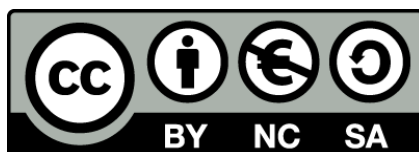




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Estudio de los hábitos alimentarios y de las alteraciones del comportamiento alimentario en adolescentes

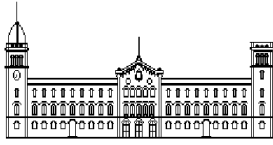
M^a Pilar Muro Sans



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



Facultat de Psicologia.

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic.

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE LAS
ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
EN ADOLESCENTES.**

Informe de investigación para obtener el grado de doctora,

realizado por:

M^a PILAR MURO SANS

Director: Dr. Juan Antonio Amador Campos

Barcelona, 2007.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico.

Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

Bienio: 1999-2001

AGRADECIMIENTOS

Después de tanto tiempo de dedicación, trabajo, ánimos y desánimos, alegrías y tristezas... este trabajo ha llegado a su fin; pero ahora empieza la etapa más difícil, abrir nuevos caminos a la investigación y a la aplicación práctica de los resultados de esta investigación.

Será difícil que recuerde a todas las personas que de algún modo me han ayudado o han estado a mi lado durante estos años, sólo puedo decir: ¡Gracias, Gracias y más Gracias!

De todas formas me gustaría aprovechar este espacio de agradecimientos para hacer mención a algunos de ellos:

Primero de todo quiero a mis padres su incondicional apoyo y hacer de mí la persona que soy hoy. A mi abuela, que aunque todavía no entiende por qué he dedicado tanto tiempo a una tarea que sólo me daba que dolores de cabeza y no podía jugar a cartas con ella. A mis hermanos, Joan y Josep, por aguantar todos los momentos de desánimo que he ido pasando a lo largo de este trabajo. Y a la persona más importante, a Quique, que desde el inicio de nuestra vida en común la tesis fue un acompañante más de nuestro camino y que ahora que ha llegado su fin esperamos empezar una nueva etapa.

No quiero dejar de nombrar a otra gente que también ha estado implicada en este proceso y que gracias a todos ellos este trabajo ha llegado a su fin.

A mi director de tesis, Juan Antonio Amador, que desde que empecé a colaborar en su proyecto de hiperactividad sembró en mí la semilla de la investigación y me animó a seguir investigando. Gracias por todo tu apoyo, tus consejos y tus orientaciones.

A Maribel Però por transmitirme su ilusión por la estadística.

A Josep M^a Sopena y Enrique Romero por sus aportaciones con la aplicación de nuevas técnicas de análisis de datos.

A Noemí y Damaris por su amistad, su apoyo y comprensión.

A las chicas del prácticum que me ayudaron a pasar algunos datos y a administrar pruebas.

Gracias a las doce escuelas que han participado en este estudio y agradecer a todos los alumnos su colaboración, ya que gracias a ellos hemos podido avanzar un poco más en el conocimiento de los hábitos alimentarios y de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro contexto. Especialmente quiero dar las gracias a Gloria y a Vicky del IES Infanta Isabel, por su confianza en mi trabajo y por las posteriores colaboraciones que han surgido desde entonces.

También quiero agradecer la colaboración del equipo de voluntarias psicólogas (Anna, Sandra y Damaris) y del equipo técnico (Cristina, M^a Antonia y M^a Pilar) que me ayudó a administrar las pruebas y a pesar y tallar a los 1155 participantes de este estudio, sin vuestras manos no lo hubiese podido hacer.

Gracias también al Departamento de Pedagogía de la fe, por vuestros ánimos y vuestra fe en mí. Gracias a la Fundación Pere Tarrés, por darme la oportunidad de crecer personal y profesionalmente a vuestro lado y seguir confiando en mí.

Gracias a todos los que han apoyado este proyecto y han hecho que se convierta en este trabajo. Muchas gracias a todos y a todas!!!!

ÍNDICE

CAPÍTULO 1:

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES	8-63
A. <u>Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes</u>	9
A.1. Definición y clasificación de los TCA	
A.1.1. Anorexia Nerviosa.....	10
A.1. 1.1. Criterios diagnósticos.....	11
A.1. 1.2. El Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador nutricional y criterio diagnóstico de la Anorexia nerviosa.....	15
A. 2. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa	
Factores de riesgo de los TCA en adolescentes.....	16
A. 3. Prevalencia de los TCA en población adolescente española.....	23
B. <u>Los hábitos alimentarios en la adolescencia</u>	25-38
B.1. Perspectivas de análisis de los hábitos alimentarios.....	26
C. <u>La adolescencia</u>	39-48
C. 1. La adolescencia.....	40
C.1. 1.Características de la adolescencia:	
Cambios físicos.....	41
Cambios psicológicos.....	44
D. <u>Personalidad y TCA</u>	49-58
D.1. Personalidad y TCA: modelos de relación causal.....	50
D.2. Personalidad y TCA: carácter y temperamento.....	52
D.3. Personalidad y TCA: rasgos de personalidad.....	55

E. <u>Estrategias de afrontamiento y TCA</u>	58-63
E.1. Estrategias de afrontamiento en adolescentes y su relación con los TCA.....	59

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO	64-66
--	--------------

CAPÍTULO 3

MÉTODO	67-103
A. <u>Muestra</u>	68
A.1. Variables antropométricas	70
B. <u>Instrumentos de evaluación:</u>	
B.1. EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2).....	72
B.2. SCOFF.....	76
B.3. Cuestionario de hábitos alimentarios.....	80
B.4. EDE-12 (Eating Disorders Examination).....	82
B.5. APQ (Adolescent Personality Questionnaire).....	87
B.6. CRI-Y (Coping Response Inventory Youth).....	93
C. <u>Procedimiento:</u>	
C.1. Selección de la muestra	98
C.2. Aplicación de las pruebas.....	101
C.3. Fases del estudio.....	101
ANÁLISIS DE DATOS	102

CAPÍTULO 4

RESULTADOS103-198

A. Características psicométricas de las pruebas

A.1. EDI-2	104
A.1.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar.....	105
A.1.2. Fiabilidad.....	117
A.1.3. Análisis factorial.....	120
A.2. SCOFF	
A.2.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar.....	123
A.2.2. Análisis factorial.....	124
A.2.3. Validez discriminante.....	125
A.2.4. Validez concurrente.....	127
A.3. Cuestionario de Hábitos alimentarios	
A.3.1. Bloque I: Aspectos sociodemográficos.....	129
A.3.2. Bloque II: Hábitos alimentarios.....	130
A.3.3. Bloque III: Actitudes hacia el acto de comer y/o comida.....	135
A.3.4. Resumen frecuencias Bloque IV: Dieta.....	136
A.4. EDE-12	
A.4.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar.....	139
A.5. APQ	141
A.5.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar.....	143
A.6. CRI-Y	151
A.6.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar de los problemas expresados por los adolescentes.....	154
A.6.2. Análisis de las puntuaciones según el sexo y el curso escolar de las estrategias de afrontamiento.....	161

B. Estudio de la relación entre variables:

B.1. Síntomas asociados al TCA y características de personalidad	171
B.2. Síntomas asociados al TCA y estrategias de afrontamiento.....	174
B.3. Relación entre síntomas asociados al TCA y medidas antropométricas.....	177

C. <u>Prevalencia de los TCA en la muestra de estudio</u>	181
D. <u>Estudio de comparación entre el grupo de riesgo y el grupo de control:</u>	
D.1. Diferencias entre grupos según las características de personalidad.....	183
D.2. Diferencias entre grupos según las estrategias de afrontamiento.....	184
D.3. Diferencias entre grupos según el IMC.....	185
D.4. Diferencias entre grupos según los hábitos alimentarios	
D. 5.1. Estadística clásica	187
D.5.2. Modelos de arquitectura neuronal de los hábitos alimentarios según los grupos de riesgo y de no riesgo	196

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES	199-205
---------------------------	---------

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN	206-213
------------------------	---------

CAPÍTULO 7

PUNTOS FUERTES, DÉBILES DEL ESTUDIO Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	214-215
---	---------

CAPÍTULO 8

ANEXOS	216-218
---------------------	---------

Acrónimos

Cuestionario de hábitos alimentarios

CAPÍTULO 9

BIBLIOGRAFÍA	219-233
---------------------------	---------

Empresarios y diseñadores de moda se sentarán con el Ministerio de Sanidad y Consumo para analizar el tallaje y etiquetado de la ropa para después, unificarlo y adecuarlo a la realidad social. El objetivo es combatir la anorexia. (El País, 20/4/06).

Las modelos que desfilen en la Pasarela Cibeles deberán tener una imagen saludable. Las modelos que participen deberán tener un 18% de índice de masa corporal como mínimo. (Diario El Mundo, 8/9/06).

El Gobierno regional de Madrid, a través de su Consejería de Sanidad y Consumo acaba de poner en marcha un teléfono gratuito para atender todas las consultas sobre alimentación, nutrición y trastornos alimentarios tales como la anorexia y la bulimia. Se puede consultar de todo. Desde esa extendida «moda» de no unificar las tallas, hasta publicidad engañosa, dietas para adelgazar, cualidades de los alimentos, centros de atención a jóvenes con trastornos alimentarios y, así, un largo etcétera de cuestiones relacionadas con la alimentación y con lacras como la anorexia y la bulimia. (ABC.es, 9/4/07)

La Agencia de Calidad de Internet (IQUA) y la Generalitat han amonestado y pedido el cierre de una decena de páginas web por ofrecer contenidos que hacen apología de la anorexia y la bulimia durante el pasado año. (La Vanguardia.es, 9/7/07).

A pesar de los esfuerzos que se están haciendo estos últimos años desde las entidades públicas para erradicar la presión social sobre un modelo estético de mujer extremadamente delgada, todavía queda mucho por avanzar. Es por esta razón que la detección precoz de estos trastornos en los jóvenes desde la escuela, en casa o en la atención primaria es cada vez más necesaria.

Es obvio que para vivir es necesario comer, pero para muchos niños y adolescentes este acto vital se convierte en una pesadilla. El acto de comer es una invitación al disfrute y a compartir experiencias con los que nos rodean; el olor, el sabor y las texturas serán algunos de los ingredientes que nos permitirán disfrutar de las comidas y, al mismo tiempo, de alimentarnos.

Pero, al mismo tiempo, aparecen otros factores que influyen en la alimentación de los adolescentes y niños de nuestra sociedad, como es el modelo estético que invita a la delgadez extrema, lo que conlleva a muchos jóvenes a hacer dietas constantes para controlar el peso y la imagen corporal, considerándose éste uno de los factores más decisivos en el desarrollo de una alteración de la conducta alimentaria.

Este trabajo pretende dar respuesta a algunos de los factores que pueden influir en la aparición, desarrollo y/o mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en niños y adolescentes, teniendo presente un modelo explicativo plurifactorial de este trastorno. Para ello se escogieron cinco pruebas psicológicas que midieran aquellas características que queríamos estudiar y, para profundizar en el análisis, se realizó un estudio comparativo entre dos submuestras, una que hemos considerado de riesgo y otra homogénea de control.

La presentación de esta investigación se subdivide en varios apartados, en el primer capítulo se hace una revisión bibliográfica sobre las variables que hemos medido en los participantes (hábitos alimentarios, características de personalidad, Índice de Masa Corporal y estrategias de afrontamiento) y su posible relación con las alteraciones de la conducta alimentaria.

En el segundo capítulo se plantean los objetivos de esta investigación, en el tercero se explica la metodología que se ha seguido para realizar este trabajo, se presentan las características de la muestra y la descripción de los instrumentos que se han utilizado para diagnosticar un posible TCA.

En el capítulo cuarto y, a partir de la información recogida de los cuestionarios administrados a los participantes, se analizan las características psicométricas de los instrumentos y la relación con las variables sociodemográficas como el sexo y el curso escolar. También se estudian las relaciones entre las variables, y las diferencias entre un grupo de riesgo y un grupo de control homogéneo.

Finalmente, se presentan los apartados de discusión y conclusiones, donde se recogen las ideas más relevantes de los análisis extraídos de esta investigación y que serán puntos de partida para futuras investigaciones.



CAPÍTULO 1

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

A. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES:

*“La anorexia es una religión en la que tú impones tus propios mandamientos y reglas y los cumples a rajatabla porque cuando estás delgada piensas que lo tienes todo. Es como ser perfecta, eso es ser delgada.” Nieves Álvarez, 2001
(Yo vencí la anorexia, ed. Temas de hoy).*



A.1. Definición y clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son alteraciones de la conducta alimentaria, siendo los más conocidos y más extendidos en el mundo occidental la anorexia y la bulimia nerviosa. Para este trabajo se ha escogido la anorexia nerviosa por el aumento de la prevalencia en nuestra sociedad y por la gravedad que este trastorno psicológico puede ocasionar en la salud de las adolescentes, llegando incluso a la muerte.

A.1.1. Anorexia Nerviosa:

La **anorexia nerviosa (AN)** es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza principalmente por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%) y que suele ser por voluntad del propio sujeto (Toro, 1996).

La edad de inicio de esta alteración es un aspecto muy discutido. Los estudiosos del tema están de acuerdo en que aparece en la primera adolescencia, hacia los 13 años (Raich, 1994), aunque cada vez están apareciendo más casos en edades inferiores y superiores. Ballester y Guirado (2003) encuentran que en niños de edades más tempranas (11 años) ya se observan alteraciones de la conducta alimentaria, lo que podría significar que a esa edad empieza a gestarse un posible TCA. Según Río, Borda, Torres y Lozano (2002) el TCA más común en la infancia es la AN. Suárez (2003) encuentra en su estudio sobre los hábitos alimentarios en población adolescente femenina de Extremadura, que la edad de mayor riesgo se presenta en niñas de entre 13 y 16 años, de las que un 60% inició algún comportamiento de riesgo.

Los síntomas característicos de la AN se caracterizan según sean conductuales, cognitivos y fisiológicos. La tabla 1.1. recoge estos síntomas.

Tabla 1.1. Síntomas característicos de la anorexia nerviosa según Morandé y Rodríguez-Cantó, 1991. A partir de Moreno y Villar (2001), página 263:

SÍNTOMAS CONDUCTUALES	SÍNTOMAS COGNITIVOS	SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado, con la intención de bajar peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación excesiva en cuanto al peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia moderada
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno grave de la imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucopenia (disminución de glóbulos blancos)
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terror a subir de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles altos de urea en sangre
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta alimentaria extraña (p.ej., come de pie, corta el alimento en pequeños trozos, los estruja o lava y al terminar de comer, con cualquier pretexto, se pone en movimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación total o parcial de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipercolesterolemia
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones, ejercicio compulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalosis metabólica (alcalinidad excesiva de los líquidos del organismo)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las horas de estudio y de actividades supuestamente útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración y aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipocloremia
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las horas de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipopotasemia
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por actividades lúdicas o recreativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de laxantes, diuréticos y auto provocación de vómitos (formas purgantes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en reconocer sus emociones 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles bajos de estrógenos (mujeres). Niveles bajos de testosterona (hombres)
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología depresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temor a perder el control 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea (mujeres)
	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de lucha interna entre aspectos de su persona • Sintomatología obsesiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Sequedad de la piel

A.1. 1.a. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa:

Los TCA se definen, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002) como el conjunto de trastornos en los que aparece una alteración de la conducta alimentaria. Los más característicos son la anorexia y bulimia nerviosas, cuya característica principal y común es una alteración de la percepción de los participantes sobre su figura y peso.

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa han sufrido cambios a lo largo del tiempo. Durante años, los estudios sobre las alteraciones de la conducta alimentaria se basaban en la tríada somática: pérdida de peso, amenorrea y anorexia. Estos criterios plantearon dudas sobre algunos aspectos como la amenorrea, ya que en varones no se puede presentar, o el concepto de anorexia como tal, ya que no quedaba del todo definido.

Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Munoz (1972), fueron los autores que fijaron los primeros criterios para la anorexia nerviosa. Estos criterios diagnósticos fueron ampliados y, en algunos aspectos, modificados en los manuales de psiquiatría de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría). La edad de inicio que Feighner et al. (1972) proponían desapareció como criterio en posteriores criterios diagnósticos adoptados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR). En el DSM-III (1980) se considera la pérdida de peso como criterio diagnóstico, teniendo en cuenta los cambios evolutivos que sufre el adolescente. Este criterio ha ido variando y ha pasado del 25% de pérdida de peso (según Feighner et al., 1972) a un 15% en el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV. El DSM-III, elimina la mayor parte de criterios dudosos (amenorrea, edad de inicio, etc.), y es en su tercera revisión DSM-III-R, APA (1987) cuando se vuelve a incorporar el criterio de amenorrea y se introduce la alteración de la imagen corporal, peso y silueta. En el DSM-IV (1995) aparecen subtipos de anorexia nerviosa, diferenciando entre *subtipo bulímico* y *subtipo no bulímico*, que sería equivalente a la anorexia de tipo restrictivo. En la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontramos unos criterios diagnósticos más específicos, la pérdida de peso queda determinada por el Índice de masa corporal (IMC) inferior a 17,5; se introduce el tema de un trastorno endocrino y cómo este afecta tanto a hombres como a mujeres. El DSM-IV-TR (APA, 2002) actualiza los síntomas y trastornos asociados a la anorexia nerviosa, entre los que incluye la comorbilidad con los trastornos de la personalidad, también amplía los aspectos de prevalencia en chicos y sobre el curso de la anorexia y bulimia nerviosas.

