

# Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media

S. Moraleda Barba, N. González Alonso, J.M. Casado Viñas, J. Carmona de la Morena, R. Gómez-Calcerrada Gómez, M. Aguilera Sánchez y R. Orueta Sánchez

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de trastornos alimentarios en la población adolescente en una zona básica de salud.

**Diseño.** Observacional, transversal.

**Emplazamiento.** Tres centros urbanos de enseñanza media de Toledo.

**Participantes.** Estudiantes de 13-16 años.

**Mediciones principales.** Se administró la versión validada al castellano del Eating Attitudes Test-40, previa autorización de sus padres, para detectar la presencia de trastornos alimentarios. En los casos positivos, se informó mediante carta a los progenitores.

**Resultados.** Realizaron el cuestionario 503 estudiantes, lo cual representa más del 95% de los adolescentes de la zona. La puntuación media absoluta obtenida fue de 13,42 puntos (IC, 12,57-14,28), siendo en mujeres de 14,71 puntos y de 11,82 en varones. Según los grupos de edad, la puntuación media para 13, 14, 15 y 16 años fue de 14,05, 13,85, 13,08 y 12,60 puntos, respectivamente. Presentaron  $\geq 20$  puntos (sensibilidad, 91%; especificidad, 69,2%) un 16,97% y  $\geq 30$  puntos (sensibilidad, 67,9%; especificidad, 85,9%) el 6,79% de la muestra.

Hubo un mayor porcentaje de positividad en mujeres que en varones ( $\chi^2 = 22,4$ ;  $p < 0,001$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al grupo de edad ( $\chi^2 = 3,4$ ;  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de trastornos alimentarios en este colectivo, siendo más frecuente en mujeres. Parece justificado realizar intervenciones de prevención de este tipo de problemas así como su búsqueda activa.

**Palabras clave:** Trastornos del comportamiento alimentario. Adolescentes. EAT.

## EATING DISORDERS AMONG SECONDARY STUDENTS IN A HEALTH AREA

**Objectives.** To study the prevalence of eating disorders among adolescent in a health area.

**Design.** Cross-sectional descriptive study.

**Setting.** The primary care centres of secondary education.

**Participants.** Students with age between 13-16 years.

**Measurements.** The validation of the Spanish translation of the Eating Attitudes Test-40 was administered to students, previous authorization of their parents. In the positive cases, we reported with a letter to their parents. The data were incorporate to a data base and in order to their treatment tools of analytic and descriptive statistic they were used.

**Results.** There were 503 valid questionnaires (95% students of the health area). The absolute mean score was 13.42 points (CI, 12.57-14.28), in women 14.71 points and in man 11.82 points.

According to age groups, the mean score for 13, 14.15 and 16 years was 14.05, 13.85, 13.08 and 12.60 points respectively. 16.97% presented  $\geq 20$  points (sensitivity, 91%; specificity, 69.2%) and 16.97% of the sample  $\geq 30$  points (sensitivity, 67,9%; specificity, 85.9%).

There were more positive cases in women than men ( $\chi^2 = 22.4$ ;  $p < 0.001$ ). The age variable did not show statistically significant differences ( $\chi^2 = 3.379$ ;  $p > 0.05$ ).

**Conclusions.** There is a high prevalence of eating disorders among secondary students, being more frequently among women. We think it is necessary to make preventive services task in these problems and seek positive cases.

**Key words:** Eating disorders. Adolescents. EAT.

Centro de Salud de Sillería.  
Toledo.

Correspondencia: Sandra Moraleda Barba.  
C/ Reino Unido, 5, 1.º B.  
45005 Toledo.  
Correo electrónico:  
smoraleda@eresmas.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-VI-2001.

