

REFERENCIA: GARROTE ROJAS, D. y PALOMARES RUIZ, A.: "Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria", en *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, Nº 26, 2011. (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos> - Consultada en fecha (dd-mm-aaaa))

## EDUCACIÓN Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

EDUCATION AND HEALTH IN ADOLESCENCE: DISORDERS OF EATING BEHAVIOR

**Daniel Garrote Rojas**  
**Ascensión Palomares Ruiz**

Facultad de Educación de Albacete. UCLM

Recibido: 30/09/2011

Aceptado: 20/12/2011

### Resumen:

Este artículo resume las investigaciones realizadas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la sociedad actual y tiene, como objetivos básicos, reflexionar sobre la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la misma, como característica esencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas -o atracones- incontrolables; así como, averiguar la insatisfacción del alumnado que padece TCA con la forma general de su cuerpo o con las partes del mismo que, en la adolescencia, más le preocupan. En la investigación, realizada en Granada, durante los años 2007-2010, se ha utilizado una metodología ecléctica. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad; en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria. El número de alumnos y alumnas que han realizado los Cuestionarios EPQ-J y EDI-2, ha sido de 700.

Como conclusión más significativa, habría que destacar que no existe la necesaria educación y orientación psicopedagógica preventiva ante los trastornos de la conducta alimentaria, obteniéndose diferencias de género en los resultados. Resulta importante resaltar que el alumnado de los centros de Educación Secundaria analizados presenta carencias en algunas áreas, a nivel personal, que les exponen a padecer un TCA, obteniendo a los 13 años su mayor representatividad, lo que nos indica el momento en que se muestran más débiles y propensos a verse envueltos en este tipo de trastornos.

**Palabras clave:** Adolescencia, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Prevención, Delgadez, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Insatisfacción.

### **Abstract:**

This article summarizes the research on the disorders of eating behavior in today's society and has as main objectives, reflect on the obsession with thinness and relentless pursuit of the same essential feature of the Eating Disorders food, the tendency to binge-thoughts or be uncontrolled or binge-as well as, find the dissatisfaction of students who have an eating disorders with the general shape of your body or parts thereof which, in adolescence, most concerned about. At the inquest, held in Granada, during the years 2007-2010, we used an eclectic approach. The selection of the sample responds to the normative criterion of age, in this case, 11 to 17 years, defining moment for these people when faced with making important decisions for their future professional and personal at the end of compulsory schooling. The number of students who have completed the questionnaires EPQ-J and EDI-2, was 700.

As most significant conclusion, it should be noted that there is no necessary preventive education and counseling to the eating disorders, resulting in gender differences in the results. It is important to note that students of secondary schools analyzed is lacking in some areas, on a personal level, which exposes them to suffer from an eating disorder, getting to the age of 13 most representative, which indicates the time shown weak and likely to become involved in these disorders.

**Keywords:** Adolescence, Eating Behavior Disorders, Prevention, Thinness, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Dissatisfaction.

### **1. Fundamentación teórica.**

Resulta importante considerar que, para poder ayudar al alumnado, debemos conocer la problemática de los trastornos alimentarios y averiguar qué le conduce a dichas actitudes y comportamientos. Para ello –en primer lugar- se precisa un recorrido histórico hasta la situación actual, teniendo en cuenta que los conocimientos son algo dinámico, destacando:

a) La *anorexia* proviene del griego, *ανορεξία* (significa carencia o privación) y *ᾠορεξις* (deseo), haciendo referencia a una falta de apetito. Definida como falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes. A lo largo de la historia de la humanidad, podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria, estando asociada a aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud.

b) La *bulimia nerviosa* comenzó hace siglos, pues los atracones se han practicado desde hace cientos de años. Los romanos ya autoinducían el vómito tras copiosos banquetes. Durante el siglo X, Aurelianus describió un apetito feroz, con deglución en ausencia de masticación, seguido del vómito autoprovocado, llamándolo *hambre mórbido*.

En este tipo de trastornos multidimensionales interactúan factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales (Kaplan y Sadock, 2001). De los factores causales más importantes se encuentran la presión cultural a la mujer para tener una figura esbelta, el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto que compense la baja autoestima y el miedo a ser rechazada, estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos de alimentación y control de peso pobres potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

Después de estudiar los distintos modelos multicausales en ambos trastornos, nos encontramos:

- a) Modelos que han puesto mayor énfasis en las variables socioculturales como factor principal de inicio (Striegel-Moore, 1993).
- b) Modelos que se centran en el desajuste emocional, como el de Rosen y Leitenberg (1985) y McCarthy (1990).
- c) Modelos más integradores como el de Garner y Garfinkel (1985) y Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990), considerando que el trastorno es causado -y mantenido- por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales. Además, sostienen que para conceptualizar los trastornos alimentarios hay que contemplar tanto los factores etiológicos como los de mantenimiento.