En la tabla 1.2. se presentan los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa desde Feighner hasta los propuestos por la APA (DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV) y la CIE-10. El DSM-IV-TR no se incluye debido a que los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa no han cambiado desde la revisión de 1995, únicamente se ha actualizado la sección de síntomas y trastornos asociados, y el apartado de prevalencia para los chicos.

Tabla 1.2. Evolución de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.

Feighner (1972)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1995)	CIE-10 (1992)
Edad de inicio: 25 años				
Rechazo a mantener el peso corporal. Pérdida de al menos el 25% del peso corporal original	Rechazo a mantener el peso corporal. Una pérdida de al menos el 25% del peso corporal original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que le correspondería en función de su edad y talla.	Rechazo a mantener el peso corporal. Pérdida de peso del 15% por debajo del peso esperado	Rechazo a mantener el peso corporal. Pérdida de peso del 15% por debajo del peso esperado	Rechazo a mantener el peso corporal. Pérdida de peso por debajo de IMC menor de 17,5. La pérdida de peso está originada por el propio sujeto
Miedo intenso a aumentar peso	Miedo intenso a aumentar peso	Intenso miedo a engordar a pesar de estar en infrapeso	Intenso miedo a engordar a pesar de estar en infrapeso	
Actitud o percepción distorsionada del peso	Alteración de la imagen corporal	Actitud o percepción distorsionada del peso y percepción alterada de la configuración y dimensiones corporales	Actitud o percepción distorsionada del peso e influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación	Actitud o percepción distorsionada del peso, pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales
No existe enfermedad médica que justifique la pérdida de peso	No existe enfermedad médica que justifique la pérdida de peso			
Manifestaciones de al menos dos de los siguientes síntomas: 1. Amenorrea 2. Lanugo 3. Bradicardia 4. Períodos de hiperactividad 5. Episodios de bulimia 6. Vómitos		Manifestaciones en mujeres: Ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos	Manifestaciones de en mujeres: Ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus periodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas	Manifestaciones de en mujeres: Trastorno endocrino manifestado como amenorrea. En varones: Trastorno endocrino manifestado como una pérdida del interés y de la potencia sexual.
			Subtipos Restrictivo y Compulsivo-purgativo	

Según la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2002) la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal que le corresponde por edad y sexo, un miedo intenso a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal; en el caso de las chicas también se incluye como criterio diagnóstico la amenorrea. También se definen dos subtipos de la AN, de restricción o de purga. El de restricción se refiere a las pacientes anoréxicas que pierden peso haciendo dieta, o haciendo ejercicio; normalmente, no suelen iniciar conductas purgativas, a no ser que también se clasifique a esa persona con el subtipo de purga.

Algunos autores como Nicholls, Chater y Lask (2000) han estudiado la fiabilidad de diferentes sistemas diagnósticos: DSM-IV, CIE-10 y GOS (Great Ormond Street), para diagnosticar los TCA en niños y adolescentes (7 a 15 años). El Great Ormond Street (GOS) (Lask y Bryant-Waugh, 2000) es una guía para analizar los TCA en niños y adolescentes entre los que incluyen la anorexia y bulimia nerviosa y un nuevo trastorno emocional que evita comer. Los criterios para la anorexia, según este sistema, son: una forma de pérdida de peso determinada (Ej.: evitar comer, autoinducción del vómito, ejercicio excesivo, abuso de laxantes); cogniciones equivocadas sobre el peso y/o la figura y preocupación excesiva por el peso y/o figura. Estos autores concluyen que los criterios propuestos en el GOS detectan más población infantil como población de riesgo, aspecto que otros sistemas diagnósticos como el DSM-IV y la CIE-10 no detectan porque los criterios están hechos para adultos. Según Bryant-Waugh (2000) el diagnóstico en los niños está menos claro y provoca mayor discusión y debate por diversas razones: (1) Existen una serie de dificultades en la alimentación infantil que siguen un continuum que puede empezar desde el nacimiento. Por ejemplo, manías en la comida o conductas alimentarias anómalas relacionadas con el tipo de alimento y, en su mayoría, no existe una causa concreta de preocupación. Puede haber niños que presenten ciertas alteraciones de la conducta alimentaria consecuencia de su aprendizaje; es durante la guardería o el preescolar cuando el niño empieza a experimentar nuevos gustos y texturas y son sus cuidadores los que observan sus reacciones ante ellos. (2) Se cree que los TCA sólo aparecen en las mujeres jóvenes y que no es posible que aparezcan durante la infancia. Con el criterio diagnóstico de presencia de amenorrea, supone que las chicas sin la menstruación quedan excluidas de este criterio. Los niños no pueden cumplir con los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa porque no disponen de capacidades cognitivas suficientes como para entenderlos. (3) Ha habido muy pocos instrumentos estandarizados para evaluar los TCA en niños.

Según Garfinkel y Kaplan (1996), en su estudio epidemiológico en Ontario (Canadá) con una muestra de 4.000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 65 años, encontraron que un 0.5% reunía todos los criterios del DSM-IV, para ser diagnosticadas como anoréxicas. También observaron síndromes parciales, es decir, cuando se cumplían algunos de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, y éstos fueron tres veces más comunes. Como conclusión estos autores consideraron que la presencia de amenorrea en la anorexia nerviosa no parece ser un criterio clave a la hora de definir el diagnóstico de anorexia.

A.1. 1.2. El Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador nutricional y criterio diagnóstico de la Anorexia nerviosa.

El Índice de Masa Corporal (IMC) o también denominado Índice de Quetelet, se utiliza cada vez más para calcular el estado nutricional de una persona; este índice es el resultado del cociente entre el peso y la talla, y se compara con el cociente del peso y talla medio para su edad y sexo. El IMC es un criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa; según el DSM-IV-TR (APA, 2002), un IMC inferior a 17.5% se considerará patológico. Es, por tanto, un indicador del estado físico y nutricional de la persona.

Varios autores han estudiado la relación entre este índice y las conductas alimentarias.

Durante la adolescencia se observa una preocupación sobre la figura de uno mismo y sobre la comida; los jóvenes suelen iniciar cambios en su conducta alimentaria con el fin de hacer frente a la pubertad y al proceso de maduración, tanto físico como psicológico (Yannakoulia, Matalas, Yiannakouris, Papoustsakis, Passos y Klimis-Zacas, 2004). Las alteraciones de la conducta alimentaria no aparecen únicamente en participantes con infrapeso, sino que también son prevalentes en participantes con sobrepeso (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001; Yannaloulia et al., 2004). Yannakoulia et al. (2004) presentan en su estudio asociaciones entre participantes con sobrepeso y puntuaciones en el EAT (Eating Attitudes Test). Marcó, Gracia, Trujado, Turro y Olmo (2004) en su estudio sobre Imagen corporal, autoestima y actitudes alimentarias en preadolescentes españoles, observan que tanto en el grupo de niñas como el de niños, cuanto mayor es el IMC menor autoestima corporal manifiestan, aunque para el grupo de niñas un menor IMC se relaciona con un mayor control sobre la dieta.

Castells, Capdevila, Girbau y Rodríguez (2006) analizan la relación entre el número de horas que los chicos ven la TV y el IMC, y encuentran una asociación positiva, es decir, se observa que los participantes que ven más la TV son los que más consumen ciertos alimentos (chucherías, pipas, cacahuetes, palomitas, patatas fritas y refrescos). Gila, Castro, Toro y Salamero (2004) observan en su estudio que las adolescentes con un mayor índice de masa corporal, peso y altura se caracterizan por hacer más sobreestimaciones de su cuerpo. Bulik, Sullivan, Tozzi, Furberg, Lichtenstein y Pedersen (2006) en un estudio con gemelos, encontraron que el IMC y el ejercicio físico no eran factores precipitadores de la aparición de la AN. Kerruish, O'Connor, Humphries, Kohn, Clarke y Briody (2002) encontraron en pacientes anoréxicas que el nivel de grasa corporal era significativamente menor al grupo de no riesgo (12.5% menos); también encontraron que la asociación entre el IMC y el porcentaje de grasa corporal era mayor en participantes controles que en pacientes anoréxicas, lo que plantea duda sobre la precisión del IMC como medida de composición corporal en pacientes con anorexia nerviosa.

Otros autores (Serra-Majem, Ribas, Raidó, Pérez y Aranceta Bartrina, 2004) manifiestan que en la etapa de la adolescencia se aprecian situaciones dispares en relación al estado nutricional; se observa al mismo tiempo un alto porcentaje con riesgo nutricional y una alta prevalencia de obesidad en adolescentes.

A. 2. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa:

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por su complejidad causal, varias teorías han intentado explicar este trastorno a través de un único factor, pero en esta patología intervienen varios factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno. A continuación, se detallan algunos estudios que analizan estos factores y su implicación en la génesis de esta alteración alimentaria.

Factores de riesgo de los TCA en adolescentes:

Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer (2001) definen un factor de riesgo como una característica, experiencia o hecho que, si aparece, aumentará la probabilidad (riesgo) de una consecuencia concreta, en comparación con la población general (no expuesta). En la actualidad Muñoz y Turón (2002) hablan de vulnerabilidad, en lugar de factor de riesgo, y de factor de cronicidad o de mal pronóstico, para los factores mantenedores.

Existen varios modelos etiológicos que explican la aparición de la anorexia nerviosa. Fue en 1873 cuando, por primera vez, Gull en Londres y Lassègue en París describieron un cuadro de anorexia. Ambos consideraban la histeria como la causa del trastorno, denominándola así, *anorexia histérica*, inclinándose por una etiología orgánica aunque luego cambian de hipótesis por una de origen psicógeno. Hasta los años 50 persisten las hipótesis de base endocrinológica para explicar la anorexia nerviosa. Posteriormente, el movimiento psicoanalítico dio una explicación de este trastorno entendiéndolo como una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido. En la actualidad, la visión que se tiene de esta alteración del comportamiento alimentario va más allá de las teorías monocausales, y se proponen enfoques multidimensionales del trastorno. Es decir, se considera que esta alteración está causada por un conjunto de variables de tipo psicológico, socio-cultural y biológico (Saldaña, 1994).

En este trabajo se desarrollará en mayor profundidad la propuesta de un modelo multicausal, se tratará sobre los factores de riesgo que pueden influir en la aparición, desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa.

Toro y Vilardell, en 1987, proponen un modelo explicativo sobre los factores de riesgo en la anorexia nerviosa; según estos autores describen una serie de elementos que (1) precipitan,

(2) predisponen y (3) mantienen los trastornos del comportamiento alimentario. Consideran, asimismo, que la mayoría de las conductas y síntomas de la anorexia son consecuencia del estado de inanición al que se somete la persona, más que desencadenantes del trastorno. En la figura 1.1., se observa el modelo secuencial de la etiopatogenia de la anorexia nerviosa y en la figura 1.2. la relación de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores en la etiopatogenia de la AN según el modelo propuesto por Toro (2004).

Figura 1.1. Modelo secuencial de la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. Extraído de Toro, 2004, pp. 268.

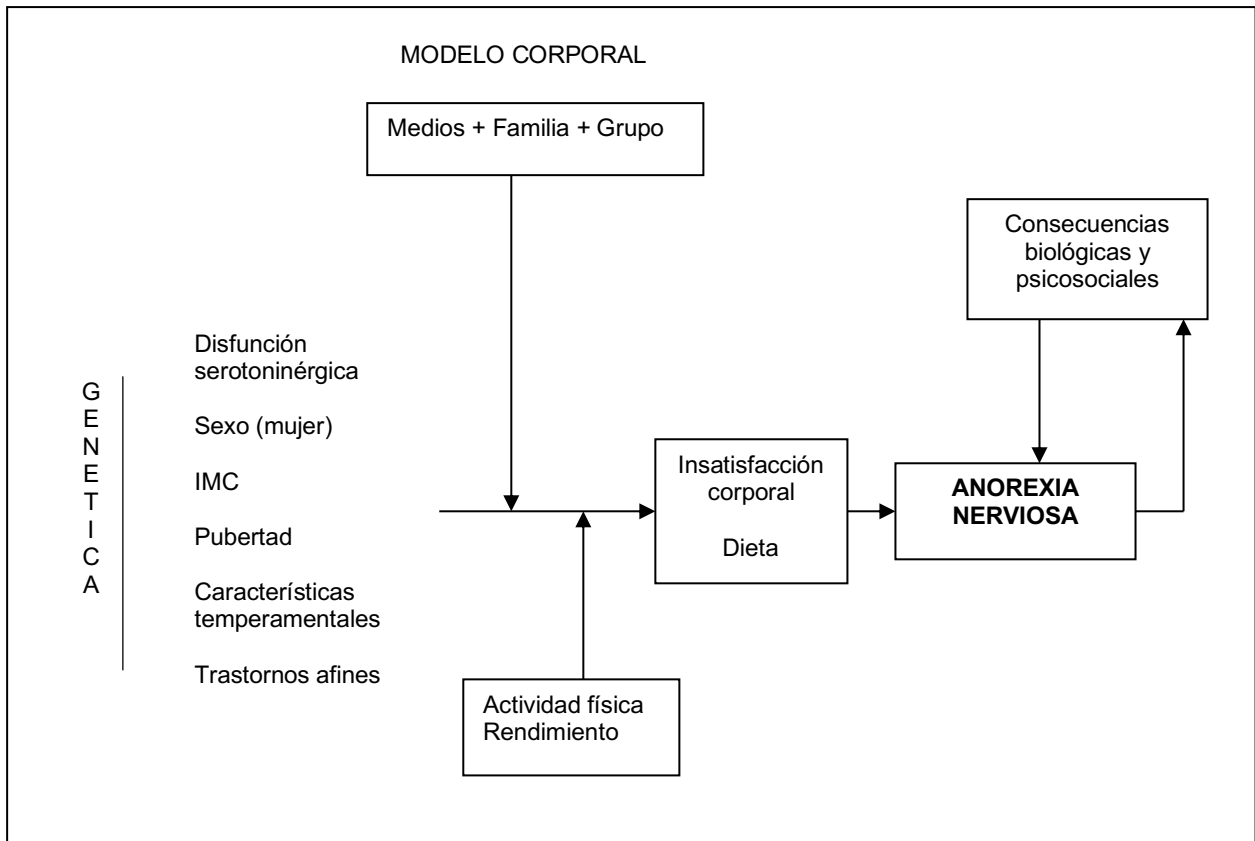
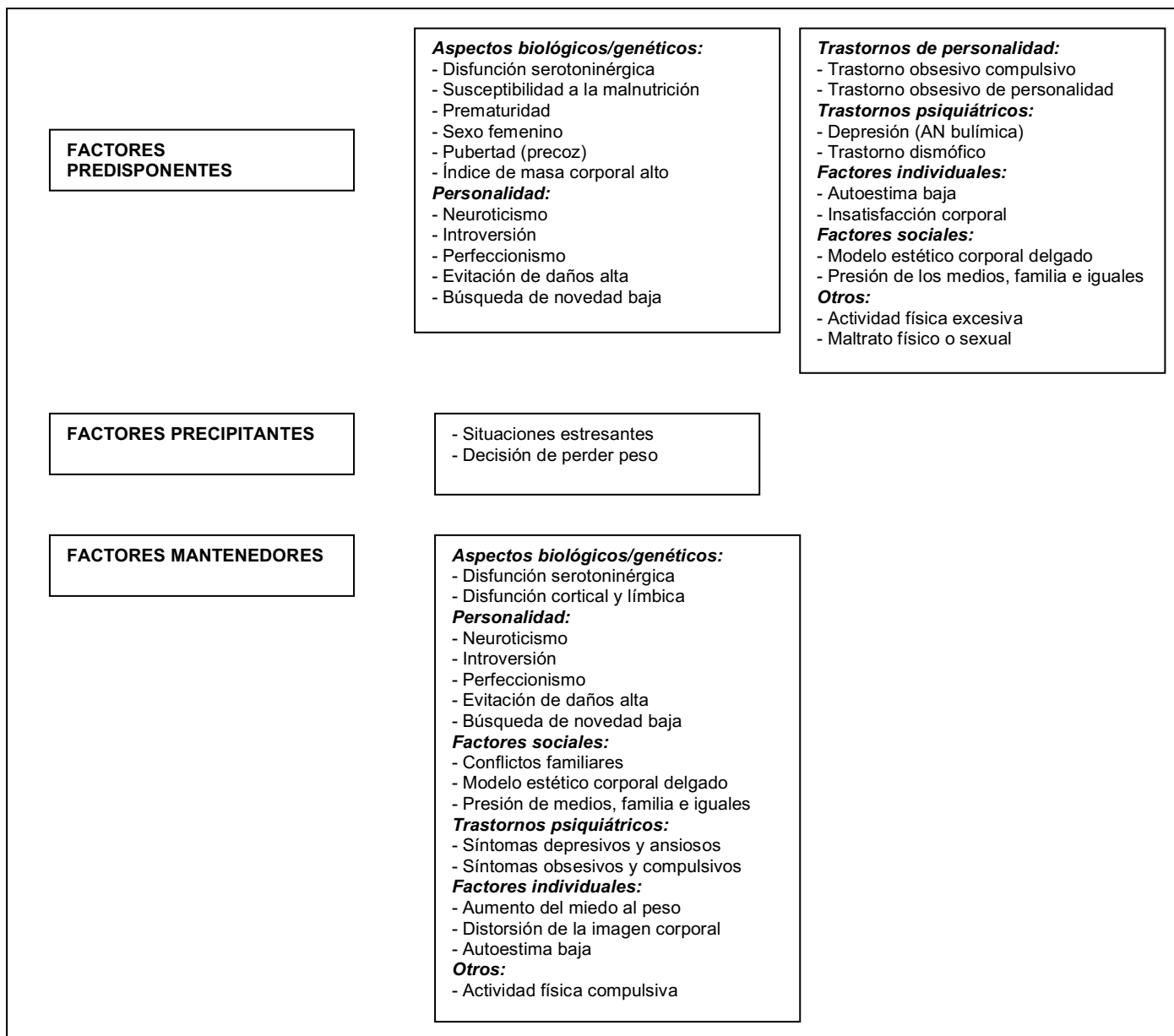


Figura 1.2. Relación de factores en la etiopatogenia de la AN, según Toro (2004). Adaptado de Toro (2004, p .266).



