en el que se incluía el EAT-26 (*Eating Attitudes Test*).

RESULTADOS. Un total de 204 adolescentes presentaron riesgo de TCA, lo que supuso un 18,2% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 15,94-20,46%), superior en las mujeres: el 21,9% frente al 13,8% ($p < 0,001$). El riesgo decrece con la edad desde el 36,8% a los 12 años hasta el 6,5% a los 18-19 años ($p = 0,001$). Este riesgo aumenta con el número de dietas de adelgazamiento realizadas el último año ($p < 0,001$), es mayor en aquellos insatisfechos con su cuerpo ($p < 0,001$) o que perciben que pesan mucho ($p < 0,001$) y disminuye con la frecuencia con que desayuna ($p < 0,001$). Sólo en las adolescentes hemos encontrado asociación significativa con el consumo de alcohol ($p = 0,022$) y con la práctica deportiva ($p = 0,008$).

CONCLUSIONES. La prevalencia de adolescentes en riesgo de TCA es elevada y se atenúa con la edad, observándose una asociación de dicho riesgo fundamentalmente con el número de dietas realizadas. La asociación con el abuso de sustancias y la práctica deportiva se observa sólo en las chicas. Su reducción sólo se podría conseguir mediante programas de prevención en el ámbito escolar.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, prevalencia, adolescente, Eating Attitudes Test (EAT).

OBJECTIVE: Know the general characteristics of risk of eating behavior disorders in adolescents of Lanzarote, basically the prevalence and their association with different variables.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, cross-sectional study on 12 to 19 year old adolescents in obligatory secondary education institutes of the island. The sampling technique was sampling by clusters, the sample unit was the classroom. Valid protocol number was 1122. A self-applied questions in which EAT-26 was included, was used.

RESULTS: A total of 204 adolescents had risk of EBD (eating behavior disorders). This means 18.2% (95% CI: 15.94%-20.46%), superior in women: 21.9% versus 13.8% ($P < 0.001$). Risk decreases with age from 36.8% at 12 years to 6.5% at 18-19 years ($P = 0.001$). This risk increases with number of weight losing diets done the last year ($P < 0.001$). It is greater in those unsatisfied with their body ($P = < 0.001$) or who perceive that they weight a lot ($P = < 0.001$) and decreases with frequency that they have breakfast ($P < 0.001$). We have only found a significant association of alcohol consumption ($P = 0.022$) and practicing sports ($P = 0.008$) in adolescents.

CONCLUSIONS: Prevalence of adolescents at risk of EBD is elevated and lessens with age, observing an association of this risk basically with the number of diets carried out. Association with substance abuse and practicing of sports is only observed in girls. Its reduction can only be achieved with prevention programs in the school setting.

Key words: Eating behavior disorder. Prevalence. Adolescent. Eating attitudes Test (EAT).

Correspondencia: J.L. Cabrera Mateos.
C/ Beragatin, 43. A (Playa Honda).
35509 San Bartolomé de Lanzarote. Las Palmas de Gran Canaria.
Correo electrónico: jlcabm@hotmail.com

Recibido el 27-02-05; aceptado para su publicación el 29-07-05.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), bajo cuya rúbrica se reagrupan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se están incrementando de manera alarmante en los países desarrollados^{1,2}, especialmente de

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad y sexo

Sexo	Edad									Total*
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	No contestan	
Mujer	23	93	115	133	126	68	27	5	4	594 (52,9)
Hombre	15	81	130	122	90	43	19	11	3	514 (45,8)
NC	0	2	5	5	2	0	0	0	0	14 (1,3)
Total	38 (3,4)	176 (15,7)	250 (22,3)	260 (23,2)	218 (19,4)	111 (9,9)	46 (4,1)	16 (1,4)	7 (0,6)	1.122 (100)

*Entre paréntesis porcentajes. NC: no contestan.

aquellas formas ligadas al período de la adolescencia³. Pero la gran mayoría de estos trastornos no son diagnosticados, lo que dificulta el conocimiento real de estos procesos⁴. Sin duda alguna, una de las características más relevantes de los TCA son las preocupantes tasas de mortalidad⁵.

