

CONDUCTAS DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES.

Carmen del Río Sánchez¹
Mercedes Borda Más
Inmaculada Torres Pérez
José Francisco Lozano Oyola.

RESUMEN

Evalúamos en una muestra no clínica de estudiantes, la prevalencia de algunos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, tales como atracones, dietas, ejercicio, vómitos autoinducidos y utilización de laxantes. 1040 estudiantes preadolescentes y adolescentes (455 chicas y 585 chicos) completaron las versiones españolas del Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner and Garfinkel, 1979) y del Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn, 1987).

Cuando comparamos a las chicas preadolescentes vs. adolescentes, nuestros resultados mostraron que las primeras, a pesar de tener un Índice de Masa Corporal (IMC) más bajo (19,6 vs. 20,61), presentaron actitudes más anormales hacia el peso, figura y alimentación (EAT-40 medio= 20,27 vs. 14,21) y una mayor frecuencia de ejercicio (28,3% vs. 17,4%) y vómitos (15,2% vs. 9,1%). Por el contrario, mostraron una menor frecuencia de dietas (38% vs. 48,2%) y atracones (2,2% vs. 14%). En los chicos, sin embargo, las dietas y otras conductas poco saludables para perder peso fueron raramente observadas, siendo el ejercicio físico el mecanismo más característico utilizado por ellos para perder peso.

PALABRAS CLAVE Trastornos de la conducta alimentaria de inicio infantil, factores de riesgo, insatisfacción corporal, preadolescencia, adolescencia.

ABSTRACT

The prevalence of several risk factors for becoming an eating disorders, such as binge eating, dieting, exercise, self-induced vomiting and use of laxatives, were assessed in a nonclinical sample. 1040 preadolescents and adolescents student (455 girls and 585 boys) completed the Spanish versions of the Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner and Garfinkel, 1979), and the Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn, 1987).

When comparing preadolescent vs. adolescent girls, our results showed that, although the former had lower Body Mass Index (BMI) (19,6 vs. 20,61), they presented more abnormal attitudes toward weight, shape and food (average EAT-40= 20,27 vs. 14,21) and higher frequency on exercising (28,3% vs. 17,4%), and vomiting (15,2% vs. 9,1%) than adolescent. Furthermore, they showed less dieting (38% vs. 48,2%) and bingeing (2,2% vs. 14%) than adolescent girls. In the boys, however, dieting and other unhealthy weight control behaviours were rarely observed, whereas, physical exercise was found as the more typical mechanism for losing weight.

WORDS KEY: Childhood-onset eating disorders, risk factors, body dissatisfaction, preadolescence, adolescence.

¹ E-mail: cderio@us.es

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Se consideran de *inicio infantil* a todos los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con un inicio anterior a los 14 años. El término "*inicio temprano*" también se ha utilizado a veces, pero este uso ha llevado a confusión, ya que algunos autores se refieren al inicio en la adolescencia (ej. antes de los 18 años) como "*temprano*" para diferenciarlos de los iniciados en la edad adulta. Bryant-Waugh y Lask (1995) defienden la utilización del término de "*inicio infantil*" para los casos que comienzan entre los 7 y 13 años de edad (7 años es la edad más joven de presentación de AN en la experiencia de ellos y 13, justo antes del primer pico en incidencia, generalmente situado entre los 14 y 16 años). Estos trastornos también se han llamado *prepuberales*, *puberales* o de *inicio premenárquico*.

El TCA más común en la infancia es la *anorexia nerviosa* (AN). El síndrome completo de *bulimia nerviosa* (BN) es raramente encontrado en la clínica en menores de 14 años. Bryant-Waugh (2000) describe además otros trastornos, según los Criterios del Great Ormond Street (GOS), que afectan a la alimentación en niños en este rango de edad, tales como *el trastorno por evitación emocional de los alimentos*, *alimentación selectiva*, *disfagia funcional*, *síndrome de rechazo generalizado*, etc., que se distinguen de la AN y la BN principalmente en que en estos otros trastornos no suelen presentarse cogniciones anormales respecto al peso o silueta y tampoco existe una mórbida preocupación por el control del peso o silueta. En un reciente estudio se han comparado los criterios GOS con los sistemas diagnósticos DSM-IV y CIE-10 aplicados a niños y adolescentes, encontrando que los primeros, especialmente desarrollados para su utilización en estas edades, son más exactos (Nicholls, Chater y Lask, 2000).