(1) Los *factores predisponentes* son características individuales, familiares y socioculturales que, si una persona presenta, tendrá más probabilidades de desarrollar algún TCA. Respecto a los **factores genéticos**, Toro y Vilardell (1987) hablan de una disposición o vulnerabilidad genética para la anorexia nerviosa. En el año 2004, Toro indica que los factores genéticos parecen explicar entre el 60% y 70% de la vulnerabilidad de la AN; aunque todavía no se ha definido un gen específico para esta patología se sigue estudiando su existencia. En los años 90 fue cuando se cambió la concepción del origen de los TCA a partir de los resultados de distintos estudios de gemelos y de familias que mostraban un componente genético de los TCA (Bulik, Sullivan, Wade, y Kendler, 2000; Collier y Treasure, 2004). Ciertas características de personalidad como la obsesión, en la anorexia nerviosa, o la inducción al vómito, en la bulimia nerviosa, sugieren una posible asociación con el cromosoma 1, para la obsesión (Devlin, Bacau, Klump, Bulik, Fichter, Halmi et al., 2002) y una asociación con el cromosoma 10 para la inducción al vómito (Bulik, Devlin y Bacanu, 2003).

Los **factores de personalidad** que se han relacionado con los TCA son el perfeccionismo, la ansiedad y la autoexigencia, con la AN, y la impulsividad con la BN. Fairburn, Cooper, Doll y Welch, (1999), en su estudio sobre factores de riesgo también definen varias características personales (ver tabla 1.3.). Estos autores encontraron que la mayor diferencia entre el grupo de anoréxicas y bulímicas se encontró en el área de la vulnerabilidad personal, las chicas con anorexia nerviosa se distinguían por características personales como el perfeccionismo y el autoconcepto negativo.

Tabla 1.3. Características personales según Fairburn et al. (1999) de la AN.

◦ Vulnerabilidad personal:

Características de la niñez
Trastornos psiquiátricos premórbidos
Problemas de comportamiento
Trastorno psiquiátrico de los padres

Los **factores individuales** son una baja autoestima (Fairburn et al., 1999; Ghaderi, 2003), miedo a madurar, el sobrepeso u obesidad previa, la edad y el sexo. En la actualidad todos los estudios sobre los TCA confirman que el sexo es una variable clara para desarrollar un TCA (Lindberg y Hjerm, 2003; Steiner, Kwan, Graham, Walker, Miller y Sagar, 2003); las chicas suelen mostrar más deseos de estar más delgadas, muestran mayor preocupación por el peso y la comida; y son las que siguen un mayor número de dietas restrictivas, en comparación con los chicos. Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez Delgado (2004) encuentran en su estudio de factores de riesgo en niños españoles de 12 y 13 años, que la autoestima puede ser un factor de protección; observaron que las chicas

que presentaban un TCA tenían una autoestima significativamente más baja que las que no tenían un TCA. Fairburn et al. (1999) también incluyen como factor individual la aparición de la menarquia. En cuanto a la obesidad como factor de riesgo, Christakis y Fowler (2007) encuentran que la obesidad, en adultos norteamericanos, parece propagarse a través de las relaciones sociales, es decir, analizan la probabilidad de que una persona se convierta en obesa cuando uno de los semejantes se convierte en obeso. En el caso de amigos del mismo sexo, la probabilidad de que se vuelva obeso incrementa el 71%; si son hombres la probabilidad aumenta al 100% y en el caso de mujeres no cambia la probabilidad. Los hermanos adultos tienen un 40% de probabilidad de convertirse en obesos si uno de los dos se convierte en obeso; en las hermanas este porcentaje aumenta al 67% y en parejas de casados la probabilidad es del 37%, afectando por igual a ambos miembros de la pareja.

Las características **familiares** más frecuentes son: los hábitos alimentarios que la persona aprende en el contexto familiar, la poca comunicación entre padres e hijos, la preocupación de los padres por la figura y la sobreprotección (Striegel-Moore, 1997). Ballester y Guirado (2003) encuentran que el comportamiento alimentario de la madre, como haber hecho dieta, así como actitudes de los padres hacia la comida como reñirles por no tener apetito o incitarles a que hagan ejercicio para quemar grasas, podrían tener un efecto negativo en el comportamiento alimentario de los hijos. Gardner, Stark, Friedman y Jackson (2000) observaron que niños de 6 a 14 años, que creían que sus padres estaban preocupados por su peso, mostraron más conductas asociadas a los TCA.

En cuanto a los **factores socioculturales** se refiere, Toro y Vilardell (1987) consideran que son los factores más trascendentes de la predisposición al trastorno. Hay un acuerdo general de los estudiosos sobre el tema de que en las culturas occidentales las mujeres se sienten más insatisfechas con su cuerpo y su silueta (Wardle y Watters, 2004); estas preocupaciones se atribuyen a la exposición continuada de los niños y adolescentes a modelos estéticos que se ven representados en la ropa, la música y los cosméticos (Valkenburg y Cantor, 2001). Según el estudio longitudinal McKnight (2003) sobre los factores de riesgo, en EEUU, la presión social era significativamente predictiva de la aparición de los TCA en chicas jóvenes de edad escolar. Existen varios estudios que confirman la relación entre los factores socioculturales, entre otros, en la aparición y desarrollo de los TCA (Grilo, 2006; Toro, 1996, 2004; Toro y Vilardell, 1987). Según Toro y Vilardell (1987), la presión social y los estereotipos culturales juegan un papel decisivo en el desarrollo de una alteración del comportamiento alimentario porque el ideal de delgadez ha ido cambiando a lo largo de los años y de forma diferente en cada una de las sociedades. Los medios de comunicación de masas intervienen de forma decisiva para que estos

modelos estéticos se propaguen entre la población adolescente. Cusumano y Thompson (2000) encontraron que los medios de comunicación, la televisión, las revistas, la radio, etc., son factores predictores de insatisfacción corporal; estos autores observaron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 8 a 11 años de edad. Toro (1996) habla de factores socioculturales que afectan decisivamente a la aparición, desarrollo y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosas. Considera que en nuestro contexto social existen una serie de mitos erróneos acerca del cuerpo como la pérdida de los supuestos kilos de más, la obesidad, la *lipofobia*, y aspectos sociales como la moda o la influencia de los medios de comunicación y la publicidad, que consiguen que la autoestima personal y el éxito social se basen en el supuesto de la delgadez.

Fairburn et al. (1999), en su estudio comparativo de diversas muestras clínicas y comunitarias, propusieron los siguientes factores de vulnerabilidad ambiental: problemas con los padres, trastorno psiquiátrico de los padres, intimidación, acontecimientos disruptivos y abuso sexual y físico.

(2) Los factores precipitantes, son hechos o acontecimientos estresantes para la persona; también se incluyen los cambios biológicos característicos de la pubertad. Entre los factores precipitantes destacan las separaciones y pérdidas, los contactos sexuales, las situaciones aversivas (aumento rápido y significativo de peso, comentarios críticos hacia el peso o el cuerpo, enfermedad somática, etc.), los acontecimientos vitales (hechos que la persona viva como importantes y estresantes en su vida) y el exceso de actividad física. Autores como Bulik et al. (2006) consideran que la actividad física no es un factor precipitador para la aparición de la AN, aunque sí que aprecian en su estudio, que los pacientes con AN hacen más ejercicio porque consideran que de ese modo están más saludables.

Varios autores (Fairburn et al., 1999; Fairburn, Cooper, Doll y Davies, 2005; Fairburn y Harrison, 2003) observan que el seguimiento de dietas es un factor de vulnerabilidad significativo en el desarrollo de la AN, aunque en la actualidad este hecho se haya normalizado. Según Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe, (1999) las chicas que hacen dieta tienen un riesgo muy alto, aunque son pocas las que acaban desarrollando un TCA; las chicas adolescentes que han hecho dieta severa tienen una probabilidad 18 veces mayor de desarrollar un TCA y en las que han seguido una dieta de forma moderada la probabilidad es 5 veces superior a la de otras chicas que no han seguido ninguna dieta. Fairburn et al. (2005) encontraron que las chicas que seguían una dieta y desarrollaron después de dos años un TCA eran casos, en su mayoría, de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Río et al. (2002) encontraron en su estudio que el inicio de dietas restrictivas, la insatisfacción corporal y una preocupación excesiva por el control del peso y de la figura, son los factores más relevantes para el inicio y desarrollo de los TCA y que,

incluso, podrían aparecer en la niñez (antes de los 14 años) ya que estas conductas se observan en muestras preadolescentes. Río et al. (2002) encuentran que el método preferido por los chicos para perder peso es el ejercicio físico; Toro, Gila, Castro, Pombo y Guete (2005) también lo detectan en las chicas. Ghaderi (2003) considera que la preocupación por el peso, la insatisfacción corporal y el control sobre el peso son bastante frecuentes en los adolescentes. Roy, López, Galán y del Castillo (2004) en su estudio sobre el comportamiento alimentario en adolescentes canarios encuentran que el hecho de hacer dieta es cada vez más frecuente, sobre todo, en las chicas.

Las burlas también ha sido un factor estudiado y, según Gardner et al., (2000), son un factor predictivo para desarrollar alguna alteración de la conducta alimentaria en chicos, aunque no ocurre lo mismo para el grupo de las chicas.

(3) Como factores de mantenimiento, destacan las consecuencias psicológicas de la inanición, como la obsesividad y compulsividad, labilidad emocional y aislamiento social entre otros; la interacción familiar establecida frente a la problemática alimentaria, la pérdida de interacción social, las cogniciones, los valores sociales que rodean a la persona y la yatrogenia.

Fairburn et al., (1999) llegaron a varias conclusiones en su estudio sobre la comparación de muestras clínicas y comunitarias. Observaron que el grupo de bulimia nerviosa obtenía una puntuación mayor en cuanto a la vulnerabilidad para hacer dietas y en el factor de obesidad paterna, en comparación con el grupo de anorexia nerviosa. También encontraron que el grupo de bulimia recibía más comentarios negativos de su familia sobre su forma de comer, su peso y apariencia. La mayor diferencia entre el grupo de anoréxicas y bulímicas se encontró en el área de la vulnerabilidad personal, las chicas con anorexia nerviosa se distinguían por características personales como el perfeccionismo y el autoconcepto negativo. Estos autores consideran que la exposición a estos factores de riesgo puede estar combinada con otro tipo de factores como los aspectos personales y los relacionados con la dieta.

En resumen,

de todos los factores de riesgo estudiados y revisados, el inicio de las dietas, la preocupación excesiva por el peso y el deseo de adelgazar, son los factores más relevantes para el desarrollo de los TCA.

A. 3. Prevalencia de los TCA en población adolescente española:

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son problemas graves de salud que se caracterizan por su etiología multifactorial, y se presentan como una de las alteraciones psicopatológicas más frecuentes entre las adolescentes. En España se ha estudiado la prevalencia de estos trastornos en distintos contextos, presentando índices que oscilan entre el 3.4% (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2004) y el 5.89% (Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, et al., 2003) en adolescentes y adultos jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 21 años. Este trastorno tiene una prevalencia del 0.2% al 0.8% en la población general y entre el 1% y 2% en muchachas adolescentes. La proporción es de 1 varón por cada 10 mujeres. Según un estudio español realizado en la comunidad autónoma de Navarra (Pérez-Gaspar, Gual, Irala-Estevez, Martínez-González, Lahortiga y Cervera, 2000) con una muestra de 2.862 participantes entre 12 y 21 años, se encontró una prevalencia de TCA de 4.1%: Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado (TCANE), 3.1%; Bulimia Nerviosa, 0.8% y Anorexia Nerviosa, 0.3%. Muro y Amador (2007), en la muestra del presente estudio de 1155 adolescentes catalanes, han encontrado que un 1.28 % del total de la muestra presenta un TCANE (2.31 % de chicas y 0.17% de chicos).

En la tabla 1.4. se recogen los trabajos sobre la prevalencia de los TCA, en adolescentes españoles, realizados en dos estadios: en una primera fase se administra un cuestionario para detectar población de riesgo y, posteriormente, mediante una entrevista clínica se establece el diagnóstico. En todos los estudios los casos clínicos se han identificado siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Ruiz Lázaro (2005) actualiza la epidemiología de los TCA en España, y destaca que los estudios sobre prevalencia han avanzado en nuestro país, aunque considera que todavía queda mucho por estudiar y analizar, sobre todo en el colectivo de chicos, niños y adultos.

Tabla 1.4. Estudios de prevalencia de los TCA en España con muestras de adolescentes.

Autores	Población	Rango de edad	Método	Prevalencia
1998 Ruiz et al.	2193 estudiantes chicas	12-18	1) EAT-40 2) SCAN	Chicas: 4.51%
2000 Pérez-Gaspar et al.	2862 estudiantes chicas	12-21	1) EAT 2) Criterios DSM-IV	Chicas: 4.7%
2003 Rojo et al.	474 estudiantes chicos y chicas	12-18	1) EAT-40 2) Criterios DSM-IV y SCAN	Chicas: 5.17% Chicos: 0.77%
2004 Gandarillas et al.	1534 estudiantes chicas	15-18	1) EDI-2 2) Criterios DSM-IV	Chicas: 3.4%
2007 Muro y Amador.	1155 estudiantes 592-chicos 563-chicas	10-17	1) EDI-2 2) EDE-12	Chicas: 2.31% Chicos: 0.17%

EAT = Eating Attitudes Test; EAT-40 = Eating Attitudes Test -40; SCAN = Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale; EDI-2 = Eating Disorders Inventory-2.

En resumen,

la prevalencia de los TCA en España en adolescentes oscila entre 3.4% y 5.17%, estas diferencias podrían deberse a la selección y recogida de la muestra y la aplicación de criterios diagnósticos distintos según el estudio. Todavía hay pocos estudios con varones y con niños.

B. LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA

“Ante todo, hay que separar la alimentación (donde la salud es lo más importante) de la gastronomía (donde el placer es lo que más importa). Tanto una como la otra forman parte de la cultura y los hábitos sociales”. Ferrán Adrià (Ansón, 2004. Todo sobre Ferràn Adrià, el mejor cocinero del mundo.).



Alimentarse es una necesidad fisiológica que va ligada, también, a una dimensión cultural y social muy importante, sobre todo en nuestra sociedad. Comer quiere decir saciar el hambre, pero también se unen otros factores como la combinación de alimentos, los gustos, las texturas y los olores, que hacen de este acto un placer. La comida ha sido, y es, una necesidad básica innata para la supervivencia del hombre, pero el acto de comer conlleva, además, unas connotaciones sociales añadidas (Sánchez y Gamella, 2004; Toro, 1996), por tanto, se podría definir el acto de comer como una manifestación cultural (Turón, 1997). Según Contreras (1999) los cambios en la historia han promovido cambios en la comida y en la forma de comer, es decir, en los hábitos alimentarios.

Nomdedeu, García, Migallón, Pérez, Ruiz y Vázquez (2001) consideran los hábitos alimentarios como el resultado de interacciones y aprendizajes que van evolucionando según las experiencias personales, positivas o negativas, del consumo de alimentos. Sibel, Barris, Quiles, Bassas y Tomàs (1999) hablan de estilo alimentario y lo definen como una serie de conductas relacionadas con el acto de comer (actividades durante las comidas, estados de ánimo relacionados con el acto de comer, acompañamiento durante las comidas, etc.).

Es en la niñez y en la adolescencia cuando se adquieren creencias, convicciones y valores relacionados con la salud y con la alimentación. Por lo tanto, la alimentación dependerá de varios factores: personales (preferencias, intereses, posibilidades económicas, etc.) y ambientales (geografía, cultura, tiempo, etc.); algunos de estos factores podrán ser educados y modelados desde las primeras etapas de la vida, como son los hábitos alimentarios.