Actualmente, Internet facilita divulgar información, con acceso a páginas Web donde se apoyan iniciativas para disminuir la ingesta e –incluso- se hacen competiciones para averiguar quién pierde más peso. Por ejemplo, podemos encontrar los 10 mandamientos de las anoréxicas:

1. Si no estás delgada no eres atractiva.
2. Estar delgada es lo más importante.
3. Compra la ropa adecuada, córtate el pelo, toma laxantes, muérete de hambre o lo que sea, para parecer más delgada.
4. No comerás sin sentirte culpable.
5. No comerás comida que engorde, sin castigarte después.
6. No contarás calorías y limitarás tus comidas de acuerdo con ellas.
7. Los diseños de la báscula son los únicos importantes.
8. Perder peso es bueno, engordar es malo.
9. Nunca se está lo suficientemente delgada.
10. Estar delgada y no comer demuestran la auténtica fuerza de voluntad y el nivel de éxito.

En investigaciones anteriores (Garrote, 2009), hemos comprobado que las personas que sufren anorexia suelen presentar estas características:

- Alteraciones de la imagen corporal.
- Hiperactividad, como actividad física alta y extenuante.
- Restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgas y ejercicio excesivo.
- Una pérdida de peso que conduce a la desnutrición, que se mide a través de dos parámetros: el mantenimiento de un peso por debajo del 85% del establecido para su edad y altura, y un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5.
- Alteraciones en el ciclo menstrual, con amenorrea.
- Negación y control del hambre, aunque lo tienen, lo niegan.
- Perfeccionismo, imponiéndose unas metas difíciles de conseguir, lo que les lleva a tener una gran minuciosidad en la ejecución, manteniendo una sensación de fracaso permanente.
- Obsesiones y control, llegando a tener una delgadez que no es sostenible biológicamente, por ello el cuerpo lucha por incrementar el deseo de comer y los pensamientos relacionados con la comida. Al final, puede convertirse en un trastorno obsesivo grave.
- Miedo a la madurez, pues la restricción de alimento hace que el paciente detenga su crecimiento, permaneciendo con un cuerpo de niño/a, sin ser capaz de hacer el paso de la adolescencia.
- Exaltación y sensación de fuerza, que se produce cuando valora que ha cubierto sus objetivos: delgadez, control de la comida y evitar su existencia.
- Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, pues el acto de comer le provoca culpabilidad, ya que no ha sido capaz de controlarse.
- Desequilibrio en el estilo de vida, dado que su forma de actuar la extrapola al terreno académico o profesional.

Según Calvo (2002), para poder incidir de una forma más precisa en los diferentes momentos evolutivos de los jóvenes, resulta oportuno considerar que, la adolescencia la componen diferentes etapas que abarcan desde la adolescencia temprana y media hasta la tardía y juventud:

a) La **Adolescencia Temprana** (11-13 años) constituye un periodo crítico para la prevención, debido a las actitudes y conductas alimentarias no saludables. El desarrollo corporal, el surgimiento de nuevas emociones y la necesidad de independencia, son los factores de riesgo más importantes en esta etapa. Numerosos estudios indican que un 80% de las niñas de esta edad suelen hacer dietas.

El proceso inicial de independencia de la familia y el grupo de adultos les hacen vulnerables a las influencias de los iguales, teniendo mucho peso el

líder del grupo y las chicas “portadoras” de la enfermedad. Se les denomina así, porque inducen a hacer dietas, presionando hasta la obsesión; pero ellas, se preservan y no lo desarrollan. La pronta detección de la actuación de estas chicas es fundamental para prevenir su contagio, desenmascarando su actuación.