Los casos diagnosticados de trastornos alimentarios (AN y BN) son cada vez más frecuentes entre la población de niñas y adolescentes (1-3%). No obstante, lo son aún mucho más los casos de chicas que presentan algunos de los síntomas típicos de tales trastornos pero que no cumplen los criterios diagnósticos en su totalidad (síndromes parciales o "*subclínicos*"). Esto implica que muchas de ellas han adoptado desde edades muy tempranas métodos para controlar el peso que son perjudiciales para la salud y que podrían haber actuado como factores de *riesgo* para el desarrollo posterior de trastornos alimentarios (síndrome parcial o completo). Entre ellos destacan las *dietas restrictivas*, el *ejercicio físico excesivo*, los *vómitos autoinducidos* y el *consumo de laxantes*, todos ellos realizados con la motivación de perder peso. Diferentes estudios han aportado datos sobre la frecuencia con la que las adolescentes practican algunas de esas estrategias (Killen, Taylor, Telch *et al.*, 1986; Whitaker, Davies, Shaffer *et al.*, 1989; Patton, Jonson-Sabine, Wood *et al.*, 1990; Phelps, Andrea, Rizzo *et al.*, 1993; Serdula, Collins, Williamson *et al.*, 1993; Shisslak, Crago, Estes y Gray, 1995; Story, French, Resnick y Blum., 1995; French, Peterson, Story *et al.*, 1997; Unikel y Gómez, 1999; del Río, Borda, Torres y Rodríguez, 2000; del Río, Borda y Torres, 2001, etc.), encontrando frecuencias que oscilan en torno al 50-80% para la dieta, 5-15% para los vómitos, 2-6% para los laxantes y 20-56% para el ejercicio físico. Estas conductas, sobre todo en el caso de las prepúberes pueden tener graves consecuencias, ya que una pérdida excesiva de peso en esa edad puede retardar el crecimiento y la pubertad.

Obviamente, no todos los niños o adolescentes que hacen dietas y/o mantienen otros métodos no saludables para controlar el peso, desarrollarán un TCA. Es necesario distinguir entre (1) aquellos factores que son necesariamente *precondición* para el desarrollo de un trastorno alimentario, i.e., factores *predisponentes*, sin los cuales el trastorno es muy difícil que ocurra (vulnerabilidad genética: factores biológicos y rasgos de personalidad, y demandas socioculturales); (2) aquellos que están más inmediatamente relacionados con la aparición, i.e., factores *precipitantes* (desarrollo puberal, trauma, baja autoestima, autoevaluación basada únicamente en el peso, figura o apariencia, tensiones o problemas escolares, presiones escolares o de los amigos, enfermedad o pérdidas) y (3) aquellos que actúan manteniendo el trastorno cuando ya se ha presentado, i.e., factores *perpetuantes* (sentimiento de logro consecuencia de la ganancia de control sobre el cuerpo, o sobre los padres, y los efectos de la inanición, aunque los descritos como *predisponentes* y *precipitantes* también pueden actuar como *perpetuantes*). Por tanto, en la etiología de los TCA son relevantes los factores biológicos, sociales y psicológicos. El desafío es identificar los componentes clave de todos los potenciales factores que contribuyen, determinando cuales son necesariamente *precondición* (*predisponentes*), cuales son desencadenantes (*precipitantes*) y cuales están manteniendo el trastorno (*perpetuantes*) y conocer cómo y cuándo todos esos elementos interactúan (Lask, 2000).

El estudio de los factores de riesgo de los TCA es fundamental, no sólo para conocer una dimensión importante de los mecanismos etiopatogénicos sino para poner en marcha medidas y programas de prevención dirigidos a esta población ya que una prevención exitosa reviste una importancia fundamental para la salud y bienestar de los niños y adolescentes en su etapa de desarrollo. Un programa de prevención, debe basarse en una sólida base de conocimientos que incluya un entendimiento preciso de los factores relacionados con el inicio de los trastornos de la alimentación (es decir, los agentes y las señales de riesgo) y de los factores asociados con la reducción del riesgo (los que brindan protección) y sus mecanismos de funcionamiento (Shisslak, Crago, Gray *et al.*, 2000) ya que un programa mal diseñado podría tener un efecto totalmente contrario al deseado, no produciendo efectos beneficiosos (Stewart, 2000) o incluso pudiendo contribuir a la promoción del inicio de conductas de riesgo más que a reducir su incidencia (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, 1997).

De entre todos los factores de riesgo descritos, es el inicio de dietas restrictivas, consecuencia de la insatisfacción corporal y de la preocupación excesiva por el control del peso y de la silueta y en definitiva del deseo de adelgazar, el factor más relevante. Entre otros aspectos porque cuando un niño o adolescente consigue mantener la restricción dietética y adelgazar, aumenta su sensación de logro y su autoestima ya que, al menos en un principio, percibe un mayor éxito social, reforzado por comentarios positivos por parte de familiares y amigos. Esto conduce a que se mantenga o incluso endurezca la conducta de dieta y consecuentemente, a la posibilidad de que se desarrolle un TCA. Smolak y Levine (1996, cfr. Shisslak *et al.*, 2000), encontraron que los niños de la escuela primaria que hacían dieta se sentían menos satisfechos con su cuerpo y presentaban unas actitudes y conductas alimentarias más anormales que los niños que no seguían dieta alguna en el test realizado dos años más tarde.