B.1. Perspectivas de análisis de los hábitos alimentarios:

Los hábitos alimentarios se han estudiado desde distintas perspectivas: **nutricional**, **social**, **biológica** y **psicológica**. En el trabajo que nos ocupa, se desarrollarán estos enfoques de los hábitos alimentarios centrados en la etapa de la adolescencia.

Desde un punto de vista **nutricional**, los profesionales han trabajado diversos aspectos, que han considerado relevantes en el desarrollo de los hábitos alimentarios de los adolescentes, teniendo presentes una serie de variables que están relacionadas con la alimentación, como son: a) la importancia de una dieta equilibrada, b) la necesidad de mayor aporte de nutrientes específicos para la etapa de la adolescencia, c) los factores que influyen en la

alimentación de los adolescentes y, d) la evolución que los hábitos alimentarios han sufrido en nuestra sociedad.

a) La importancia de una dieta equilibrada:

Una dieta equilibrada es imprescindible para un crecimiento correcto. Es por esta razón que se deben tomar los alimentos siguiendo una distribución adecuada, un 55% de hidratos de carbono, de un 10% a un 15% de proteínas y de un 30% a un 35% de grasas, que proporcionan la energía necesaria para que el organismo funcione. La dieta equilibrada deberá ser variada y contar con alimentos de todos los grupos (verduras, féculas, frutas, lácteos, carnes, aceites, grasas, agua y fibra) que proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud (Departament de Sanitat i Seguritat Social, 1999). Durante la adolescencia, los requerimientos nutricionales son elevados, aunque la ingesta de vitaminas y minerales tiende a disminuir debido a diferentes factores: aumento de consumo de *calorías vacías*, saltarse alguna comida, seguimiento de dietas para bajar de peso y reducción de verduras y frutas (Serra-Majem, 2001; Serra-Majem et al., 2004). El rápido crecimiento y el aumento de masa magra en esta etapa conlleva un incremento de proteínas y otros nutrientes importantes implicados en el desarrollo metabólico y en el proceso de crecimiento, como las vitaminas hidrosolubles y liposolubles y minerales (Aranceta, Pérez y Serra-Majem, 2004). Es en la adolescencia cuando se observa una falta de diversificación en la dieta debido a un abuso de las dietas, de la comida rápida y de otros factores externos que influyen en sus hábitos alimentarios, pudiendo ocasionar la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. Una dieta inadecuada o carente de nutrientes necesarios en esta etapa podría influir desfavorablemente sobre el desarrollo normal de la persona.

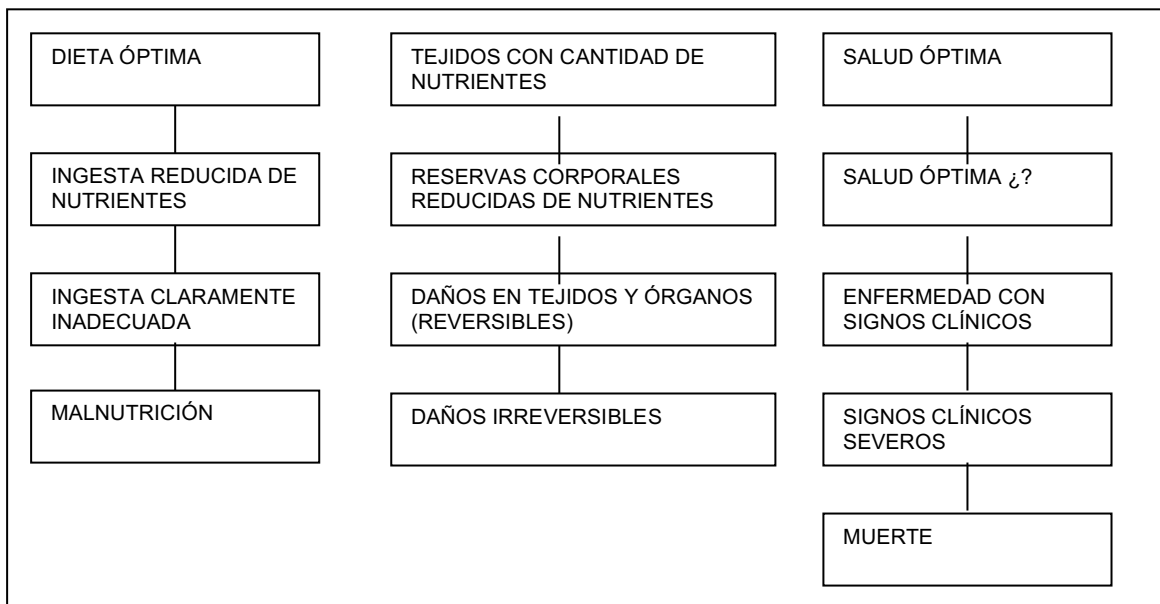
Son varios los estudios que han evaluado el consumo de alimentos y el estilo de alimentación de los adolescentes en España (Goñi, Vilches, Ancizu, Arillo, Lorenzo, Repáraz et al., 1999; Jiménez, Rodríguez, Ibáñez y Odriozola, 2000; Moreno, Kersting, Henauw, González-Gross, Sichert-Hellert, Matthys et al., 2005; Moreno, Sarría, Lázaro y Bueno, 2000; Serra-Majem et al., 2004; Ortega, Requejo, López-Sobaler, Navia, Perea, Mena et al., 2000). Estos estudios ponen de relieve que el perfil nutricional de los niños, adolescentes, e incluso universitarios españoles, es deficiente en cuanto al aporte de ciertas vitaminas y minerales, y el incremento de grasas saturadas. Se observa un bajo consumo de frutas y verduras, que son sustituidos por comida con un alto nivel de grasas y azúcares. También manifiestan la necesidad de transmitir características de una alimentación correcta para mejorar los hábitos alimentarios así como la preocupación que los adolescentes expresan por la alimentación y los estilos de vida saludables.

b) La necesidad de un mayor aporte de nutrientes específicos para la etapa de la adolescencia.

Como consecuencia de los cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que ocurren en la etapa de la adolescencia, también se requiere un cambio en la nutrición. En la etapa de la adolescencia la nutrición se caracteriza por ser variada en los alimentos y por la cantidad ingerida de los mismos (Gavino y López, 1999). Según Mataix y Carazo (1995), desde un punto de vista nutricional, la adolescencia se divide en dos etapas, una primera que comprende de los once a los catorce años y una segunda etapa que abarca de los quince a los dieciocho años. Los requerimientos nutricionales más importantes aparecerán en esta segunda etapa, en ambos sexos, y dependerán de la velocidad de crecimiento y de la actividad física. En esta etapa de la adolescencia será necesario aumentar el consumo de determinados nutrientes tales como, las *proteínas* (carne, pescado, huevos, etc.) consecuencia del desarrollo físico, que deberá contribuir en la dieta entre un 12% y un 15% de ingesta calórica; el *hierro*, aspecto relevante en el desarrollo de las chicas debido a la aparición de la menstruación, y el *fósforo*. A esta edad es también importante el *calcio*, porque en esta fase de crecimiento se produce un depósito de casi el 50% de calcio óseo total que va a tener el adolescente a lo largo de su vida (Buttriss, 2002). Un aumento de la masa magra supondrá, también, un incremento de proteínas; algunas vitaminas hidrosolubles como la tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B₁₂ y ácido fólico y minerales como el calcio y el cinc serán más necesarios en esta etapa de crecimiento (Aranceta et al., 2004).

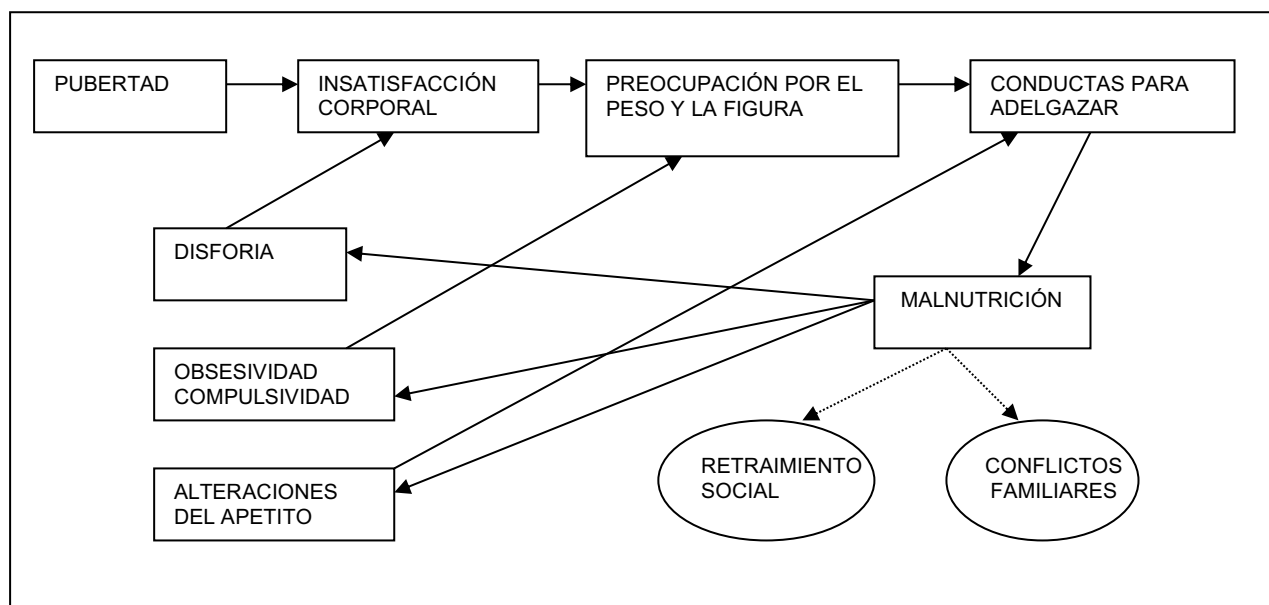
En el caso de una restricción calórica constante o de una malnutrición, se podrían provocar retrasos, detenciones o alteraciones del desarrollo y del crecimiento normal de una persona. El mecanismo por el cuál se puede llegar a una enfermedad debido a una restricción calórica constante se representa en la figura 1.3. Según Mataix y Carazo (1995), una dieta óptima ocasiona una salud óptima, pero a partir de una ingesta inadecuada de alimentos es cuando aparece alguna enfermedad con signos clínicos; y es en el caso de la malnutrición cuando surgen signos clínicos severos, y en algunos casos la muerte, y daños irreversibles para la persona.

Figura 1.3. Representación de la enfermedad por deficiencias nutricionales. Extraído de Mataix y Carazo (1995). Nutrición para educadores (pp. 336).



Toro (2004) expone los eventos que siguen y anteceden a la malnutrición en el caso de la AN (ver figura 1.4.). Según este modelo, la malnutrición provocará en la persona cambios de estado de ánimo, se sentirá disfórico, lo que provocará que se perciba a sí mismo de forma más negativa y por tanto refuerce las conductas para adelgazar. La preocupación por el cuerpo y el peso se convertirán en una obsesión y, su alteración con la comida empezará a aumentar.

Figura 1.4. Secuencia de eventos a partir de la malnutrición en la AN. Extraído de Toro (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa (pp. 268).



c) Factores que influyen en la alimentación de los adolescentes.

Autores como Mataix y Carazo (1995), Vázquez y Nomdedeu (1998) y Nomdedeu et al. (2001) consideran algunos, entre los que destacan:

1. Los conocimientos que los adolescentes tienen sobre la nutrición son un factor crucial para su comportamiento alimentario, es la familia el primer agente educador nutricional (Goñi et al., 1999). Existen mitos erróneos sobre los alimentos, como por ejemplo, sobre los hidratos de carbono como un nutriente que engorda. Dietas como las supresoras de las cuatro "p": patatas, pan, pastas y postres, han llevado a interpretar de forma errónea esta idea (Guelar y Crispo, 2000). En el caso de estos alimentos, las patatas, el pan y las pastas están formados por hidratos de carbono complejos que son convenientes, no sólo por su aporte energético, sino porque también contienen otros nutrientes indispensables para una correcta alimentación. Al contrario que los postres, que son hidratos de carbono simples y que sólo proporcionan glucosa de absorción inmediata, lo que supone un exceso de calorías. Otro mito entre los jóvenes es que los lípidos o grasas sólo engordan y, por lo tanto, deben eliminarse. Los lípidos *no pueden suprimirse* de la dieta, aportan elementos esenciales para el desarrollo del organismo. Sólo cuando la alimentación no es variada y hay un aumento de cantidades de forma que el *aporte energético* es mayor al *gasto*, es cuando se puede dar el exceso de calorías y, consecuentemente, un aumento de peso. En un estudio en México (Sámano, Flores-Quijano y Casanueva, 2005) sobre los conocimientos de los adolescentes sobre nutrición, la mayoría de participantes de la investigación fueron capaces de establecer equivalencias entre grupos de alimentos, pero no para distintos alimentos de un mismo grupo.

2. La realización de regímenes dietéticos. Muro (2001) realizó un estudio en el que relacionó las alteraciones de la conducta alimentaria y los hábitos alimentarios en adolescentes de riesgo y de no-riesgo de presentar un TCA. Encontró dos variables predictoras que clasificaban a una persona de población normal o de riesgo. Las dos variables más significativas fueron: ¿Crees que necesitas hacer dieta? y ¿Les has pedido a tus padres hacer dieta?, que distinguían a los participantes con un 90% de probabilidad (ver el apartado de factores precipitantes en el desarrollo de la anorexia nerviosa).

3. La eliminación de alguna comida del día, siendo ésta el desayuno. El estudio Enkid (Serra-Majem, Ribas, Pérez, Roman y Aranceta, 2003) pone de manifiesto que la mayoría de población adolescente e infantil española hace el desayuno en casa, aunque no garantiza que cumpla los requerimientos nutricionales necesarios. Moreno et al. (2005) encuentran un factor común a todos los adolescentes europeos sobre sus hábitos alimentarios, como la eliminación de alguna de las comidas recomendadas, siendo la más frecuente el desayuno.

4. El consumo frecuente de bocadillos y productos de bollería, que suele disminuir a partir de los 18 años, al igual que los azúcares y embutidos (Serra-Majem et al., 2003).
5. El consumo de comidas rápidas o para llevar. Son comidas que tienen una alta densidad calórica y un elevado contenido en grasas saturadas.
6. Nuevos sistemas de organización familiar, la dificultad para compartir las comidas en el hogar por cuestiones de horarios.
7. El inicio del consumo de alcohol, lo que afectará al metabolismo, además de a otros aspectos.
8. La aparición de las preferencias y aversiones gustativas características.
9. El trabajo de la mujer fuera del hogar. Serra-Majem et al. (2003) llaman la atención sobre que el nivel de conocimientos que la madre tenga sobre nutrición, se verá reflejado en un mayor consumo de nutrientes adecuados a la necesidad del adolescente.
10. El ejercicio físico. En esta etapa se realiza mayor cantidad de ejercicio por lo que requiere un aumento en el aporte dietético de energía, debe existir una relación equivalente entre las calorías ingeridas y el gasto energético.

d) Evolución de los hábitos alimentarios en nuestra sociedad:

Los hábitos alimentarios en la sociedad española han experimentado cambios importantes en los últimos años a consecuencia de los nuevos estilos de vida y del desarrollo de una nueva industria alimentaria. Son varios los estudios que ponen de manifiesto los cambios nutricionales que aparecen en los adolescentes. Andreo, García, Prats, Alcaraz, Alomar, Guiu, et al. (2001) analizaron los hábitos alimentarios de una muestra de niños de 8 a 15 años de la provincia de Barcelona, y encontraron que, en general, los participantes del estudio seguían una dieta variada y equilibrada, pero con tendencia a consumir grasas y comidas rápidas. En relación a los hábitos dietéticos encontraron que un 84,4% de los participantes desayuna en casa, un 91,2% come alguna cosa a la hora del patio y un 92,5% de la población suele merendar. Goñi et al. (1999) en un estudio realizado sobre los hábitos alimentarios de los adolescentes de Navarra, encontraron diferencias según sexo; el grupo de las chicas se asoció a una mayor preocupación, realización de dietas, estaban más influenciadas por los medios de comunicación y manifestaban una mayor presión de la familia para comer más; por el contrario, los chicos presentaban una mayor satisfacción con su físico y se consideraban más delgados o equilibrados. Rodríguez, Martínez, Ruiz, Novalbos, Díaz, Chocrón et al. (1999) encontraron que los adolescentes de su muestra evitaban ciertos alimentos de su dieta como los cereales, el azúcar, el pan y las grasas, lo que indica una severa restricción alimentaria en la edad de crecimiento.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Barcelona (2000), en una encuesta realizada a 10.000 niños de Barcelona (Plan Plenufar II), sobre hábitos alimentarios, informa

de que los niños de edades comprendidas entre los 10 y los 12 años de edad no toman suficiente pescado, frutas y verduras en su dieta. Un 33% de los escolares no toma fruta cada día, el 75% de la muestra desayuna sólo un vaso de leche; el consumo de legumbres es muy bajo, casi inexistente, y en cuanto al consumo de los alimentos proteicos se refiere, un 49% de los participantes toma todos o casi todos los días carne, y sólo un 12% toma pescado. Fernández-Aranda, Ramón, Badía, Giménez, Solano, Collier et al. (2004), encontraron varios factores predictores de desarrollar un posible TCA, durante la infancia y pubertad (antes de los 12 años de edad) relacionados con los hábitos alimentarios y/o la comida; estos factores son: no desayunar antes de ir al colegio, importancia excesiva de la comida según la madre y comer dulces o chucherías en exceso.