Las tareas preventivas que pueden paliar las influencias externas son:

- Informar sobre la normalidad de los cambios que experimenta el cuerpo en la pubertad.
- Instruir sobre las emociones e impulsos más intensos, de los cambios que experimenta en sus relaciones sociales; así como de los posibles conflictos con los padres.
- Informar de la importancia de una correcta alimentación y un adecuado ejercicio físico, siendo conscientes de los efectos de las restricciones y las dietas crónicas.
- Enseñar formas adecuadas de regulación de emociones e informar de las conductas inadecuadas para lograrlo.
- Capacitarles para afrontar las burlas de otros.
- Aumentar su autoestima.
- Ayudarles para que equilibren las tareas académicas y el tiempo de ocio.

b) La **Adolescencia Media** (14-16 años) está integrada por un amplio grupo de alumnado que hace dietas, se da atracones, se provoca vómitos, utiliza laxantes y diuréticos, tiene insatisfacción de la imagen corporal y sentimientos de obesidad, etc. Según Calvo (2002), las estrategias preventivas incluyen los siguientes objetivos:

- Facilitar información sobre una alimentación y ejercicio físico sanos.
- Cuestionar la valoración personal basada exclusivamente en la apariencia corporal y en el éxito académico/profesional.
- Desafiar el ideal de imagen de mujer propuesto por los medios de comunicación.
- Conocer la conexión entre emociones y el uso de alimentos o sustancias, buscando una alternativa saludable.
- Entrenar en estrategias cognitivo-conductuales de manejo de emociones y en habilidades sociales.
- Proponer soluciones a los problemas entre padres e hijos, tan característicos de esta etapa.

c) La **Adolescencia Tardía** (17-20 años), en la que los jóvenes abordan cambios importantes en su vida, debido al aumento en su independencia y la adopción de decisiones sobre sus estudios y lugar de residencia para

realizarlos. Las tareas preventivas deben enfocarse en la necesidad de regular las emociones, la mejora en su déficit de autoestima, el establecimiento de una relación positiva con los iguales y la moderación del deseo que tienen -tanto chicos como chicas- de alcanzar un ideal de supermujer o superhombre.

Como resaltan Toro y Vilardell (1987); Raich, Deus, Muñoz y Requema, (1991), cuando se relaciona el interés por perder peso con las respuestas a Cuestionarios que miden actitudes hacia la alimentación y síntomas de patología alimentaria, se encuentra una correlación positiva. Incluso, cuando la mayoría de la población encuestada se ofrece dentro del peso normativo para su edad, talla y sexo, existe un porcentaje alto que quiere adelgazar, hacer dieta y siente una gran preocupación por su figura.

## 2. Diseño y metodología de la investigación.

Autores, como Arnal, Del Rincón y Latorre (1995:20), indican que *“la investigación es una actividad humana orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática”*. Consecuentemente, el planteamiento del problema de nuestra investigación, se ha centrado en la problemática de la educación y la salud en la adolescencia y en la necesaria intervención precoz para mantener una correcta salud, tanto mental como física. El campo de estudio se centra en: *“Los trastornos de la conducta alimentaria”* y –especialmente- conocer la obsesión por la delgadez o su búsqueda incesante, como característica esencial de los TCA, en la sociedad actual, debido a que es uno de los principales problemas de salud del alumnado en esta etapa. Para ello, se ha utilizado una metodología ecléctica que conjuga la investigación descriptiva, centrada en el análisis cuantitativo y numérico de Cuestionarios, apoyada en el empleo de entrevistas, que posibiliten contextualizar la realidad de este trastorno en los Centros de Educación Secundaria de la capital granadina. En este artículo nos centramos en los resultados cuantitativos, dado que –poco a poco- se está ampliando el número de entrevistas, lo que nos posibilita la elaboración de propuestas concretas de actuación, en base a los resultados obtenidos.

Debido a la cantidad de problemas que acarrea este tipo de enfermedad, una intervención adecuada es crucial para obtener una correcta salud, tanto mental como física, en nuestros centros escolares. Los **objetivos** de esta investigación son:

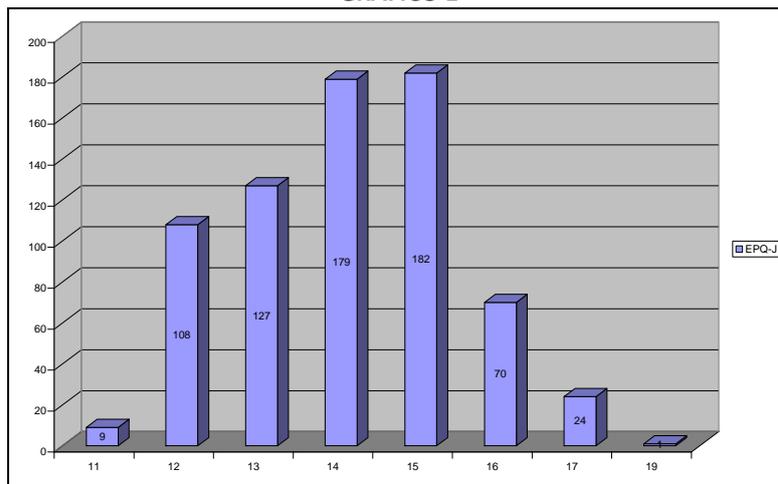
1. Conocer los rasgos de personalidad de los estudiantes adolescentes objeto de estudio relacionado con los TCA.
2. Estudiar si existen diferencias significativas respecto al sexo, en los TCA.
3. Analizar la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la delgadez, como característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia.
4. Evaluar las actitudes y conductas relacionadas con la anorexia y bulimia nerviosa en el alumnado adolescente.