Consecuentemente, conocer si las niñas hacen dietas y se preocupan por adelgazar, es un elemento fundamental de cualquier método que pretenda evaluar el riesgo de desarrollar un TCA. Obviamente, detrás de la insatisfacción corporal, se encuentran las influencias socioculturales que "idealizan" hasta el extremo, una figura femenina excesivamente delgada y con "ayudas" de la cirugía (i.e. implantes de silicona). El modelo estético resultante, es difícil de obtener por medios naturales y con una alimentación sana y equilibrada. Por ello, un número tan alto de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se sienten insatisfechas y se inician en edades cada vez más tempranas en dietas restrictivas y/o otros métodos peligrosos para perder peso con la esperanza de llegar a alcanzar ese "cuerpo soñado" a imagen de sus cantantes, actrices o modelos favoritas. Un factor que también ha sido destacado en la literatura científica es la influencia de los amigos, por un lado, estaría el factor "contagio", es decir, en algunos estudios se ha demostrado cómo las mujeres con más amigas que seguían dietas, también presentaban más síntomas de trastornos alimentarios (Crandall, 1988) y por otro lado, la influencia de las burlas o bromas respecto al cuerpo por parte de compañeros, amigos e incluso familia (Thompson y Heinberg, 1993) daba lugar a insatisfacción con el propio cuerpo y al inicio de la restricción alimentaria.

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia con la que preadolescentes (hasta 14 años) y adolescentes (de 15 años o más) de nuestro entorno utilizan dietas restrictivas y otros métodos poco saludables para perder peso (vómitos, laxantes y ejercicio excesivo) así como la presencia de atracones, conductas que se han considerado claramente como factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario y comprobar si existen características diferentes entre el tipo de conductas y/o la frecuencia con la que se practican por parte de los preadolescentes y adolescentes. Todo ello con la motivación de poder diseñar las estrategias oportunas para su control e incluirlas en los programas de prevención primaria que se desarrollen para su aplicación en los ámbitos educativos así como en los programas terapéuticos de aplicación en los casos subclínicos o síndromes parciales que se detecten.

MÉTODO

Participantes:

La muestra estudiada está compuesta por 1040 preadolescentes y adolescentes estudiantes (455 chicas y 585 chicos) de E.S.O. o Bachillerato. La muestra total se dividió en dos grupos en función del sexo y cada uno de ellos, a su vez en dos subgrupos en función de la edad (véase **Tabla 1**).

TABLA 1: Características de la muestra

	n	Rango de edad	Edad	
			media	SD
Mujeres preadolescentes	92	13-14	13,61	0,49
Mujeres adolescentes	363	15-21	16,56	1,17
Hombres preadolescentes	103	13-14	13,78	0,49
Hombres adolescentes	845	15-20	16,47	1,17
TOTAL	1040	13-21	15,98	1,54

Instrumentos:

Se aplicaron el **Eating Attitudes Test (EAT)** de Garner y Garfinkel (1979) adaptado por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) y el **Body Shape Questionnaire (BSQ)** de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), adaptado por Mora y Raich (1993) y Raich, Mora, Soler *et al.* (1996) y se seleccionaron algunos ítems (el 7 y el 16 del EAT y los 21, 26 y 32 del BSQ) que reflejaban la presencia de atracones y el empleo de estrategias para el control del peso tales como dieta, ejercicio, vómitos y consumo de laxantes.

Procedimiento:

A todos los adolescentes seleccionados (N=1040) se les administraron los instrumentos descritos, siguiendo las normas de aplicación, corrección y puntuación recomendadas por los autores y se les pidió que nos proporcionaran datos sobre su peso y estatura para obtener el índice de masa corporal (**IMC**). Se han considerado los puntos de corte de 30 en el **EAT** y de 103 en el **BSQ**, aunque para la realización de la **Figura 3** las puntuaciones totales y las de los puntos de corte se han expresado

en porcentajes (no para los análisis estadísticos), es decir, para el **EAT**, la puntuación máxima de 120, equivale al 100% y una puntuación de 30 (punto de corte) equivale al 25% y para el **BSQ**, la puntuación máxima de 206, equivale al 100%, y la de 103 (punto de corte) equivale al 50%. Los ítems que se analizaron para evaluar las conductas de riesgo fueron:

Del EAT:

- "A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer".
- "Hago mucho ejercicio para quemar calorías".

Del BSQ:

- "Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?"
- "¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?"
- "¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?"

En estos 5 ítems, se seleccionaron a todos los participantes que respondieron a ellos con la opción de "bastantes veces", "casi siempre" o "siempre", con el objetivo de eliminar aquellos casos en los que tales conductas pudieran haberse realizado forma esporádica ("algunas veces" o "casi nunca").

Análisis estadísticos:

Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa SPSS, versión 10.0. Para la comparación de medias del **BSQ**, **EAT**, **IMC** aplicamos la prueba t-test para muestras independientes de Student-Fisher. Para la comparación de proporciones de chicas/chicos y de los grupos de edad (preadolescentes /adolescentes) que manifestaban alguna/s de las conductas de riesgo (dieta, atracones, ejercicio, vómitos y laxantes), la prueba utilizada ha sido la de χ^2 .

