

que ocurre en el factor **Control Oral** y el **Factor Bulimia** en los que las puntuaciones del grupo femenino son superiores a las de los varones.

Al observar las puntuaciones medias obtenidas en los tres factores hallados en nuestro análisis factorial, se observa que las puntuaciones medias de los sujetos a riesgo de trastorno alimentario en general son más elevadas significativamente que las de los de sin riesgo. Se observa un incremento de los varones respecto a las chicas aunque no puede ser excesivamente fiable ya que en el grupo de riesgo masculino únicamente están incluidos dos sujetos. En el sexo femenino, las chicas con EAT superior o igual a 30 puntúan más alto que las controles, tanto en el factor 1 relacionado con el **distrés alimentario, trastornos psicobiológico y comportamientos compulsivos** como en el factor 2 que se refiere a **conductas restrictivas y preocupación por la comida y la presión social** que se evalúa en el factor 3.

Tabla 5.3. Puntuaciones medias (desviaciones estandard) obtenidas en los tres factores del EAT a los 14-15 años (1991).

EAT (1).	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
FACTOR 1 Dieta	3.06 (3.7)	8.49 (5.01)	<0.001	2.03 (2.83)	27.7 (0.7)	<0.001
FACTOR 2 C. Oral	2.73 (3.04)	7.7 (3.7)	<0.001	2.12 (2.46)	8.5 (4.94)	<0.001
FACTOR 3 Bulimia	0.61 (1.32)	5.0 (2.82)	<0.001	0.38 (1.12)	3.33 (2.8)	<0.001
EAT (2)	VARONES			MUJERES		
FACTOR 1 Distrés	3.54 (2.5)	21.15 (13.4)	<0.001	4.9 (3.47)	12.41 (5.45)	<0.001
FACTOR 2 Ctas restr	5.41 (4.63)	33.05 (4.24)	<0.001	5.54 (5.12)	26.33 (6.9)	<0.001
FACTOR 3 P. Social	1.1 (2.01)	4.5 (2.12)	< 0.05	1.97 (2.7)	4.0 (3.86)	< 0.05

Grupo 1: Riesgo alimentario
 Grupo 0: Sin riesgo alimentario
 EAT (1): Versión original 40 ítems
 EAT (2): Factorizado 40 ítems

3.2.5.2.c. Resultados de los tres factores del EAT a los 18 años.

En los tres factores de los autores del EAT sucede como en los años anteriores en los que las chicas con conductas alimentarias alteradas puntúan significativamente más alto que las chicas sin riesgo de trastorno alimentario. En el grupo masculino no se ha detectado ningún caso. Entre sexos las chicas obtienen resultados más elevados que los chicos con significación estadística.

Estos datos junto con los obtenidos en los tres factores encontrados por nosotros en la factorización (factor 1 relacionado con la **preocupación por la comida y el peso**, factor 2 que incluye los **comportamientos restrictivos y compensatorios**, y el factor 3 relativo a la **presión social**) aparecen detallados en la tabla 5.4.

Respecto a los resultados con estos últimos factores, el sexo femenino vuelve a alcanzar puntuaciones más elevadas que los varones, existiendo diferencias significativas entre las patológicas y las sin riesgo alimentario.

Tabla 5.4. Puntuaciones medias (desviaciones estandard) obtenidas en los tres factores del EAT a los 18 años (1994/95).

EAT (1)	VARONES		MUJERES		P
	0	1	0	1	
FACTOR 1 Dieta	1.88 (2.83)		3.78 (4.56)	24.7 (4.7)	< 0.001
FACTOR 2 C. Oral	0.44 (0.9)		0.69 (1.22)	4.11 (2.61)	< 0.001
FACTOR 3 Bulimia	1.64 (2.13)		2.36 (3.03)	9.55 (3.67)	< 0.001
EAT (2)	VARONES		MUJERES		
FACTOR 1 Preocupac	0.98 (2.02)	15.0	1.96 (2.8)	15.04 (4.59)	< 0.001
FACTOR 2 C.restric	0.55 (1.22)	4.0	0.59 (1.31)	7.34 (6.33)	< 0.001
FACTOR 3 P. Social	0.67 (1.55)	-	1.1 (2.11)	2. (2.89)	< 0.05

Grupo 1: Riesgo alimentario
 EAT (1): Versión original 40 ítems

Grupo 0: Sin riesgo alimentario
 EAT (2): Factorizado 22 ítems

3.3. PREVALENCIA DE CONDUCTAS A RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO.

3.3.1. PREVALENCIAS DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO ALTERADO A LOS 13-14 AÑOS Y A LOS 14-15 AÑOS.

En el primer año de evaluación de la conducta alimentaria (1990), la prevalencia de síntomas alimentarias a partir de la puntuación 30 en el EAT era de 12.4% en las hembras que entonces contaban 13 años de edad, y un porcentaje más bajo (8.3%) en la muestra masculina (14 años de edad). Las prevalencias de los dos sexos no diferían estadísticamente. Por otro lado, la factorización del EAT en este año, permitió que con la nueva estructura (formada de 16 ítems y con un punto de corte establecido en 10) la prevalencia fuera de 18.2% para las chicas y 16.5% los chicos, siendo entonces la diferencia entre sexos significativa estadísticamente.

En 1991 las prevalencias ofrecían marcadas diferencias. Para las chicas el porcentaje de conductas consideradas potencialmente a riesgo de trastorno anoréxico y bulímico a partir del punto de corte 30 era 4.9% (14 años), mientras que entre los varones era de 0.6% (15 años). Las diferencias entre sexos también eran estadísticamente significativas.

En la tabla 3.1 aparecen descritos estos datos.

3.3.2. PREVALENCIAS DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO ALTERADO A LOS 18 AÑOS.

A partir de los datos obtenidos en el cuestionario "Eating Attitudes Test" y estableciendo como punto de corte la puntuación 30, que es la misma que utilizaban los creadores del test, se ha detectado una prevalencia de 9.3 % en el grupo femenino mientras que en el grupo de los varones no se ha observado que ninguno de ellos superara dicha puntuación.

Sin embargo, si se establece el punto de corte en 20, que es la puntuación señalada por Castro y colaboradores para la población clínica española, los datos

sobre prevalencia varían en ambos sexos. Así la prevalencia de chicas adolescentes con riesgo de trastorno alimentario es de 25.8%, mientras que en el grupo de los chicos se obtiene una prevalencia de 3.3% ($P < 0.05$).

A partir de nuestras investigaciones, estableciendo el punto de corte en 25 la prevalencia es de 14.5% para las chicas y 1.3% para los chicos siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$); mientras que a partir de la factorización que realizamos obteniendo una estructura de 22 ítems con un punto de corte situado en 14, la prevalencia es del 15.2% en el sexo femenino y 0.6% en chicos, existiendo también diferencias significativas. Estos datos están recogidos en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Prevalencias de conducta alimentaria a riesgo según sexos en las diferentes fases del estudio.

EDAD	VARONES	HEMBRAS	P
14-13a.	8.3 *16.5 N=290	12.4 *18.2 N= 225	NS * < 0.05
15-14a.	0.6 N= 175	4.9 N= 157	< 0.05
18 a.	- * 0.6 ** 1.3 N= 152	9.3 * 15.2 **14.6 N= 151	* < 0.001 ** < 0.05

. Prevalencias obtenidas con los nuevos puntos de corte propuestos: * EAT > o = 14.
 ** EAT > o = 25.

3.4. INCIDENCIA Y PERSISTENCIA DE LAS CONDUCTAS A RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO.

Han sido calculados los porcentajes de incidencia y persistencia de sintomatología alimentaria a partir del punto de corte en el EAT mayor o igual a 30 establecido por los autores. Pero al trabajar con datos de la muestra a los 18 años se han tenido en cuenta además de este punto, dos más: la puntuación indicada en la validación al castellano de Castro, que se situó en 20; y la puntuación señalada por nuestro estudio, 25. En las tablas 4.1 y 4.2. se pueden observar las diferentes incidencias.

3.4.1. INCIDENCIA DE SINTOMAS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

3.4.1.1. Incidencia en el período de los 13 a los 14 años las mujeres y de los 14 a los 15 años los varones.

Respecto a la proporción de casos nuevos o incidencia de síntomas de trastorno en la conducta de ingesta entre los 13-14 años en las mujeres y 14-15 años en los varones, se observó una incidencia mayor en el sexo femenino (2.2%, 3 casos) que entre el masculino (0.6%, 1 caso).

3.4.1.2. Incidencia entre los 13 años (mujeres) y 14 años (varones) y los 18 años.

Como en el subapartado anterior, se ha calculado el número de sujetos que no presentaban sintomatología alimentaria a los 13 años las chicas y a los 14 años los chicos (1990) pero que sí superaban la puntuación de corte del EAT a los 18 años.

Los porcentajes de incidencia varían según el punto de corte que se utilice. Así, con el punto 30 la incidencia es del 7% (9 casos), siendo en su totalidad chicas. Estos datos son similares a los obtenidos con el punto de corte 25, ya que se obtiene una incidencia del 9.2% (11 casos) en las chicas y del 1.5% (2 casos) en los chicos.

Estos porcentajes aumentan con el punto de corte 20, punto obtenido por Castro y col. (1991) en población clínica. De nuevo hay una incidencia mucho más representada por la muestra femenina (20.2%, 21 casos) que por la masculina (2.4%, 3 casos).

3.4.1.3. Incidencia entre los 14 años (mujeres) y 15 años (varones) y los 18 años.

A continuación se describe los sujetos que a los 14 años las niñas y a los 15 los chicos no presentaban conductas y actitudes de riesgo hacia la ingesta pero que a la edad de 18 años se incluían como sujetos a riesgo de patología.

Con el punto de corte 30, la incidencia 8.3% (8 casos), siendo en su totalidad chicas. Con los otros dos puntos, al igual que ocurría en los datos del apartado anterior, sí aparecen casos nuevos del sexo masculino. Con el punto 20, la incidencia es más elevada entre las chicas (18.3%, 15 casos) que en los varones (1.9%, 2 casos). Con el punto 25 los datos son menos elevados que éstos, pero similares a los que corresponden al punto 30: 7.8% (7 casos) en el grupo de mujeres y 1.9% (2 casos) en los hombres.

Tabla 4.1. Resultados de la incidencia de sintomatología alimentaria.

INCIDENCIA	EDADES		EDADES	
	M:13-14 años V:14-15 años	M:13-18 años V:14-18 años	M: 14-18 años V: 15-18 años	
PUNTO 20				
Femenina		20.2%	18.3%	
Masculina		2.4%	1.9%	
PUNTO 25				
Femenina		9.2%	7.8%	
Masculina		1.5%	1.9%	
PUNTO 30				
Femenina	2.2%	7%	8.3%	
Masculina	0.6%	0	0	

3.4.2. PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTARIA.

3.4.2.1. Persistencia entre los 13-14 años las mujeres y los 14-15 años los varones (Período 1990-1991).

A los 14 años, un porcentaje del 3.9% (6 casos) de las chicas adolescentes que habían presentado síntomas con riesgo de desarrollar anorexia o bulimia en el año anterior continuaban manifestando sintomatología alimentaria. La persistencia en los varones de los 14 a los 15 años es inferior (0.6%, 1 caso). (ver tabla 4.2.).

Tabla 4.2. Porcentajes de persistencia de sintomatología alimentaria.

PERSISTENCIA:	
13-14 años (Mujeres)	14-15 años (Varones) EAT > = 30
Persistencia varones = 0.6%	
Persistencia mujeres = 3.9%	
PERSISTENCIA:	
13-14-18 años (Mujeres)	14-15-18 años (Varones)
EAT > o = 20	
Persistencia mujeres = 4%	
EAT > o = 25	
Persistencia mujeres = 4%	
EAT > o = 30	
Persistencia mujeres = 2%	

3.4.2.2. Persistencia desde los 13-14 años a los 18 años (Período 1990-1991-1994/95).

Los porcentajes han sido calculados con los puntos de corte 30, 20 y 25 del cuestionario EAT. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 4.2.

El número de adolescentes que presentan actitudes y conductas alimentarias anómalas en los tres años del estudio es similar con los tres puntos de corte. No existen datos con varones ya que a los 18 años no se detectó ningún chico con síntomas alimentarios anómalos. Con el punto 20 y 25 la persistencia es del 4% (4 chicas). Y a partir del punto 30, persisten el 2% (2 chicas). De estas dos chicas, sólo una de ellas cumplía con los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Además, hemos realizado un análisis cualitativo de las puntuaciones obtenidas por estas adolescentes, y se ha comprobado que la chica con diagnóstico presentaba sintomatología depresiva, niveles de ansiedad elevados, mayor inestabilidad emocional y baja autoestima en todos los años en que fue valorada. En cambio, el otro caso no presentaba puntuaciones elevadas en ninguna prueba excepto el EAT alto.

También hemos detectado dos casos de adolescentes femeninas con persistencia de los síntomas de riesgo de trastorno alimentario de los 13 años a los 18 años, pero que a los 14 eran asintomáticas. Estos dos casos cumplen los criterios de anorexia nerviosa atípica. Lo mismo se ha calculado las que persistieron de los 14 años a los 18 (2 casos), aunque existe un período sin evaluar. De los dos casos, una tiene diagnóstico de anorexia nerviosa, mientras que el otro caso no cumple con los criterios.

Se ha calculado el porcentaje de adolescentes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia o anorexia nerviosa atípica). De los 8 casos con diagnóstico el 25% (2 casos) presentan persistencia en sus síntomas alimentarios

3.4.2.3. Correlaciones de las puntuaciones del EAT entre los diferentes años del estudio.

El análisis de la correlación entre los datos del EAT obtenido en el grupo femenino a los 13 y 14 años muestra correlaciones más elevadas (.5802) que las obtenidas con los datos de los chicos a los 14 y 15 años (0.4953). En la tabla 4.3 quedan reflejados estos resultados, así como la correlación del EAT a los 18 años con el EAT de años anteriores.

Tabla 4.3. Matriz de correlaciones del EAT en las diferentes edades, según sexos.

MUJERES	EAT 18a.	EAT 14a.	EAT 13a.
EAT 18a.	1.0	0.3875	0.3142
EAT 14a.	0.3875	1.0	0.5802
EAT 13a.	0.3142	0.5802	1.0

VARONES	EAT 18a.	EAT 15a.	EAT 14a.
EAT 18a.	1.0	0.5399	0.3414
EAT 15a.	0.5399	1.0	0.4953
EAT 14a.	0.3414	0.4953	1.0

* P < 0.0001

3.5. PREVALENCIA DE DIAGNOSTICO DE TRASTORNO EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y COMORBILIDAD.

3.5.1. PORCENTAJES DE PREVALENCIA DE DIAGNOSTICO DE TRASTORNO EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Las prevalencias de diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa atípica han sido obtenidas a partir de los resultados de la entrevista SCAN y sólo se han estudiado a la edad de 18 años. Los datos están reflejados en la tabla 5.1, en la que podrá observarse que la clasificación CIE-10 es menos rígida para el diagnóstico de las patologías alimentarias. Hay que señalar que el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica no está basado en los resultados del programa Catego, ya que dentro de este sistema, este diagnóstico no se contempla.

En el sexo masculino no ha sido posible realizar ningún diagnóstico. Según la CIE-10, del grupo femenino un 5.2% presenta un trastorno en la conducta alimentaria, concretamente, 2.6% anorexia, 1.3% de bulimia y también 1.3% de anorexia atípica. Para la muestra total el 2.8% de los sujetos evaluados poseen el diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria (1.4% anorexia, 0.7 bulimia y 0.7 anorexia atípica).