Respecto a la **muestra**, se ha trabajado con la población escolar de Educación Secundaria en los IES Juan XXIII de Granada capital (Chana, Zaidín y Cartuja), durante los meses de octubre a diciembre, en el curso 2007-08 y se ha continuado la investigación durante los cursos 2008-9 y 2009-10. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad; en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria.

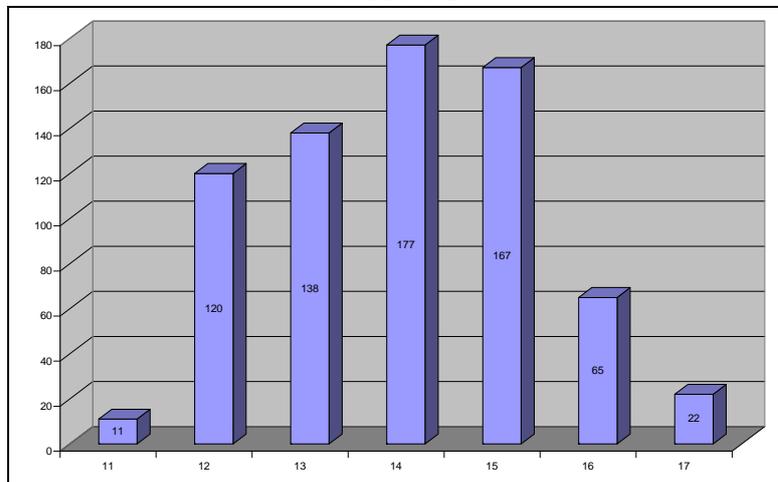
Previo permiso y consentimiento de los distintos directores de cada centro, se nos facilitó un horario de cada clase en el que podíamos pasar las pruebas. La duración es la misma es de cincuenta y cinco minutos. Además, dado que, el tiempo del que se disponía era muy justo, fue de suma importancia explicar las instrucciones de forma muy clara para que los sujetos las entendiesen y pudieran rellenar los Cuestionarios sin dificultad.

El número inicial de sujetos que conforman la muestra, a los que se les pasó ambos cuestionarios, es de 700 alumnos. En el EPQ-J los hombres representan el 51,85% (363) y las mujeres el 48% (336), así como uno invalidado (0,14%) (**Gráfico 1**), mientras la representación de hombres (en el Cuestionario EDI-2) es del 53,57%, y, de mujeres, el 45,86%, siendo invalidado el 0,57% (**Gráfico 2**).

**GRÁFICO 1**



**GRÁFICO 2**



En los trastornos de etiología y patogenia compleja, como los de la alimentación, son de vital importancia una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y un registro estandarizado de las distintas áreas conflictivas. En relación con **los instrumentos** empleados para llevar a cabo la *Evaluación psicométrica en los trastornos de la conducta alimentaria*, se aplicaron distintos **Cuestionarios**:

a) El Eating Disorder Inventory-2 (**EDI-2**), facilita información respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios y presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez. Sin embargo, al ser aplicado en distintas poblaciones, se han observado diferencias en los puntos de corte de las escalas. Además, el EDI-2 no permite establecer un diagnóstico específico de *anorexia nervosa* (AN), ni de *bulimia nervosa* (BN), pues sólo está dirigido a la descripción y medición de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica. Es un Cuestionario autoaplicable que consta de 91 reactivos, que se distribuyen en 11 escalas.

b) Eysenck Personality Questionnaire Junior (**EPQ-J**), este Cuestionario de Personalidad consta de 81 ítems y permite evaluar las dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo o emotividad (**N**), Extraversión (**E**), Psicoticismo o dureza (**P**), Sinceridad (**S**) y predisposición a la Conducta Antisocial (**CA**). Esta última, aún está pendiente de validación en muestra española. Al sujeto se le pide que conteste «SI» o «NO» a los ítems, en función de si la pregunta se refiere a su modo de pensar y sentir.