TABLA 2: Puntuaciones medias del IMC, EAT y BSQ

		N (1040)	BSQ		EAT		IMC	
			Media	SD	Media	SD	Media	SD
MUJERES	TOTAL	455	81.51	32.85	15.99	13.52	20.38	2.52
	preadolescentes	92	85.11	38.22	20.27	19.39	19.46	2.14
	adolescentes	363	80.60	31.33	14.91	11.36	20.61	2.56
HOMBRES	TOTAL	585	49.75	17.73	10.05	5.69	21.74	2.85
	preadolescentes	103	50.58	18.13	11.06	5.74	20.61	2.75
	adolescentes	482	49.57	17.66	9.84	5.66	21.98	2.81

RESULTADOS

Calculamos las puntuaciones medias del **EAT**, **BSQ** e **IMC**, en cada grupo de edad y en cada sexo, así como los porcentajes de participantes que presentaban puntuaciones elevadas en alguno o algunos de los ítems relacionados con los factores de riesgo analizados. Los resultados mostraron que:

1º) Las mujeres preadolescentes y adolescentes en comparación con los hombres de sus mismas edades:

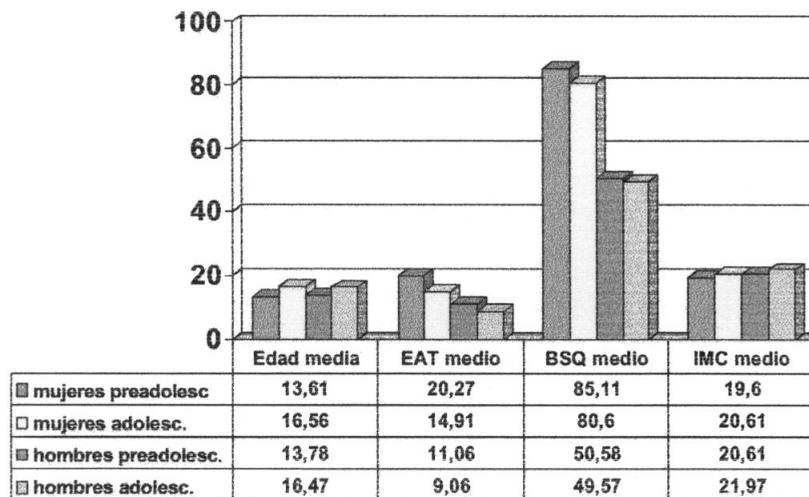
-presentan actitudes más anómalas ante la alimentación, peso y figura (EAT medio más elevado; $t = -8,779$, $gl=579,214$, $p<0.01$), así

como una mayor insatisfacción corporal (BSQ medio más alto, $t = -18,623$, $gl=656,908$, $p<0.01$), a pesar de que el **IMC** es más alto en éstos ($t = 8,100$, $gl= 1020,691$, $p<0.01$). (véanse **Tabla 2** y **Figura 1**).

-hacen más dietas ($\chi^2 = 79,154$, $p<0.01$), vomitan ($\chi^2 = 38,72$, $p<0.01$), y consumen más laxantes ($\chi^2 = 17,190$, $p<0.01$), aunque realizan ejercicio físico y admiten darse atracones con una frecuencia similar (véanse **Tabla 3** y **Figura 2**).

2º) Comparando a los subgrupos de preadolescentes/adolescentes en cada sexo, observamos:

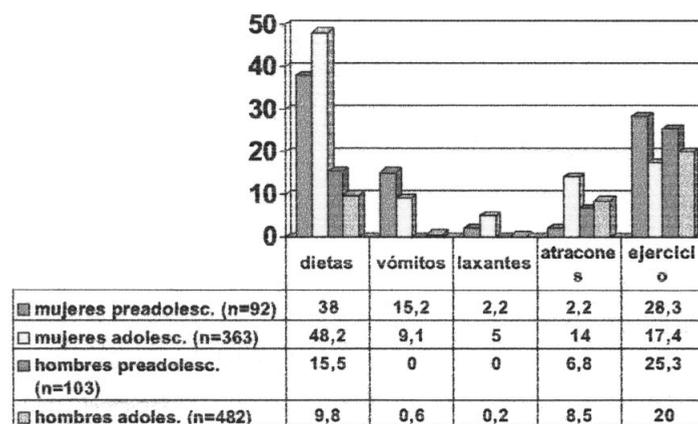
Figura 1: Medias de Edad, IMC, y de las puntuaciones del EAT y del BSQ.



-respecto a las puntuaciones medias del **IMC**, **EAT** y **BSQ** sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas para ambos sexos en el **IMC** (más alto en los adolescentes: $t=3,964$; $gI=453$; $p<0.01$ para las chicas y $t=-4,494$; $gI=583$; $p<0.01$ para los chicos) y en el **EAT** en las chicas, que es más alto en las preadolescentes ($t=2,545$; $gI=1047,29$; $p<0.01$) (véanse **Tabla 2** y **Figura 2**), lo que indica que las preadolescentes comparadas con las adolescentes presentan actitudes más anormales ante la alimentación, peso o figura (**EAT** más alto), un grado similar de insatisfacción corporal (**BSQ** medio sin diferencias significativas) y un **IMC** más bajo.