Estos porcentajes disminuyen a partir de los criterios del DSM-III-R (excepto en el caso de la anorexia nerviosa atípica que presenta porcentajes iguales). En la muestra femenina, el 2.6% de las mujeres son diagnosticadas como trastorno en la conducta alimentaria, 0.6% anorexia nerviosa y 0.6% bulimia. Para la muestra general, según estos criterios, el 1.3% del total de sujetos evaluados padece una patología alimentaria (0.3 anorexia, 0.3 bulimia y 0.7 anorexia atípica).

Tabla 5.1. Prevalencias de diagnóstico en la conducta alimentario y desviaciones estándar en el grupo de mujeres.

	CIE-10		DSM-III-R	
	Mujeres	Total	Mujeres	Total
T.C.A.	5.2 (1.8)	2.8 (0.9)	2.6 (1.3)	1.3 (0.6)
ANOREXIA	2.6 (2.0)	1.4 (1.0)	0.6 (1.5)	0.3 (0.8)
BULIMIA	1.3 (1.6)	0.7 (0.8)	0.6 (1.5)	0.3 (0.8)
ANOREXIA ATIPICA	1.3 (1.6)	0.7 (0.8)	1.3 (1.6)	0.7 (0.8)

3.5.2. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Según los criterios de la CIE-10, el 39.1% de los sujetos diagnosticados con algún tipo de trastorno psicopatológico (N=87) presentan más de un diagnóstico. La comorbilidad es más elevada en las mujeres (67.6%) que en los hombres (32.3%). Se ha detectado que el 67.7% de estos sujetos muestra comorbilidad con un diagnóstico; 17.6% con dos diagnósticos, y un 14.7% con tres diagnósticos.

A partir de los criterios del DSM-III-R los porcentajes disminuyen. El 31.1% de los sujetos psicopatológicos (N=61) presenta comorbilidad con otro u otros trastornos psiquiátricos. De éstos, en el 57.9% es posible realizar dos diagnósticos, 36.8% con tres diagnósticos y un 5.2% con cuatro diagnósticos. La comorbilidad también en este caso es superior en las mujeres (73.7%) que en los hombres (26.3%).

Los trastornos de la conducta alimentaria, según la CIE-10, son comórbidos principalmente con los trastornos relacionados con la ansiedad. El 50% de las chicas con diagnóstico de anorexia (3 de 6 casos) presentan una alteración relacionada con la ansiedad, sobre todo con las fobias específicas (2 casos). De los diagnósticos de bulimia también el 50% (1 de 2 casos) manifiesta un trastorno fóbico.

También existe comorbilidad de la anorexia con los trastornos depresivos (33.3%, 2 casos) y con el insomnio (33.3%, 2 casos).

Finalmente cabe resaltar que el único caso diagnosticado como abuso de sustancias tóxicas coexiste con la anorexia nerviosa.

3.6. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, ANTROPOMÉTRICAS Y COGNITIVAS ASOCIADAS A LA SINTOMATOLOGÍA DE RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO: RESULTADOS TRANSVERSALES.

Para conocer las características de los grupos con y sin riesgo de trastorno alimentario detectados a partir de los resultados del cuestionario de conducta alimentaria (EAT), se han explorado desde los 13 años hasta los 18 años diferentes alteraciones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad, los hábitos tóxicos, la autoestima, así como el impacto y la presencia y ausencia de diferentes acontecimientos vitales, las características de personalidad, la atención y las capacidades cognitivas. Estos datos obtenidos a partir de la aplicación de diferentes escalas y cuestionarios fueron ampliados con la información obtenida mediante la entrevista clínica SCAN administrada a los 18 años.

Se han comparado las **puntuaciones generales** obtenidas por el grupo de sin riesgo alimentario (Grupo 0 EAT menor a 30) y el grupo de riesgo (Grupo 1 EAT mayor o igual a 30) en las diferentes escalas psicométricas y en los diferentes años del estudio de sintomatología alimentaria. En los años 1990 y 1994/95 también aparecen las puntuaciones medias obtenidas en las pruebas psicológicas por los sujetos con y sin riesgo determinados a partir de las nuevas estructuras factoriales del test. En 1990, el grupo de riesgo estaba formado por sujetos con EAT mayor o igual a 10, y en el último año del estudio a partir de la puntuación mayor o igual a 14.

A los 13-14 años se han observado diferencias importantes en la capacidad de atención, la autoestima académica y autoestima total en el grupo masculino entre los varones con y sin riesgo alimentario, mientras que en el femenino son las puntuaciones de ansiedad-rasgo, autoestima general, académica y total en las que se obtuvieron significaciones estadísticas.

A la edad de 14-15 años, en el grupo de los chicos únicamente se diferenciaban, entre los que tenían sintomatología alimentaria y los que no, en las puntuaciones de depresión y autoestima académica, mientras que las chicas difieren en síntomas depresivos, ansiedad rasgo y estado, y autoestima familiar y total.

Y finalmente, a los 18 años se han podido detectar diferencias estadísticamente significativas en referencia a la sintomatología depresiva, en la ansiedad-rasgo, así como en la variable autoestima, en concreto en la subescala de autoestima personal y la puntuación total en este cuestionario de autopercepción.

3.6.1. CUESTIONARIOS DE DEPRESION.

Las puntuaciones de sintomatología depresiva son más elevadas en los sujetos con riesgo de trastorno alimentario que los de sin riesgo en los tres años del estudio (ver tabla 6.1). Sin embargo, únicamente hay significaciones estadísticas a los 14-15 años (1991) y a los 18 años (1994/95).

A los 15 años, los varones control puntuaron 7.3, mientras que los del grupo a riesgo de trastorno en la ingesta puntuaron significativamente más alto en sintomatología depresiva con una puntuación de 14.5 ($P < 0.05$). También en el grupo femenino (14 años) las controles alcanzaron puntuaciones más bajas que las de riesgo (9.16 y 13.5, respectivamente) ($P < 0.01$). Evolutivamente la sintomatología depresiva aumenta con la edad en el grupo de sintomatología alimentaria y no es así en el grupo sin riesgo, donde o bien no cambia o disminuye.

Respecto a los resultados de los 18 años, el grupo a riesgo de trastorno alimentario, que en esta fase está formado exclusivamente por mujeres, obtiene una puntuación media de 12.92 en el cuestionario BDI que es superior al 7.61 del grupo control ($P = .0008$). A partir del punto de corte 14 en el EAT siguen presentando mayor sintomatología depresiva las de riesgo respecto a las controles.

Entre sexos, en la edad comparable de 14 años, se observan diferencias significativas respecto a un incremento de puntuación de la sintomatología depresiva en mujeres en el grupo de riesgo de trastorno alimentario.

Todos estos resultados indican una mayor presencia de clínica depresiva en los sujetos de riesgo alimentario a partir de los 14 años.

Tabla 6.1. Puntuaciones medias y desviaciones estandard en los test de depresión en las diferentes fases del estudio, según sexos en los grupos con y sin riesgo alimentario.

TEST	VARONES		P	MUJERES		P
	0 PM(DS)	1 PM(DS)		0 PM(DS)	1 PM(DS)	
CDI90 (14-13 a)	8.63 (4.9)	10.25 (6.0)	NS	9.08 (5.5)	10.25 (5.6)	NS
CDI90-1 (14-13 a)	8.53 (4.6)	9.4 (5.7)	NS	9.09 (5.7)	11.15 (6.1)	NS
CDI91 (15-14 a)	7.32 (4.0)	14.5 (10.6)	P < 0.005	9.16 (5.3)	13.5 (5.1)	P < 0.01
BDI94 (18 a)	6.12 (6.6)		-	7.61 (6.25)	12.92 (8.65)	P < 0.001
BDI94-1 (18 a)	5.98 (6.4)	28.0	-	7.39 (6.26)	12.04 (7.53)	P < 0.001

- CDI90 : Grupo 0 = EAT < 30 - Grupo 1 EAT > = 30
- CDI90-1: Grupo 0 = EAT < 10 - Grupo 1 EAT > = 10
- CDI91 : Grupo 0 = EAT < 30 - Grupo 1 EAT > = 30
- BDI94 : Grupo 0 = EAT < 30 - Grupo 1 EAT > = 30
- BDI94-1: Grupo 0 = EAT < 14 - Grupo 1 EAT > = 14

3.6.2. PRUEBAS DE AUTOESTIMA.

El análisis de los resultados muestra que en la mayoría de las subescalas de la prueba las puntuaciones medias obtenidas por el grupo con riesgo son inferiores a las de los sujetos sin síntomas alimentarios, aunque estas discrepancias no llegan a tener significación estadística. En la tabla 6.2. están recogidos todos los resultados. Los datos obtenidos con los otros puntos de corte del EAT no se han detallado gráficamente.

A la edad de 13 años (niñas) y 14 años (niños), la autoestima total es más alta en los sujetos sin riesgo respecto a la de los de riesgo, siendo estas diferencias significativas para las chicas. La autoestima académica es significativamente más baja en el grupo con síntomas alimentarios en los dos sexos. Esta diferencia también se observa en la autoestima general en el sexo femenino. En el análisis realizado con los datos del SEI a partir del punto de corte

10 en el EAT, también puntúan significativamente más bajo tanto chicas como chicos a riesgo en la autoestima académica. El grupo de riesgo femenino puntúa 2.7 frente al 3.4 de las de sin riesgo ($P < 0.05$); mientras que los chicos con riesgo alimentario obtienen una puntuación media de 2.5 y de 3.1 el resto ($P < 0.05$).

En las restantes subescalas no hay diferencias importantes, excepto en la autoestima total de los varones a riesgo que obtienen medias más bajas respecto a la de los chicos sin sintomatología alimentaria (20.1 versus 22.1, $P < 0.05$).

Al igual que en el año anterior, **a los 14 (niñas) y a los 15 años (niños)**, la autoestima total vuelve a ser más elevada en los sujetos sin síntomas alimentarios, siendo significativa la diferencia únicamente en el sexo femenino. En la autoestima académica los varones del grupo 1 puntúan significativamente más bajo que los chicos sin riesgo. En las chicas sólo existen diferencias con significación estadística en la autoestima familiar, en la que se observan puntuaciones medias más bajas entre las que tienen riesgo alimentario.

Los datos obtenidos **a los 18 años** indican que las chicas a riesgo de trastorno alimentario ($EAT < o = 30$) tienen una autoestima menor. Las diferencias únicamente son estadísticamente significativas en la subescala de autoestima personal y en la puntuación total del cuestionario.

Con los resultados obtenidos a partir del punto de corte 14 en el EAT, en el caso de las mujeres no hay diferencias significativas en ninguna de las áreas de autoestima, pero como en el caso anterior, las chicas de riesgo alcanzan puntuaciones inferiores a las alcanzadas por las chicas que no presentaban síntomas. Y en el grupo masculino, el único sujeto varón de riesgo puntúa mucho más bajo en autoestima en todas las subescalas.

Respecto a las diferencias entre sexos, las chicas muestran puntuaciones medias algo más bajas que los chicos pero estadísticamente no tienen significación.

Tabla 6.2. Puntuaciones medias y desviaciones estandard en los test de autoestima en las diferentes fases del estudio, según sexos en los grupos con y sin riesgo alimentario a partir del EAT.

	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
	PM(DS)	PM(DS)		PM (DS)	PM(DS)	
14-13 a (1.990)						
SEI G	7.92 (1.0)	7.41 (1.7)	NS	7.5 (1.9)	6.46 (2.3)	P < 0.05
SEI S	4.18 (0.8)	4.2 (0.8)	NS	4.0 (0.8)	3.96 (1.0)	NS
SEI A	3.23 (1.3)	2.33 (1.2)	P < 0.05	3.45 (1.1)	2.78 (1.3)	P < 0.05
SEI M	4.32 (1.0)	3.87 (1.4)	NS	2.82 (1.0)	2.89 (1.2)	NS
SEI F	3.03 (1.2)	2.91 (1.2)	NS	4.28 (1.0)	4.0 (1.2)	NS
SEI TOTAL	19.67 (3.5)	17.83 (4.3)	NS	19.13 (3.6)	17.21 (4.1)	P < 0.05
15-14 a (1.991)						
SEI G	8.35 (1.5)	8.0 (1.4)	NS	7.48 (2.0)	6.5 (2.5)	NS
SEI S	4.27 (1.1)	4.0 (0.0)	NS	4.01 (0.8)	3.83 (1.1)	NS
SEI A	3.38 (1.2)	1.5 (1.4)	P < 0.05	3.38 (1.2)	3.08 (1.4)	NS
SEI M	3.38 (1.2)	4.01 (1.4)	NS	3.17 (1.2)	3.08 (1.2)	NS
SEI F	3.95 (1.2)	2.5 (2.1)	NS	4.1 (1.3)	3.33 (1.2)	P = 0.05
SEI TOTAL	19.97 (3.0)	16 (4.2)	NS	18.98 (3.7)	16.75 (4.4)	P = 0.05
18 a (1.994)						
SEI G	12.52 (3.3)		-	11.32 (3.4)	10.21 (4.0)	NS
SEI S	7.15 (1.7)		-	7.05 (1.2)	6.92 (1.5)	NS
SEI P	5.76 (2.2)		-	4.26 (2.0)	3.42 (2.3)	P < 0.05
SEI M	5.8 (1.7)		-	5.56 (1.7)	5.71 (1.3)	NS
SEI TOTAL	25.49 (5.9)		-	22.85 (5.8)	20.57 (7.2)	P < 0.05

Grupo 0 = EAT < 30 Grupo 1 = EAT > = 30

3.6.3. CUESTIONARIOS DE ANSIEDAD.

Únicamente se observan diferencias importantes en la ansiedad-rasgo del grupo femenino (observar tabla 6.3). Las chicas de riesgo a los **13 años** alcanzan una puntuación media más elevada (38.1) que las que no presentaban conductas alimentarias anómalas (33.8) ($P < 0.05$). A partir del punto de corte 10 en el EAT, no se han encontrado significaciones estadísticas.

A los **14 años** en la muestra femenina se obtuvieron diferencias notables entre las chicas sin síntomas y las de riesgo tanto en ansiedad estado (STAIC-E) ($P < 0.05$) como en ansiedad rasgo (STAIC-R) ($P < 0.01$). En los varones a los **14 años** y, principalmente a los **15 años**, las puntuaciones de los sujetos con riesgo alimentario son más elevadas que el resto pero no tienen significación estadística.

Tanto en varones como en mujeres las puntuaciones del nivel de ansiedad aumentan en la 1ª fase en el grupo de riesgo de trastorno alimentario pero no en el grupo asintomático.

En la última fase del estudio, cuando la muestra tenía **18 años**, se observa que en la ansiedad-estado (STAI-E) el grupo de sujetos a riesgo puntúa más alto que los sujetos sin conductas patológicas pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Pero sí que se obtienen resultados estadísticamente significativos en el caso de la ansiedad como rasgo de personalidad (STAI-R). En esta variable el grupo a riesgo obtiene una puntuación media significativamente más elevada que la del otro grupo sin riesgo ($P = .0113$). A partir de los grupos establecidos mediante el punto de corte 14 en el EAT, no se han obtenidos significaciones estadísticas.

En la tabla 6.3 se recogen todos los resultados.