La prevalencia de la anorexia nerviosa en las adolescentes está estimada en un 0,1-4% y la de la bulimia nerviosa puede llegar a ser de hasta un 20%⁶. En los varones la prevalencia de los TCA puede llegar al 0,9%⁷.

Los principales factores de riesgo para desarrollar tales procesos son ser mujer y además adolescente⁸. Otro de los factores de riesgo para el desarrollo de TCA es la insatisfacción corporal, relacionada con la baja autoestima y mediatizada por la edad y el sexo⁹. En su desarrollo desempeña un papel importante la presión social ejercida por el grupo de pares, pero es innegable la influencia de los medios de comunicación, especialmente de la televisión, que bombardean a los jóvenes con mensajes nocivos que preconizan el culto al cuerpo¹⁰.

Un diagnóstico precoz de estos desórdenes de origen psíquico, representa en el momento actual el medio más seguro de modificar la suerte de estos adolescentes, aun al precio de un tratamiento prolongado¹¹. Estas actitudes y conductas significativas en relación con los TCA se pueden evaluar con el cuestionario EAT-26 (*Eating Attitudes Test*)¹², el cual es en la actualidad el más ampliamente utilizado en la evaluación de los trastornos alimentarios.

El objetivo general de nuestro estudio es conocer las características generales del riesgo de los TCA en los adolescentes. Específicamente nos proponemos lo siguiente:

1. Conocer la prevalencia del riesgo de TCA, así como la puntuación media del EAT-26 y de sus diferentes factores en los adolescentes del área de salud de Lanzarote, así como las diferencias en cuanto a edad y sexo.

2. Estudiar la correlación entre el EAT-26 y sus diferentes factores.

3. Estudiar la asociación del riesgo de TCA en los adolescentes con distintas variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población de estudio estaba constituida por los adolescentes de 12 a 19 años, pertenecientes a algunos de los institutos de la isla de Lanzarote, lo que supone un total de 6.951 alumnos. Para una prevalencia estimada en torno al 20%, una pre-

cisión en la estimación del 0,03 y un error α de 0,05, esperando un 15% de no participación, el tamaño mínimo de la muestra a estudiar fue de 889 adolescentes. La técnica de muestreo utilizada por nosotros fue el muestreo por conglomerados, siendo la unidad muestral el aula. Las unidades muestrales fueron elegidas mediante muestreo aleatorio del total de 256 aulas. De éstas se seleccionaron aleatoriamente 71 aulas, que supusieron un total de 1.723 alumnos. De éstos faltaron el día de la encuesta a clase 299 alumnos. Se extraviaron 159 encuestas, por lo que el número de protocolos recogidos fue de 1.265. De éstos se descartaron 6 por superar los 19 años y 135 por no estar completo el EAT-26. Por lo tanto, el número final de protocolos válidos fue de 1.122.

Se empleó un cuestionario autoadministrado consistente en 45 ítems, 26 de los cuales correspondían al cuestionario EAT-26, versión abreviada del EAT-40 con el que tiene una alta correlación. Este cuestionario es el más ampliamente utilizado para la evaluación de los desórdenes alimentarios y se encuentra validado en nuestro medio¹³. El punto de corte es de 20, considerando que existe riesgo de sufrir un TCA con una puntuación igual o superior a la mencionada. Del mismo se pueden obtener tres factores principales: a) factor 1 o restricción alimentaria, b) factor 2 o bulimia y preocupación por la comida y c) factor 3 o control oral (autocontrol con la comida y percepción de preocupación por ganar peso). Las pacientes bulímicas obtienen puntuaciones superiores en el factor 2 y menores en el factor 3 que las anoréxicas restrictivas.

Además de los 26 ítems del EAT-26, el cuestionario incluía preguntas empleadas en otros estudios¹⁴ para recoger las siguientes variables:

1. Edad en años cumplidos y sexo de los adolescentes.
2. Nivel de estudios de los padres.
3. Número de dietas de adelgazamiento realizadas el último año, satisfacción con el cuerpo, opinión sobre el propio peso y frecuencia con que desayuna.
4. Consumo de alcohol y tabaco.
5. Consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis.
6. Frecuencia con que practica deportes fuera del colegio.