## Introducción

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son los dos grandes trastornos del comportamiento alimentario (TCA)<sup>1</sup>. El DSM-IV de la American Medical Association establece como criterios diagnósticos de AN el rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimamente normal (para su edad y altura), el temor intenso a ganar peso, la alteración en la percepción de la imagen corporal, y en mujeres también hay que considerar la amenorrea. Por otra parte, los criterios de BN incluyen episodios recurrentes de atracones, asociados a conductas compensatorias inapropiadas, con una frecuencia mínima de 2 veces a la semana, durante al menos 3 meses<sup>2,3</sup>. En la AN observamos alteraciones del binomio alimentación/peso; en la BN, una pauta conductual específica.

En las dos últimas décadas se ha detectado un incremento espectacular de los TCA, con una prevalencia que oscila en un 0,5-4% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes del mundo occidental<sup>5-7</sup>, siendo más frecuente la bulimia (2-3%), que la anorexia nerviosa (0,2-0,8%)<sup>8</sup>. En España, los estudios realizados sobre prevalencia son escasos, y en ellos se constata la presencia de cuadros parciales y completos de TCA, en un 4,75% de las mujeres adolescentes y el 0,85% de los varones adolescentes<sup>9</sup>, llegando a representar la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes en nuestro medio<sup>5</sup>.

Hoy día, el médico de atención primaria puede identificar posibles casos de TCA entre adolescentes con ayuda de métodos de cribado, como los cuestionarios autocumplimentados, entre los que se encuentra el Eating Attitudes Test<sup>10</sup>, el cual mide actitudes y conductas de riesgo, para desarrollar un TCA, en adolescentes mayores de 12 años, analizando aspectos como preocupación por la imagen corporal, comida, dietas, comer a escondidas, vómitos y abuso de laxantes, y su percepción de la presión social para controlar el peso<sup>11-14</sup>.

En este contexto, hemos realizado el presente estudio para conocer la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de nuestra zona básica de salud.

## Material y métodos

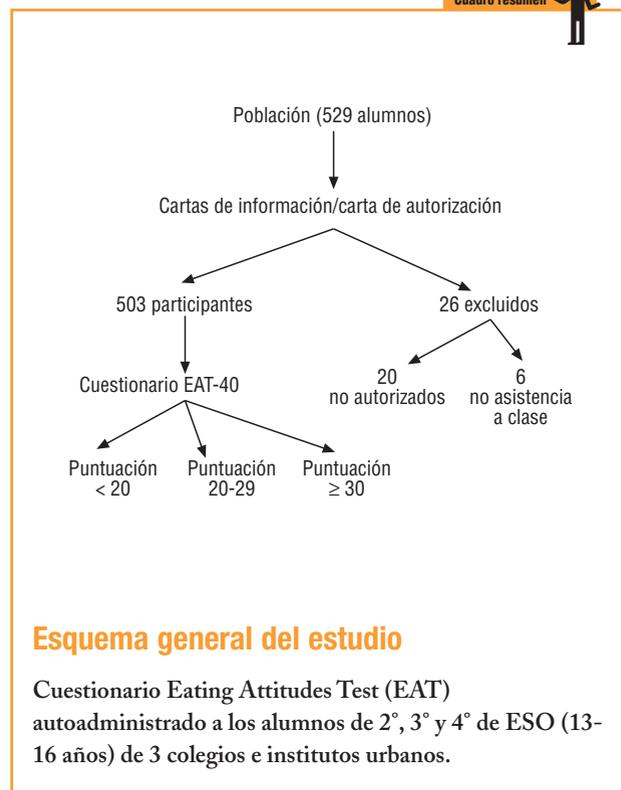
### Población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, durante el primer trimestre del año 2000, mediante cuestionario autoadministrado de respuesta múltiple, pasado a cumplimentar a todos los alumnos de segundo, tercero y cuarto de ESO de 13-16 años (ambos incluidos); un total de 520 alumnos, pertenecientes a los 3 colegios e institutos ubicados en el casco histórico de Toledo.