Tabla 6.3. Puntuaciones medias y desviaciones estandard en los test de ansiedad en las diferentes fases del estudio, según sexos en los grupos control y riesgo.

14-13 a. (1990)	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
STAIC-R	32.28 (6.3)	34.16 (6.5)	NS	33.86 (6.5)	38.14 (7.9)	P < 0.05
STAIC-E	28.5 (5.1)	27.7 (5.9)	NS	28.97 (5.2)	30.44 (7.2)	NS
15-14 a. (1991)						
STAIC-R	31.35 (5.7)	38.0 (12.7)	NS	33.75 (6.8)	40.41 (8.1)	P < 0.01
STAIC-E	28.11 (4.1)	32.0 (16.9)	NS	29.07 (5.1)	33.16 (5.0)	P < 0.05
18 a. (1994)						
STAI-R	17.01 (9.32)			22.42 (10.5)	27.0 (11.1)	P < 0.05
STAI-E	14.18 (7.5)			17.21 (10.2)	19.07 (11.1)	NS

- Grupo 0 = EAT < 30
- Grupo 1 = EAT ≥ 30

3.6.4. CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD.

La relación entre las dimensiones de la personalidad valoradas por el EPQ-J y la puntuación de riesgo en el EAT únicamente se evaluó en los dos primeros años del estudio sobre la conducta alimentaria (ver tabla 6.4).

En los varones de **14 años**, sólo existen diferencias significativas entre el grupo sin sintomatología alimentaria (EAT menor a 30) y el grupo a riesgo de alteraciones en la ingesta (EAT mayor o igual a 30) en las dimensiones de extraversión y psicoticismo. Con el punto de corte 10 no se han encontrado diferencias significativas.

En la muestra femenina a los 13 años, las diferencias significativas entre grupos se observan en la dimensión neuroticismo y en conducta antisocial. Con el punto de corte 10 en el EAT, además de estas dos dimensiones, también existe significación estadística en la dimensión de psicoticismo. A los 14 años no hay diferencias aunque existen las mismas tendencias.

En los chicos a la edad de 14 años, los resultados indican que los que presentan riesgo de trastorno alimentario son más extravertidos y con un carácter menos empático que el resto de varones; mientras que las chicas con sintomatología alimentaria a los 14 años son más neuróticas y presentan más conductas antisociales que las chicas sin patología alimentaria.

A los 15 años, los chicos únicamente muestran diferencias significativas en la dimensión psicoticismo

Tabla 6.4. Puntuaciones medias y desviaciones standard en el EPQ-J de los sujetos con y sin riesgo según el EAT: 1ª Fase del estudio (1990-91).

14-13 a. (1990)	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
EPQJ-N	8.00 (4.5)	9.5 (4.2)	NS	8.39 (4.3)	10.75 (4.3)	P < 0.05
EPQJ-E	19.69 (2.8)	18.8 (4.6)	P < 0.05	19.6 (3.2)	18.78 (4.2)	NS
EPQJ-P	3.64 (2.6)	5.33 (3.6)	P < 0.05	2.33 (2.2)	3.14 (2.9)	NS
EPQJ-CA	18.09 (4.2)	19.37 (4.0)	NS	17.39 (3.9)	19.14 (5.04)	P < 0.05
15-14 a. (1991)						
EPQJ-N	6.62 (4.0)	9.0 (4.2)	NS	8.89 (4.7)	10.05 (4.2)	NS
EPQJ-E	20.15 (3.0)	18.0 (5.6)	NS	19.37 (4.0)	18.75 (4.4)	NS
EPQJ-P	3.08 (2.5)	7.0 (5.6)	P < 0.05	2.39 (2.7)	4.0 (2.8)	NS
EPQJ-CA	17.69 (4.3)	21.5 (4.9)	NS	17.8 (3.6)	18.75 (3.3)	NS

- Grupo 0 = EAT < 30
- Grupo 1 = EAT ≥ 30

3.6.5. TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS O CARAS.

La capacidad perceptiva visual fue valorada a los 13 y 14 años en las niñas, y a los 14 y 15 años en los niños.

La atención visual es mejor en el grupo que no presenta conductas alimentarias alteradas. Este incremento de las puntuaciones medias es significativo únicamente en los varones de 14 años. Los datos se recogen en la tabla 6.5.

Tabla 6.5. Puntuaciones medias y desviaciones estandard en el test de caras en las diferentes fases del estudio, según sexos en los grupos con y sin riesgo alimentario a partir del EAT.

CARAS	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
14-13 a. 1: EAT \geq 30	48.81 (8.3)	44.66 (11.9)	P < 0.05	47.2 (8.1)	45.64 (8.8)	NS
14-13 a. 1: EAT \geq 10	47.46 (10.15)	43.95 (12.6)	NS	46.94 (8.6)	46.68 (8.45)	NS
15-14 1: EAT \geq 30	53.67 (6.6)	47.5 (6.3)	NS	54.91 (5.9)	52.5 (8.7)	NS

3.6.6. APTITUDES MENTALES PRIMARIAS

A los 18 años, las mujeres a riesgo de patología alimentaria presentan puntuaciones inferiores en los diferentes factores del test PMA (especialmente en los que valoran la orientación espacial, el razonamiento y la capacidad numérica), aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística. Hay que señalar que la muestra en este caso se redujo a 83 varones y 76 mujeres, de las cuales sólo 8 pertenecían al grupo de riesgo alimentario, por lo que se han podido sesgar los resultados, los cuales quedan recogidos en la tabla 6.6.

Tabla 6.6. Puntuaciones medias y desviaciones estandard en los factores del PMA en los grupos con y sin riesgo alimentario a los 18 años.

PMA	VARONES		MUJERES		P
	0		0	1	
VERBAL	29.07 (7.88)		27.67 (6.8)	26.00 (7.9)	NS
ESPACIAL	34.72 (11.95)		30.64 (12.8)	22.87 (14.7)	NS
RAZONAMIENTO	21.08 (6.4)		20.39 (5.2)	18.87 (4.88)	NS
NUMERICO	21.44 (7.8)		22.83 (7.81)	18.62 (5.3)	NS
FLUIDEZ VERBAL	49.59 (9.84)		50.76 (11.85)	50.50 (9.1)	NS

- Grupo 0 = EAT < 30
- Grupo 1 = EAT ≥ 30

3.6.7. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES:

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala ALCE a los 18 años, no se han encontrado diferencias significativas en el número de acontecimientos vitales que habían vivido los sujetos a riesgo de trastorno alimentario respecto a los vivenciados por los sujetos sin actitudes alimentarias de riesgo.

Analizando por ítems, entre las mujeres de riesgo y las mujeres control, únicamente se han observado diferencias importantes en el ítem ALCE 28 ("El embarazo de la madre"). Este acontecimiento vital está significativamente más presente en el grupo a riesgo de trastorno (7.1%) que en el grupo sin sintomatología alimentaria (0.7%) ($P = < 0.05$).

El resto de resultados no son estadísticamente significativos aunque hay algunos datos que es interesante destacar. Por ejemplo, hay un acontecimiento vital al que han estado expuestos la mayor parte de la muestra, y se refiere a

"suspender una o más asignaturas en el colegio" (ALCE 5). Este acontecimiento está presente en el 78% de los varones, en el 80% de las chicas sin síntomas y el 71.4% de las chicas de riesgo alimentario. También es llamativo el dato de que un porcentaje importante está afectado por la grave enfermedad de uno de los padres u otro pariente (ALCE 11). En concreto, el 21.9% de los chicos y el 21.6 % de las chicas control, mientras que las chicas a riesgo muestran un porcentaje superior, aunque no significativo estadísticamente, que es del 42.9%.

El romper con un amigo/a íntimo/a (ALCE 13) también es una situación más frecuente en el grupo de riesgo (35.7%) respecto a las chicas control (32.6) aunque sin significación estadística.

Por otro lado, es curioso el dato de que las chicas tanto las de riesgo (35.7%) como las controles (46.3%) se pelean con los padres más que los chicos (18.5%), o al menos ellas lo viven como un acontecimiento vital.

El ALCE 20 referido a "Tener cualquiera de los siguientes problemas; acné, sobrepeso, bajo peso, ser demasiado alto o bajo,..." es una situación que aparece más frecuentemente entre las chicas con riesgo de trastorno alimentario, con un porcentaje de 57.1%, que en las de sin riesgo (42.9%). Ambos porcentajes son superiores en las chicas que en los chicos (27.8%).

También se ha analizado el grado de estrés que estos acontecimientos generaban en la muestra. Para obtener el grado de estrés se sumaron todos los acontecimientos vitales que la persona había experimentado multiplicados por el grado de impacto que había sido puntuado por el mismo sujeto. Para el análisis de esta relación se estableció una puntuación de corte para delimitar un alto grado de estrés, según Canals y col. (1997a). Se analizaron las discrepancias entre los grupos con y sin patología alimentaria detectados a partir de los puntos de corte 30 y 14. Únicamente se obtuvieron diferencias en el sexo femenino con el punto de corte original. El riesgo de trastorno alimentario parece relacionarse con un mayor nivel de estrés.

Los resultados se describen en la tabla 6.7.

Tabla 6.7. Grado de estrés y sintomatología alimentaria.

ALCE	VARONES	0		MUJERES		P
		0	1	0	1	
Grado de estrés	9.8 (6.1)	6.22 (8.5)	11.13 (12.7)			<.05

- Grupo 0: EAT < 30
- Grupo 1: EAT > = 30

3.6.8. HABITOS TÓXICOS.

Se han analizado los porcentajes de consumo y frecuencia de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, observando la diferencia entre los grupos con y sin alteraciones en el comportamiento alimentario, grupos señalados a partir de su puntuación el EAT. Los hábitos tóxicos como ya hemos indicado han sido valorados sólo a los 18 años. En los gráficos están señalados los porcentajes obtenidos a partir del punto de corte 30. Con el punto 14 no se describen en las tablas, ya que son similares y no tienen significación estadística.

3.6.8.1. Resultados consumo de alcohol.

Respecto al consumo diario de alcohol, del grupo que reconoce que consume (76.5%), las chicas de riesgo beben más alcohol diariamente aunque las diferencias no tienen significación estadística. La tabla 6.8 muestra los datos con los grupos distribuidos a partir del punto 30 en el EAT.

Tabla 6.8. Porcentajes del consumo diario de alcohol en los grupos con y sin riesgo alimentario.

GRADOS CONSUMO	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
No consumen	23.5	27.1	15.4
< 19 gr.	67.4	66.9	84.6
19-39 gr.	5.3	5.3	-
40-79 gr.	2.3	0.8	-
80-119 gr.	1.5	-	-
> 119 gr.	-	-	-

* Diferencias no estadísticamente significativas

Por otro lado, ante la pregunta de cuál había sido su **consumo máximo de bebidas alcohólicas**, los resultados aparecen en la tabla 6.9. El consumo máximo es mayor en el grupo con riesgo alimentario.

En cuanto a la **frecuencia de este consumo máximo de bebidas alcohólicas**, no se encuentran diferencias con significación estadística como puede observarse en la tabla 6.10.

Tabla 6.9. Porcentajes del consumo máximo de alcohol según grupos con y sin riesgo alimentario.

GRADOS CONSUMO MAXIMO	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
No consumo	33.3	41.4	23.1
< 19 gr.	4.5	6.8	7.7
19-39 gr.	5.3	6.8	15.4
40-79 gr.	13.6	24.1	30.8
80-119 gr.	12.9	12.8	23.1
120-159 gr.	12.9	4.5	-
> 160 gr.	17.5	3.8	-

* Diferencias no estadísticamente significativas

Tabla 6.10. Porcentajes de la frecuencia consumo máximo alcohol según grupos con y sin riesgo alimentario.

FRECUENCIA CONSUMO	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
< 1 vez/mes	59.8	39.8	46.2
1/mes	4.5	3.0	7.7
1-3/mes	.8	6.8	7.7
1/semana	1.5	10.5	7.7

* Diferencias no estadísticamente significativas

3.6.8.2. Resultados del consumo de tabaco.

Los resultados muestran claramente que las mujeres con conductas alimentarias alteradas fuman en menor porcentaje que las chicas sin riesgo y que los varones (ver tabla 6.11), ya que el 84.6% de las chicas con sintomatología alimentaria no consumen tabaco, frente al 60.2% de las de sin riesgo y el 59.1% de los varones.

Como puede observarse en la tabla 6.12., la sensación subjetiva de necesidad de tabaco no es reconocida por la mayor parte de la muestra y en concreto, las escasas fumadoras del grupo de riesgo manifiestan en su totalidad no haber experimentado ninguna necesidad subjetiva de fumar.

Tabla 6.11. Porcentaje del número de cigarrillos según grupos con y sin riesgo alimentario.

Nº cigarrillos	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
0 cig.	59.1	60.2	84.6
1-10 cig.	25.8	33.2	15.4
11-20 cig.	13.5	6.1	-
> 20 cig.	1.6	0.8	-

* Diferencias no estadísticamente significativas

Tabla 6.12. Porcentajes sobre la sensación subjetiva de necesidad de tabaco en los grupos con y sin riesgo alimentario.

	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT > 30
No necesidad de tabaco	80.3	81.2	100.0
Algún deseo, pero puede pasar sin fumar	10.6	13.5	-
Preocupación importante	9.1	5.3	-

*Diferencias no estadísticamente significativas.

3.6.8.3. Resultados del consumo de sustancias tóxicas ilegales.

En esta muestra no se ha detectado, o al menos aparentemente, un consumo de otras sustancias como marihuana, hachís, alucinógenos, estimulantes, etc. El 78% de los chicos, el 86.5% de las chicas control y el 84.6% de las de riesgo afirma no consumir ningún tipo de estas drogas.

Entre sexos, son los varones los que consumen más respecto a las chicas, aunque los porcentajes varían según sea la frecuencia de consumo. Entre las chicas de riesgo un 7.7% reconoce consumir mensualmente y otro 7.7% esporádicamente. Este consumo mensual es superior (aunque no estadísticamente significativo) al de los chicos, y al del resto de las chicas. Todos los datos están reflejados en la tabla 6.13.

Tabla 6.13. Porcentajes sobre la frecuencia consumo de drogas ilegales en los grupos con y sin riesgo alimentario.

Frecuencia consumo	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
No consumo	78.0	86.5	84.6
Diario	1.5	.8	
Semanal	9.1	.8	
Mensual	5.3	1.5	7.7
Esporádico	6.1	10.5	7.7

**Diferencias no estadísticamente significativas

3.6.9. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES.

Esta variable fue evaluada a los 18 años interrogando a los propios jóvenes a través de la entrevista. La mayor parte de la muestra entrevistada desconocía la posible presencia de antecedentes psicopatológicos entre sus familiares. Pero pudo comprobarse la existencia de diferencias significativas entre los grupos con y sin

riesgo de trastorno alimentario. En los sujetos que no presentaban conductas hacia la ingesta alteradas se detectaron más alteraciones psicopatológicas entre los parientes más cercanos que el grupo de las chicas de riesgo de trastorno alimentario ($P < 0.05$). Curiosamente en las chicas sin síntomas se ha declarado una mayor presencia de psicopatologías aunque la prevalencia no sea elevada, tal y como puede observarse en la tabla 6.14. Los resultados obtenidos con el punto de corte 14 en el EAT no se han descrito ya que son similares y también presentan significaciones estadísticas.