-en cuanto a las conductas de riesgo, en el caso de las chicas, las adolescentes hacen más frecuentemente dietas ($\chi^2 = 93,33$, $p<0.01$), toman más laxantes ($\chi^2 = 12,80$, $p<0.01$) y se dan más atracones ($\chi^2 = 45,302$, $p<0.01$) mientras que las preadolescentes hacen más ejercicio ($\chi^2 = 16,714$, $p<0.01$) y vomitan más, aunque en este caso las diferencias se encuentran en un nivel próximo a la significación estadística ($p=0.06$). En el caso de los hombres, los preadolescentes hacen más dietas ($\chi^2 = 15,24$, $p<0.01$) y ejercicio ($\chi^2 = 40,164$, $p<0.01$) y los adolescentes reconocen darse atracones con más frecuencia ($\chi^2 = 24,083$, $p<0.01$) (véanse **Tabla-3-Figura-2**).

Figura 2: Porcentajes de chicas que se dan atracones y realizan estrategias para controlar el peso (dietas, ejercicio, vómitos y laxantes)



3º) Centrándonos ya sólo en las mujeres, debido a que en ellas es donde se han observado las mayores alteraciones, analizamos la relación entre los factores de riesgo, el IMC y las puntuaciones medias del EAT y del BSQ, comparando a las chicas preadolescentes con las adolescentes. Los resultados mostraron que (véanse Figura 3 y Tabla 4 para ver las significaciones estadísticas) las chicas que presentan más alteraciones, tanto en cuanto a actitudes anormales con la alimentación, peso y figura (EAT medio más alto y superando el punto

de corte) como en cuanto a la insatisfacción corporal (BSQ más alto y superando también el punto de corte), son las preadolescentes que vomitan, hacen ejercicio o realizan dietas restrictivas (por ese orden), a pesar de presentar un IMC similar o incluso más bajo, como en el grupo de las preadolescentes que hacen dietas. Por el contrario, las adolescentes que utilizan laxantes y reconocen darse atracones se encuentran más alteradas que las preadolescentes que también realizan tales conductas.

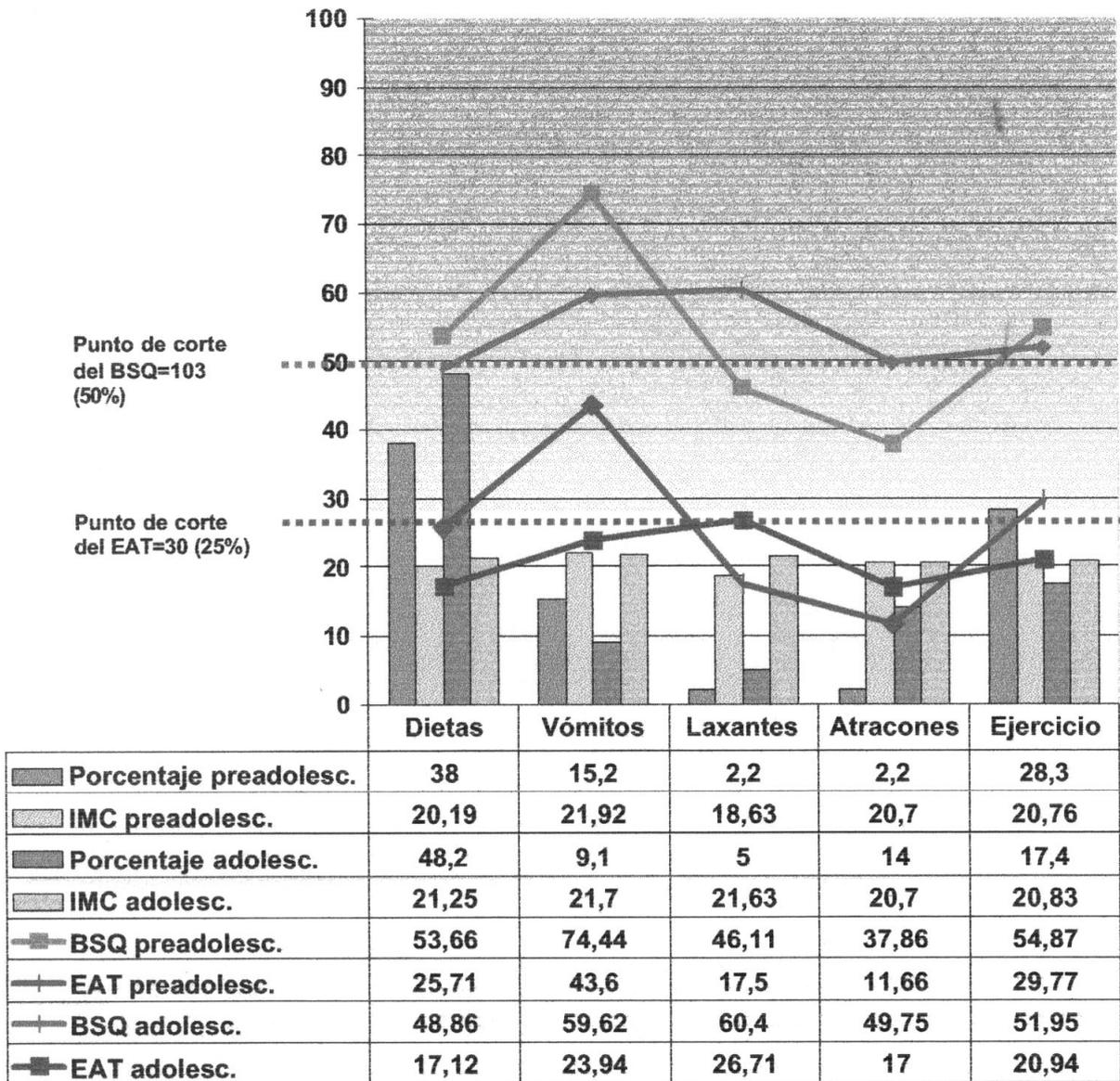
TABLA 3: Porcentajes de preadolescentes y adolescentes que se dan atracones y realizan estrategias para perder peso (dietas, ejercicio, vómitos autoinducidos y uso de laxantes)