En un estudio sobre los hábitos alimentarios en niños de 11 y 13 años en la provincia de Barcelona (2001) se confirma el bajo consumo de legumbres, verduras y frutas en la dieta de los escolares. En el año 2006, Castells et al. del Colegio Oficial de Farmacéuticos, encuentran que el 25% de los alumnos de entre 11 y 13 años hacen el desayuno y merienda solos. Varios estudios destacan que más del 70% de los encuestados dice hacer otras actividades mientras come, siendo la más común ver la TV (Calvo, Aroca, Armero, Díaz y Rico, 2002; Castells et al., 2006).

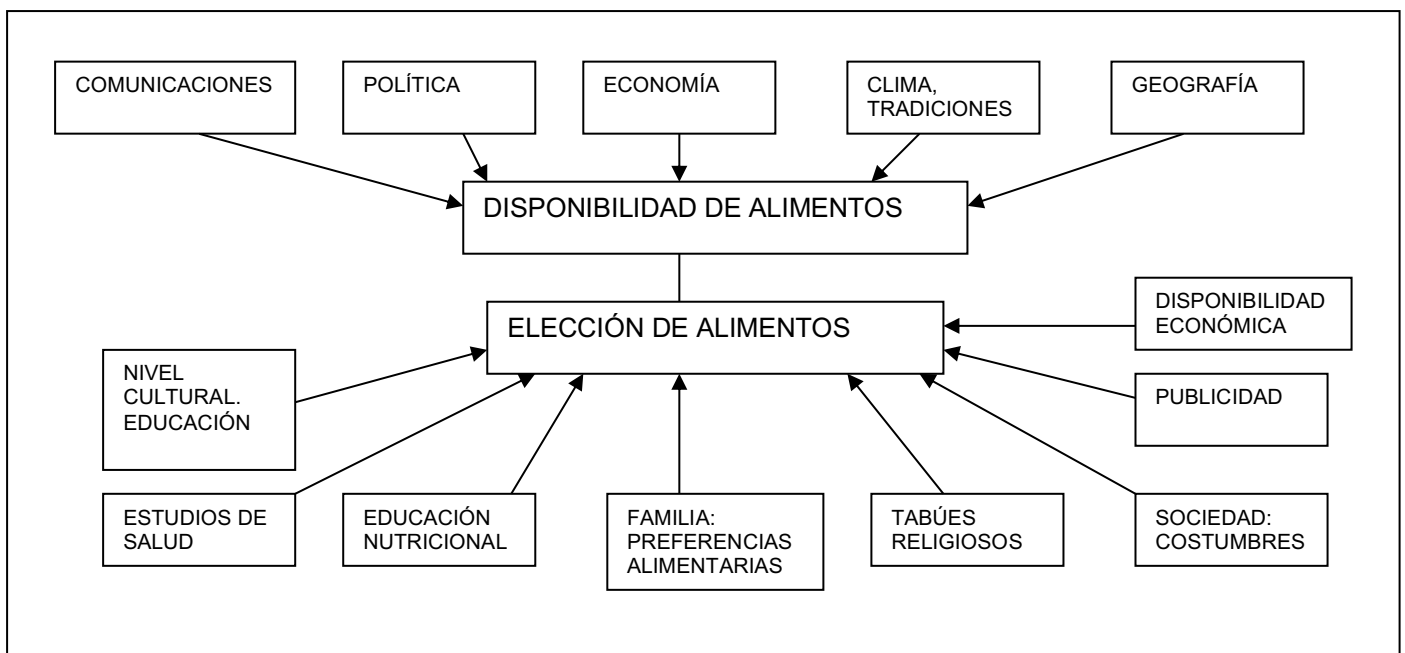
Los **factores sociales** también han influido, y siguen influyendo, en nuestra alimentación y, por consiguiente, en nuestros hábitos alimentarios. Gavino y López (1999) en su estudio sobre *Los comportamientos alimentarios en las etapas de la vida* plantean un conjunto de factores relevantes en los cambios de la alimentación tales como la disponibilidad de alimentos, los cambios históricos, la cultura, las costumbres, o los medios de comunicación. Definen los comportamientos alimentarios según tres grupos de factores que influyen en los cambios que sufre la alimentación: a) *La tradición culinaria*, que depende de la disponibilidad de alimentos que cada sujeto tenga a su alcance, de las influencias de la cultura que nos rodea y culturas inmigrantes, o de la transmisión de generación a generación; b) *la moda*, influye también en la elección de alimentos y en la forma de prepararlos; y c) los *avances en el conocimiento sobre los alimentos*, tales como el estudio de dietas regionales, el consumo de alimentos, etc.

El entorno socioeconómico también determina el consumo de alimentos, la clase social influye en la consumición de ciertos alimentos como el pescado, la carne roja, las frutas, verduras y lácteos; son los grupos de mayor nivel socioeconómico los que más consumen estos alimentos (Serra-Majem et al., 2003).

Vázquez y Nomdedeu (1998) postulan que los hábitos alimentarios de una población se describen según el marco geográfico y económico en el que se desenvuelve. Consideran otros aspectos que también influyen en los hábitos alimentarios como son las tradiciones, el

patrón cultural de alimentos de la familia de origen y el medio social en que vive la persona. La *disponibilidad de los alimentos* es un condicionante importante en el modelo de consumo alimentario de una población (de la Torre, Espino, Perea, Dueñas y Romanos, 1995). La sociedad española actual se caracteriza por tener una de las mejores ofertas de alimentos del mundo, tanto por la variedad como por la calidad de los mismos (Nomdedeu et al., 2001). Estos autores proponen un esquema de los principales factores condicionantes de la conducta alimentaria, respecto a los factores que influyen en la disponibilidad de alimentos (la economía, el clima, las tradiciones, las características geográficas, la política, las comunicaciones) como en la elección de alimentos (la disponibilidad económica, el nivel cultural o marco educativo, la publicidad, los estudios de salud, la educación nutricional, las preferencias alimentarias, los tabúes religiosos y el costumbrismo, entre otros (ver figura 1.5.).

Figura 1.5. Esquema de los factores condicionantes de la conducta alimentaria. Extraído de Nutrición saludable y Prevención de los trastornos alimentarios, pp.17 (Nomdedeu et al., 2001).



Son muchas las transformaciones que ha vivido la sociedad española y que han influido, inevitablemente, en nuestro comportamiento alimentario; cambios sociales como los **procesos de industrialización**, que afectan al desarrollo de la restauración colectiva (comedores colectivos), consecuencia del desplazamiento del lugar de trabajo; las modificaciones en los *tiempos de trabajo*, es decir, la alimentación va quedando subordinada a las jornadas de trabajo; *la inserción de la mujer en el campo laboral*, que ha supuesto una redefinición de las responsabilidades en las tareas domésticas, la proliferación de los electrodomésticos, la congelación de alimentos, etc.; lo que permitirá ahorrar tiempo en la

preparación de los alimentos. A pesar de la inserción de la mujer en el mundo laboral, Díaz (2007) encuentra en su estudio sobre las tareas domésticas que los adolescentes catalanes informan de que en un 82% de los hogares sigue siendo la madre la que realiza las tareas del hogar, como preparar la lista de la compra y preparar el desayuno (más de un 70%), entre otras. La revolución en el campo de la *distribución y comercialización* lo que supone tener a nuestro alcance muchos alimentos de otros lugares, y al mismo tiempo, un cambio de los hábitos de compra. Hay otro factor importante que cabe destacar en el cambio de los hábitos alimentarios: la asimilación cultural (*aculturation*), es decir, el mundo se ha convertido en una “aldea global” donde la publicidad y las comunicaciones son un instrumento de convicción que obtienen una gran uniformidad en los hábitos alimentarios en todo el mundo, sobre todo en los adolescentes (Nomdedeu et al., 2001).

Es también importante el factor que se refiere a los *valores sociales* que la sociedad intenta imponer, como las ideas sobre el cuerpo y las nuevas formas de comer (Contreras, 1999). El ideal de esbeltez y anhelo de la delgadez han sido, según Toro (1996), una evolución de diversos aspectos como el vestir, la moda, la aparición de modelos estéticos transmitidos a la población mediante el cine, los concursos de belleza, los medios de comunicación, la publicidad, las revistas de moda, etc., que han influenciado a la sociedad, sobre todo, a los jóvenes en la etapa de la adolescencia. Es difícil no admitir que la TV ocupa un lugar muy importante en la presión ejercida sobre los adolescentes para modificar ciertos hábitos, como puedan ser los hábitos alimentarios y la figura, sobre todo en las mujeres (Guerro-Prado y Barjau, 2002). Los medios de comunicación son uno de los instrumentos más poderosos en la transmisión de ideales socioculturales; esta presión ejercida en la etapa adolescente, momento de cambio físico y formación de la identidad, podría suponer un riesgo mayor de desarrollar un TCA en aquellos participantes con predisposición genética y/o psicológica (Guerro-Prado y Barjau, 2002).

La **familia** también ha tomado parte en la transmisión de la importancia sociocultural del atractivo físico, sinónimo de delgadez para las mujeres. Los padres juegan un papel importante en la educación alimentaria de sus hijos, que puede influir en la elección de alimentos, en los hábitos alimentarios y en los comportamientos específicos para situaciones diversas (Buttriss, 2002; Moreno et al., 2005). Según Sámano et al. (2005) durante la infancia es cuando se aprenden los hábitos alimentarios que después determinarán las preferencias alimentarias en las etapas posteriores. En la adolescencia aparece una reacción en contra de los hábitos alimentarios familiares, con lo que los adolescentes adoptan nuevas formas de comer no convencionales, como el vegetarianismo, la macrobiótica, etc. (Aranceta et al., 2004). Según Buttriss (2002) las horas de las comidas en familia han ido variando, ahora se han convertido en momentos menos estructurados en los

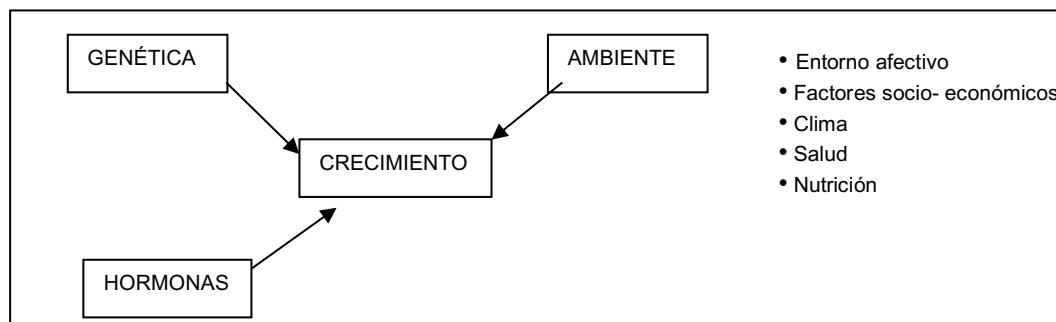
que influyen aspectos como la falta de tiempo para compartir la comida, las preferencias individuales de la comida, etc.; también se priorizan otros aspectos como ver la TV. Estos factores provocan una disminución del control sobre los hábitos alimentarios de los hijos. El tamaño de la familia también puede ser un factor asociado al riesgo nutricional, es decir, tener dos o más hermanos en casa podría hacer que las familias no puedan atender las necesidades específicas de cada uno (Serra-Majem et al., 2004). Ballester y Guirado (2003) encontraron en su estudio que el comportamiento alimentario de los padres, como hacer dieta la madre, y las actitudes de los padres hacia sus hijos sobre la comida o su aspecto físico (reñir por falta de apetito, fomentar que hagan ejercicio para quemar grasas) podrían influir de forma negativa en la adquisición de los hábitos alimentarios de los hijos. Field, Camargo, Barr, Berkey, Roberts y Colditz (2001) encuentran en su estudio con preadolescentes americanos que los chicos que perciben que su madre está haciendo dieta son más propensos a estar más preocupados por el peso, mientras que las chicas son más propensas a hacer múltiples dietas. Estos resultados apoyan la idea de que el papel de la madre es muy relevante en la transmisión de valores culturales sobre el peso e imagen ideal. Es decir, Field et al. (2001) sugieren que la preocupación por el peso de los padres se transmite a los hijos.

Los *medios de comunicación* son también una fuente importante en los cambios de comportamiento alimentario; la publicidad de ciertos alimentos favorece su consumo; por ejemplo, programas televisivos que favorezcan el consumo de un alimento (Buttriss, 2002; OMS, 2005). Estos medios también han favorecido los cambios alimentarios por medio de campañas de difusión de información sobre los alimentos o, por ejemplo, determinadas campañas sanitarias. Según Gavino y López (1999) los cambios culturales y sociales influyen, de forma decisiva, en la adaptación alimentaria a lo largo de las distintas generaciones. En los contextos sociales más occidentalizados, puede que aparezcan tensiones psicológicas que incrementen la aparición de los TCA, especialmente en jóvenes que reciben mensajes que, en ocasiones, son confusos, crean mitos erróneos sobre la comida o, incluso, informaciones de los medios o de profesionales de la salud que están en su entorno más cercano (Yannakouli et al., 2004). Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez (2000) han podido constatar que existe relación entre la patología alimentaria y los factores sociales y culturales que suscitan la delgadez corporal en las mujeres.

Desde una perspectiva **biológica**, es importante tener en cuenta los cambios **físicos** que se producen en la etapa de la adolescencia y su influencia en la alimentación. En esta edad se inicia un aumento de la masa corporal, consecuencia de los cambios corporales característicos de esta etapa; estos cambios que suceden en la adolescencia están

mediados por varios factores: el potencial genético heredado, los factores hormonales y la nutrición (Guelar y Crispo, 2000; Vázquez y Nomdedeu 1998). Las posibilidades genéticas pueden estar condicionadas por factores ambientales, siendo la nutrición el más importante, aunque también influyen el clima, el estado de salud, el entorno afectivo y el ambiente socioeconómico, entre otros. En cuanto a los factores hormonales se refiere, el más importante es la hormona de crecimiento que actúa como reguladora del proceso. La interacción entre los genes y el ambiente influirá en el fenotipo del adolescente. En la figura 1.6. se representan estos factores y su influencia en el crecimiento de un adolescente.

Figura 1.6. Factores determinantes del crecimiento (tomado de Vázquez y Nomdedeu, 1998).



Las características corporales que se desarrollan en chicos y chicas en esta etapa son diferentes. En los chicos el cambio corporal se centra en aumentar la masa muscular; en las chicas aumentan los depósitos de grasa y el diámetro de las caderas y mamas y aparece, además, la menstruación.

El papel que la alimentación juega en el desarrollo del niño y del adolescente es muy importante. Esta influencia nutricional se produce a tres niveles: a) por el modo indirecto en que la alimentación participa en el desarrollo corporal y éste influye sobre las variables psicológicas; b) por la influencia que la nutrición tiene sobre las variables cognitivas e intelectuales y, c) por el carácter social que las horas de las comidas tienen para aprender comportamientos relacionados con el acto de comer, el lenguaje, prestar atención a la comida, y al acto de comer, e imitar los comportamientos de los demás (Gavino y López, 1999).

Finalmente, desde un punto de vista **psicológico**, la alimentación actúa en el desarrollo cognitivo a través de tres vías: 1) un aporte calórico adecuado permitirá una mayor disposición de energía; 2) una alimentación adecuada supondrá el aporte de nutrientes necesarios para un buen desarrollo neurológico y de las funciones psicológicas como la memoria, la atención o el lenguaje; 3) durante las comidas el niño aprenderá a ejercitar habilidades sociales, cognitivas y culturales, tanto relacionadas con el comportamiento

alimentario como con otros comportamientos más sociales (Gavino y López, 1999). Los hábitos alimentarios se empiezan a formar en la infancia y se van consolidando a lo largo de la vida de la persona. Muchas de las conductas que el niño emite durante la comida son de juego y de interacción con los demás; es decir, el comportamiento alimentario podría interpretarse como una forma de aprender y manifestar reglas sociales.

Desde un punto de vista psicológico debemos entender que los cambios corporales que se producen en la etapa adolescente junto con los factores sociales afectan, también, a la imagen corporal que los adolescentes tienen de sí mismos. Para algunos adolescentes el aumento de masa corporal empieza a ser una preocupación, especialmente en chicas que tienen miedo a engordar. En el caso de chicas que tienen una gran preocupación por estar extremadamente delgadas supone un factor de riesgo, juntos con otros, de padecer una alteración del comportamiento alimentario. Según Toro (1996) para algunas adolescentes las preocupaciones que tienen sobre la alimentación se convierten en obsesivas; los pensamientos, actitudes, el peso y la alimentación son conceptos que se van distorsionando convirtiéndose en irracionales y desadaptados.