Tabla 6.14. Antecedentes psicopatológicos familiares.

PSICOPATOLOGIA	Varones	Mujeres	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
AUSENCIA DE PSICOPATOLOGÍA	76.5	66.9	69.2 (*)
DEPRESION	9.8	15.0	-
DISTIMIA	0.8	0.8	-
INSOMNIO		1.5	-
FOBIAS ESPECIFICAS	0.8	-	-
T.O.C.	0.8	-	7.7
TRASTORNO ADAPTATIVO TIPO DEPRESIVO	-	-	7.7
ANOREXIA	-	1.5	-
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	2.3	1.5	-
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	-	0.8	-
TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA	6.8	6.0	15.4
ALCOHOLISMO	1.5	1.5	-
TRASTORNO ADAPTACION CON ANSIEDAD	-	0.8	-
TRASTORNO APRENDIZAJE	-	1.5	-
TRASTORNO SOMATOMORFE	-	.8	-
TRASTORNO PSICOTICONO ESPECIFICADO	0.8	1.5	-

* $P < 0.05$

De entre las psicopatologías reconocidas entre sus familiares, la alteración más frecuente es la depresión mayor. De hecho el 9.8% de los chicos y el 15% de

las chicas sin riesgo de trastorno alimentario confesaba la existencia de esta patología en su familia. En cambio, del grupo de riesgo nadie manifestó el conocimiento de la depresión en su familia. Pero sí que el 15.4% de este grupo admitió antecedentes familiares de trastorno de ansiedad generalizada, porcentaje superior al 6.8% de los chicos y al 6% de las chicas control. También dentro del grupo de riesgo hay otras dos psicopatologías que aparecen en familiares que son el trastorno obsesivo compulsivo y alteraciones que podían ser etiquetadas como trastorno adaptativo depresivo. Los porcentajes de ambos trastornos son idénticos dentro de este grupo a riesgo.

3.6.10 NIVEL DE ESCOLARIZACION DE LA MUESTRA.

Como se muestra en la tabla 6.15. existe un mayor porcentaje de sujetos varones que no han acabado sus estudios a la edad de 18 años.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con sintomatología alimentaria y los que no tienen riesgo, ni con el punto 30 en el EAT, ni con 14. Las chicas con síntomas de trastorno alimentario estudian en su mayoría COU y FP II.

Tabla 6.15. Nivel de escolarización de la muestra según grupos con y sin riesgo alimentario.

NIVEL ESTUDIOS	VARONES	MUJERES	
		EAT < 30	EAT ≥ 30
Sin estudios	28.9	7.5	7.7
COU	26.5	48.1	69.2
BUP	7.6	11.3	-
FP	33.3	32.3	23.1
Sólo EGB	3.8	0.8	-

*Diferencias no estadísticamente significativas

3.6.11 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y RIESGO ALIMENTARIO.

En la tabla 6.16. están descritos los resultados que los grupos obtuvieron a **la edad de 13 (niñas) y 14 años (niños)**. Dentro de la muestra masculina, existen diferencias importantes entre el grupo con sintomatología alimentaria y el grupo sin riesgo en las variables peso e índice de Quettelet.

La puntuación media de peso de los varones no patológicos es de 53.86 mientras que el grupo a riesgo tiene un peso destacadamente más alto (60.16 kgr.) ($P < 0.05$). Y la puntuación media del índice de Quettelet de los varones a riesgo también es significativamente mayor que la de los controles ($P < 0.05$).

Sin embargo, dentro de la muestra femenina el análisis no reflejó diferencias importantes entre el grupo control y grupo a riesgo en ninguna de las tres variables antropométricas valoradas en nuestro estudio.

Los resultados a **los 14 años (niñas) y los 15 años (niños)** se recogen en la tabla 6.17. Se puede comprobar que, al contrario que el año anterior, no existen grandes diferencias entre los varones con y sin conductas alimentarias alteradas en las variables peso, talla e índice de Quettelet. Sin embargo, dentro de la muestra femenina sí existen diferencias notables entre las chicas control y las chicas a riesgo en la variable talla e índice de Quettelet. Así la talla del grupo sin riesgo es significativamente más alta que el grupo con riesgo. También se puede observar que el índice de Quettelet o la corpulencia es mayor entre las chicas a riesgo de desorden alimentario que el resto de la muestra femenina.

Respecto a los datos del último año de la investigación, **a la edad de 18 años**, no se observan diferencias significativas en ninguna de las tres variables antropométricas, aunque las chicas con riesgo alimentario pesan algo más que el resto y su índice de Quettelet es superior con una significación próxima al 0.05 ($P = 0.06$)(Ver tabla 6.18.)

Tabla 6.16. Medias y desviaciones estandard de las variables antropométricas, según las puntuaciones del EAT a los 13 años las mujeres y a los 14 los varones.

	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
PESO	53.86 (10.39)	60.16 (8.38)	P < 0.05	48.17 (7.85)	48.93 (8.67)	NS
TALLA	161.9 (8.35)	161.4 (5.9)	NS	155.6 (6.56)	153.7 (7.04)	NS
I.Q.	20.38 (2.82)	22.98 (3.02)	P < 0.05	19.83 (2.73)	20.58 (2.68)	NS

Tabla 6.17. Medias y desviaciones estandard de las variables antropométricas, según las puntuaciones del EAT a los 14 (mujeres) y 15 años (varones).

	VARONES		P	MUJERES		P
	0	1		0	1	
PESO	61.03 (10.7)	70.15 (21.5)	NS	51.87 (7.61)	55.20 (10.7)	NS
TALLA	167.6 (7.69)	165.8 (12.9)	NS	158.6 (6.14)	154.7 (6.43)	<0.05
I.Q.	21.62 (2.99)	25.34 (3.87)	NS	20.60 (2.73)	22.94 (3.15)	<0.05

Tabla 6.18. Puntuaciones medias de las variables antropométricas, según las puntuaciones del EAT a los 18 años.

	VARONES		MUJERES		P
	0	1	0	1	
PESO	71.26 (10.46)		56.55 (7.78)	60.69 (9.4)	NS
TALLA	176.77 (6.3)		163.0 (6.05)	163.61 (7.10)	NS
I.Q.	22.75 (2.79)		21.25 (2.51)	22.68 (3.39)	NS

Grupo 0: Grupo EAT < 30

Grupo 1: Grupo EAT > 30

I.Q.: Índice de Quettelet

3.6.12. CORRELACION DEL EAT CON EL RESTO DE PRUEBAS PSICOLOGICAS, COGNITIVAS Y ANTROPOMETRICAS.

3.6.12.1. Resultados a los 13-14 años.

En el análisis realizado en 1990 a la edad de 13 las niñas y 14 los varones, presentado en la tabla 6.19., el Eating Attitudes Test (EAT) tiene en general correlaciones bajas, aunque algunas son significativas. Esto ocurre con la prueba de sintomatología depresiva CDI, así como con los ítems relacionados con la ansiedad rasgo pertenecientes al STAIC. La ansiedad estado correlaciona positivamente con el EAT en la muestra femenina pero no ocurre así en el grupo de los varones.

El EPQ-J ofrece una correlación positiva y significativa aunque baja para ambos sexos excepto el EPQ-J-E. Respecto a la autoestima las correlaciones son también bajas pero también mejores en el sexo femenino como se muestra en la tabla 6.19. Y en cuanto a la prueba de atención las correlaciones son negativas, pero con significación estadística en los varones.

Las variables antropométricas talla, peso e índice de Quettelet no correlacionan significativamente con la prueba EAT en la muestra femenina en este primer año. En el grupo de varones tampoco hay correlaciones destacables en la variable talla, pero sí observamos correlaciones significativas con el índice de Quettelet y el peso.

3.6.12.2. Resultados a los 14-15 años.

En 1991, cuando la muestra tenía 14 años las chicas y 15 años los chicos, siguen observándose correlaciones bajas entre el EAT y el resto de pruebas. Con el CDI y la ansiedad rasgo (STAIC-R) se siguen observando correlaciones positivas y significativas, tanto en varones como en mujeres. En referencia al EPQ-J las correlaciones aunque bajas tienen

significación estadística en todas las dimensiones excepto en extraversión, al igual que ocurría en el año anterior. Con la prueba de autoestima las correlaciones son más significativas en el grupo de los varones, aunque en ambos sexos son negativas. En la prueba de las caras ocurre lo mismo que en 1990. Y respecto a las pruebas antropométricas, al contrario que en el año anterior y coincidiendo con los análisis de varianza anteriores (3.6.11), las correlaciones con la talla y el IQ aunque son bajas tienen significación estadística en el sexo femenino.

Los resultados citados se recogen en la tabla 6.20.

3.6.12.3. Resultados a los 18 años.

El cuestionario de depresión BDI aunque el análisis muestra correlaciones bajas, éstas son positivas y significativas para ambos sexos, mientras que el STAI únicamente es significativo en las mujeres.

Respecto al cuestionario de autoestima, en el grupo femenino las correlaciones son bajas aunque tienen significación estadística la mayor parte de las subescalas excepto la social y la relativa a sinceridad. En el sexo masculino además de ser correlaciones bajas no son significativas. Lo mismo ocurre con el ALCE pero en este caso en ninguno de los dos sexos existen diferencias importantes estadísticamente. Todos los datos están recogidos en la tabla 6.21.

Tabla 6.19. Matriz de correlaciones de las pruebas psicológicas y variables antropométricas con el EAT a los 13 (mujeres)-14 años (varones) (1990).

TESTS	EAT VARONES	P	EAT MUJERES	P
CDI	.2187	P < 0.001	.1570	P < 0.001
STAIC-R	.2158	P < 0.001	.2748	P < 0.001
STAIC-E	.0591	NS	.1121	P < 0.05
EPQJ-N	.1574	P < 0.05	.1975	P < 0.05
EPQJ-E	-.1643	P < 0.05	-.0906	NS
EPQJ-P	.2039	P < 0.001	.2104	P < 0.05
EPQJ-CA	.1315	P < 0.05	.1931	P < 0.05
SEI G	-.2346	P < 0.001	-.1924	P < 0.05
SEI S	-.0851	NS	-.0946	NS
SEI A	-.2446	P < 0.001	-.0913	P < 0.05
SEI M	.0106	NS	-.0262	NS
SEI P	-.1922	P < 0.05	-.1503	P < 0.05
SEI TOT	-.2799	P < 0.001	-.2286	P < 0.001
CARAS	-.1921	P < 0.05	-.0636	NS
TALLA	-.0463	NS	-.0845	NS
I.Q.	.2376	P < 0.001	.2256	NS
PESO	.1519	P < 0.05	.0199	NS

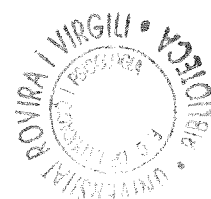


Tabla 6.20. Matriz de correlaciones de las pruebas psicológicas y variables antropométricas con el EAT a los 14 (mujeres)-15 años (varones) (1991).

TESTS	EAT VARONES	P	EAT MUJERES	P
CDI	.3140	P < 0.001	.2815	P < 0.001
STAIC-R	.2551	P < 0.001	.3483	P < 0.001
STAIC-E	.0409	NS	.1790	P < 0.05
EPQJ-N	.1872	P < 0.05	.2272	P < 0.05
EPQJ-E	-.0025	NS	-.1093	NS
EPQJ-P	.2324	P < 0.001	.2673	P < 0.001
EPQJ-CA	.2326	P < 0.001	.1461	P < 0.05
SEI G	-.1827	P < 0.001	-.2190	P < 0.05
SEI S	-.0601	NS	-.0135	NS
SEI A	-.2386	P < 0.001	-.1087	NS
SEI M	.0111	NS	-.1278	NS
SEI P	-.1586	P < 0.05	-.1058	NS
SEI TOT	-.2575	P < 0.001	-.1943	P < 0.05
CARAS	-.1752	P < 0.05	-.0484	NS
TALLA	-.1056	NS	-.1952	P < 0.05
I.Q.	.2175	P < 0.001	.2256	P < 0.001
PESO	.1213	NS	.1048	NS

Tabla 6.21. Matriz de correlaciones de las pruebas psicológicas y variables antropométricas con el EAT a los 18 años (1994/95).

TESTS	EAT VARONES	P	EAT MUJERES	P
BDI	.2450	P < 0.001	.3650	P < 0.001
STAIC-R	.1091	NS	.2980	P < 0.001
STAIC-E	-.0015	NS	.1947	P < 0.05
SEI G	-.1282	NS	-.2086	P < 0.05
SEI S	-.1098	NS	-.1281	NS
SEI M	-.2319	P < 0.05	-.0185	NS
SEI P	-.1193	NS	-.2530	P < 0.05
SEI TOT	-.1444	NS	-.2488	P < 0.05
ALCE	.1011	NS	-.0368	NS
TALLA	-.1069	NS	-.0746	NS
PESO	.0766	NS	.1126	NS
I.Q.	.1632	NS	.1784	NS

3.7. FACTORES EXPLICATIVOS DE SINTOMATOLOGIA Y PATOLOGIA ALIMENTARIA A LOS 18 AÑOS: ANALISIS TRANSVERSAL.

3.7.1. VARIABLES EXPLICATIVAS DE SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA.

Se realizó una regresión simple y las variables cuyo coeficiente de regresión era significativo se incluyeron dentro de la regresión múltiple. El objetivo era detectar qué variables predecían el riesgo de trastorno alimentario así como cuál de ellas tenía mayor poder explicativo. Se incluyeron variables psicológicas como la ansiedad (STAI), depresión (BDI), nivel de autoestima (SEI), el número de acontecimientos vitales experimentados así como el grado de estrés que éstos generaban (ALCE); variables cognitivas valoradas por la prueba de aptitudes mentales primarias (PMA); características antropométricas como el peso, talla e índice de Quetelet; y el grado de comunicación con los padres, amigos, hermanos, compañeros de clase y profesores. En las tablas 7.1 y 7.2 sólo se describen los resultados de las variables que presentaron un coeficiente de regresión significativo.

Realizamos un **primer análisis global sin diferenciar entre sexos**. Dentro de las variables psicológicas, los estadísticos descriptivos muestran que puntuaciones elevadas en los cuestionarios de depresión, ansiedad y grado de estrés que generan los acontecimientos vitales experimentados predicen el riesgo de trastorno alimentario, de forma que a mayor puntuación en estos cuestionarios la puntuación en el test EAT será más alta.

La autoestima es también una variable predictora pero en este caso la relación es inversa. Es decir, una menor puntuación en autoestima se asocia a una mayor puntuación en el EAT.

Los porcentajes de varianza del EAT a los 18 años que explica cada variable independiente aparecen en las tablas 7.1 y 7.2. En estas tablas observamos que el cuestionario de depresión BDI es el que más porcentaje de varianza del EAT explica (11%). El cuestionario de ansiedad, en concreto la ansiedad-rasgo explica casi el 9% y la autoestima personal (SEI-P) el 7.5%. El resto de variables explican porcentajes inferiores a los citados.

Respecto a la comunicación a nivel familiar y social, los datos muestran que a mayor comunicación con el padre menor riesgo de trastorno alimentario, siendo ésta la única variable de las relacionadas con la comunicación que era significativa en la regresión simple. Sin embargo, al incluirla en el modelo de regresión múltiple no obtuvo significación estadística.