En el análisis de los resultados aportados por los Cuestionarios, se ha utilizado el paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, versión 15).

Como hemos indicado, se han empleado técnicas cuantitativas y cualitativas:

a) Técnicas cuantitativas: **Cuestionarios**. Las dos pruebas que se pasaron en los tres Centros Juan XXIII: Cuestionario de Personalidad (EPQ-J) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

b) Técnicas cualitativas: **Entrevista**. Realizada por un psicólogo, se centra en el análisis del trabajo motivacional y la decisión terapéutica. En estos pacientes han de ser clarificados y especialmente tenidos en cuenta aspectos como motivación, objetivos del paciente y relación terapéutica. Las entrevistas se dividían en dos partes:

1) Se pregunta al sujeto la edad, peso, estatura, curso escolar en el que se encuentra, profesión de los padres, si realiza algún tipo de conducta purgativa, etc., y se van reflejando las ideas más significativas.

2) Responder al Cuestionario EDI (Garner, Olmsted, Polivy), que es el que se utiliza en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Psiquiatría del Hospital San Cecilio de Granada. En este caso, es el entrevistador el que va leyendo las preguntas del Cuestionario y anotando las respuestas, deteniéndose en algunas preguntas para que el sujeto pudiera expresar sus

sentimientos o por si desea justificar su respuesta. Esta forma de actuar pretende disminuir la tensión en las respuestas y que el sujeto posea más confianza con el entrevistador para fomentar la sinceridad en las respuestas.

### 3. Análisis e interpretación de los resultados.

El análisis descriptivo de los Cuestionarios utilizados se divide en tres bloques. El primero, hace referencia al EPQ-J; el segundo, al EDI-2, utilizando baremos de varones y mujeres sin TCA; y un tercer bloque en el que se trata el EDI-2, con baremos de varones adolescentes sin TCA y mujeres casos clínicos. En cuanto a la información de las entrevistas, se llevará a cabo un sistema de categorización para realizar un correcto análisis de contenido.

En el EPQ-J (Cuestionario de Personalidad), la puntuación de los centiles en **E** (Extraversión), **S** (Sinceridad) y **CA** (Conducta Antisocial), utilizan un rango entre 0 y 99; mientras que, **N** (Emocionalidad) está situado entre 1 y 99. La subescala **P** (Dureza) se encuentra entre 5 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en 11–19, con una media de 14,04 años y una desviación típica de 1,385 (**Tabla 1**).

TABLA 1

ESCALAS	N	MÍNIMO	MÁXIMO	
Emocionalidad	699	1	99	<b>41,15</b>
Extraversión	699	0	99	<b>58,71</b>
Dureza	699	5	99	<b>57,67</b>
Sinceridad	699	0	99	<b>44,74</b>
Conducta Antisocial	699	0	99	<b>54,51</b>
<b>EDAD</b>	<b>699</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>14,04</b>

A continuación, se analizaron los ítems que componen el Cuestionario, en función de las cinco subescalas que lo forman, considerando el número de sujetos que respondieron correctamente a cada ítem e identificando, como valor mínimo, el 1, que equivale al “**Si**”, y -como valor máximo- el 2, equivalente al “**No**”. También se consideró la media de las respuestas y la desviación típica. Posteriormente, se realizó un análisis de frecuencias de cada ítem, teniendo en cuenta que cada pregunta, por si sola no tiene valor significativo, sino que el valor de cada subescala proviene de la unión de las distintas preguntas que la componen.

En el EDI-2 (varones y mujeres sin TCA), cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. La puntuación de los centiles de las escalas, en **BT** (Impulso hacia la delgadez), **B** (Bulimia), **BD** (Insatisfacción corporal), **I** (Ineficacia), **P** (Perfeccionismo), **ID** (Desconfianza interpersonal), **IA** (Conciencia interoceptiva), **MF** (Miedo a la madurez), **A** (Ascetismo), **IR** (Regulación de impulsos) y **SI**

(Inseguridad social), varían entre 2 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en 11–17, con una media de 13,93 años y una desviación típica de 1,384. La estatura media es de 1.64, moviéndose por un rango entre 1.40 y 1.90. El peso medio de la muestra es de 55.67 kilogramos, con un rango que varía desde los 28 kg. a los 100 kg. (Tabla 2).