En la tabla 1 se recoge la distribución por edad y sexo de la muestra de nuestro estudio.

En el análisis estadístico se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de los principales estimadores. Para la comparación de variables cualitativas se empleó la chi-cuadrado (χ^2) y la chi-cuadrado de tendencia lineal

Tabla 2. Prevalencia de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y medias del EAT-26 y factores por edad

Edad	Adolescentes en riesgo de TCA*	Puntuación media**			
		EAT-26	Factor 1	Factor 2	Factor 3
12 años	14/38 (36,8)	15,47 [11,48-19,47]	7,74 [5,13-10,34]	2,84 [1,72-3,97]	4,89 [3,44-6,35]
13 años	40/176 (22,7)	12,76 [11,11-14,40]	6,09 [5,05-7,13]	2,36 [1,97-2,75]	4,31 [3,75-4,87]
14 años	41/250 (16,4)	11,34 [10,15-12,54]	5,53 [4,74-6,32]	2,24 [1,94-2,55]	3,57 [3,11-4,02]
15 años	47/260 (18,1)	11,13 [10,02-12,25]	5,45 [4,72-6,17]	2,22 [1,95-2,49]	3,47 [3,00-3,93]
16 años	41/218 (18,8)	11,52 [9,96-13,08]	5,84 [4,87-6,82]	2,25 [1,91-2,60]	3,43 [2,93-3,92]
17 años	15/111 (13,5)	10,1 [8,26-11,94]	4,83 [3,60-6,06]	2,13 [1,73-2,52]	3,14 [2,49-3,79]
18-19 años	4/62 (6,5)	7,84 [5,73-9,94]	3,21 [1,80-4,62]	1,94 [1,36-2,52]	2,69 [1,97-3,42]
No contestan	2/7 (28,6)	10,57 [2,51-18,63]	3,71 [0,71-6,72]	3,43 [1,37-5,49]	3,43 [≤ 7,20]
Total	204/1122 (18,2)				

*Entre paréntesis porcentajes. **Entre corchetes intervalo de confianza del 95%.
EAT: Eating Attitudes Test.

(χ^2 -TL), así como la prueba exacta de Fisher en aquellos casos en los que no se cumplían los criterios de aplicación de la χ^2 . Para la comparación de variables cuantitativas se emplearon la t de Student o la F de Snedecor. Como medida de asociación en algunas variables se empleó la *odds ratio* (OR). Para dicho análisis se empleó el paquete estadístico SPSS en su versión 8.0.

RESULTADOS

Un total de 204 adolescentes presentaron riesgo de TCA, lo que supuso un 18,2% (IC 95%:15,94-20,46%). Esta prevalencia fue del 21,9% (IC 95%:18,57-25,23%) en las chicas y del 13,8% (IC 95%: 10,82-16,78%) en los chicos, diferencias que fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$). La puntuación media del EAT-26 fue de 11,37 (desviación estándar [DS]:10,25), y fue significativamente superior en las adolescentes: 12,46 (DS = 11,36) frente a 10,12 (DS = 8,64) ($p < 0,001$). Las puntuaciones medias de los diferentes factores del test fueron las siguientes: en el factor I (restricción alimentaria) fue de 5,53 (DE = 6,60), en el factor II (preocupación por la alimentación) fue de 2,26 (DE = 2,45) y en el factor III (control oral) fue de 3,59 (DE = 3,71). En todos los casos las chicas dieron puntuaciones más elevadas que los chicos, si bien sólo en el factor I estas diferencias fueron estadísticamente significativas: 6,38 frente a 4,56 ($p < 0,001$). En el factor III las diferencias estuvieron en el límite de la significación estadística: 3,78 frente a 3,35 ($p = 0,05$). En el factor 2 las puntuaciones fueron de 2,30 y 2,21 en las chicas y chicos, respectivamente ($p = 0,536$).