El análisis de las subescalas de la prueba cognitiva PMA evidenciaba que de todas ellas, la subescala espacial sería la mejor predictora de sintomatología alimentaria. Los resultados indican que una baja puntuación en este cuestionario cognitivo se relacionaría con una mayor puntuación en la prueba de actitudes alimentarias. Algo similar ocurre con las variables antropométricas. Los datos señalan que una menor talla y un bajo peso explican en parte el riesgo de trastorno alimentario, siendo la talla el mejor predictor. Sin embargo el índice de Quetelet no era significativo. De hecho, al analizar la capacidad predictiva de todas las variables significativas incluidas (se exceptuó el número de acontecimientos vitales y el índice de Quetelet) para la muestra en general, aplicando una regresión múltiple, la variable que tiene mayor importancia como factor explicativo de síntomas en la conducta alimentaria es, en primer lugar, la talla, seguida del cuestionario de depresión BDI. Estas dos variables explican el 20.6% de la variabilidad del EAT a los 18 años (Tabla 7.3). Sin embargo, posteriormente, realizamos un modelo con todas las variables anteriormente citadas pero esta vez incluimos las dos variables (número de acontecimientos vitales y corpulencia) que no se habían admitido, y obtuvimos que en este caso el BDI era la que mayor capacidad predictiva tenía y explicaba por sí solo un 17,7% de la variabilidad del EAT a los 18 años.

Tabla 7.1. Relación entre la puntuación del EAT y las variables psicológicas a los 18 años.

Test	Correl.	Coefficiente determinación	sig.	Recta de regresión
BDI	.3329	.1108	<.0001	$Y = 9.67 + 0.45x$
STAI-E	.1830	.0335	.0014	$Y = 1.01 + 0.17x$
STAI-R	.2986	.0891	<.0001	$Y = 7.68 + 0.25x$
SEI G	-.2189	.0479	.0001	$Y = 19.7 - 0.57x$
SEI S	-.1246	.0155	.0298	$Y = 19.4 - 0.92x$
SEI P	-.2740	.0750	<.0001	$Y = 18.32 - 1.0x$
SEI T	-.2586	.0669	<.0001	$Y = 22.32 - 0.4x$
ALCE GRADO ESTRÉS	.1738	.0302	.0033	$Y = 10.7 + 0.18x$

Tabla 7.2. Relación entre la puntuación del EAT y las variables cognitivas y antropométricas a los 18 años..

	Correlac	Coefficiente determinación	Sig	Recta regresión
Prueba PMA Espacial	-.1673	.0208	.0287	$Y = 16.58 - 0.11x$
Nivel comunicación paterno	-.1578	.0249	.0017	$Y = 18.34 - 0.79x$
PESO	-.1201	.0144	.0495	$Y = 19.28 - 0.09x$
TALLA	-.2692	.0724	<.0001	$Y = 59.92 - 0.27x$

Tabla 7.3. Resultados análisis regresión múltiple: Variables con mayor poder explicativo de riesgo de trastornos alimentario en ambos sexos a los 18 años.

VARIABLE	B	SE B	t	Sig.t
TALLA	-.3267	.0781	- 4.180	.0001
BDI	.3620	.0993	3.645	.0004

B: Coeficiente de regresión.

SE: Error standard

T: t de Student-Fisher.

Posteriormente, aplicamos el mismo procedimiento pero **diferenciando entre sexos**. Y los resultados variaron al realizar la distinción entre varones y mujeres. En las tablas sólo aparecen las variables con significación estadística en el análisis de regresión simple. Se analizaron las mismas variables que se han citado anteriormente, pero se añadió una nueva: el "factor dieta" compuesto por los ítems del EAT que están relacionados con el tema de la práctica de dietas y preocupación por la comida.

En la muestra femenina (ver tabla 7.4), una alta puntuación en los tests de depresión (BDI) y ansiedad (STAI) explican una puntuación más elevada en el cuestionario de actitudes alimentarias; mientras que en la prueba de autoestima únicamente son significativas la autoestima general, personal y la puntuación total, obteniendo puntuaciones negativas que, como anteriormente ocurría, indican que un menor resultado en estas subescalas pronosticaría un mayor riesgo de trastorno alimentario. En las pruebas cognitivas no se observa ningún dato significativo. En cambio la pobre comunicación con padres y amigos interviene significativamente en la explicación del riesgo alimentario.

Respecto a los resultados de peso, talla e índice de Quetelet únicamente éste último es significativo como factor explicativo, mostrando los datos que una mayor corpulencia pronosticaría mayor puntuación en el cuestionario de actitudes alimentarias. Sin embargo, al analizar todas estas variables aplicando un modelo de regresión múltiple, sólo el BDI tiene una significación estadística importante, explicando un 17.7% de la variabilidad del EAT (ver tabla 7.5).

En la muestra masculina únicamente es significativa la variable depresión valorada con el BDI con una correlación de 0.2450 y un coeficiente de determinación de 0.0600 (Sig= 0.0023). Al aplicar la regresión múltiple también se incluyó la autoestima total ya que aunque no tenía significación estadística, era la única que se acercaba a un valor aceptable (correlación -0.1444, coeficiente de determinación 0.0208, sig = 0.0759). Sin embargo, persiste la mayor capacidad predictiva del BDI.

El **factor dieta** del EAT fue analizado como variable en la regresión múltiple, y se obtuvo que este factor tanto en chicos como en chicas tiene una capacidad explicativa importante para pronosticar mayor puntuación en el EAT. Los datos referentes al sexo masculino muestran que este factor explicaría un 46.94% de la variabilidad del EAT, aumentando al 80.94% en el sexo femenino (Tabla 7.6).

Tabla 7.4. . Relación entre la puntuación del EAT y las variables psicológicas, antropométricas y sociodemográficas a los 18 años en el sexo femenino.

TEST	Correl.	Coefficient determinac	Sig	Recta de regresión
BDI	.3649	.1331	<.0001	Y = 10.5 + 0.63x
STAI-E	.1947	.0379	.0177	Y = 11.8 + 0.21x
STAI-R	.2980	.0888	.0002	Y = 8.3 + 0.31x
SEI G	-.2086	.0435	.0101	Y = 23.3 - 0.68x
SEI-P	-.2529	.0640	.0017	Y = 21.4 - 1.4x
SEI-Tot	-.2488	.0619	.0021	Y = 26.5 - 1.0x
I.Q.	.1701	.0289	.0444	Y = -1.1 + 0.78x
Comun.padre	-.1902	.0362	.0021	Y = 24.1 - 1.28x
Comun.amigo	-.2200	.0484	.0068	Y = 33.8 - 2.13x

Tabla 7.5. Resultados análisis regresión múltiple: variables con mayor poder explicativo de riesgo de trastorno alimentario a los 18 años, según sexos.

VARIABLE BDI	B	SE B	t	Sig.t
MUJERES	.6927	.2017	3.434	.0011
VARONES	.1740	.0562	3.190	.0023

B: Coeficiente de regresión.

SE: Error standard

T: t de Student-Fisher.

Tabla 7.6. Resultados regresión múltiple: capacidad del factor dieta como variable explicativa del riesgo de trastorno alimentario a los 18 años, según sexos.

FACTOR DIETA	B	SE B	t	Sig.t
MUJERES	1.5377	.0611	25.159	<.0001
VARONES	1.1472	.3363	11.558	<.0001

B: Coeficiente de regresión.

SE: Error standard

T: t de Student-Fisher.

3.7.2. VARIABLES EXPLICATIVAS DE DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nos hemos basado en los diagnósticos realizados según los criterios de la CIE-10. En el trastorno de conducta alimentaria se incluyen la anorexia, bulimia y anorexia atípica. En este caso sólo hablamos de mujeres ya que no hay diagnóstico en la muestra masculina.

Hemos realizado diferentes modelos teóricos utilizando la regresión logística. Uno de ellos es el **modelo psicológico**, en el que se ha incluido la puntuación total en el cuestionario de depresión (BDI), ansiedad rasgo y ansiedad estado (STAI), las puntuaciones en las diferentes subescalas de autoestima (SEI) y

el número de acontecimientos vitales. Los resultados muestran que únicamente el BDI se acerca a la significación estadística ($P = .0602$) y explicaría el 12.5% de la variabilidad del diagnóstico de trastorno alimentario en mujeres a esta edad.

Posteriormente, se ha realizado un análisis con las anteriores variables pero ahora añadimos la **puntuación total del EAT**. Hemos obtenido que esta variable sería la que posee un mayor valor explicativo para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, clasificando correctamente como patológicas a partir de las incluidas en la ecuación logística, a un 37,5% de las jóvenes con alteración alimentaria. Analizamos también otro modelo con las variables psicológicas y agregamos el **factor dieta** del EAT, relacionado con la preocupación por la comida, y, en este caso, es este factor el que más poder explicativo tiene y explica el 25% de las chicas con diagnóstico.

También hemos elaborado un **modelo antropométrico** que contiene el peso, talla e índice de Quetelet (IQ). Ninguna de ellas ha obtenido significación estadística, al igual que ocurre con el **modelo cognitivo**, que contempla las subescalas de la prueba PMA.

Además hemos analizado la capacidad explicativa de diagnóstico alimentario de las **variables sociodemográficas**. Se puede observar que un nivel de comunicación con los padres bueno o medio es un factor protector de trastorno alimentario importante. Respecto al resto de los datos, éstos pueden interpretarse pero con un valor relativo ya que debe tenerse en cuenta que el número de mujeres con diagnóstico es pequeño. Sugieren que un alto nivel de educación, así como una situación laboral paterna y materna activa con trabajos muy cualificados, y la pobre comunicación con el padre y/o la madre se podrían configurar como factores de riesgo de diagnóstico alimentario.

En la tabla 7.7. se describen los resultados obtenidos relativos a estas variables. El nivel de educación alto engloba a los sujetos que cursaban los estudios de COU o últimos cursos de FP. El nivel 2 incluye los adolescentes matriculados en 2º o 3ºBUP, o cursos iniciales de FP, y eran en su mayoría repetidores. En el nivel 3 se han incluido los adolescentes que únicamente habían obtenido el Graduado Escolar.

Tabla 7.7. Resultados análisis regresión logística: Variables sociodemográficas relacionadas con diagnóstico alimentario.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		
	OR	Intervalo de confianza al 95 %
EDUCACION		
1 Alto	1.0	-
2 Medio	0.0	-
3 Sólo elemental	-	-
SIT.LAB.PADRE		
1 Trabaja	1.0	-
2 No trabaja	0.0	-
SIT.LAB.MADRE		
1 Trabaja	1.0	-
2 No trabaja	0.7	0.0-6.1
COMUNIC.PADRE		
Pobre	1.0	-
Normal	0.2	0.0-0.8 (*)
Buena	0.0	-
COMUNIC.MADRE		
Pobre	1.0	-
Normal	0.3	0.0-0.9 (*)
Buena	0.3	0.0-2.8
TRABAJO PADRE		
Muy cualificado	1.0	-
Medio	0.0	-
Bajo (a.)	-	-
TRABAJO MADRE		
Muy cualificado.	1.0	-
Medio	1.2	0.3-4.4
Bajo (a.)	-	-

(a.) Sin calificar o tareas domésticas

* = $p < 0.05$

3.8. FACTORES PREDICTORES DE SINTOMATOLOGÍA Y PATOLOGÍA ALIMENTARIA A LOS 18 AÑOS: ANALISIS LONGITUDINAL.

Mediante la regresión múltiple y la regresión logística se ha estudiado la capacidad predictiva de síntomas y diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria realizado a los 18 años, respectivamente, de las pruebas aplicadas desde la edad de 10 años. Para ello, primero se han realizado diferentes modelos teóricos según el tipo de variable (psicológico, antropométrico y cognitivo). En segundo lugar, se han elaborado modelos según la edad y sexo, desde los 10 hasta los 15 años, ambas edades inclusive.

Dentro de los **modelos antropométricos**, primero se ha realizado un modelo que incluye las variables peso, talla e índice de Quetelet desde los 10 años las chicas y los 11 años los chicos, hasta los 14-15 años respectivamente. También se ha construido otro modelo que incluye el estadio puberal observado durante los mismos años citados.

En los modelos psicológicos, se ha realizado un modelo en el que se incluyen los datos obtenidos con la administración de los tests de **autoestima**: el test Rosenberg aplicado a los 10-11 años, y el test SEI utilizado en a los 13-14 años y a los 14-15 años; un segundo modelo con el cuestionario de **depresión infantil** CDI utilizado desde los 10-11 años hasta los 14-15 años; otro con la prueba de **ansiedad** (STAIC) aplicada desde los 10-11 años hasta los 14-15 años; y otro modelo con el test de **personalidad** EPQ-J aplicado en el mismo período de edad citado.

También se ha elaborado un modelo con la puntuación total obtenida en el cuestionario de **actitudes alimentarias** EAT a los 13-14 y 14-15 años. Además, se ha estudiado la predicción del **factor dieta** del EAT del mismo período de edad antes citado. Este factor está compuesto por los ítems relacionados con la práctica de dietas y preocupación por la comida.

En el modelo cognitivo se han utilizado los datos de la prueba de aptitudes escolares (TEA) administrado en el período de los 10-11 años hasta los 13-14 años.

Posteriormente, y como antes se ha mencionado, han sido elaborados diferentes modelos según las edades, y han incluido todas aquellas variables psicológicas, antropométricas y cognitivas evaluadas en cada edad.

3.8.1. VARIABLES PREDICTORAS DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTARIA A LOS 18 AÑOS.

3.8.1.1. Resultados de los modelos de regresión múltiple, según tipo de variable analizada.

Realizamos un análisis diferenciando entre sexos. En la tabla 8.1 se recogen los porcentajes de variación del EAT (coeficientes de determinación) que explican todas las variables estudiadas según sexos. Puede observarse que la puntuación total del EAT (13.7%), las características antropométricas (22.8%) y el factor dieta (24.4%) son las variables que mejor explican la variación del EAT a los 18 años en las chicas. En el sexo masculino a estas variables se le añade la autoestima, que explica el 13.5% de la variabilidad del EAT, y la puntuación en el TEA, que explica el 16.4%.

Tabla 8.1. Porcentajes de explicación de variación del EAT a los 18 años mediante las variables psicológicas, antropométricas y cognitivas.

	Peso Talla IQ	Estad. Puber.	EAT *F.Dieta	SEI	CDI	STAIC	TEA	EPQJ
M	22.8%	5.1%	13.8 *24.4%	2.5%	11.2%	1.4%	10.6%	5.0%
V	23.2%	1.7%	26.3% *15.6%	13.5%	4.5%	6.2%	16.4%	3.2%

En la muestra femenina (tabla 8.2.), el peso, la talla y el índice de Quettelet (I.Q.) correspondientes a la edad de 10 años y la talla a los 13 años son las únicas con significación estadística. Los datos indican que una mayor corpulencia, menor estatura y un mayor peso a edades precoces predecirían riesgo de trastorno alimentario. En el caso de talla a los 13 años la relación es inversa en el sentido que a mayor estatura, aumentaría la sintomatología alimentaria.

Respecto a la muestra masculina (tabla 8.2), son el peso y el I.Q. a los 13 años, las únicas variables con capacidad predictiva importante; el resto no son significativas.

Algo similar sucede con los resultados obtenidos tras el análisis del estadio puberal en el que se sitúa la muestra en los diferentes años, ya que no indican significación estadística en ningún sexo.

En la tabla 8.2 aparecen descritas solamente las variables significativas.