TABLA 2

ESCALAS	N	Mínimo	Máximo	Media
IMPULSO HACIA LA DELGADEZ	696	18	99	<b>59,55</b>
BULIMIA	696	41	99	<b>57,80</b>
INSATISFACCIÓN CORPORAL	696	14	99	<b>47,55</b>
INEFICACIA	696	18	99	<b>54,06</b>
PERFECCIONISMO	696	10	99	<b>61,58</b>
DESCONFIANZA INTERPERSONAL	696	16	99	<b>52,00</b>
CONCIENCIA INTEROCEPTIVA	696	5	99	<b>53,80</b>
MIEDO A LA MADUREZ	696	2	99	<b>56,34</b>
ASCETISMO	696	5	99	<b>53,86</b>
REGULACIÓN DE IMPULSOS	696	14	99	<b>51,71</b>
INSEGURIDAD SOCIAL	696	19	99	<b>52,76</b>
EDAD	696	11	17	<b>13,93</b>
ESTATURA	696	1.40	1.90	<b>1.6442</b>
PESO	696	28.0	100.0	<b>55.678</b>

Coincidimos con Herrero y Viña (2005), cuando manifiestan que, los datos respecto de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, distan de ser definitivos. Además, la mayoría de los autores, señalan un claro aumento (Chinchilla, 2003; García-Gamba, 2001; Polivy y Herman, 2002), entendiendo los grandes esfuerzos que se dedican a determinar su problemática y extensión.

La escala (*Obsesión por la delgadez*) se utiliza como base para determinar si una persona se encuentra -o no- en situación de riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Aunque el punto de corte que los autores del Cuestionario era de catorce, en el manual de la segunda versión del Cuestionario (Garner, 1998), advierte que su sensibilidad y especificidad varían en función de los puntos de corte utilizados. Así, Morandé, Celada y Casas (1999) utilizaron como criterio de selección, en la fase de sondeo inicial, una puntuación superior a diez, en *Obsesión por la delgadez*, y superior a cincuenta, en el total de la primera versión del Cuestionario (ocho primeras subescalas), considerando una puntuación baja, en dicha subescala, dado que pretendían reducir el número de falsos negativos, a la hora de determinar a qué personas se aplicaba la segunda fase del estudio (entrevista telefónica). De los

criterios utilizados por Gandarillas y Febrel (2000), para determinar situaciones de riesgo, hemos considerado el que se basa exclusivamente en la mencionada subescala y considera -en situación de riesgo- a quien obtiene una puntuación superior a once. El criterio más duro ha sido el propuesto por Norring y Sohlberg (1988), con un punto de corte superior a 17, en *obsesión por la delgadez*. La propuesta de estos autores se basó en el análisis de los datos de prevalencia de distintos estudios realizados en Suecia, Gran Bretaña y Estados Unidos.

Utilizando el criterio de riesgo de Morandé, Celada y Casas (1999), tanto en la submuestra masculina como en la femenina, sus porcentajes son mayores. En la masculina, obtenemos un 11,4% frente al 24,9%. La diferencia es menor en la femenina, del 2,8% frente al 3,4%. Respecto al criterio de Gandarillas y Febrel (2000), el porcentaje de mujeres en situación de riesgo es del 11,4%, siendo el porcentaje menor obtenido junto con Garner, Olmsted, y Polivy (1983) del 11,0%; mientras que, en los hombres, es del 2,8%. Al utilizar el criterio de Garner (1998), en las mujeres, encontramos un porcentaje de riesgo del 5,7%, mientras que el de los hombres es del 1,8%. Sin embargo, recurriendo al criterio de Norring y Sohlberg (1988), las mujeres en situación de riesgo, es del 2,4% y, en hombres, del 0,8%.

En la **Tabla 3**, mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. En los hombres, la incidencia es máxima a los 14 años y en las mujeres a los 15 años.

**TABLA 3**

Edad	11	12	13	14	15	16	17
<b>Varones</b>	3,33%	23,33%	20%	28,88%	12,22%	11,11%	1,11%
<b>Mujeres</b>	2,50%	10%	20%	25%	30%	10%	2,50%

La **Escala bulimia**, evalúa las actitudes y conductas relacionadas de forma más directa con la anorexia y la bulimia. Según el manual del EDI-2, hace referencia a la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables. En la muestra estudiada, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,715 (percentil 57,87). El 50,4% de los hombres (189 sujetos) obtuvieron un percentil 41. En la muestra, las mujeres obtuvieron una puntuación media de 1,06 (percentil 57,72). El 60,12% de las mujeres (193 sujetos) consiguieron un percentil 47.

En la **Tabla 4**, mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas, a los que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres responden a este criterio. Como puede comprobarse, en los varones el grupo de edad de máxima incidencia es entre los 12 y 13 años, mientras que en las mujeres aparece entre los 14 y 15 años.