En resumen,

los factores nutricionales, socio-culturales, biológicos y psicológicos tienen un papel decisivo en el estudio y la comprensión de los hábitos alimentarios. De este modo, se entienden los hábitos alimentarios como el producto que se deriva de la conjunción de factores nutricionales, socio-culturales, biológicos y psicológicos. El hábito se define como la tendencia individual a obrar de un modo determinado, adquirida por la reiteración de un acto. En el caso de hábitos alimentarios se podría decir que es la tendencia individual a comer de un modo determinado, que se adquiere mediante la educación familiar, escolar y de otros ambientes en que la persona se encuentra. Además, cabe destacar que los trabajos que han relacionado los hábitos alimentarios con los TCA han encontrado que en población comunitaria aparecen conductas similares a los TCA, como son la preocupación por la delgadez y la insatisfacción corporal. Otros estudios han encontrado variables sociodemográficas que se relacionan directamente con la anorexia nerviosa (mujeres, adolescencia, etc.), pero que no son variables decisivas en la aparición y/o desarrollo de un TCA.

C. LA ADOLESCENCIA:

“ A través de la anorexia, hice que mi cuerpo volviera a ser el de una niña; se acabó tener pechos o caderas, se acabó el período, se acabaron los deseos sexuales, se acabó masturbarse.” (Apostolides, 1999. Vencer la anorexia y la bulimia).



C.1. La adolescencia

La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales que conducen a la edad adulta. Se habla de tres tipos de adolescencia según el rango de edad: 1) adolescencia temprana (11 a 14 años), 2) adolescencia media (15 a 18 años) y 3) adolescencia tardía o juventud (a partir de los 18 años).

La pubertad difiere de la adolescencia en que es un cambio biológico y morfológico (la maduración del sistema reproductor) que ocurre durante la adolescencia (Pinyerd y Zipf, 2005). Christie y Viner (2005) consideran que el desarrollo de un adolescente está ligado a tres aspectos: biológico, social y psicológico. Estas autoras presentan una descripción de los cambios que suceden en los adolescentes en las tres etapas de la adolescencia (adolescencia temprana, media y tardía), ver tabla 1.5.

Tabla 1.5. Desarrollo de los cambios en la adolescencia, según Christie y Viner (2005, p. 301).

	Biológico	Psicológico	Social
Primera adolescencia	Pubertad temprana (chicas: aumento de los pechos y aparición de pelo púbico; chicos: crecimiento de los testículos y del aparato genital)	Aparecen los conceptos morales; el desarrollo de la identidad sexual; la reevaluación de la imagen corporal.	Separación emocional de los padres; aparece una identificación fuerte con los iguales; aparecen conductas de exploración, experiencias nuevas (fumar, violencia...)
Adolescencia media	Chicas: termina el "estirón", se desarrolla el cuerpo de mujer con depósitos de grasa en caderas y muslos, aparece la menarquía. Chicos: cambio de voz, empieza el "estirón".	Aparece el pensamiento abstracto, aumentan las habilidades verbales, se asocia ley con moral, surge la ideología (religiosa, política).	Aumentan las conductas de riesgo (fumar, alcohol...), planificación del futuro
Adolescencia tardía	Chicos: terminan el proceso de pubertad, aumenta la masa muscular y aparece el bello en el cuerpo.	Se desarrolla el pensamiento abstracto complejo, se diferencia entre la ley y la moralidad, aumenta el control de la impulsividad, se favorece la identidad de la persona, se desarrollan las ideologías religiosas, políticas...	Se desarrolla la autonomía social, las relaciones íntimas, desarrollo de las capacidades profesionales e independencia económica.

Por tanto, será importante conocer cuáles son los cambios físicos diferenciadores que suceden entre chicos y chicas y cómo influyen éstos en su comportamiento y en el desarrollo de su identidad.

En la etapa de la adolescencia pueden aparecer alteraciones psicológicas asociadas a la percepción que la persona tiene sobre sus cambios físicos, sociales y psicológicos; es por ello que el momento de aparición de la pubertad tendrá un peso importante en el posible desarrollo de alguna patología. Graber, Lewinsohn, Seeley y Brooks-Gunn (1997) observaron que en las chicas con una pubertad temprana y los chicos con una pubertad tardía muestran más problemas emocionales que otros adolescentes. Algunos de los problemas más graves en la adolescencia son la depresión, el suicidio, el abuso de drogas y los TCA.

C.1.1. Características de la adolescencia:

En este apartado se hará una breve revisión de los cambios corporales, psicológicos y sociales que experimentan los adolescentes en esta etapa.

Cambios físicos/corporales:

El proceso de la pubertad se presenta de forma distinta en chicos y chicas tanto en tiempo como en las características que los diferencian. Estos cambios siguen una cierta secuencia durante un periodo de 4 años y medio (rango 1 año y medio – 6 años), aunque en las chicas la pubertad aparece de forma más temprana que en los chicos (Pinyerd y Zipf, 2005). Este proceso se desencadena por la activación del eje hipotálamo-hipofisiario, que estimulará la producción de gonadotropinas y a su vez los órganos sexuales. En el caso de las chicas se estimularán los ovarios mediante la secreción de hormonas sexuales femeninas (estrógenos) y, en el caso de los chicos, se estimularán los testículos produciendo gran cantidad de hormonas sexuales masculinas (testosterona).

Cabe destacar que las diferencias individuales en esta etapa son muy significativas. Los cambios físicos se centran, básicamente, en tres aspectos: a) el aumento de estatura, el estirón, b) rasgos sexuales primarios, que implican el desarrollo de los órganos reproductores y, c) rasgos sexuales secundarios, que son visibles en exterior del cuerpo. El desarrollo de las niñas comienza y termina antes que el de los niños.

a) **Aumento de estatura:**

El estirón es uno de los acontecimientos más significativos en la pubertad, en la que se experimenta un brusco crecimiento de la estatura. Durante la etapa de la infancia tanto chicos como chicas crecen como media entre cinco o seis centímetros por año, mientras que en la etapa de la adolescencia crecen entre unos diez y doce centímetros al año (Rodríguez-Tomé, 2003). En las chicas el pico del estirón ocurre un año y medio antes de la regla; después de la aparición de la menarquia el crecimiento de estatura es mucho menor. En el caso de los chicos, el pico de crecimiento de la estatura ocurre a mitad de la pubertad, generalmente hacia los 14-15 años (Pinyerd y Zipf, 2005).

b) **Rasgos sexuales primarios:**

En las mujeres, el primer signo de maduración sexual es el aumento de los pechos, que suele ocurrir entre los 10 y 11 años, y cuyo desarrollo máximo dura entre 3 y 4 años; generalmente se completa a los 14 años (Pinyerd y Zipf, 2005).

La menarquia es el principal signo de madurez en las niñas, que en sociedades occidentales aparece hacia los 12 años y medio; pero el rango de edad de aparición es amplio, desde los 10 años y medio a los 15 años y medio (Tanner, 1990; Wheeler, 1991). La aparición de la menarquia es posterior a la maduración física, surge a consecuencia de una adaptación de los órganos sexuales para un posible embarazo.

En el caso de los chicos, la primera señal de pubertad es el engrandecimiento de los testículos y el escroto, que ocurre a la edad de 12 años (9,5-13,5 años) siendo el principal signo de madurez sexual la presencia de semen en la orina. La aparición del semen es variable, habitualmente casi un año después del inicio del crecimiento del pene, generalmente ocurre a la edad de 13,5-14 años (Pinyerd y Zipf, 2005).

c) **Rasgos sexuales secundarios:**

Las chicas inician su maduración sexual hacia los nueve años, cuando aparece una acumulación de tejido adiposo alrededor de los pezones, los pezones crecen y la areola se ensancha. En un primer momento, los senos adquieren una forma cónica y después redondeada.

En los chicos hay un ensanchamiento de los hombros, cambios de voz y aparición de vello. El vello corporal aparece en brazos y piernas y, entre la segunda y tercera década, aparece en el pecho. La voz se vuelve más grave y aparece como consecuencia del crecimiento de laringe y por la producción de hormonas masculinas.

La piel de los hombres y de las mujeres se vuelve más gruesa y grasienta como resultado del aumento de secreción de hormonas sexuales. Hay un aumento de las glándulas sebáceas que llevan a la aparición del acné, más común en chicos que en chicas.

Los cambios físicos en los jóvenes han ido variando con el tiempo. Hace 15 años era extraño ver a una joven que empezara a menstruar hacia los doce años, pero la **tendencia secular** nos orienta hacia una maduración más temprana que se inició en las sociedades industrializadas hace más de 100 años. En el S. XX las personas han aumentado de peso y estatura en los países industrializados. Tanner (1990) cree que una mejor nutrición y los avances médicos han sido dos de las causas más definitivas en estos cambios. Marshall y Tanner (1969, 1970) proponen un sistema de cinco estadios para describir el desarrollo puberal normal, centrándose en el crecimiento del aparato genital y del vello púbico, para ambos sexos. Pinyerd y Zipf (2005) postulan que, además del sexo y de la raza, existen otros factores que también contribuyen en la aparición de la pubertad, como son los factores genéticos, la alimentación y el gasto energético. El peso y la talla son parámetros antropométricos que han ido variando según la nutrición y las condiciones de vida; por ejemplo, en Barcelona se ha observado una clara aceleración secular del crecimiento de la talla, de unos 3,5 cm. en ambos sexos, y del peso, aunque de forma distinta entre chicos y chicas; los chicos pesan hoy más (entre 4 y 8,2 Kg.) que hace 18 años, y estos incrementos de peso se empiezan a apreciar en edades prepúberes; por el contrario, en el grupo de las chicas no se aprecian cambios significativos en el aumento del peso (Carrascosa, Yeste, Copil y Gussinyé, 2004). Estos autores concluyen en su estudio que esta aceleración del crecimiento se debe a la mejoría de las condiciones sanitarias y nutricionales de los niños y adolescentes de nuestra sociedad. Actualmente, los niños tienen mayor probabilidad que sus antepasados de madurar y crecer más tempranamente porque están mejor alimentados y, al mismo tiempo, tienen menor probabilidad de desarrollar un trastorno en el desarrollo. También resaltan las diferencias culturales en relación al crecimiento, estas diferencias de tamaño y crecimiento pueden ser resultado de la adaptación del individuo al clima en el que vive. Marco, Méndez y Marco (1999) en su estudio sobre la evolución secular en España, encuentran que desde los años 50 ha habido un aumento de la talla de 10 cm. en varones, reduciendo así las diferencias de talla que existían entre las provincias españolas a mediados del siglo XX.

Aun así, en una sociedad opulenta hay niñas que están malnutridas por voluntad propia y retrasan su maduración; y niñas altas y con sobrepeso suelen madurar más pronto (Graber et al., 1994).

Cambios psicológicos:

Los cambios psicológicos están íntimamente ligados a los cambios biológicos. Algunos adolescentes aguardan los cambios que les van a suceder con ilusión, pero en otros casos esta espera se percibe angustiosa y con miedo. Poco a poco el chico o chica deberá ir integrando la nueva representación mental de su cuerpo. Los sentimientos y actitudes que el adolescente tenga sobre su cuerpo dependerán, entre otros factores, de las experiencias previas que ha ido viviendo desde que es pequeño. La imagen corporal dependerá tanto del tamaño como de la forma del cuerpo y, según como se perciba, aparecerá una *distorsión de la imagen corporal*, sobreestimándola o subestimándola (Guelar y Crispo, 2000). Un chico que empieza a desarrollarse tempranamente se percibe a sí mismo como atractivo, se siente a gusto con su cuerpo en buena forma física, lo que promueve una buena imagen de sí mismo. Por el contrario, las chicas tienen manifestaciones muy ambivalentes, una pubertad precoz no suele ser percibida de forma positiva; será a partir de los quince años cuando estos cambios sean bienvenidos. Los efectos de los cambios corporales influyen sobre la autoestima pero varían según el sexo. En las chicas, una aparición precoz de la menarquia se asocia a una baja autoestima y en los chicos un desarrollo precoz se asocia a una autoestima alta (Rodríguez-Tomé, 2003).

Es importante también hablar de las consecuencias psicológicas que tiene la aparición temprana o tardía de los cambios físicos sobre los adolescentes. Christie y Viner (2005) consideran que la imagen corporal y la autoestima pueden ser factores de vulnerabilidad según la edad de aparición de la pubertad. En la tabla 1.6. se muestran algunos efectos biológicos, psicológicos y sociales de la aparición de la pubertad (temprana o tardía) en adolescentes.

Tabla 1.6. Efectos psicológicos de la edad de aparición de la pubertad, tomado de Christie y Viner (2005).

	Aparición temprana	Aparición tardía
Biológicos	La estatura es mayor que los iguales aunque después su altura final sea más baja	Estatura baja aunque más tarde lleguen a un nivel normal; osteoporosis.
Psicológicos	Efectos psicológicos positivos en los chicos (mayor autoestima) y efectos psicológicos negativos en las chicas (baja autoestima)	Baja autoestima en chicos; no aparecen problemas en las chicas
Sociales	Las relaciones con los iguales son diferentes, son tratados como adolescentes cuando todavía son niños	Los compañeros y los adultos los tratan de forma menos madura de la edad real que tienen

En el caso de las chicas la aparición temprana de los senos se asocia a una imagen corporal favorable, lo que promueve un incremento de la seguridad en sí mismas. Por el contrario, la aparición temprana de la menarquia se aprecia como una desventaja. Diversos

estudios han comprobado que las niñas precoces son un poco menos sociables y menos populares que el resto de compañeras de su misma clase (Aro y Taipale, 1987, Ruble y Brooks-Gunn, 1988). Alsaker (1992) sugiere que, además, son más propensas a tener una imagen corporal más negativa y una autoestima más baja que las compañeras que maduran más tarde. Field, Camargo, Tylor, Berkey y Colditz (1999) encuentran que las niñas que se desarrollan tempranamente, presentan más conductas purgativas para controlar su peso. Hermes y Keel (2003) hallaron en su estudio que las niñas que maduran más tempranamente tienen un IMC superior a las que maduran más tarde, y una insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez mayor que las chicas menos desarrolladas. También encuentran que las chicas que se desarrollan antes, tienen una mayor internalización del modelo estético ideal de delgadez. Quienes maduran más pronto, y no perciben los cambios como una ventaja, pueden desarrollar alguna patología como la depresión, la ansiedad o un TCA.

En los chicos, una maduración rápida se asocia a un mayor equilibrio, un comportamiento más calmado y amable, también suelen ser más populares entre sus compañeros y presentan, al mismo tiempo, tendencia al liderazgo. Siegel (1982) encontró que los chicos que maduran más tarde se sienten más desadaptados, rechazados y dominados; también se manifiestan más dependientes e inseguros de sí mismos. En la mayoría de los casos, la percepción del adolescente que madura más pronto es percibida como una ventaja y eso hace que su autoestima sea más alta que aquellos que maduran más tardíamente (Alsaker, 1992). En general, tanto en chicos como en chicas, las consecuencias de una maduración temprana o tardía serán más negativas cuando los adolescentes sean muy diferentes a su grupo de iguales.

El atractivo físico y la **imagen corporal** tienen relación con una autoevaluación positiva del adolescente (Rice, 1999). Este atractivo influye sobre la personalidad, las relaciones sociales y la conducta social. Las proporciones de cada cuerpo van cambiando según van creciendo. En el caso de los adolescentes, tienden a crecer antes que a engordar. Las extremidades crecen más rápido que el tronco, por eso tiene una apariencia larguirucha y desmañada. Gradualmente cada parte del cuerpo irá siendo más proporcionada con el cuerpo. Cuando la etapa del crecimiento acaba es cuando el cuerpo vuelve al equilibrio. Según Sepúlveda, Botella y León (2001) la imagen corporal se compone de elementos perceptivos, cognitivo-afectivos y conductuales; y se convierte en alteración cuando la valoración que una persona hace de su propio cuerpo no coincide con su realidad. La alteración de la imagen corporal es un criterio diagnóstico según el DSM-IV-TR (APA, 2002) para la anorexia nerviosa. En la revisión realizada por Borzekowsky y Bayer (2005) sobre la influencia de la imagen corporal y los medios de comunicación en los adolescentes se considera que la imagen corporal se define como un constructo multidimensional influido por

factores biológicos, psicológicos y sociales. El malestar con el propio cuerpo favorece en una persona la toma de decisión y la puesta en marcha de una dieta restrictiva, que está motivada por el deseo de adelgazar para alcanzar el modelo de belleza culturalmente establecido (Merino, Pombo y Godás, 2001). Para los adolescentes existe una relación muy estrecha entre la imagen corporal y la autoestima, variaciones entre la figura ideal y la real pueden provocar una insatisfacción corporal; Rio et al., (2002) encuentran en su estudio que los chicos están más satisfechos con su cuerpo que las chicas. Variables como la cultura o el sexo de una persona hacen que durante el periodo de la adolescencia la imagen corporal no sea estable. En la adolescencia se produce un cambio de la imagen corporal que es diferente según el sexo, y suele ocurrir entre los 13 y 15 años de edad. Este cambio surge como resultado de procesos cognitivos que permiten autoevaluarse o prestar más atención a la imagen corporal. La experiencia que los adolescentes viven sobre la imagen corporal y el peso no es únicamente una percepción cognitiva, sino que se asocia a una alteración del peso: la anorexia y la obesidad (Borzekowski y Bayer, 2004). Aunque la obesidad es más prevalente que la anorexia nerviosa, ambas alteraciones del peso son significativas por sus efectos negativos sobre el individuo, a nivel físico y psicológico.