Tabla 8.2. Resultados regresión múltiple: Variables antropométricas con mayor poder predictivo de riesgo de trastorno alimentario a los 18 años, según sexos.

MUJERES	B	SE B	t	Sig. t
PESO 10 a.	2.4120	0.7774	3.10	.0025
TALLA 10 a.	-2.3914	1.1474	-2.08	.0399
IQ 10 a.	3.9860	1.4639	2.72	.0077
TALLA 13 a.	2.4141	1.0186	2.37	.0199
VARONES				
IQ 13 a.	1.4108	0.4394	3.21	.0018
PESO 13 a.	0.5576	0.1889	2.95	.0040

B: Coeficiente de regresión.
SE: Error standard
T: t de Student-Fisher.

Los resultados de los diversos **modelos psicológicos** estudiados indican que una baja puntuación en la **autoestima total** (SEI) a los 14 años en la muestra **masculina** podría predecir el riesgo de trastorno alimentario. En el **grupo de mujeres** no se han encontrado resultados con significación estadística respecto a la autoestima.

En ambos sexos, ni el cuestionario de **depresión infantil** ni el de **ansiedad** muestran significación.

Respecto a las pruebas de **personalidad**, la puntuación obtenida en la subescala de psicoticismo del test de los 10 años sería un buen predictor en mujeres. Los datos indican que una elevada puntuación en esta subescala pronosticaría actitudes de riesgo hacia la ingesta.

En referencia al **modelo cognitivo**, en la prueba de aptitudes escolares (TEA) la subescala de cálculo a la edad de 13-14 años es la única significativa para la muestra. En el caso de las **mujeres** los datos indican que una mayor puntuación en cálculo se relacionaría con un porcentaje más elevado de riesgo de trastorno alimentario, mientras que para el **grupo varón** a menor puntuación mayor riesgo.

También en la muestra masculina la subescala de vocabulario a los 11 años parece ser una variable con una capacidad predictiva importante. Una alta puntuación en esta escala orientaría a pensar en un elevado riesgo de desarrollar síntomas alimentarios.

Por otro lado, la **puntuación total del EAT** a los 14-15 años puede considerarse un buen predictor de actitudes alimentarias anómalas a los 18 años tanto para los varones como para las mujeres. De hecho, los resultados finales indican que esta variable posee la mayor capacidad predictiva de todas las analizadas, explicando en el caso de los hombres un 26.3% de la variabilidad del EAT y un 13.8% en el grupo femenino.

La regresión múltiple ha mostrado que mientras el **factor dieta** en el sexo

masculino tiene una capacidad predictiva significativa de riesgo de trastorno alimentario, tanto a los 14 años como a los 15 años, en el sexo femenino sólo ocurre así a la edad de 15 años. En el grupo de las mujeres explicaría un 24.4% de la variabilidad del EAT a los 18 años mientras que en los varones sería un 15.6%.

En la tabla 8.3. se reflejan los resultados correspondientes a las variables con significación estadística.

Tabla 8.3. Resultados regresión múltiple: Variables psicológicas y cognitivas con mayor poder predictivo de riesgo de trastorno alimentario a los 18 años, según sexos.

MUJERES	B	SE B	t	Sig.t
TEA Calc.13 a.	0.6080	0.2855	2.13	.0354
EAT 14 a.	0.3734	0.1323	2.82	.0058
Fact dieta 15 a.	0.0737	0.2700	3.97	.0001
HOMBRES				
SEI 14 a.	-0.5773	0.1548	-3.72	.0003
TEA VOC. 12 a.	0.4114	0.1372	2.99	.0034
TEA CAL. 14 a.	-0.2287	0.0875	-2.13	.0348
EAT 15 a.	0.3494	0.0789	4.42	.0000
Fact dieta 14 a.	0.2753	0.1228	2.24	.0272
Fact dieta 15 a.	0.3631	0.1588	2.28	.0244

B: Coeficiente de regresión.

SE: Error standard

T: t de Student-Fisher.

3.8.1.2. Resultados de los modelos de regresión múltiple, según la edad analizada.

En este apartado se describen los diferentes modelos elaborados en las diversas edades en las que la muestra fue evaluada.

Hemos construido un modelo a la edad de 10 años las niñas y 11 los niños, en el que se han incluido las variables psicológicas y antropométricas

valoradas a esta edad: el peso, talla, I.Q., estadio puberal y las características de personalidad (EPQJ). Estas variables explican en las chicas el 18.3% de la variabilidad del EAT a los 18 años, siendo menor el porcentaje en el caso de los chicos (9.6%).

En la muestra femenina, el análisis señala que únicamente la variable EPQJ-P, que es la subescala de psicoticismo, se acerca a la significación estadística ($P = .0509$), siendo la variable que mejor explicaría a los 10 años la sintomatología alimentaria a la edad de 18 años. El valor Beta indica que una mayor puntuación en esta subescala explicaría una puntuación más elevada en el EAT (ver tabla 8.4). En los datos de la muestra masculina ninguna variable es significativa estadísticamente.

Tabla 8.4. Resultados regresión múltiple: predicción de sintomatología alimentaria a los 18 años de las variables evaluadas a los 10 años (niñas) y a los 11 años (niños).

VARIABLE	B	SE B	t	Sig. t
PESO (M)	2.2095	1.5426	1.43	NS
PESO (V)	0.2626	0.7726	0.34	NS
TALLA (M)	-1.2583	0.7673	-1.64	NS
TALLA (V)	-0.1592	0.4329	-0.36	NS
IQ (M)	-2.5607	3.0781	-0.83	NS
IQ (V)	-0.1983	1.6206	-0.12	NS
EP (M)	-1.4546	1.1467	-1.26	NS
EP (V)	-0.1280	0.7100	-0.18	NS
EPQJN (M)	0.0019	0.0419	0.04	NS
EPQJN (V)	0.0232	0.0162	1.42	NS
EPQJE (M)	0.0586	0.0421	1.39	NS
EPQJE (V)	-0.0154	0.0182	-0.84	NS
EPQJP (M)	0.0847	0.0430	1.96	.0509
EPQJP (V)	-0.0065	0.0187	-0.34	NS
EPQJCA(M)	-0.3880	0.3344	-1.16	NS
EPQJCA (V)	0.1919	0.1289	1.48	NS

M: Mujeres V: Varones

B: Coeficiente de regresión.

SE: Error standard

T: t de Student-Fisher.

A la edad de 11-12 años, se han incluido en el modelo de regresión múltiple las variables antropométricas (peso, talla, I.Q. y estadio puberal), la personalidad (EPQJ), el cuestionario TEA, el STAIC (ansiedad) y el CDI (depresión). Estas variables explican el 12.8% de la variación del EAT en las chicas, aumentado este porcentaje a 25.8% en los chicos. Los datos no muestran significación estadística en ninguna variable, excepto la subescala TEA Razonamiento en la muestra masculina a los 12 años de edad. Una menor puntuación en esta subescala podría predecir riesgo de trastorno alimentario a los 18 años (ver tabla 8.5).

Tabla 8.5. Resultados regresión múltiple: predicción de sintomatología alimentaria a los 18 años de las variables evaluadas a los 11 años (niñas) y a los 12 (niños).

VARIABLE	B	SE B	t	Sig. t
PESO (M)	1.0455	1.9633	0.53	NS
PESO (V)	-0.6089	0.6661	-0.91	NS
TALLA (M)	-0.6061	1.0131	-0.59	NS
TALLA (V)	0.2571	0.4004	0.64	NS
IQ (M)	-1.0819	4.1915	-0.25	NS
IQ (V)	1.9031	1.5145	1.25	NS
EP (M)	-0.3474	0.9936	-0.30	NS
EP (V)	0.3841	0.5488	0.70	NS
EPQJN(M)	-0.5063	0.4951	-1.02	NS
EPQJN (V)	-0.0552	0.1725	-0.32	NS
EPQJE (M)	0.5145	0.4326	1.18	NS
EPQJE (V)	0.0226	0.1910	0.11	NS
EPQJP (M)	-0.1468	0.6981	-0.21	NS
EPQJP (V)	0.1386	0.2316	0.59	NS
EPQJCA (M)	-0.0359	0.5403	-0.06	NS
EPQJCA (V)	0.2856	0.1972	1.44	NS
TEAV (M)	0.0836	0.6177	0.13	NS
TEAV (V)	0.4493	0.2507	1.79	NS
TEAR (M)	-0.4801	0.3365	-1.42	NS
TEAR (V)	-0.3361	0.1365	-2.46	.0153
TEAC (M)	-0.1457	0.1895	-0.76	NS
TEAC (V)	0.0943	0.0730	1.29	NS
TEAVER(M)	0.0330	0.3568	0.09	NS
TEAVER (V)	-0.2006	0.1561	-1.28	NS
STAIC-E (M)	0.0479	0.1973	0.24	NS
STAIC-E (V)	0.0040	0.0867	0.04	NS
STAIC-R (M)	0.1376	0.2178	0.63	NS
STAIC-R (V)	0.1032	0.0862	1.19	NS
CDI (M)	0.3054	0.3037	1.00	NS
CDI (V)	0.0417	0.1174	0.35	NS

M: Mujeres V: Varones
 B: Coeficiente de regresión.
 SE: Error standard
 T: t de Student-Fisher

En el modelo referido a la **edad de 12 años las niñas y 13 años los niños**, se han analizado las mismas variables antes citadas, pero en este caso hemos añadido la variable autoestima, evaluada a esta edad mediante el cuestionario de autoestima de Rosenberg.

En las niñas, estas variables explican el 17.8% de la variación del EAT, porcentaje superior al obtenido a la edad de 11 años. En este caso, la puntuación de depresión y la puntuación de la ansiedad-estado de los 12 años obtienen significación estadística en la ecuación de regresión múltiple, configurándose como los mejores predictores de sintomatología alimentaria a los 18 años (ver tabla 8.6). Los datos indican que una menor puntuación en el cuestionario de depresión y menor puntuación en la ansiedad estado pronosticarían mayor riesgo de trastorno alimentario.

Por el contrario, en los chicos si bien las variables explican el 28.9% de la variabilidad del EAT, no hay ninguna que presente significación.

Tabla 8.6. Resultados regresión múltiple: predicción de sintomatología alimentaria a los 18 años de las variables evaluadas a los 12 años (niñas) y los 13 años (niños).

VARIABLE	B	SE B	t	S ig. t
PESO (M)	-0.5299	2.0679	-0.25	NS
PESO (V)	0.4341	0.5628	0.77	NS
TALLA (M)	0.2370	1.1936	0.19	NS
TALLA (V)	-0.3710	0.3618	-1.02	NS
IQ (M)	2.1081	4.7626	0.43	NS
IQ (V)	-0.2597	1.3584	-0.19	NS
EP (M)	-0.9938	1.0710	-0.92	NS
EP (V)	0.5349	0.6048	0.88	NS
CDI (M)	0.6065	0.3047	1.99	.0492
CDI (V)	0.1505	0.1472	1.02	NS
EPQJ-N (M)	0.0990	0.4298	0.23	NS
EPQJ-N (V)	-0.0204	0.1732	-0.11	NS
EPQJ-E (M)	0.6053	0.3941	1.53	NS
EPQJ-E (V)	-0.0779	0.1889	-0.41	NS
EPQJ-P (M)	0.3288	0.6639	0.49	NS
EPQJ-P (V)	-0.0572	0.2404	-0.23	NS
EPQJ-CA (M)	-0.4330	0.5419	-0.79	NS
EPQJ-CA (V)	0.1001	0.1689	0.59	NS
STAIC-E (M)	-0.4002	0.1943	-2.05	.0420
STAIC-E (V)	-0.1460	0.1024	-1.42	NS
STAIC-R (M)	-0.1327	0.2280	-0.58	NS
STAIC-R (V)	0.1042	0.1053	0.98	NS
AUTOES (M)	-0.2931	0.2642	-1.10	NS
AUTOES (V)	0.0221	0.1227	0.01	NS
TEA2VER (M)	0.0481	0.2058	0.23	NS
TEA2VER (V)	-0.0703	0.0819	-0.85	NS
TEA2RA (M)	-0.4046	0.2294	-1.76	NS
TEA2RA (V)	-0.0525	0.0915	-0.55	NS
TEA2CAL(M)	0.0045	0.3118	0.01	NS
TEA2CAL (V)	-0.0837	0.0980	-0.85	NS

M: Mujeres V: Varones
 B: Coeficiente de regresión.
 SE: Error standard
 T: t de Student-Fisher

Es a partir de la **edad de 13 (niñas) y 14 años (niños)** cuando los resultados de la regresión múltiple muestran más variables predictoras de síntomas alimentarios. En el modelo que realizamos a este período de edad incluimos las mismas variables de la ecuación anterior, pero en estas edades aplicamos el cuestionario SEI para valorar la autoestima.

El porcentaje de variación del EAT a los 18 años que explican todas estas variables es del 16.9% en chicas y del 29.5% en los chicos. En la tabla 8.7 puede observarse que en la muestra femenina, a la edad de 13 años, la subescala de razonamiento de la prueba cognitiva TEA es el mejor predictor alimentario: una baja puntuación en esta subescala pronosticaría riesgo de trastorno alimentario a la edad de 18 años. Mientras que en la muestra masculina es la subescala relacionada con el cálculo la que obtiene significación estadística en la ecuación de regresión, y también en este caso una baja puntuación explicaría la sintomatología alimentaria. Las subescalas de neuroticismo, extraversión y psicoticismo también son significativas y, por tanto, predictoras de riesgo de trastorno alimentario a los 18 años en los chicos a la edad de 14 años. Como puede observarse en la tabla 8.7, puntuaciones elevadas en estas áreas predecirían sintomatología alimentaria.

Tabla 8.7. Resultados regresión múltiple: predicción de sintomatología alimentaria a los 18 años de las variables evaluadas a los 13 años (niñas) y los 14 años (niños).

VARIABLE	B	SE B	T	Sig. t
PESO (M)	1.1744	2.3680	0.49	NS
PESO (V)	0.0382	0.4552	0.08	NS
TALLA (M)	-0.6875	1.3995	-0.49	NS
TALLA (V)	-0.0612	0.3103	-0.19	NS
IQ (M)	-1.8963	5.7149	-0.33	NS
IQ (V)	0.4215	1.2314	0.34	NS
EP (M)	0.2818	1.2952	0.21	NS
EP (V)	-0.0565	0.4884	-0.11	NS
CDI (M)	-0.1327	0.3542	-0.37	NS
CDI (V)	0.0374	0.1342	0.27	NS
EPQJ-N (M)	0.5336	0.4189	1.27	NS
EPQJ-N (V)	0.3622	0.1805	2.00	.0474
EPQJ-E (M)	0.4873	0.4686	1.04	NS
EPQJ-E (V)	0.7470	0.2261	3.30	.0013
EPQJ-P (M)	0.2394	0.6762	0.35	NS
EPQJ-P (V)	0.6297	0.2488	2.53	.0128
EPQJ-CA (M)	-0.2247	0.4484	-0.50	NS
EPQJ-CA (V)	-0.7056	0.2327	-2.18	NS
STAI-E (M)	-0.0280	0.2460	-0.11	NS
STAI-E (V)	0.0378	0.0940	0.40	NS
STAI-R (M)	0.0657	0.2603	0.25	NS
STAI-R (V)	-0.0305	0.0998	-0.30	NS
TEA2VER (M)	0.3284	0.2796	1.17	NS
TEA2VER (V)	-0.1313	0.0931	-1.40	NS
TEA2RA (M)	-0.7908	0.3151	-2.50	.0137
TEA2RA (V)	0.0367	0.0847	0.43	NS
TEA2CAL (M)	0.3991	0.3138	1.27	NS
TEA2CAL (V)	-0.2544	0.1002	-2.53	.0126
AUTOES (M)	-0.0313	0.4520	-0.06	NS
AUTOES (V)	-0.2272	0.1898	-1.19	NS

M: Mujeres V: Varones
 B: Coeficiente de regresión.
 SE: Error standard
 T: t de Student-Fisher

Como puede observarse en la tabla 8.8, a la **edad de 14 años las niñas y 15 años los chicos** se han incluido en el modelo de regresión las mismas variables que el año anterior. Es a la edad de 14 años cuando la muestra femenina alcanza el porcentaje de explicación de la variación del EAT a los 18 años más elevado (29.9%) respecto a los años anteriores, e incluso superior al obtenido en la muestra masculina (26.7%). Según los resultados, a la edad de 14 años, las características antropométricas (peso, talla e IQ) son las que mejor predicen la sintomatología alimentaria en el sexo femenino, junto con la subescala de extraversión del EPQ-J. Es decir, un mayor peso, baja talla, menor corpulencia y mayor puntuación en extraversión serían factores explicativos de la sintomatología alimentaria a los 18 años.