### Método

Previo contacto con la Dirección de los Colegios e Institutos de la zona, nos dirigimos a los padres de los alumnos, mediante carta,

Material y métodos  
Cuadro resumen



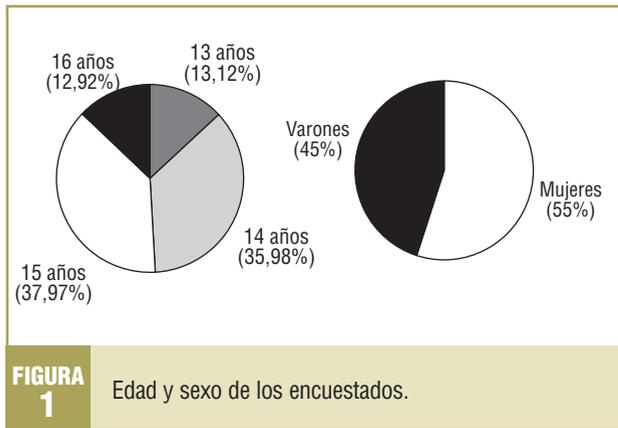
para informarles sobre el estudio y solicitar la autorización de la participación de su hijo/a. Realizaron la presentación del cuestionario los autores del trabajo, en horario lectivo, en el colegio e instituto correspondiente. Aquellos alumnos que aportaron el consentimiento de sus progenitores realizaron el cuestionario, tras información de la forma de cumplimentación. Al final del estudio, se envió una carta informativa a los familiares de aquellos estudiantes que resultaron positivos en el test.

### Cuestionario

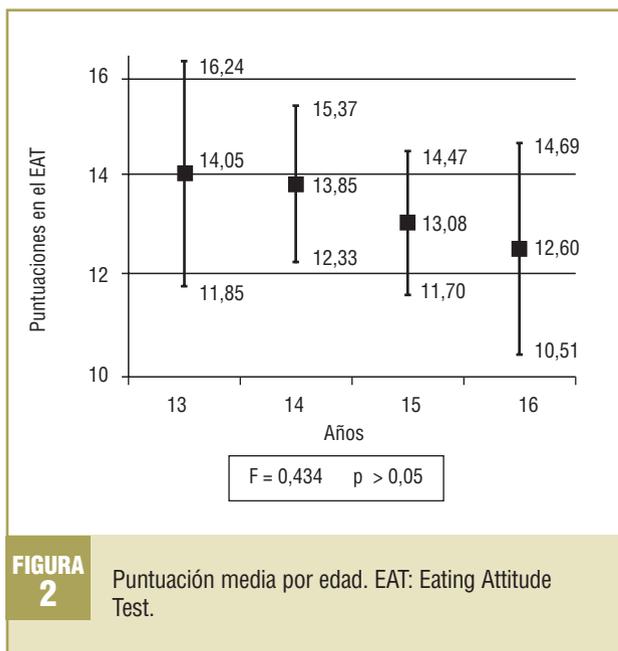
El cuestionario administrado fue el Eating Attitudes Test-40, de origen americano, diseñado por Garner y Garfinkel (1979)<sup>10</sup>, en su versión validada al español (1991)<sup>15</sup>, para evaluar las conductas y actitudes respecto a comida, peso y ejercicio, propias de la AN. El Eating Attitudes Test ha sido muy utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. Es un inventario autoadministrado compuesto por 40 ítems, que cuenta con seis posibilidades de respuesta, puntuables de 0 a 3, de las que se debe escoger una sola. Para su evaluación se valoraron dos puntos de corte, de acuerdo a la bibliografía consultada; el punto de corte de 30 puntos que presenta una sensibilidad de 67,9% y una especificidad del 85,9%, y el punto de corte de 20 puntos, confiando al instrumento una sensibilidad del 91,0%, a costa de reducir la especificidad al 62,2%<sup>15-16</sup>.