Se ha estudiado y demostrado que los medios de comunicación son uno de los factores que más que influyen en la configuración de la imagen corporal y de los hábitos alimentarios de los adolescentes. Existe una gran evidencia sobre la influencia que ejercen las madres sobre la imagen corporal y comportamiento alimentario de sus hijas. La **familia** es el primer agente de socialización que transmite al adolescente mensajes para aprender. McCabe y Ricciardelli (2005) encontraron en su estudio que los padres son una gran influencia para los chicos en términos de perder peso y aumentar músculo; lo mismo ocurre con las chicas, son las madres las que juegan un papel decisivo en la puesta en marcha de estrategias para aumentar los músculos y bajar de peso. En esta edad el grupo de iguales es muy importante, el adolescente quiere ser aceptado por el grupo. El cambio físico y sexual que se produce durante la adolescencia resulta un cambio, también, para los del alrededor. La pubertad está acompañada de cambios sociales importantes como el cambio de escuela al instituto, los nuevos compañeros, aparece la capacidad de entender distintos puntos de vista, se empieza a desarrollar la identidad sexual, se establece un sistema de valores y se aumenta la autonomía respecto de la familia. Los **compañeros** también son un agente de socialización importante que transmite mensajes que influyen en la imagen corporal y la preocupación por el peso, sobre todo porque en la etapa de la adolescencia se dedica más tiempo a los amigos que a los padres (Field et al., 1999; McCabe y Ricciardelli, 2004; McCabe, Ricciardelli y Finemore, 2002). Las chicas que comparan su aspecto con otras compañeras tienen más riesgo de estar insatisfechas con su cuerpo y utilizan métodos como la dieta para cambiarlo (Smolak, 2004). La adquisición de un modelo estético corporal surge

a partir de los 5 años de edad, aunque se puede ir modificando; los comentarios críticos, las bromas, el refuerzo positivo o negativo de los padres y/o compañeros, influirán en el desarrollo de una imagen corporal adaptada o desadaptada, sobre todo en la etapa prepúbere (Toro, 2004). McCabe y Ricciardelli (2005) consideran que son las chicas las que parecen aprender antes que los chicos el ideal sociocultural femenino, que va siendo más consciente según va avanzando la adolescencia, y por tanto, va incrementando el riesgo de las conductas de control de peso; por el contrario, los chicos adoptan estrategias para cambiar su imagen con el fin de perder peso o aumentar los músculos, este objetivo irá variando según avance la adolescencia ya que este ideal se irá ajustando más a su desarrollo.

Según Toro (2004) las adolescentes occidentales u “occidentalizadas” están influidas por un modelo estético femenino muy delgado que han interiorizado. En la adolescencia será cuando aparezcan los cambios físicos más significativos que le provocarán a la joven prestar más atención a estos cambios, provocando una posible insatisfacción corporal. Ackard y Peterson (2001) consideran que la pubertad en sí misma no puede considerarse un factor de riesgo para un TCA o provocar insatisfacción corporal. Según su estudio, la percepción de sobrepeso debe aparecer antes de la pubertad para considerarse un posible factor de riesgo para desarrollar una alteración de la conducta alimentaria o manifestar insatisfacción corporal. Baile, Guillén y Garrido (2002) consideran que la insatisfacción corporal se instaura en el periodo que va desde los 12 a los 16 años de edad.

Acosta y Gómez (2003) en su estudio transcultural sobre la imagen corporal de adolescentes españoles y mejicanos concluyen que, 1) la insatisfacción corporal no difiere significativamente según la cultura; 2) la insatisfacción es distinta según el sexo, en el caso de los chicos quieren estar más musculosos, mientras que las chicas prefieren estar más delgadas, independientemente del peso real. Gila et al. (2004) observan que las adolescentes y jóvenes adultas sobreestiman ciertas partes de su cuerpo como el tórax, el pecho y las caderas. Guirado y Ballester (2005) en su estudio con niños de 11 y 14 años observaron que la insatisfacción corporal no aparece como síntoma único, sino que va siempre ligado a otros factores como conductas de restricción de alimentos y el hecho de percibirse con sobrepeso, aspectos comunes en los adolescentes con TCA (Ackard y Peterson, 2001). Hermes y Keel (2003) consideran que el incremento de depósitos de grasa que acompaña a la pubertad de las chicas provoca que vean su cuerpo menos cercano al ideal cultural de belleza.

Los adolescentes están muy influidos por las imágenes del cuerpo ideal que la sociedad impone hoy en día (McCabe y Ricciardelli, 2001; Toro, 2004). Las chicas se sienten insatisfechas porque la cultura occidental resalta una figura femenina extremadamente

delgada. Los adolescentes que tienen una imagen corporal distorsionada son vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos que pueden ocasionar graves consecuencias en el desarrollo normal de un individuo (Weinshenker, 2002). La imagen corporal deriva de la percepción, y ésta, a su vez, está influenciada por factores personales y culturales (Borzekowski y Bayer, 2005). Varias investigaciones revelan una relación clara entre las alteraciones de la imagen corporal y alteraciones en la conducta alimentaria (Cash y Deagle, 1997). Smolak y Levine, (1994, 1996, 2001) y Smolak (2004) sugieren que el esquema de la imagen corporal esclarece la influencia sociocultural, como las imágenes en los medios de comunicación. Estos autores interpretan este esquema como mediador entre las influencias socioculturales y una pobre imagen corporal, es decir, sirve para entender la influencia que los factores socioculturales tienen sobre algunas personas y no sobre otras.

En algunas sociedades los cambios sociales en la adolescencia se acompañan de ritos de transición que informan al grupo con el que convive el adolescente de su nuevo cambio de posición (Schaffer, 2000). Las sociedades occidentales apenas reconocen el paso de la niñez a la adolescencia, aunque determinadas ceremonias religiosas como la confirmación parecen un rito de transición; pero no todos los adolescentes participan en estas ceremonias. Christie y Viner (2005) consideran que la mayor parte del desarrollo psicológico y social dependerá del contexto y de las influencias socioculturales donde crezca el chico/a. En las culturas occidentales el contexto sociocultural tiene una influencia muy destacada (Christie y Viner, 2005; Pinyerd y Zipf, 2005; Toro, 2004).

En resumen,

la adolescencia supone una serie de cambios bio-psico-sociales que influyen en el desarrollo del adolescente, y en su imagen corporal. La familia, los compañeros y los medios de comunicación tendrán un peso relevante en la formación de la imagen que el adolescente tendrá de su propio cuerpo. Un desajuste entre la imagen corporal percibida y la real, supondrá una distorsión en la imagen corporal que podría actuar, según Sepúlveda et al. (2001), como un factor de riesgo predisponente, precipitante o mantenedor de las alteraciones de la conducta alimentaria.

D. PERSONALIDAD Y TCA:

*“Antes de la anorexia tenía una meta: ser perfecta en todo. Es difícil darse cuenta de la verdad, pero acabas consiguiéndolo: no se puede ser perfecto porque no hay gente perfecta... (O.R.)”. Extraído de El cuerpo como enemigo (pp.58)
(Toro y Artigas, 2000).*



Durante la última década se han desarrollado diversos estudios que han analizado la relación entre personalidad y sintomatología asociada a los TCA. Estos estudios son cada vez más relevantes para conocer la influencia que la personalidad tiene sobre los TCA, es decir, relación entre las características de personalidad, el pronóstico de la enfermedad, y el tratamiento (Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini y Abbate, 2004) así como la comorbilidad con los trastornos de personalidad (TP) y los TCA (Cassin y Von Ranson, 2005; Godt, 2002; Grilo, Sanislow, Skodol, Gunderson, Stout, Tracie et al., 2003; Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000; Murcia, Motos y del Aguila, 2001; Wonderlich y Mitchell, 2001;).

En este capítulo se presenta una revisión sobre la relación entre las características de personalidad y los TCA y los rasgos de personalidad que los diferencian. Aunque existen estudios que relacionan la personalidad con varios TCA, como la Bulimia nerviosa o el Trastorno de ingesta compulsiva, en este capítulo nos centraremos, primordialmente, en los estudios que analizan la relación entre personalidad y la Anorexia Nerviosa (AN).

La relación entre las características de personalidad y los TCA se ha estudiado desde distintas perspectivas, (1) las relaciones causales entre estas dos variables, (2) las relaciones entre el carácter, el temperamento y los TCA, y (3) rasgos de personalidad y TCA.

D.1. Personalidad y TCA: modelos de relación causal.

Wonderlich, Lilenfeld, Riso, Engel y Mitchell (2005) y Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell (2006) revisan cuatro modelos causales que tratan de explicar las posibles relaciones entre la personalidad y los TCA: el modelo de predisposición, el modelo de dificultades, el modelo de causa común y el modelo patoplástico (ver tabla 1.7.).

En el *modelo de predisposición*, se propone que las características de personalidad incrementan el riesgo de aparición de la AN. Para estudiar este modelo se utilizan diseños prospectivos para observar las dos variables en el tiempo, en dos momentos distintos.

El *modelo de dificultades*, sugiere que pueden aparecer cambios en la personalidad a partir de las complicaciones de los TCA. Para evaluar la relación entre estas variables se utiliza la comparación de grupos (pacientes y recuperados). Lilenfeld et al. (2006) plantean dos tipos de dificultades:

(a) *Modelo de efecto estado*: propone que la sintomatología asociada al TCA causa cambios de personalidad a corto plazo. Este modelo hace referencia al impacto que el TCA tiene durante el episodio del trastorno alimentario.

(b) *Modelo de efecto huella*: se refiere a los cambios que surgen en la personalidad a largo plazo, como resultado de la sintomatología asociada a los TCA. En este modelo se observa el efecto sobre la personalidad incluso cuando el TCA se ha resuelto.

El *modelo de causa común* sugiere que los rasgos de personalidad y los TCA son condiciones independientes que pueden tener una causa común, por ejemplo, los factores genéticos. Lilienfeld et al. (2006) comentan dos tipos de modelos de causa:

(a) *Modelo de la tercera variable*: las dos alteraciones (de personalidad y alimentaria) se consideran independientes y primarias; por ejemplo el factor genético como factor que incrementa el riesgo de desarrollo del TCA y de los trastornos obsesivos compulsivos (TOC).

(b) *Modelo spectrum*: postula que algunas variables concretas de personalidad pueden coexistir con alteraciones de la conducta alimentaria porque representan variaciones cuantitativas del mismo trastorno; por ejemplo, el perfeccionismo o el TOC se presentan como variaciones de la misma psicopatología asociada a ciertos TCA.

El diseño que se utiliza para evaluar estos modelos es el de estudios de familias, que permite analizar qué factores familiares se comparten entre los TCA y los rasgos de personalidad.

Y, finalmente, el *modelo de patoplastia* sugiere que ciertas características de personalidad (por ejemplo, los rasgos obsesivos compulsivos o la impulsividad) y los TCA pueden interactuar y modificar el curso o el resultado de los TCA. El diseño para evaluar esta propuesta es el de estudios transversales.

Tabla 1.7. Modelos teóricos de personalidad asociados a TCA, relación de variables y metodología que utilizan.

MODELOS	RELACIÓN DE VARIABLES	Tipo de estudio para evaluar el modelo
De predisposición	Personalidad → riesgo de TCA	Estudio prospectivo
De dificultades/complicaciones	TCA → Personalidad	Estudio prospectivo
De causa común:		
- Modelo de la tercera variable	TCA ↔ Personalidad	Estudio de familias
- Modelo spectrum	TCA ↔ Personalidad	
De patoplastia	Personalidad → desarrollo y resultado de la AN	Estudio multivariable de gemelos Estudio prospectivo

Según los estudios prospectivos revisados por Lilenfeld et al. (2006) la relación entre las características de personalidad y los TCA sugieren que la obsesión por la delgadez, la ineficacia, el perfeccionismo y los rasgos obsesivo-compulsivos son factores predisponentes que pueden favorecer la aparición de los TCA.

En conclusión,

la relación entre la personalidad y los TCA se ha estudiado desde distintos modelos que pretenden explicar la causa de las alteraciones de la conducta alimentaria, pero debido a la plurifactorialidad de los TCA, no se puede afirmar que exista un modelo único explicativo de la interacción entre la personalidad y los TCA.

D.2. Personalidad y TCA: Carácter y temperamento.

Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini y Abbate (2004) hacen una revisión de varios estudios que han relacionado el modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic, Przybeck, 1993) y los TCA; en la mayoría de estos estudios se administró el cuestionario TCI (*The Temperament and Character Inventory*, Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel, 1994), que evalúa cuatro dimensiones del temperamento (Búsqueda de novedades, Evitación del peligro, Dependencia de la recompensa y Persistencia) y tres dimensiones relacionadas con el carácter (Autosuficiencia, Cooperación y Auto trascendencia) .

Cloninger et al. (1993) describen la personalidad como un sistema complejo y dinámico en el que confluyen factores familiares, sociales y culturales. Según estos autores los componentes básicos de la personalidad son: el *temperamento*, que hace referencia a las respuestas automáticas que da la persona en su vida cotidiana y, el *carácter*, que se refiere al autoconcepto y a las diferencias individuales en los valores y metas que cada persona tiene. El temperamento se considera parte de la estructura biológica y genética de la personalidad; y el carácter, por otra parte, refleja el área social, relacional y ambiental que influye en la personalidad.

En cuanto al temperamento (ver tabla 1.8.), la *Búsqueda de novedades* es una de las dimensiones que mejor diferencian entre pacientes con Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) y no restrictiva. Las anoréxicas purgativas (ANP) obtienen puntuaciones mayores que las restrictivas y que los grupos control, lo que hace suponer que esta dimensión pueda ser un elemento diferenciador entre los subtipos de anorexia, restrictivo y purgativo. Halmi, Tozzi, Thornton, Crow, Fichter, Kaplan et al. (2005) encuentran que una alta Búsqueda de novedades se relaciona con conductas purgativas como el vómito.

Las ANR *evitan* más *el peligro* que los grupos control, lo que confirma que estos pacientes son más ansiosos, pesimistas y tímidos (Fassino, Abbate, Pierò, Leombruni y Giacomo, 2001). La evitación del peligro no se considera específica de la anorexia nerviosa, se asocia más estrechamente a síntomas depresivos. Los participantes con TCA que puntúan alto en esta dimensión, suelen ser pacientes con intento de suicidio, aunque no correlaciona con intento de suicidio en pacientes depresivos. Wagner, Barbarick, Frank, Bailer, Wonderlich et al. (2006) encuentran que pacientes anoréxicas, después de su recuperación, obtienen puntuaciones más altas en la escala Evitación del peligro que el grupo de control.

El grupo de ANR presenta más *Dependencia al refuerzo* que el grupo de bulímicos aunque muestra una menor puntuación que los grupos control.

La *Persistencia* es una dimensión característica de los pacientes ANR: puntúan más alto que el grupo de no riesgo, grupo de bulímicos y grupo purgativo-anoréxico (ANP). Una puntuación alta en la Persistencia en pacientes anoréxicos indica una estructura de personalidad obsesiva. La tabla 1.8. recoge un resumen de las características de temperamento asociadas a los TCA.

Tabla 1.8. Características del temperamento y los TCA

Temperamento	TCA
Búsqueda de novedades	ANR < grupos control < ANP
Evitación del peligro	grupos control > ANR y ANP
Dependencia del refuerzo	ANR > BN ANR < grupos control
Persistencia	ANR > grupos control ANR > ANP

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva; ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa; BN: Bulimia Nerviosa.

Otros estudios relacionan el temperamento con los hábitos alimentarios. Según Van der Bree, Przybeck y Cloninger (2006) existen diferencias en la personalidad que reflejan hábitos alimentarios distintos. Por ejemplo, una baja Cooperación y una alta Evitación del peligro se asocian a personas que comen incluso estando llenos; mientras que una alta Dependencia al refuerzo y una baja Búsqueda de novedades se relaciona con personas que tienen un mayor control en la ingesta de alimentos; este último caso podría asociarse a pacientes anoréxicas restrictivas. Van der Bree et al. (2006) concluyen que la dieta está influida por varios factores, entre los que destacan los rasgos de personalidad, así como los factores demográficos y el estilo de vida. También destacan que se encuentran asociaciones entre la personalidad y los hábitos alimentarios; es decir, un control dietético saludable se asocia a una alta Autotrascendencia y a una alta Dependencia del refuerzo, tanto en hombres como en mujeres; por el contrario, una ausencia de control sobre la

comida se asocia a una baja Autotrascendencia y una alta Búsqueda de novedades, en el caso de los hombres y, en el caso de las mujeres, este último rasgo no se asocia.

En cuanto al carácter se refiere, en la tabla 1.9. se observan las diferencias y similitudes según la tipología de TCA y las dimensiones del carácter. En la dimensión de Autosuficiencia es el grupo de ANP el que puntúa más alto que los grupos control y los bulímicos. Las dimensiones de Cooperación y Autotrascendencia no parecen ser una dimensión característica de ningún tipo de TCA. Bulik, Sullivan, Fear y Pickering (2000) manifiestan que una mujer enferma de anorexia nerviosa crónica, se caracteriza por manifestar una alta Evitación del peligro, una baja Autosuficiencia y una baja Cooperación; una mujer recuperada de anorexia nerviosa se asocia a una alta Autosuficiencia y Cooperación.