TABLA 4

Edad	11	12	13	14	15	16	17
Varones	4,83%	24,19%	24,19%	17,74%	17,74%	9,67%	1,61%
Mujeres	2,77%	16,66%	22,22%	25%	25%	2,77%	5,55%

Además, en el análisis de los resultados de las **Entrevistas** realizadas en 2007-08 podemos indicar, como puntuaciones medias en las escalas evaluadas: Tendencia a adelgazar (17,2), Bulimia (1,8), Insatisfacción corporal (15,2), Inefectividad (11,2), Perfeccionismo (6,2), Desconfianza interpersonal (5,2), Conciencia interoceptiva (12,4) y Miedo a madurar (6,2). Por tanto, después de haber realizado las entrevistas y valorado los resultados de los Cuestionarios, se ha ratificado que, los sujetos objeto de estudio cumplían los criterios para ser diagnosticados de Anorexia restrictiva. En este sentido, se ha continuado trabajando (2009-10) en la línea planteada en el inicio de nuestra investigación.

#### 4. Conclusiones y propuestas de actuación.

En la sociedad actual, caracterizada como la sociedad de la comunicación y la “imagen”, tras la investigación realizada, se puede confirmar que la búsqueda incesante de la delgadez es una característica esencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con un porcentaje del 12,46% de las mujeres y 24% de los hombres obsesionados por la delgadez. Además, las estadísticas señalan que la prevalencia de anorexia nerviosa fluctúa entre 0,2% y 0,5% y la bulimia entre 2-3%, mientras que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados es del 3-5%; aunque los casos son más frecuentes en la adolescencia, también se han detectado casos en niños, adultos y ancianos (Gómez, 1993; Unikel, 2002).

Resulta importante destacar que, el alumnado de los centros escolares analizados, presenta carencias en algunas áreas, a nivel personal, que les exponen a padecer un TCA. Respecto a la emocionalidad, el 7,73% de los hombres y el 9,63 % de las mujeres se muestran ansiosos, preocupados, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimidos, duermen mal, etc., obteniendo a los 13 años su mayor representatividad, lo que nos indica el momento en que se muestran más débiles y propensos a verse envueltos en un trastorno alimentario.

También se han analizado otras escalas que forman parte de las características de trastornos, como la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa*. Ha quedado demostrado que, factores como la insatisfacción corporal, el sentimiento de inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre su propia vida, así como el perfeccionismo y pensar que sus resultados personales deberían ser mejores, etc. podrían -en muchos casos- disminuir su impacto, si los centros educativos desarrollaran una serie de actividades, talleres, conferencias o cursos, para fortalecer la personalidad de los alumnos, mostrándoles el camino a seguir en momentos de duda e informándoles de dónde acudir. Esta ayuda a su formación o fortalecimiento de su personalidad tendría

repercusiones positivas a nivel académico, obteniendo la educación suma importancia para el alumnado.

La *Obsesión por la delgadez* es una característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, los varones se ven afectados desde un 0,8 a un 2,8% de la muestra y, en mujeres desde un 2,4 a un 11,4% de la misma, aunque en función de la puntuación considerada por TEA como significativa de posibles problemas, se verían identificados el 24% de los varones y el 12,46% de las mujeres.

El 16,53 % de los varones y el 11,21% de las mujeres, muestran una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables. Esta conducta es una característica distintiva de la *bulimia nerviosa*.

En la gran mayoría de los casos, los problemas se ubican en la Adolescencia Temprana y Media, en el inicio de los cambios puberales, por lo que hay una mayor fijación y conciencia del cuerpo. La dinámica familiar tiene una gran influencia en el desarrollo saludable del adolescente, pudiendo existir serias dificultades en el manejo de problemas familiares, lo que genera nuevos conflictos entre los diferentes subsistemas, destacando el trastorno del afecto y el trastorno de ansiedad.

Resulta claro que, ante los TCA, se precisa una adecuada *orientación psicopedagógica*, desde la más temprana edad, con la participación activa y adecuada del entorno familiar y educativo.

La etapa escolar es un momento muy importante para el alumno, ya que no sólo forma y desarrolla su potencial intelectual, sino que es el momento de formar los pilares de su personalidad, donde vaya adquiriendo las herramientas necesarias para, en el futuro, hacer frente a los momentos de duda e incertidumbre y que no se deje llevar por el ritmo que marcan las modas, la sociedad, los iguales o cualquier grupo o situación que le merme en su desarrollo personal. Por tanto, hay una labor muy importante que realizar en los Centros, mediante actividades formativas, en los que el alumno sea capaz de adquirir las habilidades personales necesarias para afrontar estas situaciones con éxito. Las personas que sufren Trastornos Alimentarios suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. Es decir, si no se consideran atractivas entonces, no sirven para nada (Raich, 1994).