		Dieta		Vómitos		Laxantes		Atracones		Ejercicio	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		MUJERES	Total	210	46.20	47	10.3	20	4.4	53	11.6
	preadolescentes	35	38	14	15.20	2	2.2	2	2.2	26	28.3
	adolescentes	175	48.2	33	9.1	18	5	51	14	63	17.4
HOMBRES	Total	63	10.80	3	0.5	1	0.2	48	8.2	122	20.90
	preadolescentes	16	15.50	0	0	0	0	7	6.8	26	25.3
	adolescentes	47	9.80	3	0.6	1	0.2	41	8.5	96	19.9

TABLA 4: Significaciones estadísticas de las comparaciones entre las chicas preadolescentes y adolescentes en la frecuencia con la que hacen dieta, vomitan, toman laxantes, hacen ejercicio y se dan atracones y las puntuaciones medias del IMC, EAT y BSQ

	Dietas	Vómitos	Laxantes	Atracones	Ejercicio
Porcentaje	$\chi^2 = 93,33$ p<0.01	NS	$\chi^2 = 12,80$ p<0.01	$\chi^2 = 45,302$ p<0.01	$\chi^2 = 16,714$ p<0.05
IMC medio	p<0.05	NS	NS	NS	NS
EAT medio	p<0.05	p<0.01	NS	p<0.01	p<0.05
BSQ medio	NS	p<0.01	p<0.01	p<0.01	NS

Figura 3: Relación entre el IMC, BSQ, EAT, atracones y estrategias utilizadas para perder peso por las chicas preadolescentes y adolescentes.



Nota: Las puntuaciones medias del BSQ y del EAT se han expresado en porcentajes para la realización de esta figura

DISCUSIÓN

Los chicos de nuestro estudio, como era esperable están más satisfechos con su cuerpo y presentan unas actitudes más positivas ante la alimentación, peso y figura que las chicas, la frecuencia con la que realizan dietas para perder peso es mucho menor y son prácticamente inexistentes las conductas de purga. El método preferido por ellos para perder peso, es el ejercicio físico. Respecto a los atracones, que reconocen dárseles un 6.8% de los preadolescentes y un 8.5% de los adolescentes, suponemos que no tienen las mismas connotaciones que en las chicas, es decir, no son el resultado de la restricción dietética para perder peso. Además, esos chicos no presentan elevaciones en el BSQ ni en el EAT, por lo que podrían haber considerado el ítem "A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer" como el reflejo de una conducta de "hambre feroz" que con cierta normalidad puede darse en algunos adolescentes y que poco tiene que ver con la patología alimentaria.

Nuestros resultados no difieren de los encontrados en la literatura científica reciente, lo que indica que la internalización del cuerpo "ideal" delgado y la búsqueda de la delgadez por encima de la salud, es compartida por muchas chicas occidentales independientemente del entorno concreto en el que habiten.

En nuestro estudio, observamos que las chicas preadolescentes muestran niveles de insatisfacción corporal semejantes a las adolescentes, sin embargo, es preocupante observar que presentan unas actitudes más anormales ante la alimentación, peso y figura que ellas y eso a pesar de tener un IMC más bajo. Por otro lado, las adolescentes practican más dietas, usan más laxantes y se dan más atracones, mientras que las preadolescentes hacen más ejercicio y vomitan con una frecuencia mayor. Una interpretación de estos resultados podría ser que las preadolescentes quizás tengan más problemas para hacer una dieta restrictiva por estar sujetas a un mayor control por parte de sus padres y tengan más dificultades para adquirir laxantes. Sin embargo, la autoprovocación del vómito y la realización de ejercicio físico para adelgazar, está a su alcance más fácilmente.

Analizando más exhaustivamente a las chicas que practican alguna de las conductas de riesgo en relación con sus actitudes ante la alimentación, la insatisfacción corporal y su IMC, observamos que las preadolescentes que vomitan, seguidas de las que hacen ejercicio y dietas son las que presentan una mayor insatisfacción corporal (BSQ medio muy por encima del punto de corte) y peores actitudes ante la alimentación, peso y figura (EAT medio superando el punto de corte). En el grupo de adolescentes, las que se purgan (vomitan y usan laxantes) y hacen ejercicio son las más insatisfechas con su cuerpo, pero en general presentan unas actitudes menos anómalas ante la alimentación, peso y figura que las preadolescentes ya que, salvo las que utilizan laxantes, no superan el punto del corte del EAT. Estos resultados podrían interpretarse en función de que una mayor insatisfacción corporal, podría dar lugar a que se practiquen, además de la restricción dietética, conductas más extremas como los vómitos y laxantes en un intento desesperado de conseguir la figura deseada.