En los chicos, es el IQ el que posee mayor poder predictivo, pero en este caso la relación es inversa, ya que los datos muestran que una mayor corpulencia en los varones pronosticaría el riesgo de trastorno alimentario.

Tabla 8.8. Resultados regresión múltiple: predicción de sintomatología alimentaria a los 18 años de las variables evaluadas a los 14-15 años, según sexos.

VARIABLE	B	SE B	t	Sig.t
PESO(M)	7.0510	2.2093	3.19	.0020
PESO (V)	-0.9527	0.5466	-1.74	NS
TALLA (M)	-4.4394	1.4113	-3.14	.0023
TALLA (V)	0.5928	0.4116	1.44	NS
IQ (M)	-1.4253	5.5049	-2.98	.0038
IQ (V)	3.2205	1.5664	2.05	.0428
EP (M)	0.5355	1.5790	0.33	NS
EP (V)	0.2023	0.5597	0.36	NS
CDI (M)	0.2258	0.3707	0.60	NS
CDI (V)	0.0862	0.1633	0.52	NS
EPQJ-N (M)	0.8678	0.6743	1.28	NS
EPQJ-N (V)	-0.0434	0.2137	-0.20	NS
EPQJ-E (M)	1.3917	0.6495	2.14	.0352
EPQJ-E (V)	0.2606	0.1899	1.37	NS
EPQJ-P (M)	1.4453	0.9399	1.53	NS
EPQJ-P (V)	0.1826	0.3217	0.56	NS
EPQJ-CA (M)	-0.8013	0.8806	-0.91	NS
EPQJ-CA (V)	0.0158	0.2036	0.07	NS
STAIC-E (M)	-0.4165	0.3217	-1.29	NS
STAIC-E (V)	-0.2175	0.1158	-1.87	NS
STAIC-R (M)	-0.0219	0.3307	-0.06	NS
STAIC-R (V)	0.1744	0.1235	1.41	NS
AUTOE-G (M)	-0.5202	0.8462	-0.61	NS
AUTOE-G (V)	0.1295	0.4136	0.31	NS
AUTOE-S(M)	0.9559	1.4519	0.65	NS
AUTOE-S (V)	0.4821	0.7191	0.67	NS
AUTOE-A (M)	-1.0030	1.2686	-0.79	NS
AUTOE-A (V)	0.2531	0.5851	0.43	NS
AUTOE-F (M)	1.0561	1.0627	0.99	NS
AUTOE-F (V)	-0.2581	0.3825	-0.67	NS

M: Mujeres V: Varones
 B: Coeficiente de regresión.
 SE: Error standard
 T: t de Student-Fisher

3.8.2. VARIABLES PREDICTORAS DE DIAGNOSTICO DE TRASTORNO EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA A LOS 18 AÑOS.

Para la predicción de diagnóstico se ha aplicado una regresión logística y también en este caso se han realizado diferentes modelos con las variables psicológicas, antropométricas y cognitivas, así como modelos por edades. Ahora únicamente se ha estudiado la muestra femenina ya que no se han obtenido diagnósticos en varones.

3.8.2.1. Resultados de los modelos de regresión logística, según tipo de variable analizada.

Los resultados de los modelos de regresión con las diferentes variables ponen en evidencia que ni las **medidas antropométricas ni el estadio puberal**, de los 10 hasta los 14 años, tienen valor predictivo. Ninguna de las variables alcanza significación estadística, sólo la talla a los 13 y 14 años se acercan ($P = .0669$ y $.0564$) aunque la relación no es igual en ambas. Una mayor estatura a los 13 y menor estatura a los 14 años se relacionarían con el diagnóstico de trastorno alimentario, aunque estadísticamente estos resultados sean relativos. El peso, la talla y el I.Q. explican correctamente el 20% de las chicas con diagnóstico alimentario.

La **autoestima** fue valorada a los 12 años con el cuestionario Rosenberg y a los 13 y 14 con el SEI. Los datos indican que una mayor autoestima a los 14 años pronosticaría un cuadro anoréxico o bulímico a los 18 años. La autoestima a los 13 años se acerca a la significación estadística pero la relación es inversa, una menor autoestima explicaría la patología alimentaria.

Dentro de los resultados del cuestionario de **depresión infantil CDI**, administrado desde los 11 hasta los 14 años, el mejor predictor es el CDI de los 11 años: una menor puntuación en este cuestionario predice el diagnóstico alimentario. Esta prueba clasifica correctamente como patológicas al 25% de las chicas con diagnóstico de trastorno alimentario.

De las restantes pruebas psicológicas estudiadas únicamente la **ansiedad-rasgo** (STAI-R) obtenida a los 13 años posee un valor predictivo importante. Los resultados indican que puntuaciones altas en ansiedad-rasgo predicen el diagnóstico de anorexia, bulimia o anorexia atípica.

Las subescalas del cuestionario de **personalidad**, que si bien no obtienen una capacidad predictiva significativa, explican correctamente el 14.29% de las diagnosticadas como patológicas a los 18 años.

Tampoco la puntuación en la prueba de **actitudes alimentarias** EAT aplicada a los 13 y 14 años orienta hacia una capacidad predictiva significativa. Sin embargo, los datos del EAT correspondientes a los 18 años (apartado 3.7.2) muestran que una elevada puntuación en esta prueba tiene gran valor como pronóstico de diagnóstico de las alteraciones de la conducta alimentaria, y el porcentaje de sujetos patológicos predecidos correctamente es de 37.5%.

El **factor dieta** de este test no posee capacidad predictiva de patología en ninguna de las edades.

Finalmente, la única subescala con capacidad de pronóstico importante de la prueba de **aptitudes cognitivas** TEA es la referida al razonamiento a los 12 años, y en este caso la relación es inversa, y una menor puntuación en esta área implica mayor riesgo de diagnóstico a la edad de 18 años.

En la tabla 8.9 se describen los datos señalados.

Tabla 8.9. Resultados modelos de regresión logística, según variables: predicción de diagnóstico de trastorno alimentario de las variables psicológicas, cognitivas y antropométricas significativas.

	B	SE B	Signif.
TALLA 13 a.	1.6982	.9268	.0669
TALLA 14 a.	-0.9780	.5125	.0564
AUTOEST 13 a.	-0.3952	.2110	.0611
AUTOEST 14 a.	0.5652	.2788	.0426
CDI 11 a.	-0.8175	.3387	.0158
STAI-R 13 a.	.3455	.1709	.0433
TEARAZO 12 a.	-.2943	.1391	.0343

B: Coeficiente de regresión.
SE: Error standard

3.8.2.2. Resultados de los modelos de regresión logística, según la edad analizada.

Como antes se ha mencionado, hemos elaborado diferentes modelos basándonos en el sexo y en las edades en las que la muestra fue evaluada. Los resultados de la regresión pone en evidencia que estos modelos predicen mejor los sujetos no patológicos lo mismo que ocurre con los modelos por variables.

El modelo de los 10 años incluye las variables peso, talla, IQ, estadio puberal y prueba de personalidad EPQ-J. Ninguna posee capacidad predictiva de diagnóstico alimentaria. Pero son capaces de explicar correctamente el 14.3% de las chicas con diagnóstico.

Este porcentaje aumenta a 42.8% en el **modelo de los 11 años**, en el que se incluyeron las variables antropométricas, las características de personalidad (EPQ-J), ansiedad (STAI-R) y depresión (CDI), y la prueba cognitiva TEA. Ninguna de ellas ha obtenido significación estadística, aunque la variable ansiedad-estado

se acerca ($P = .0685$), señalando los resultados que una mayor puntuación en esta subescala de ansiedad pronosticaría diagnóstico alimentario (tabla 8.10).

Al incluir en la ecuación de regresión todas las variables antes citadas añadiendo la autoestima, a la **edad de 12 años**, no ha sido posible obtener resultados, posiblemente porque el modelo tenía un alto número de variables independientes. Por este motivo, hemos construido un modelo con menos variables, excluyendo la prueba cognitiva TEA y el estadio puberal. Hemos obtenido que este modelo definiría correctamente el 33.3% de las chicas con anorexia o bulimia a los 18 años, pero ninguna variable alcanza significación estadística a esta edad.

A los **13 años**, todas las variables incluidas en la ecuación de regresión, que son las anteriormente citadas en el primer modelo a los 11 años, añadiendo el cuestionario de autoestima SEI, explican correctamente el 28.6% del total de diagnósticos de patología anoréxica o bulímica realizados, siendo la ansiedad-rasgo la que posee una significativa capacidad predictiva de diagnóstico. Una mayor puntuación en el nivel de ansiedad pronostica la patología (ver tabla 8.10).

Al igual que con los datos de los 12 años, a la **edad de 14 años** la limitación estadística ha hecho necesario elaborar diferentes modelos. Y el modelo de regresión que mejor predice el diagnóstico alimentario es el formado por el peso, talla, IQ, características de personalidad y ansiedad estado y rasgo. Ninguna de ellas es significativa como predictor, pero el conjunto define correctamente el 20% de los sujetos diagnosticados.

Tabla 8.10. Resultados modelos de regresión logística, según edades: predicción de diagnóstico alimentario de las variables psicológicas, cognitivas y antropométricas significativas.

	B	SE B	Signif.
STAIC-E 11 a.	0.4721	.2591	.0685
STAIC-R 13 a.	0.6130	.2838	.0308

B: Coeficiente de regresión.
SE: Error standard

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DIAGNOSTICO Y SINTOMOLOGIA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE POBLACION
GENERAL CARACTERISTICAS Y FACTORES PREDICTORES
Gentzane Carbajo Areitiobiritxinaga
ISBN:/DL:T-344-2008

4.- DISCUSIÓN

4.1. DISCUSION SOBRE ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1.1. PERDIDA DE LA MUESTRA.

Durante los diferentes años del estudio la muestra se perdió por diferentes causas. Y éste es uno de los límites más importantes de nuestro trabajo, ya que afecta a los datos longitudinales y nos deja una muestra sesgada tal y como se refleja en el apartado de Material y Método.

En 1990, el número de sujetos era de 515, pero en 1991 únicamente 332, disminuyendo a 303 en la última fase. La principal causa de esta muerte experimental fue el cansancio de los chicos que participaban en la investigación. Como anteriormente ya se ha mencionado, este estudio forma parte de una amplia investigación que se realizó durante 5 años y que se inició en 1987. Los escolares eran llamados cada año al inicio del curso académico para pedir su colaboración. En 1990 la administración de las pruebas se realizaba en los colegios a los que acudían los escolares, pero durante 1991 las pruebas fueron administradas convocando a los sujetos por carta o telefónicamente en la Facultad de Medicina de Reus y esto pudo influir en la pérdida de algunos sujetos. A esta situación se añade que en este mismo año, mientras las chicas de la muestra asistían, salvo casos excepcionales, a los mismos colegios del año anterior, la mayor parte de los chicos se había trasladado de centro para cursar FP o BUP. Todo ello contribuyó a la dispersión de los sujetos objeto de estudio. Además después de casi 4 años, los adolescentes ya se encontraban cansados después de prestar su colaboración desinteresada durante este tiempo, lo cual se agravó a la edad de 18 años, a pesar de que intentamos evitar la dispersión de la muestra.

4.1.2. ELECCION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Se ha elegido el "Eating Attitudes Test" (Garner y Garfinkel, 1979) como instrumento de valoración de las conductas y actitudes alimentarias en la adolescencia por ser considerado el instrumento más estudiado en nuestra población para evaluar el comportamiento anormal en la ingesta (Castro y col., 1991). Para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria hemos utilizado la

entrevista SCAN (Wing y col., 1990, 1993) ya que es un instrumento de exploración psicopatológica validado y adaptado a nuestra población.

Respecto al EAT, la validación de la versión castellana fue realizada por estos autores con un grupo de anoréxicos y un grupo control de edad y nivel socioeconómico similar. Como se ha mencionado en apartados anteriores, en la validación el 60% de los ítems alcanzó una correlación significativa. En el estudio de Castro, se observó que estableciendo el punto de corte del EAT en 20, la sensibilidad del test era de 91%. Sin embargo, en el presente estudio se ha considerado como EAT positivo a los escolares con puntuaciones iguales o superiores a 30, que es el punto de corte establecido por los autores del test con una sensibilidad entre el 75% o el 100% según la clasificación diagnóstica que se utilice.

Los pocos estudios epidemiológicos que se han realizado en nuestro país sobre alteraciones alimentarias (Toro y col., 1989; Raich y col., 1991, 1992) también han utilizado el EAT para la detección de factores de riesgo en la conducta de ingesta en población general, y ambos estudios emplean la puntuación 30 como punto de corte. De hecho, casi desde su misma creación diferentes autores señalaron que es una prueba válida para identificar alteraciones alimentarias en población no clínica (Garner y Garfinkel, 1980; Button y Whitehouse, 1981; Thompson y Swartz, 1982).

Además en posteriores análisis que realizaron los creadores, después de la administración del EAT a un pequeño grupo de pacientes recuperados del trastorno anoréxico, las puntuaciones obtenidas fueron similares a las del grupo de control, lo cual probaba de esta forma que el EAT es un instrumento sensible a la remisión clínica. A esta misma conclusión se llega en la validación de la versión castellana realizada por Castro.

Todos estos motivos, sumados a los resultados obtenidos en nuestro estudio en el análisis factorial comentado y discutido en el apartado siguiente (4.2), nos conducen a considerar al EAT como una prueba adecuada para valorar la conducta alimentaria en población general.

Por otro lado, la entrevista SCAN permite evaluar, medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales que se asocian, en el adulto, a los principales trastornos psiquiátricos (Vázquez-Barquero y col, 1993). Así, se configuraba como un instrumento muy válido para conseguir uno de los objetivos del proyecto, que es poder realizar diferentes diagnósticos psicopatológicos, si bien en el presente estudio nos hemos centrado en la anorexia y bulimia nerviosas.

Los estudios de validez y fiabilidad realizados en 20 centros de investigación de diferentes países, incluida la Unidad de Psiquiatría de la Universidad de Cantabria, pusieron en evidencia que la entrevista SCAN es un instrumento muy fiable, obteniendo altos niveles de concordancia en la situación de test-retest y entrevistador/co-entrevistador (OMS, 1992a; Vázquez-Barquero y col., 1991).