El riesgo de TCA decrece con la edad desde el 36,8% a los 12 años hasta el 6,5% a los 18-19 años ($p = 0,001$). En cuanto a la puntuación del EAT-26, su media se reducía también con la edad, siendo de 15,47 a los 12 años y de 7,84 a los 18-19 años ($p < 0,001$). En el factor 1 se redujo desde 7,74 hasta 3,21 ($p = 0,003$). En el factor 2 se redujo de 2,84 a 1,94 ($p = 0,123$) y en el factor 3 fue de 4,89 a los 12 años y de 2,69 a los 18-19 años ($p < 0,001$) (tabla 2).

La tabla 3 nos muestra los coeficientes de correlación y el nivel de significación de los factores dieta restrictiva,

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total del EAT-26 y los factores dieta, bulimia y control oral del EAT

	EAT-26	Factor 1: dieta	Factor 2: bulimia	Factor 3: control oral
EAT-26		0,912*	0,692*	0,683*
Factor 1: dieta	0,912*		0,535*	0,388*
Factor 2: bulimia	0,692*	0,535*		0,300*
Factor 3: control oral	0,683*	0,388*	0,300*	

* $p < 0,001$. EAT: Eating Attitudes Test.

preocupación por los alimentos y control oral del EAT-26 con la puntuación de éste. El factor 1 es el que presenta un mayor coeficiente de correlación ($r = 0,912$) con la puntuación total del EAT-26 (IC 95% de ρ : 0,902 a 0,921).

No hemos observado que haya una tendencia significativa creciente o decreciente en el porcentaje de adolescentes en riesgo de TCA con las variables categóricas nivel de estudios del padre ($p = 0,647$) o de la madre ($p = 0,243$) (tabla 4).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el número de dietas de adelgazamiento realizadas por el adolescente el último año y la proporción de adolescentes en riesgo de TCA ($p < 0,001$), llegando a ser de un 84,6% y una OR de 8,8 en aquellos adolescentes que manifiestan que siempre están a dieta. Asimismo la prevalencia es mayor en aquellos adolescentes que manifiestan no estar contentos con su cuerpo ($p < 0,001$) o que opinan que pesan mucho ($p < 0,001$). En cuanto a la relación con la frecuencia con que desayuna el adolescente, la proporción aumenta desde el 15,2% en aquellos que manifiestan que desayunan siempre hasta un 28,7% en los que no lo hacen nunca (OR: 1,9) ($p < 0,001$). En la tabla 5 se exponen estos resultados además de las puntuaciones medias del EAT-26 y sus diferentes factores.

No hemos observado que exista una tendencia lineal significativa en la proporción de adolescentes con riesgo de TCA en función de la frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,813$). La proporción de adolescentes en riesgo en aquellos que consumen tabaco al menos una vez por semana es de un 22,6% y la de los no fumadores es de

Tabla 4. Prevalencia de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario según el nivel de estudios de los padres

	Estudios del padre					Estudios de la madre				
	Sin estudios	EGB	FP/BUP/COU	Universitario	Total*	Sin estudios	EGB	FP/BUP/COU	Universitario	Total*
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Riesgo de TCA										
No	142 (78,5)	399 (84,4)	226 (82,2)	89 (76,7)	856 (81,9)	121 (74,7)	373 (83,6)	273 (83,0)	110 (80,9)	877 (81,7)
Sí	39 (21,5)	74 (15,6)	49 (17,8)	27 (23,3)	189 (18,1)	41 (25,3)	73 (16,4)	56 (17,0)	26 (19,1)	196 (18,3)
Total	181	473	275	116	1.045	162	446	329	136	1.073

*Excluidos los que no contestaron al nivel de estudios de los padres. Entre paréntesis porcentajes. TCA: trastornos del comportamiento alimentario.