### Análisis estadístico

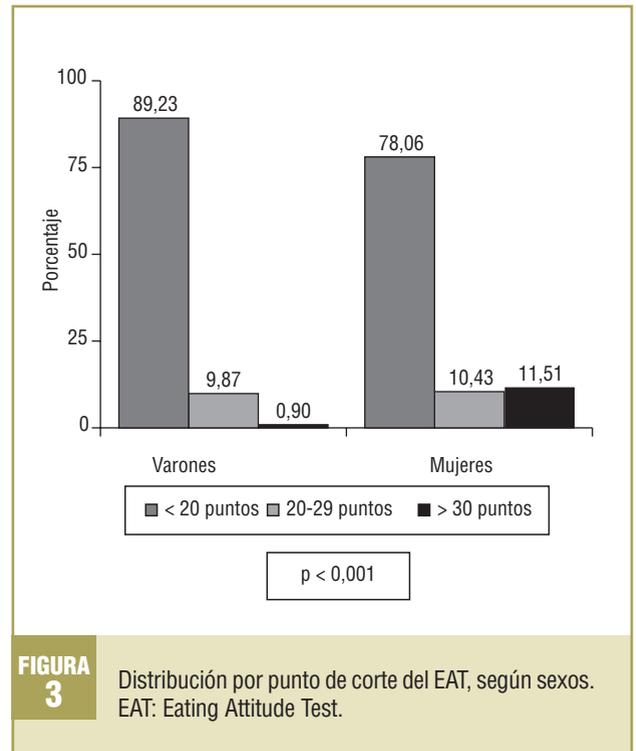
Los datos se introdujeron en una base de datos del programa informático R-sigma. Para su tratamiento se emplearon herramientas de estadística descriptiva (distribución de frecuencias y medias, con intervalos de confianza del 95%) y analítica (ji-cuadrado y F de Snedecor).



**FIGURA 1** Edad y sexo de los encuestados.



**FIGURA 2** Puntuación media por edad. EAT: Eating Attitude Test.



**FIGURA 3** Distribución por punto de corte del EAT, según sexos. EAT: Eating Attitude Test.

Con referencia al punto de corte  $\geq 30$  puntos, resultó positivo en el 6,79% de la muestra, aumentando este porcentaje al 16,97% de los encuestados en el punto de corte  $\geq 20$  puntos.

En la figura 3 se observa la distribución por punto de corte según sexo, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 22,4$ ;  $p < 0,001$ ). En la figura 4 se recoge esta misma distribución en función de la edad del encuestado, no existiendo en este caso diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 3,4$ ;  $p > 0,05$ ).

## Resultados

Del total de 529 alumnos cumplimentaron la encuesta 503 (tasa de respuestas, 95%). El resto, o bien aquel día no acudió a clase, o fue excluido por no aportar la autorización de los padres. La distribución por grupos de edad y sexo de los 503 adolescentes encuestados se muestra en la figura 1.

La puntuación media de todos los encuestados fue de 13,42 puntos (IC del 95%, 12,57-14,28), con 14,71 puntos en mujeres (IC del 95%, 16,10-13,32) y 11,82 en varones (IC del 95%, 12,59-11,05), con diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p < 0,001$ ).

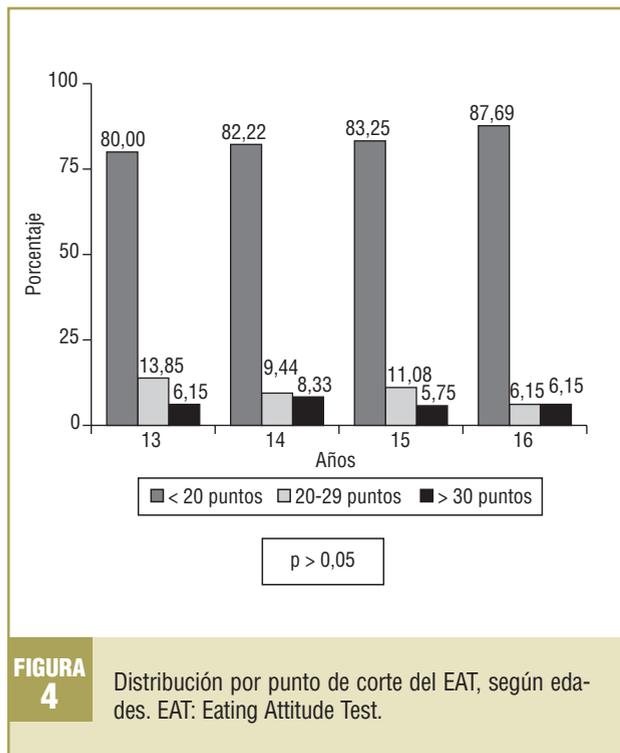
En la figura 2 se presentan las puntuaciones medias y sus intervalos de confianza, según los distintos grupos de edad, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