El análisis de los resultados obtenidos, pone de manifiesto la existencia de una problemática que afecta a un elevado número de alumnado que precisa una educación preventiva que conlleve una mejora con la adquisición de nuevas habilidades. Por tanto, el profesorado debe asumir que las características del alumnado –positivas o negativas- están configuradas, por la sociedad que les ha tocado vivir, resultando evidente que tiene el derecho a disponer de una Escuela de calidad, garantizada por los poderes públicos y en la que no existan discriminaciones de ningún tipo (Palomares, 2009). Dicha Escuela debe propiciar posibilidades reales de desarrollo social, personal y profesional para todo el alumnado, como derecho básico e inalienable (Palomares y Garrote, 2009).

### Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Arnal, J.; Del Rincón, D.; Latorre, A. (1995). *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Borda, M.; Río, C.; Torres, I, Avarguez, Mª L. y Pérez, Mª. A. (2009). "Prevención de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes. Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año". *Psicología conductual*. Vol.17 (3), 499-521.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Ediciones Planeta.
- Carretero, A.; Sánchez, L.; Rusiñol, J.; Raich, R. y Sánchez, D. (2009). "Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA". *Clínica y Salud*, Vol. 20 (2), 145-157.
- Chinchilla, A. (2003). "¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria?". En Chinchilla, A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (143-147). Barcelona: Masson.
- Colás, Mª. P. y Buendía, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). "Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Eysenck, H. J y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manuel of Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Atoughton.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- García-Camba, E. (2001). "Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual". En García-Camba, E. (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (3-29). Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1983). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunnel-Mazel.
- Garner, D. M.; Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). "Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia". *International journal of eating disorders*. Vol.2, 15-34.
- Garner D.M. y Garfinkel P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia nervosa*. New York: Guildford.
- Garner, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA.

- Garrote Rojas, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria*. Granada: Publicaciones de la Universidad.
- Gómez, G. (1993). "Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa". *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-24.
- Gracia, M.; Ballester, D.; Patiño, J. y Suñol, C. (2001). "Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes". *Interpsiquis*, Vol. 1.
- Herrero, M. y Viña, M. (2005). "Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria". *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 5, 67-83.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid: Panamericana.
- Leitenberg, H.; Rosen, J.C.; Gross, J.; Nudelman, S. y Vara, L.S. (1988). "Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, 535-541
- Martín, F. M.; Cangas, A. J., Pozo, E. M<sup>a</sup>; Martínez, M. y López, M. (2009). "Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria". *Psicothema*. 21 (1), 33-38
- McCarthy, M. (1990). "The thin ideal, depression and eating disorders in women". *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- Miotto, P. et al. (2003). "The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy". *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Morandé, G.; Celada, J. y Casas, J.J. (1999). "Prevalence of eating disorders in Spanish schoolage population". *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). "Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, crosscultural comparison, and clinical utility". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Palomares Ruiz, A. (2009). "El nuevo modelo docente en el paradigma formativo centrado en el alumnado". *Enseñanza & Teaching*, 27 (2), 45-75.
- Palomares, A. y Garrote, D. (2009). "Educación, Democracia e Interculturalidad". *Ensayos*, 23, 327-343.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2002). "Causes of eating disorders". *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Raich, R. M.; Deus, J.; Muñoz, J. M. y Requema, A. (1991). "Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes". *Revista de Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona*; 18 (7).
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.

Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1985). "Exposure plus response prevention treatment of bulimia". En Garner, D.M. y Garfinkel P.E. (Eds.), *A Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.

Sánchez García, M<sup>a</sup> F. (2010). "La orientación en España: despegue de una profesión". *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 21 (2), 231-239.

Santana Vega, L., Feliciano García, L. y Jiménez, A. B. (2009). "Autoconcepto académico y toma de decisiones en el alumnado de Bachillerato". *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. Vol. 20 (1), 61-75.

Striegel-Moore, R.H. (1993). "Etiology of binge eating: A developmental perspective". En Fairburn C.G. y Wilson G.T. (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Unikel C.; Mora J. y Gómez G. (1999). "Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer". *Revista Internacional de Psicología*, 33 (1), 11-29.

Unikel C.; Saucedo-Molina T.; Villatoro J. y Fleiz C. (2002). "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años". *Salud Mental*, 25 (2), 49-56.

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