Tabla 5. Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario y puntuaciones en el EAT-26 y sus factores según número de dietas realizadas, satisfacción con el cuerpo, opinión sobre el peso y frecuencia con que desayuna

	Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario		EAT-26	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	n/total (porcentajes)	OR				
Dietas de adelgazamiento el último año						
Nunca	80/832 (9,6)	1	8,5	3,41	1,89	3,21
Una vez	50/169 (29,6)	3,1	16,34	9,15	2,8	4,39
Dos a cuatro veces	32/64 (50,0)	5,2	21,28	13,33	3,42	4,53
Cinco o más veces	8/16 (50,0)	5,2	21,69	13,87	3,63	4,19
Siempre	33/39 (84,6)	8,8	30,1	18,33	5,21	6,56
Total*	203/1.120 (18,1)					
¿Estás contento con tu cuerpo?						
Sí	81/712 (11,4)	1	9	3,65	1,91	3,43
No	120/400 (30,0)	2,6	15,54	8,81	2,88	3,85
Total*	201/1.112 (18,1)					
Opinión sobre el peso:						
Peso adecuado	73/645 (11,3)	1	8,9	3,66	1,98	3,27
Peso poco	17/125 (13,6)	1,2	10,36	2,98	2,14	5,23
Peso mucho	114/347 (32,9)	2,9	16,38	9,94	2,83	3,61
Total*	204/1.117 (18,3)					
Frecuencia con que desayuna:						
Todos los días	108/712 (15,2)	1	10,36	4,71	2,22	3,43
La mayoría de los días	29/139 (20,9)	1,4	12,35	6,69	2,28	3,37
Algunos días	42/184 (22,8)	1,5	12,78	6,59	2,24	3,96
Nunca	25/87 (28,7)	1,9	15,07	8,07	2,57	4,43
Total*	204/1.122 (18,2)					

*Excluidos los adolescentes que no contestaron. OR: odds ratio; EAT: Eating Attitudes Test.

17,6%, pero esta tendencia creciente tampoco es estadísticamente significativa ($p = 0,211$). Respecto al consumo de cannabis tampoco existe una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,932$). La prevalencia es superior en los que consumen o han consumido alguna vez drogas de síntesis: el 24% frente al 18,1%, aunque no significativa ($p = 0,295$). La prevalencia de adolescentes en riesgo de TCA no parece asociarse significativamente con el haber consumido alguna vez cocaína ($p = 0,938$). La proporción en los adolescentes que hacen ejercicio regularmente es de 19,3%, superior al 16,1% observado en los que no lo practican regularmente, pero esta diferencia observada no es significativa ($p = 0,182$) (tabla 6).

En la tabla 6 se observa que la proporción de adolescentes de sexo femenino en riesgo de TCA aumenta con la mayor frecuencia de consumo de alcohol y tabaco y con la mayor frecuencia de práctica deportiva fuera del colegio, así como con el consumo de drogas de síntesis y co-

caína. Ahora bien, sólo hemos obtenido significación estadística con el consumo de alcohol ($p = 0,022$) y con la frecuencia de práctica deportiva ($p = 0,008$).

En los adolescentes de sexo masculino el riesgo es mayor en los que nunca consumen alcohol respecto a los que lo hacen esporádicamente, y en éstos respecto a los que lo hacen habitualmente ($p = 0,006$), tal como se muestra en la tabla 6. Respecto a la prevalencia según el consumo de otras drogas legales e ilegales y práctica deportiva no hemos obtenido resultados estadísticamente significativos.

DISCUSIÓN

Entre las limitaciones de nuestro estudio se podría hacer referencia en primer lugar a la potencial falta de sinceridad en las respuestas emitidas por los adolescentes, si bien, para nuestro estudio hemos empleado el EAT-26, versión revisada de la original de 40 ítems y con la cual

Tabla 6. Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en adolescentes según consumo de diferentes drogas o frecuencia de práctica deportiva