La detección de las conductas poco saludables que las chicas de nuestro estudio reconocen

mantener, se realizó a partir de las respuestas dadas a los cuestionarios (EAT y BSQ), y como todas las medidas de auto-informe, los cuestionarios aplicados están sujetos a posibles distorsiones o inexactitudes por parte de la persona que responde. Por un lado, podrían haberse producido inexactitudes en las contestaciones de las preadolescentes al haber entendido mal algunos de los ítems (a pesar de que tratamos de aclarar aquellos que pudieran resultar más problemáticos). Por otro, también las preadolescentes podrían haber interpretado algunos de los ítems de forma diferente a las adolescentes. Por ejemplo, en estudios anteriores, se ha encontrado que las muchachas más jóvenes tienen más dificultad en determinar lo que constituye un atracón que las mayores (Childress, Jarrell, y Brewerton, 1993) y también que las muchachas más jóvenes pueden indicar inexactamente que utilizan el vómito auto-inducido para controlar el peso más frecuentemente que las mayores (Maloney, McGuire, Daniels y Speccker, 1989).

Aun teniendo en cuenta las recomendaciones de French, Peterson, Story *et al.* (1998) sobre la conveniencia de realizar entrevistas individuales con los adolescentes que autoinformen manifestar conductas poco saludables para el control del peso, debido a la posibilidad de que tales estimaciones pudieran ser exageradas, los resultados de nuestro estudio, muestran como una población no clínica de niñas y adolescentes presentan algunas conductas de las que se observan en los trastornos alimentarios que son perjudiciales para la salud y que se han considerado en numerosos estudios como factores de riesgo o precursores para el desarrollo de TCA. La alta frecuencia con la que las chicas de nuestro entorno desde edades muy tempranas practican estrategias compensatorias inadecuadas como método para perder peso, nos permite concluir que tales prácticas pudieran estar adquiriendo un preocupante status de *aceptación social*. Estas chicas pueden considerarse que están en una situación de *alto riesgo* para el desarrollo de trastornos alimentarios y consecuentemente, se plantea la necesidad de aplicar con ellas medidas preventivas, como han sugerido entre otros, Carter *et al.* (1997), del Río (1998a, 1998b), Shisslak *et al.* (2000), Smolak, Levine y Sherner (2000), etc. Claramente hay evidencias de que algunos factores de riesgo para TCA pueden empezar en la niñez, ya que en muchas de nuestras preadolescentes ya estaban instauradas esas conductas por lo que debieron comenzar en la niñez. Sin embargo, estos precursores no son hasta el momento lo suficientemente conocidos y requieren estudios futuros. Como han informado Shyslak *et al.* (1999), es importante iniciar estudios en la escuela primaria para que los potenciales factores de riesgo para el desarrollo de TCA puedan examinarse más exhaustivamente.

No obstante, hasta el momento los resultados de los programas de prevención aplicados no han sido totalmente satisfactorios. Como han sugerido recientemente Stice y Ragan* (2002), una posible explicación para el éxito limitado de tales programas de prevención es que esas intervenciones podrían no haber tenido la intensidad suficiente ya que la mayoría de los programas suelen estar constituidos por un número escaso de sesiones. Además, en un corto espacio de tiempo, se proporciona una cantidad excesiva de información psicoeducativa sobre los TCA, las consecuencias de estas conductas, los factores de riesgo sospechosos para la patología alimentaria y sobre nutrición y técnicas para el control

del peso saludables. Estos autores, indican que parece posible que una intervención psicoeducativa de duración más larga podría producir mejores resultados ya que los participantes tendrían más de una oportunidad para discutir, sintetizar y actuar sobre el material.

Obviamente, la duración de programas de prevención está a menudo limitada por el tiempo medio que los centros escolares pueden dedicar a tales intervenciones ya que tienen que cumplir su programación. Por ello, Stice y Regan (2002) han sugerido que las escuelas podrían no ser la escena más adecuada para los esfuerzos de prevención y proponen una alternativa que consiste en proporcionar intervenciones psicoeducativas más extensas mediante cursos sobre trastornos de la alimentación en la universidad, lo que permitiría una presentación con más profundidad del material. Esta propuesta de Stice y Regan, nos parece interesante ya que también en esa etapa las estrategias de prevención son convenientes, pero consideramos que no se debe prescindir de la aplicación de programas en la educación primaria y secundaria. Como hemos indicado, es en esas edades donde se produce principalmente la internalización del cuerpo "ideal" delgado, producto de las presiones socioculturales (a partir de la familia, pares y medios de comunicación) y sus consecuencias, es decir, descontento con el propio cuerpo, inicio de dietas y/o práctica de otras estrategias para perder peso, aumento de la probabilidad de que se produzcan atracones y en definitiva, mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Por ello, la colaboración de las instancias educativas en cuanto a la inclusión en la programación de la educación primaria y secundaria de espacios dedicados a la prevención de los TCA, sería muy conveniente si consideramos la alta incidencia de conductas de riesgo que hemos observado en nuestro estudio y en otros similares, todo ello con la intención de evitar la eclosión de uno de los problemas psiquiátricos que actualmente afectan más comúnmente a las mujeres y que a menudo derivan en cronicidad, se asocian con comorbilidad y deterioro psicosocial, provocan complicaciones médicas serias y tienen una tasa de mortalidad más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico (Fairburn, Norman, Welch, O'Connor *et al.*, 1995; Lowe, Zipfel, Buchholz *et al.*, 2001). Obviamente, esas consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas afectan tanto a los pacientes como a sus familias y repercuten en toda la sociedad.