## Discusión

Son distintos los factores de la sociedad occidental que actúan sobre el adolescente orientándole hacia una «cultura del cuerpo», pudiéndole conducir hacia trastornos del comportamiento alimentario, especialmente en aquellos jóvenes en los que existe predisposición<sup>2,7,17-20</sup>.

La elevada tasa de respuesta alcanzada (95%) hace pensar que nuestros datos son muy representativos de nuestra población, si bien el 5% restante podría modificar ligeramente el resultado global. En cuanto a la fiabilidad en la cumplimentación de las encuestas, pueden existir potenciales limitaciones, pero creemos que la metodología de explicación y cumplimentación seguidas puede haber minimizado esta posibilidad.

Se considera que el Eating Attitude Test es un índice de estado, más que de rasgo, para los trastornos de la conducta



**FIGURA 4** Distribución por punto de corte del EAT, según edades. EAT: Eating Attitude Test.

alimentaria<sup>15</sup>, y no es posible considerarlo como criterio diagnóstico; sin embargo, lo hemos elegido como cuestionario porque el Eating Attitude Test-40 detecta, en población general, con una buena sensibilidad y especificidad, ciertas conductas que se pueden considerar como de riesgo para desarrollar TCA<sup>10</sup>.

Nuestros datos concuerdan con otros estudios similares, si bien la mayoría de ellos abarcan hasta edades posteriores a las incluidas en nuestro estudio<sup>13-17</sup>. Así pues, observamos una puntuación positiva en el Eating Attitude Test-40 tan alta o más que en los estudios consultados<sup>12-17,21-23</sup>, y seguimos confirmando la elevada presencia de mujeres con este tipo de conductas de riesgo ante la alimentación, en proporción similar a la bibliografía consultada (10 mujeres/1 varón)<sup>1,6,7,13-17,24-26</sup>. Por otra parte, también coincidimos con los estudios referidos en que no se demuestra una disminución de la prevalencia según la edad<sup>15,17</sup>, aunque dichos trabajos sí indican que la evolución de casos diagnosticados de TCA mejoran con la edad<sup>1,16,27-30</sup>.

Si analizamos las recomendaciones del PAPPS<sup>31</sup>, observamos que en ellas no se contempla la detección y prevención de los TCA dentro de los trastornos de salud mental. En cuanto a las actividades preventivas propias de la infancia y la adolescencia, en el control del niño sano se incluye la supervisión del crecimiento y el estado nutricional mediante antropometría seriada, sin hacer ninguna referencia a los TCA. Aunque actualmente no existe ningún medio verificado que permita llevar a cabo una prevención primaria de los TCA<sup>17,26,32-35</sup>, nos parece fundamental el papel de los



### Lo conocido sobre el tema

- En las últimas décadas se ha detectado un incremento progresivo de la incidencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en adolescentes.
- Existen diferentes cuestionarios validados para detectar TCA.
- El Eating Attitudes Test-40 es un cuestionario con buena sensibilidad para detectar conductas de riesgo de TCA.

### Qué aporta este estudio

- En nuestro estudio se confirma la alta prevalencia de este tipo de conductas de riesgo.
- Los datos obtenidos sugieren la utilidad potencial de intervenciones de prevención de este tipo de problemas, pudiéndose plantear la búsqueda activa de casos.

médicos, enfermeras y trabajadores sociales de atención primaria en la detección precoz de estos trastornos, y su posterior derivación al equipo de salud mental<sup>32,37</sup>, para normalizar el estado nutricional y la imagen corporal, corregir los comportamientos alimentarios compulsivos, mejorar la autoestima y tratar la psicopatología comórbida asociada<sup>1,28-30,36-40</sup>.