	Riesgo de TCA					
	Sexo femenino		Sexo masculino		Ambos sexos	
	n/total	Porcentajes	n/total	Porcentajes	n/total	Porcentajes
Consumo de alcohol						
Nunca	55/291	18,9	46/252	18,3	101/551	18,3
< 1 vez por semana	56/248	22,6	19/19	9,5	77/452	17
≥ 1 vez por semana	18/53	34	5/60	8,3	24/114	21,1
Total	129/592	21,8	70/511	13,7	202/1.117	18,1
Significación	χ^2 TL = 5,210 p = 0,022		χ^2 TL = 7,604 p = 0,006		χ^2 TL = 0,056 p = 0,813	
Consumo de tabaco						
Nunca	92/453	20,3	62/417	14,9	155/882	17,6
< 1 vez por semana	12/54	22,2	4/46	8,7	17/101	16,8
≥ 1 vez por semana	25/86	29,1	5/50	10	31/137	22,6
Total	129/593	21,8	71/513	13,8	203/1.120	18,1
Significación	χ^2 = 3,099 p = 0,078		χ^2 = 1,577 p = 0,209		χ^2 TL = 1,565 p = 0,211	
Consumo de cannabis						
Nunca	99/480	20,6	61/399	15,3	161/889	18,1
< 1 vez por semana	24/81	29,6	7/78	9	31/161	19,3
≥ 1 vez por semana	6/30	20	3/35	8,6	11/67	16,4
Total	129/591	21,8	71/512	13,9	203/1.117	18,2
Significación	χ^2 TL = 0,954 p = 0,329		χ^2 TL = 2,699 p = 0,100		χ^2 TL = 0,007 p = 0,932	
Consumo de drogas de síntesis						
Nunca	126/582	21,6	69/500	13,8	198/1.096	18,1
Alguna vez	4/12	33,3	2/13	15,4	6/25	24
Total	130/594	21,9	71/513	13,8	204/1.121	18,2
Significación	Prueba exacta de Fisher p = 0,306		Prueba exacta de Fisher p = 0,698		Prueba exacta de Fisher p = 0,434	
Consumo de cocaína						
Nunca	124/573	21,6	68/489	13,9	195/1075	18,1
Alguna vez	6/20	30	2/22	9,1	8/43	18,6
Total	130/593	21,9	70/511	13,7	203/1.118	18,2
Significación	Prueba exacta de Fisher p = 0,409		Prueba exacta de Fisher P = 0,754		Prueba exacta de Fisher p = 1	
Práctica deportiva fuera del colegio:						
Nunca o < 1 vez semana	52/298	17,4	12/92	13	64/397	16,1
≥ 1 vez por semana	78/295	26,4	59/422	14	140/724	19,3
Total	130/593	21,9	71/514	13,8	204/1.121	18,2
Significación	χ^2 = 7,001 p = 0,008		χ^2 = 0,056 p = 0,813		χ^2 = 1,782 p = 0,182	

 χ^2 : chi-cuadrado; χ^2 TL: chi-cuadrado de tendencia lineal.

tiene una alta correlación¹⁵, con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69%. Por otro lado, debemos mencionar el hecho de que ha sido realizado sólo sobre la población escolarizada, por lo que aquellos adolescentes mayores de 16 años no escolarizados no están representados en la muestra elegida. Un último aspecto a considerar vendría determinado por las ausencias en el momento en que se realizó el estudio, por las encuestas excluidas por no tener completos todos los ítems del cuestionario EAT-26 y por los extravíos, ya que la conducta alimentaria de éstos podría ser diferente de aquellos que finalmente pudieron ser analizados.

La proporción de adolescentes de ambos sexos con riesgo de TCA, definido como aquel que presenta un *score* superior o igual a 20 en el EAT-26, es elevado, puesto que casi 2 de cada 10 de los adolescentes de nuestra muestra estaría en riesgo de TCA. Al igual que otros autores esta prevalencia es superior en las adolescentes. Las proporciones encontradas por nosotros en las chicas son bastante inferiores a las encontradas por Aguirre Ackerman et al en su estudio del noroeste argentino¹⁶, pero algo superiores al

16,5% encontrado por Ballester Ferrando et al¹⁷ o el 11,1% de Pérez-Gaspar et al encontrado en las adolescentes navarras¹⁸. Otros estudios consultados presentan prevalencias similares a la de estos dos últimos con porcentajes que oscilan entre el 12 y el 17%¹⁹⁻²¹. Si bien la frecuencia encontrada en los varones de nuestro estudio son bastantes similares al estudio de Aguirre Ackerman et al o al de Canals et al en su estudio de Reus²², las frecuencias encontradas en otros son en general bastante inferiores a las nuestras, con frecuencias que oscilan entre el 0,4% y el 8,3%^{17,19-21,23,24}.