REFERENCIAS

- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. En B. Lask, y R. Bryant-Waugh (eds.): *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Sussex: Psychology Press.
- Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (1995). Childhood-Onset eating disorders. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (Eds.): *Eating disorders and obesity*. New York: The Guilford Press.
- Carter, J.C., Steward, D. A., Dunn, V. J. y Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-190.
- Crandall, C. (1988). The social contagion of binge eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 589-599.
- Childress, A. C., Jarrell, M. P., y Brewerton, T. D. (1993). The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): Internal consistency, component analysis, and reliability. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 1, 123-133.
- Cooper, F.J., Taylor, M.J., Cooper, Z y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6/4, 485-494
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S.L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., y Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304 - 312.
- French, S. A., Peterson, C .B., Story, M., Anderson, N., Mussell, M. P., Mitchell, J. E. (1998). Agreement between survey and interview measures of weight control practices in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 45-56.
- 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.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Telch, M. J., Robinson, T. N., Maron, D. J. y Saylor, K.E. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1447-1449.
- Lask, B. (2000). Aetiology. En B. Lask, y R. Bryant-Waugh (eds.): *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Sussex: Psychology Press.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont y Reas, D.L. y Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31, 881-890.
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R., y Specker, B. (1989). Dieting behaviors and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993). *Adaptació del Bulimia Test i body Shape Questionnaire en una mostra universitària*. Comunicació en la VII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- Nicholls, D., Charter, R. y Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K. M., Mann, A. H. y Wakelling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: a prospective epidemiological study, outcome at 12 months. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Phelps, L., Andrea, R., Rizzo, F. G., Johnston, L., y Main, C. M. (1993). Prevalence of self-induced vomiting and laxative/medication abuse among female

adolescents: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 375-378.

Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 1, 51-66.

Rio, C. del (1998a). *Desarrollo de un programa de prevención en trastornos alimentarios en grupos de riesgo*. Ponencia en el III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Torremolinos.

Rio, C. del (1998b). *Prevención de los trastornos alimentarios en contextos educativos*. Ponencia en el Symposium sobre perspectivas actuales de los tratamientos cognitivos conductuales. Sevilla.

Rio, C. del, Borda, M., Torres, I. y Rodríguez, L. (2000). *Prácticas de control del peso en adolescentes sevillanos*. XXX Congress of the European Association for Behavioral & Cognitive Therapies. Granada, 26-28 de septiembre de 2000.

Rio, C. del, Borda, M., Torres, I. (2001). *Conductas purgativas en la adolescencia*. III Congreso Nacional de AETCA. Sevilla, 16-18 de Mayo de 2001.

Serdula, M. K., Collins, M. E., Williamson, D. F., Anda, R. F., Pamuk, E. R., y Byers, T. E. (1993). Weight control practices of US adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 119, 667-671.

Shisslak, C. M., Crago, M., Estes, L. S. y Gray, N. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.

Shisslak, C.M., Crago, M., Gray, N., Estes, L.S., McKnight, K., Parnaby, O.G., Sharpe, T., Bryson, S., Killen, J. y Taylor, C. B. (2000). El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la fundación McKnight. En P. Vandereycken y G. Noordenbos (comp.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica (Original 1998).

Shisslak, C. M., Renger, R., Sharpe, T., Crago, M., McKnight, K. M., Gray, N., Bryson, S., Estes, L., Parnaby, O. G., Killen, J. y Taylor, C.B. (1999). Development and evaluation of the McKnight risk factor survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorder*, 25, 195-214.

Smolak, L., Levine, M. P. y Schermer, F. (2000). Lo que nos enseñó la enseñanza: evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias. En P. Vandereycken y G. Noordenbos (comp.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica (Original 1998).

Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En P. Vandereycken y G. Noordenbos (comp.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica (Original 1998).

Stice, E. y Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 159-171.

Story, M., French, S. A., Resnick, M. D., y Blum, R. W. (1995). Ethnic and socioeconomic status differences in dieting behaviors and body image perceptions in

adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 173-179.

Unikel, C. y Gómez, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mejicanas. *Psicología conductual*. 7/3, 417-429.

Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, B. T. y Kalikow, K. (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.