De nuestro equipo uno de los investigadores tuvo formación específica para la administración del SCAN en la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria que es uno los "Centros Reconocidos de Entrenamiento". Posteriormente entrenó a dos investigadores para el manejo de la entrevista y el programa de ordenador CATEGO, supervisando todos los casos. No nos encontramos con dificultades en su utilización y hemos podido comprobar que es una herramienta de trabajo muy útil y que no requiere un costoso aprendizaje si se poseen conocimientos en psicopatología.

4.2. CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL EAT.

4.2.1. FACTORIZACION Y FIABILIDAD.

El cuestionario EAT ha demostrado que puede considerarse como un instrumento fiable para el cribado de actitudes alimentarias en nuestra población. Sin embargo, la estructura interna de la prueba que consideramos más válida no coincide completamente con los resultados de la validación castellana (Castro y col., 1991) ni con la estructura original del test (Garner y Garfinkel, 1979). De hecho la composición de la prueba en nuestra investigación varía en cada uno de los tres años. Así, en el primer año a la edad de 13-14 años, sólo se incluyeron 16 ítems distribuidos en tres factores, a los 14-15 años los criterios psicométricos permitieron incluir los 40 ítems iniciales y a los 18 años la prueba más válida constaba de 22 ítems.

En la validación castellana de Castro se incluyeron 35 ítems distribuidos en tres factores mientras que Garner incluyó 40 ítems en su primer análisis y 26 en el último análisis factorial de 1982 (Garner y col., 1982). Pero debe tenerse en cuenta que en ambas validaciones se utilizó una muestra compuesta por sujetos adultos con diagnóstico de anorexia, mientras que en nuestra investigación la muestra pertenecía a población general y de edad adolescente. Además el número de sujetos que utilizaron los estudios citados era reducido e inferior a la muestra de nuestro estudio. Garner reconoció que en la primera factorización se analizaron los resultados obtenidos en grupos reducidos con diagnóstico de anorexia ($n= 32$, $n= 33$) y a dos grupos control ($n= 34$, $n= 59$) de 22.5 años de edad de media, aunque posteriormente administraron el cuestionario a un grupo más elevado de 140 pacientes anoréxicos. También Castro y su equipo realizaron la validación castellana con 78 pacientes femeninas con diagnóstico de anorexia nerviosa y un grupo control de 78 estudiantes también del sexo femenino con edades (16.8 años) y nivel socioeconómico similar.

Los creadores del EAT realizaron en 1979 un primer análisis factorial que distribuyó los 40 ítems en 7 factores que estaban relacionados con la preocupación

por la comida, imagen corporal tendente a la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, ingesta lenta de alimentos, dieta restrictiva, ingestas clandestinas y percepción social de presión para aumentar el peso. Los mismos autores reconocieron que el tamaño de la muestra podía estar sesgando los resultados. En 1982, realizaron otra factorización y obtuvieron tres factores: dieta, bulimia y preocupación por el tema de la alimentación, y control oral. Eliminaron 14 ítems por considerar que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva de la escala. Y estos resultados se asemejan a los nuestros. De hecho el factor dieta de los autores coincide casi completamente con los ítems incluidos en los factores 1 de las edades 13-14 años y 18 años. Para los autores es el factor que más varianza explica de todos, igual que en nuestros resultados, y refleja el rechazo por la comida y la preocupación por la imagen corporal. Los anoréxicos que puntúan alto en este factor se definirían, según Garner, como sujetos insatisfechos con su figura, con deseos de ser más menudos y con tendencia a sobrestimar su talla. Este factor es extremadamente consistente tanto en el estudio de los autores como en el nuestro. E incluso ellos afirman que podría ser utilizado como un sustituto de la escala general en algunas circunstancias. Además, como posteriormente se discutirá, en el análisis longitudinal y transversal para conocer la capacidad predictiva de sintomatología así como de diagnóstico alimentario, se ha observado que el factor dieta tiene un importante potencial predictivo. También en la validación de la versión castellana existe una correspondencia con este factor. Los ítems que lo componen aparecen en el estudio de Castro acompañados de otro grupo, denominándose dieta y preocupación por la comida.

En nuestra validación el coeficiente de fiabilidad es 0.87 a los 18 años, 0.98 a los 14-15 años y 0.75 a los 13-14 años ($p < .001$), lo cual indica que el test tiene capacidad para discriminar si los individuos pertenecen al grupo patológico o no. Y si bien algunos ítems muestran una moderada capacidad predictiva los hemos incluido por su relevancia clínica. En la validación de Castro el coeficiente de validez global es inferior al nuestro (0.61, $p < .001$).

El análisis de las correlaciones de las puntuaciones del EAT entre los diferentes años del estudio muestra que en las chicas la correlación más elevada corresponde al EAT de los 13 y 14 años. Estos datos podrían sugerir una fiabilidad

test-retest importante. Mientras, en los chicos la correlación más alta se observa entre el EAT de los 14 y 18 años, pero no puede ser entendido como test-retest debido al intervalo de años sin valoración.

Por otro lado, nos han sorprendido los excelentes resultados obtenidos en la factorización realizada con los datos de los 14-15 años, y ello motivó que repitiéramos los análisis varias veces. Obtuvimos siempre los mismos resultados por lo que parece ser que en esta edad su aplicación puede ser muy válida como también puede serlo en edades posteriores. Así pues, el test parece más indicado para ser recomendado y administrado a partir de los 14 años, y quizás no tan apropiado en edades inferiores.

4.2.2. VALIDEZ DISCRIMINANTE: SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD.

En el análisis de la validez discriminante del EAT en nuestro estudio, hemos obtenido una sensibilidad y especificidad más altas que las detectadas por Castro y col. (1991). Todos los porcentajes obtenidos en nuestra investigación tanto en el DSM-III-R y CIE-10, con y sin incluir el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica, son más elevados. Este incremento se observa tanto con la puntuación de corte establecida en mayor o igual a 30 como al situar el punto de corte en mayor o igual a 20.

Comparándolo con los resultados de Garner y Garfinkel se observa que existen importantes discrepancias. La diferencia más importante es el punto de corte. Utilizando el punto de corte establecido por los autores en 30, en la población anoréxica estudiada por Castro, la sensibilidad y especificidad del cuestionario se reduce a 67.9% y 85.9% respectivamente, frente al 100% del estudio original, obteniendo el 91% y 69.2% con el punto 20 (Castro y col., 1991). Nosotros hemos hallado que la puntuación 25 era el punto más adecuado para aplicarlo en población general, ya que era el que ofrecía la mayor sensibilidad (87.5%) y especificidad (93.9%), teniendo en cuenta que en este tipo de población es importante que el instrumento utilizado sea muy sensible para detectar el máximo posible de sujetos a riesgo.

4.2.3. ANALISIS CUANTITATIVO: PUNTUACIONES MEDIAS DEL EAT Y DE SUS FACTORES.

Las puntuaciones medias del EAT halladas desde los 13 hasta los 18 años son más altas en las chicas que en los chicos, siendo estas diferencias significativas estadísticamente en los tres años. Las puntuaciones medias a los 13-14 años (17.3 las chicas y 15.1 los chicos) y a los 18 años (15.6 las chicas y 12.9 los chicos) son similares a las que obtuvieron Raich y col. (1991). Estos autores encontraron una media en el EAT de 18.4 para las chicas, y 14.1 para los chicos. Sin embargo, nuestros resultados difieren de los hallados por Toro y col. (1989), ya que en su estudio son más altos en ambos sexos. Debe tenerse en cuenta que nuestro trabajo y el de Raich están realizados con poblaciones generales mientras que el de Toro es con población clínica. También en muestra general, Leichner y col. (1986) obtuvieron en población adolescente puntuaciones medias en el EAT más altas que la de nuestro estudio sobre todo respecto a la media de las hembras (23.5), que es considerablemente más elevada que la nuestra.

También el análisis que se ha realizado de los tres factores originales (Dieta, Bulimia y Control Oral) (Garner y col., 1982) puso en evidencia puntuaciones más altas en el grupo femenino de riesgo que en el masculino. La excepción se da en el factor bulimia ya que a la edad de 13-14 años la puntuación de los chicos patológicos es similar a la de las chicas, e incluso a los 14-15 años es superior. Estas respuestas parecen indicar que los varones presentan más conductas bulímicas que las chicas en el período adolescente contrariamente a lo que los estudios en población clínica realizados hasta el momento reflejan (Cordero y Ramos, 1987; Rathner y Messner, 1993; Mangweth y col., 1995; Waller y col., 1995). Pero si analizamos longitudinalmente estos resultados se observa que si bien las conductas relacionadas con la bulimia son más prevalentes a los 15 años en los chicos, a la edad de 18 años los datos son inferiores e incluso nos encontramos con que ningún varón se incluye en el grupo con diagnóstico patológico. Esto podría relacionarse con lo que señalan Canals y col. (1990) en dos sentidos. En primer lugar, a pesar de que los varones puedan presentar síntomas alimentarios si se hiciera un seguimiento de estos chicos probablemente no desarrollarían un cuadro clínico de anorexia o bulimia nerviosas. En segundo lugar,

también puede indicar que los hombres a estas edades adolescentes se preocupan por su imagen y por lo que pueden ingerir para conseguir un cuerpo corpulento y maduro.

Otro factor es el relacionado con la dieta, factor dieta, o también llamado "dieta y preocupación por la comida" en nuestro estudio. Si comparamos los resultados de todos los años se observa un incremento de puntuación muy significativo en este factor en el grupo de las chicas. Este dato una vez más remarca la preocupación de las adolescentes por los temas relacionados con la restricción alimentaria, además de resaltar que esta preocupación aumenta a medida que las chicas tienen más edad, mientras que en los chicos decrece. En este sentido, la mayoría de estudios realizados hasta el momento siguen indicando la mayor existencia de vulnerabilidad a desarrollar un trastorno en la alimentación en las chicas. Así, los porcentajes de prevalencia e incidencia en su mayoría son mujeres, al igual que ocurre con la persistencia. Estos datos son discutidos en el apartado siguiente. También puede pensarse que el cuestionario EAT se adapta mejor al sexo femenino que al masculino, en parte debido a que analiza una serie de actitudes que son más frecuentes en chicas, o porque el modelo sociocultural que incide sobre la estética de la delgadez es mayor en las mujeres que entre los varones como ya apuntan diferentes autores (Raich y col., 1991a; Maldonado y Llauger, 1995; Heatherton y col., 1995; Toro, 1996). Muchos hallazgos respaldan que la dieta forma parte de un conjunto de comportamientos insanos y de asunción de riesgos, y sugieren que la educación dietética debería ser incluida en la conceptualización teórica de la salud del adolescente, así como en la detección de los síntomas de riesgo (Donovan y col., 1991; Jessor, 1993; Turner y col., 1993; French y col., 1995). Basándonos en los resultados de nuestro estudio que muestran el importante papel que desempeñan las preocupaciones relacionadas con la comida y el peso (factor dieta) como variable predictiva y explicativa de la sintomatología y patología alimentaria, estaríamos de acuerdo y propondríamos introducir estos aspectos en los programas de prevención y promoción de la salud.

4.3. PREVALENCIA, INCIDENCIA Y PERSISTENCIA DE CONDUCTAS A RIESGO.

4.3.1. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTARIA.

Las prevalencias de sintomatología alimentaria obtenidas en este estudio evidencian porcentajes más altos entre las chicas que entre los chicos, incrementándose a los 18 años. Estos porcentajes son similares a los detectados en otras poblaciones pertenecientes a lo que se denomina "Mundo Occidental". Por ejemplo, es parecida a la detectada por Whitaker y col. (1989), quienes utilizando el mismo instrumento de cribado obtuvieron una prevalencia de 9.7%. También empleando el EAT en población suiza de 14 a 19 años, Buddeberg y col. (1996) detectaron una prevalencia de 6.9% en mujeres; mientras que Rathner y Messner (1993) obtuvieron un porcentaje algo más bajo (4.7%) en un área rural de Italia que sería igual al detectado por otros estudios realizados en población rural de otros países. Pero sin embargo, también con población italiana pero de la ciudad de Pavia, una investigación llevada a cabo con 904 adolescentes no clínicos entre 13 y 20 años, señaló una prevalencia de 10.4% (Rossi y col., 1997).

Estas diferencias entre las prevalencias mencionadas aplicando el mismo cuestionario pueden ser consecuencia de factores socioculturales y de los diferentes estatus socioeconómicos. En las clases más elevadas existe una mayor presión cultural para que las mujeres se preocupen por las dietas, la figura, etc. Y poder lograr un cuerpo esbelto se convierte en una de las metas más deseadas.

Pese a los estudios citados, es necesario, de todas formas, destacar el hecho de las escasas investigaciones realizadas sobre las conductas a riesgo de trastorno alimentario en población general o de su valor clínico y predictivo. Hay varios estudios recientes de tipo epidemiológico pero dirigidos a realizar el diagnóstico de trastorno en la alimentación y sin que se planteen en sus objetivos la utilidad de conocer las conductas a riesgo.

En nuestro país se han seguido las mismas directrices, ya que no se han realizado excesivos estudios epidemiológicos que se centren en el conocimiento de

conductas a riesgo de trastorno alimentario. En 1989, Toro llevó a cabo un investigación con el objetivo de valorar los síntomas de trastornos del comportamiento alimentario (Toro y col., 1989). Seleccionó una muestra de 1554 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años y, mediante la utilización del EAT y con la puntuación de corte 30, obtuvo una prevalencia de riesgo de trastorno alimentario de 9.8% en las chicas y de 1.2% en los chicos. En el caso de las chicas, la prevalencia detectada por el estudio de Toro y nuestros resultados son similares, y ambas realizadas con población catalana general. Más recientemente, en 1994 y con población barcelonesa, un 60 % de las chicas encuestadas tenían ganar peso, y un porcentaje similar se encontraba gordas. Los autores de la investigación advertían que los adolescentes cada vez tienden a presentar un mayor número de conflictos con la alimentación que podían conllevar el aumento de los trastornos de anorexia, bulimia u obesidad (Saldaña y col., 1994).

También con una muestra catalana y centrando su investigación en las respuestas al cuestionario EAT, especialmente, se realizó un estudio coordinado por Raich y col. (1991). La muestra estaba compuesta por población adolescente de 1º y 2º curso de BUP y FP, pertenecientes a centros escolares de 8 ciudades catalanas. Obtuvieron una prevalencia en chicas de 7.3% y de 2.6% en chicos.

Nuestros resultados no muestran prevalencia en el sexo masculino según el punto de corte 30 en el último año del estudio. No obstante, en las fases iniciales esto no fue así. En 1990 se obtuvo un 8.3% en los chicos de 14 años, y a los 15 una prevalencia menor, de 0.6%. De todas formas, sobre este aspecto se ha comprobado que las alteraciones en la ingesta son más comunes entre la población femenina. Sin embargo, es significativo la alta prevalencia obtenida por los varones a los 14 años. Este dato refleja, como hemos indicado ya en el factor bulimia, el aumento de inquietudes entre los chicos acerca de la figura, el peso y la alimentación en los últimos años, debido en parte a la promoción que los medios de comunicación hacen del aspecto físico y que en las últimas campañas publicitarias se están dirigiendo hacia un público masculino, y no únicamente diseñadas para mujeres.