Coincidiendo con otros estudios hemos obtenido puntuaciones, en el EAT-26 y en sus factores, mayores en las mujeres que en los hombres^{16,17}, si bien con respecto al estudio de Aguirre Ackerman et al nuestra puntuación en las mujeres es inferior a la puntuación media de aquel estudio y por contra es superior en los hombres. Estos resultados los consideramos lógicos si tenemos en cuenta la mayor prevalencia de los TCA en las mujeres que en los varones.

Al igual que Moraleda Barba et al en su estudio²⁵, hemos encontrado que el riesgo de TCA y la puntuación me-

dia en el EAT disminuye con la edad, si bien en este estudio la muestra estaba constituida por adolescentes de 13 a 16 años y la versión empleada fue la de 40 ítems.

De los tres factores principales del análisis factorial del EAT, el que ha presentado una mayor correlación de Pearson con la puntuación total en nuestro estudio fue el factor I. Nuestro resultado coincide con lo consultado en la literatura²⁶, donde se comunica una correlación de 0,93. Este resultado sugiere que podría utilizarse una escala constituida por los 13 ítems del factor I (restricción alimentaria) en sustitución del EAT-26.

La falta de asociación entre el nivel de estudios de los padres y los TCA coincide con lo señalado por García Resa. Según este autor las diferencias observadas antaño a favor de los estratos socioeconómicos más elevados tienden a desaparecer en los últimos años²⁷.

Como era de esperar, hemos encontrado una asociación estadística significativa entre la proporción de adolescentes en riesgo de TCA o la puntuación total de dicho test y de sus tres factores con el número de dietas realizadas, con la insatisfacción corporal, con la percepción de peso elevado y con la menor frecuencia con que desayuna el adolescente. De los anteriores el que presenta una mayor asociación con el riesgo de TCA es el número de dietas realizadas el último año. El miedo intenso o morboso a engordar, aun estando por debajo del peso normal, es una de las características diagnósticas de los TCA²⁸. Este pánico a convertirse en obeso lleva al adolescente a adoptar conductas inapropiadas como es realizar dietas alimentarias o no desayunar, que hemos analizado en nuestro estudio. Otro de los criterios diagnósticos de los TCA, en concreto de la anorexia mental, es la alteración de la percepción del peso corporal o de la silueta corporal, lo que coincide con el mayor porcentaje encontrado en nuestra muestra de adolescentes con riesgo en aquellos que manifiestan insatisfacción corporal y peso elevado, aspectos que parecen estar ya presentes en el niño y preadolescentes. No obstante, dadas las características de nuestro estudio no podemos afirmar que estos dos aspectos mencionados, especialmente la percepción de peso elevado, sean infundados, puesto que no conocemos los pesos de los adolescentes de la muestra.

Se sabe que existe una alta comorbilidad entre la bulimia y el abuso de alcohol y otras sustancias²⁹. Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos esa relación entre el riesgo de TCA en los adolescentes en general y el abuso de tales sustancias. Sin embargo, en los varones observamos cómo disminuye el riesgo al aumentar la frecuencia de consumo de alcohol, en contra de lo que hubiera sido de esperar. Ello podría deberse a que, tal vez en los varones, las características de los TCA sean diferentes y no se produce tal abuso, o bien a que en los varones el punto de corte empleado en el EAT-26 es poco específico para la detección de los TCA. Con respecto a esto, debemos mencionar la recomendación del Ministerio de Sanidad de que en el EAT-26 se emplee puntos de corte diferentes en distintas poblaciones: 20 en las mujeres, > 30 en población de riesgo y > 50 en población clínica³⁰. En cualquier caso,

se necesitarían más estudios orientados a la investigación de los TCA en los varones.

Al analizar a las mujeres independientemente del resto de la muestra la asociación con el alcohol y otras sustancias se hace más evidente. La falta de significación estadística con drogas de síntesis y cocaína puede ser debido a que el tamaño de la muestra no fue lo suficientemente grande como para detectar tal asociación. Tanto en la bulimia nerviosa como en el abuso de alcohol y otras sustancias existe una falta de control que lleva al adolescente a usar la comida o la droga para superar el estrés.