En conclusión, hemos detectado una alta prevalencia de TCA en nuestro colectivo, siendo más frecuente entre mujeres, datos que concuerdan con otros estudios. Así pues, parece justificado realizar intervenciones de prevención de este tipo de problemas, así como la búsqueda activa de casos.

### Bibliografía

1. Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; 2: 68-80.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Washington D.C: APA, 1994.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 1993; 150: 212-228.
4. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapaport JL. Uncommon troublemaker in young people: prevalencia estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent populations. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 487-496.
5. Lucas AR, Beend CM, O'Fallen WM, Kurland LT. 50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population based study. Am J Psychiatry 1991; 148: 917-922.
6. Bosch X. Spain tackles eating disorders. BMJ 1999; 318: 960.

7. 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.
8. Sánchez-Planell. Trastornos de la alimentación. En: Vallejo Ruiloba, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1991; 276-295.
9. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. *Pediatría Integral* 1997; 2: 243-260.
10. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-279.
11. Williams P, Hand D, Tarnopolsky A. The problem of screening for uncommon disorders. A comment on the Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine* 1982; 12: 431-434.
12. Mann AH, Wakeling A, Wood K, Monck E, Dobbs R, Szmulker G. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old school-girls. *Psychol Med* 1983; 13: 573-580.
13. Nasser MM. The validity of the Eating Attitudes Test in a non-Western population. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 109-110.
14. Rickey L, Williams MD. Use of the eating attitudes test and disorders inventory in adolescents. *J Adolesc Health* 1987; 8: 266-272.
15. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol/Psychol Assess* 1991; 7: 175-190.
16. Lázaro J, Toro J, Canalda G, Castro J, Martínez E, Puig J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 169-174.
17. Martínez A, Menéndez D, Sánchez MJ, Seoane M, Suárez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 313-319.
18. Garner DM. Patogenia de la anorexia nerviosa. *Lancet (ed. esp.)* 1993; 23: 280-289.
19. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shave, publicity and anorexia nervosa. *Soc Psychiatry* 1998; 23: 132-136.
20. Martínez E, Toro J, Salamero M. Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1996; 23: 125-133.
21. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Arch Gen Psych* 1991; 48: 712-718.
22. Terry PC, Lane AM, Warren L. Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. *J Sci Med Sport* 1999; 2: 67-77.
23. Lask B. Review of anorexia and bulimia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 109-110.
24. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Br J Psychol* 1989; 62: 61-70.
25. Lee S. Anorexia nervosa in males. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28: 147-148.
26. Padierna A, Silva M, Horcajo MJ, Vicente MJ, Ponte J, López E. Evolución de la demanda asistencial por trastornos alimentarios en un programa específico (1992-1999). *An Psiquiatría* 1999; 5: 325-328.
27. Martínez Mallén E, Toro J, Salamero M, Bleuca MJ, Zaragoza M. Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1993; 20: 51-65.
28. Pla C, Toro J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 441-446.
29. Toro J, Nicolau R, Cervera M, Castro J, Bleuca MJ, Zaragoza M et al. A clinic and phenomenological study of 185 spanish adolescents with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995; 4: 165-175.
30. Nilsson EW et al. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1389-1395.
31. PAPPs. Actualización-1999. *Aten Primaria* 1999; 24: 9-192.
32. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1266-1271.
33. Pagsberg AK, Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 259-265.
34. Menéndez F, Pedreira JL. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; 19: 7-22.
35. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW. Epidemiology. En: Hoek HW, Treasure J, Katzman MA, editores. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998; 97-126.
36. Gila A, Castro J, Toro J, Salamero M. Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. *Br J Med Psychol* 1998; 71 (Pt 2): 175-184.
37. Instituto Nacional de la Salud. *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995; 11-12.
38. Matsunaga H et al. Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1999; 29: 407-414.
39. Fukoka Y et al. What is the most serious complication for patients with anorexia nervosa? *Prog Cardiovasc Nurs* 1999; 14: 75-76.
40. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C et al. *Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.