La mayor práctica deportiva en las adolescentes en riesgo de nuestra muestra se explicaría por el rechazo del paciente a mantener el peso corporal igual o superior al valor mínimo normal para su edad y talla y por el miedo a engordar. Estas dos circunstancias, al igual que la alteración en la percepción del peso y la imagen corporal, lleva al paciente a realizar una actividad física excesiva.

Para concluir, la prevalencia de adolescentes en riesgo de TCA en la isla de Lanzarote es elevada y se atenúa con la edad, observándose una asociación de dicho riesgo con la insatisfacción corporal y con la percepción de peso elevado, pero sobre todo con el número de dietas realizadas. La asociación con el abuso de sustancias y con la mayor práctica deportiva parece observarse sólo en las chicas. La reducción de este riesgo sólo se podría conseguir mediante la aplicación práctica de programas de prevención en el ámbito escolar, concienciando a su vez a la familia y a la comunidad de la cual forma parte el adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991;148:917-22.
2. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:259-65.
3. Strober M. Disorders of the self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradigm. En: Johnson C, editor. *Psychodynamic Treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New-York: Guilford; 1991. p. 354-73.
4. Guerra Prado D, Barjau Romero JM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla Moreno A, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 15-9.
5. Palmer TA. Anorexia nervosa, bulimia nervosa: causal theories and treatment. *Nurse Pract*. 1990;15(4):12-21.
6. Dana Anstine MD, Dawn Grinenko MD. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health*. 2000;26:338-42.
7. Martínez-González MA, de Irala J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sanit*. 2003;17:347-50.
8. Poyato Domínguez JL, Sánchez Espejo MM, Cañete Estrada R, Poyato Domínguez M. Conductas anoréxicas en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Rev Esp Pediatr*. 2002;58(4):241-6.
9. Gonzalo Morandé L. La insatisfacción corporal como factor de riesgo en el desarrollo de la anorexia nerviosa del niño y del adolescente. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2002;1(2):50-4.
10. Guerra Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001;29(6):403-10.

11. Arthuis M, Duché DJ. Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents: anorexie mentale et boulimie nerveuse. *Bull Acad Natle Med*. 2002;186(3):699-707.
12. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(22):273-9.
13. Castro J, Toro J, Salameo M, Guimera E. The eating attitudes test. Validation of the spanish version. *Psychol assessment*. 1991;7(2):175-90.
14. Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescent escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2000.
15. Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: Ed. Masson; 2000.
16. Aguirre Ackerman M, Damus R, Rodríguez Cuimbra S. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes secundarios del Nordeste Argentino. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2000. [Fecha de acceso 29 de enero de 2005]. URL disponible en: www.unne.edu.ar/cyt/2000/3_medicas
17. Ballester Ferrando D, de Gracia Blanco M, Patiño Masó J, Suñol Gurnés C, Ferrer Avellí M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(4):207-12.
18. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin*. 2000;114(13):481-6.
19. Ruiz Lázaro PM, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2001;2:7-13.
20. Gandarillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública* 67. Madrid: BOCM. Comunidad de Madrid; 2000.
21. Tomás Rasillo MA, Lozano JE. Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En: Junta de Castilla y León. *Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León*. España: Lovader; 2001. p. 27-62.
22. Canals J, Barceló R, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiquiatr Inf*. 1990;4:256-8.
23. Carbajo G, Canals J, Fernández J, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: 2 años de seguimiento. *Psiquis*. 1995;16(4):21-6.
24. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *B J Med Psychol*. 1989;62:61-70.
25. Moraleda Barba S, González Alonso N, Casado Viñas JM, Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada Gómez R, Aguilera Sánchez M, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Aten Prima*. 2001;28(7):463-7.
26. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982;12:871-8.
27. García Resa E. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. En: Chinchilla Moreno A, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 21-30.
28. Cervera Enguix S, Gual García P. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Vázquez-Varquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 389-415.
29. Largo Gómez R. Etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En: Chinchilla Moreno A, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 31-6.
30. Gonzalo D. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Madrid; 1995.