Tabla 1.9. Características del carácter y los TCA.

Carácter	TCA
Baja autosuficiencia	ANR> grupo de no riesgo ANR> BN
Cooperación	--
Autotrascendencia	--

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva; BN: Bulimia Nerviosa.

En conclusión,

según la revisión de Fassino et al. (2004) hay relaciones entre los TCA y los perfiles de temperamento y del carácter: una alta evitación del peligro y una baja autosuficiencia son dos dimensiones que comparten los pacientes con TCA; también se aprecian pequeñas diferencias entre la tipología de los TCA, como una alta persistencia y autosuficiencia, que son específicos de las pacientes con ANR. Se observa una relación entre la dieta y los rasgos de personalidad; una alta Autotrascendencia y una alta Dependencia al refuerzo se asocia a un control dietético saludable, mientras que una alta puntuación en Búsqueda de novedades se relaciona con ausencia de control en la comida.

D.3. Personalidad y TCA: rasgos de personalidad.

Los TCA se han asociado a rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la obsesión-compulsión, impulsividad, sensación de búsqueda, narcisismo y autonomía.

El perfeccionismo se ha relacionado con un alto riesgo de desarrollar un TCA (Gual, Pérez-Gaspar, Martínez-González, Lahortiga, Irala-Estévez y Cervera-Enguix, 2002). En varios estudios, el *perfeccionismo* se ha evaluado mediante el Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990) que mide el perfeccionismo desde distintos aspectos: preocupación por los errores, dudar sobre las acciones, nivel personal, las expectativas y las críticas de los padres. Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen et al. (2003), encontraron que la escala de Preocupación por los errores se asociaba significativamente con la anorexia y bulimia nerviosas; esta escala mide las reacciones negativas y la tendencia a malinterpretar los errores como fracasos. También encontraron que una puntuación alta en la escala de Dudas por las acciones se asocia a los TCA y a los trastornos ansiosos, e incluso al trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (Halmi et al., 2005). Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fichter et al. (2000), encontraron que en muestras clínicas la puntuación en el cuestionario MPS (Frost et al., 1990) era superior en todos los subtipos de anorexia nerviosa a diferencia de los grupos controles; es decir, las pacientes anoréxicas se preocupan más por los errores que pudieran hacer, por las críticas y las exigencias de sus padres que el grupo de no riesgo. Sutandar-Pinnock, Blake, Carter, Olmstead y Kaplan (2003) encontraron que los pacientes con TCA son más perfeccionistas que los grupos controles, y mantienen puntuaciones altas en perfeccionismo incluso cuando se han recuperado de la enfermedad. Estos autores también observan que la escala de perfeccionismo del EDI (Garner, Olmstead y Polivy, 1983) es sensible a participantes enfermos y que se ha observado que pacientes con AN, después de su recuperación, obtienen puntuaciones altas en esta escala. Sutandar-Pinnock et al. (2003) concluyen que puntuaciones altas en perfeccionismo pueden ser un reflejo de la severidad del TCA. Según Halmi et al. (2000) el perfeccionismo en los TCA se interpreta como la visión que los pacientes tienen de las cosas en términos de blanco-negro, y que todo lo que no es perfecto se convierte en un fracaso. Un aumento en el perfeccionismo se asocia a un mayor peso y a una mayor preocupación por la comida. También encuentran que, a mayor severidad del trastorno, mayor asociación con el perfeccionismo.

Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura y Toro (2004) evaluaron el perfeccionismo mediante el CAPS (*The Child and Adolescents Perfectionism Scale*; Donaldson, Spirito y Farnett; 2000) mediante el que observaron que las pacientes adolescentes anoréxicas españolas obtenían

mayores puntuaciones en la escala de Auto-orientación (que mide la autoexigencia) que las adolescentes de grupos controles.

Según la revisión de Lilienfeld et al. (2006) sobre la relación entre rasgos de personalidad y los TCA, se considera que el perfeccionismo es, entre otros, un rasgo de personalidad que actúa como factor predisponente de los TCA y que, a su vez, puede incrementar el riesgo de aparición del mismo.

Las conductas de *obsesión-compulsión* se han asociado a los TCA en muestras clínicas (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003) y universitarias (Rogers y Petrie, 1996,2001). Lilienfeld et al. (2006) consideran que los rasgos de personalidad obsesivo compulsivos pueden ser factores predisponentes, tal y como se demuestra en estudios retrospectivos y estudios de familias. Halmi et al. (2000) encontraron en muestras clínicas de mujeres que el grupo de anoréxicas purgativas manifestaban mayores síntomas de obsesión-compulsión que las anoréxicas restrictivas.

La *impulsividad* se caracteriza por la ausencia de valoración de los riesgos y de las consecuencias después de actuar. Cassin y Von Ranson (2005) revisan varios estudios que confirman que los pacientes con BN y los pacientes de consulta externa puntúan más alto en impulsividad que los participantes con ANR. Díaz-Marsà (1998) ha mostrado en su estudio que las anoréxicas se caracterizan por un alto grado de control (vs. Impulsividad) e inhibición para experimentar sensaciones, en comparación con las bulímicas. Rosval, Steiger, Bruce, Israël, Richardson et al. (2006) concluyen que los TCA están relacionados con ciertos componentes de impulsividad, siendo los bulímicos los que presentan una impulsividad de tipo motor.

La *búsqueda de sensaciones* se presenta en participantes con atracones, conductas compensatorias o ambos, las ANP y BN tienden a puntuar más alto en la búsqueda de sensaciones que los participantes con ANR; aunque obtienen menores puntuaciones que los grupos control (Cassin y Von Ranson, 2005). Halmi et al. (2005) encuentran en su estudio con muestras de mujeres que un TCA de tipo purgativo se asocia a una alta búsqueda de novedades. Según Vervaeet, Van Heeringen y Audenaert (2004) las pacientes bulímicas muestran puntuaciones superiores a las pacientes con ANR en la escala de búsqueda de sensaciones.

La *dependencia* es un estilo de personalidad que se caracteriza por la preocupación de ser aceptado por otros, y la *autonomía* se refiere a un estilo de personalidad orientado a la

independencia y control. Cassin y Von Rason (2005) consideran que existe vulnerabilidad para un paciente con TCA si, además, se asocia a un estilo de personalidad dependiente. Los rasgos de personalidad también se han evaluado según el modelo de personalidad de Eysenck y Eysenck (*Eysenck Personality Inventory*, Eysenck y Eysenck, 1964). Según el modelo de Eysenck y Eysenck (1964) el Neuroticismo se diferencia del perfeccionismo, se define como una mayor vulnerabilidad cuando se enfrenta a situaciones estresantes; también se caracteriza como una alta tendencia a la inestabilidad emocional e hipersensibilidad. Varios estudios proponen que un alto Neuroticismo y una baja autoestima podrían ser causas y, al mismo tiempo consecuencias, de los TCA, lo que perpetuaría el trastorno (Cervera, Lahortiga, Martínez-González, Gual et al., 2002, Gual y de Irala-Estévez y Alonso, 2003). Cervera et al. (2003) encontraron que las chicas que puntuaban alto en neuroticismo tenían más probabilidad de desarrollar un TCA. Díaz-Marsà (1998) sugiere que el perfil de la paciente anoréxica se caracteriza por tener un alto neuroticismo, siendo el subtipo compulsivo-purgativo el que mayor puntuación obtiene en comparación con el subtipo restrictivo, una elevada persistencia y una baja autosuficiencia. Bulik et al. (2006) en su estudio con gemelos observan que el neuroticismo aparece como predictor de la AN, estos autores sugieren que la aparición temprana de este rasgo de personalidad puede predisponer a una persona a desarrollar una AN.

Aunque existen varios estudios que analizan la comorbilidad entre los trastornos de personalidad (TP) y los TCA (Bornstein, 2001; Cassin y Von Rason, 2005; Godt, 2002; Grilo et al., 2003; Larsson y Hellzen, 2004; Murcia et al., 2001; Oyvind, Martinsen, Hoffart, Sexton y Rosenvinge, 2005), sólo destacaremos algunas ideas, ya que este apartado no es objeto de estudio en este trabajo. Los TP más asociados a la ANR son, el antisocial (Cassin y Von Ranson, 2005), el trastorno de personalidad de dependencia, el obsesivo-compulsivo y el borderline, son característicos de participantes con Trastorno por atracón (Cassin y Von Ranson, 2005); los TP que se asocian a la BN son el de personalidad antisocial y el trastorno borderline.

En resumen,

las investigaciones sugieren que la AN y BN se caracterizan por perfeccionismo, obsesividad-compulsividad, dependencia y neuroticismo; los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones aparecen en los casos de pacientes con ingesta compulsiva. Uno de los TP más asociados a la anorexia y bulimia nerviosa es el antisocial.

E. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOS TCA.

...”Ahora que mis padres sabían todo, sólo tenía ganas de dormir y que las cosas pasaran por encima de mí, librarme del problema, de su enfado, de su dolor, y despertar cuando todo ello hubiera acabado”.(p.127). Cuando comer es un infierno. Espido Freire, 2003.

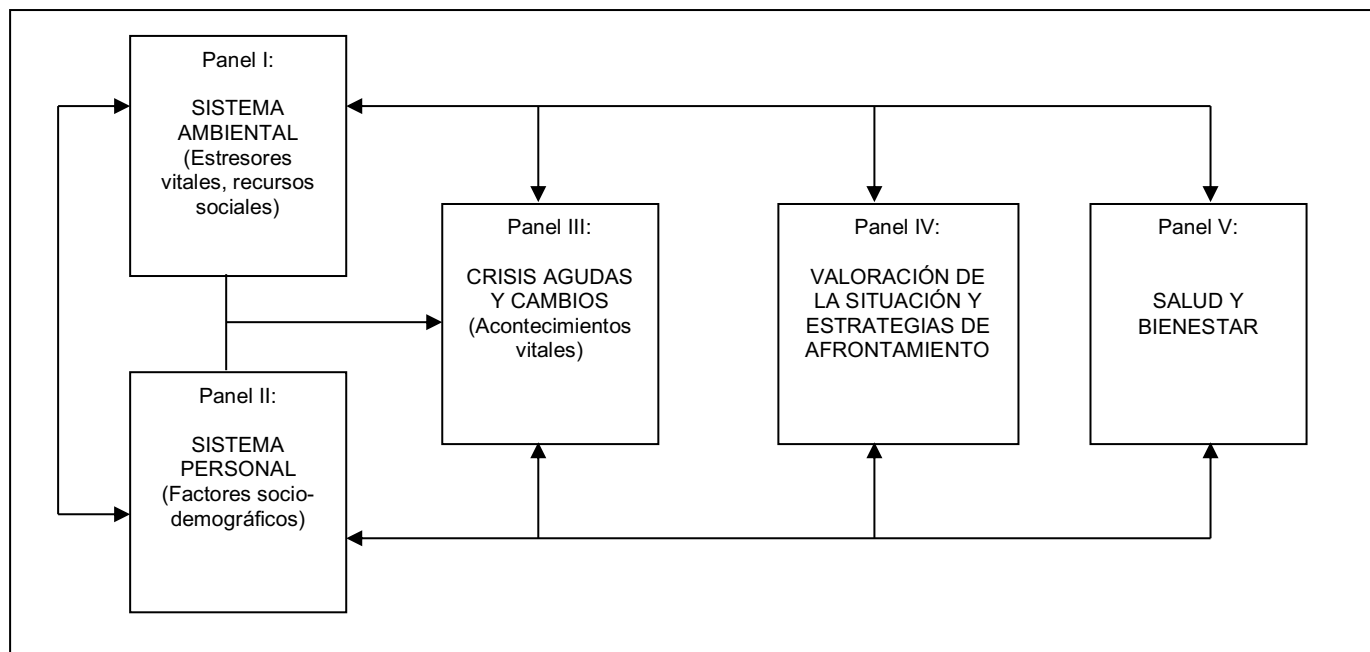


E.1. Estrategias de afrontamiento en adolescentes y su relación con los TCA:

Lazarus y Folkman (1984) plantean una definición de coping desde una perspectiva transaccional “son esfuerzos cognitivos y conductuales, continuamente cambiantes para manejar las demandas específicas internas o externas que se valora que requieren un gran esfuerzo o que exceden los recursos de la persona” (p.114); interpretan que tanto la persona como el ambiente se influyen el uno al otro para cada proceso, es decir, para cada cambio que experimenta una persona. Estos autores interpretaron el coping como un proceso dinámico de cambio en el que la persona hace una valoración de cada situación y actúa según sus recursos.

En 1995 Moos propone un modelo transaccional sobre las influencias personales y ambientales, la valoración que se hace del problema, las estrategias de afrontamiento que se utilizan y su implicación en la salud. En la figura 1.7. se observa el modelo propuesto por este autor. Este modelo se basa en dos sistemas, uno ambiental (Panel I), compuesto por un conjunto de estresores vitales y recursos sociales, y otro de tipo personal (Panel II), que incluye las características socio-demográficas de la persona y los recursos personales, como la confianza en uno mismo, habilidades cognitivas, aspiraciones y experiencias anteriores de estrategias de afrontamiento. Estos dos paneles interactúan con los acontecimientos vitales (Panel III), la valoración de la situación estresante (Panel IV) y su efecto sobre la salud (Panel V). Este modelo presupone que las personas son agentes activos que modelan su contexto y éste afecta a su persona, a su salud y a su bienestar; es decir, el modelo plantea un proceso flexible y bidireccional, que no queda determinado únicamente por un único factor, sino que en ciertas situaciones puede que alguno de los paneles tenga una mayor relevancia. Moos (1995) plantea en su modelo que los recursos de coping son fruto de las características personales, de la situación, de la historia de vida y de las experiencias previas.

Figura 1.7. Modelo conceptual de estrés y coping, según Moos.



Para Moos (1993) las estrategias de afrontamiento (coping) se clasifican según el foco o el método. Este autor (1993, 1995) propone un instrumento que contempla estas variables, el Coping Response Inventory para adolescentes (CRI-Y, Moos, 1993), que evalúa las estrategias de afrontamiento según el foco: estrategias de afrontamiento de Aproximación y de Evitación del problema; en el primer caso se analizan los esfuerzos que hace la persona para resolver un problema, mientras que en el otro, se evita resolver el problema. Según el método, las estrategias pueden ser Cognitivas y Conductuales.

Cabe destacar que un elemento importante del cuestionario CRI-Y, es el carácter abierto del evento estresor que se le pide a la persona que exprese. La recogida de estos datos es muy relevante por varias razones: el hecho de que el propio participante analice los recursos que ha utilizado para resolver esa situación; la propuesta de preguntas sobre el problema, que hará referencia a una situación real; una mayor implicación y sinceridad por parte del que contesta y la posibilidad de analizar la tipología de problemas existentes en la población estudiada (Zanini, 2003). Para el análisis de esta primera parte del cuestionario, en la que el participante expone el problema que más le preocupa o le ha preocupado durante los últimos doce meses, Forns, Amador, Kirchner, Martorell, Zanini y Muro (2004) proponen un sistema de codificación que tiene en cuenta diversas categorías de los problemas: naturaleza del problema, identifica a quién le sucede el problema; su contenido, identifica la temática del problema, los hechos y las circunstancias que lo configuran; los participantes implicados en la situación estresante y el ámbito de ocurrencia que identifica el contexto en

que sucede el problema. En su estudio con 1362 adolescentes de entre 12 y 16 años, escolarizados en la provincia de Barcelona, destacan las siguientes conclusiones (Forns et al., 2004):

- Se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo en las categorías de naturaleza del problema, contenido, participantes y ámbito de ocurrencia.
- En cuanto a la naturaleza de los problemas se refiere, las chicas tienden a evocar un mayor número de problemas interpersonales que los chicos.
- Respecto al contenido de los problemas, tanto chicos como chicas coinciden en expresar que tienen más conflictos de relación y, en segundo término, las chicas expresan mayores conflictos con la salud y los chicos expresan más dificultades de rendimiento escolar.
- Los participantes que intervienen con mayor frecuencia son ellos mismos y el núcleo familiar.

Los problemas más habituales expresados por los adolescentes de esta muestra son: problemas interpersonales de relación con compañeros, problemas personales de rendimiento escolar y problemas ajenos relacionados con muerte de familiares lejanos.

Son pocos los estudios que analizan la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología asociada a los TCA. Varios autores han encontrado algunas estrategias características de pacientes con TCA. Troop, Holbrey y Treasure (1998) encontraron que las estrategias más utilizadas por las pacientes con TCA eran la evitación cognitiva y la rumiación cognitiva; otros autores como Ball y Lee (2002) muestran en su estudio que las mujeres que tienen un TCA informan de que utilizan con mayor frecuencia las estrategias de guardarse las cosas para sí mismas y autoculparse. Nagata, Matsuyama, Kirilike, Toshiya y Oshima (2000) revisan varios estudios en los que han encontrado una relación positiva entre la alteración del comportamiento alimentario (síntomas bulímicos más que de tipo anoréxico) y la estrategia de afrontamiento de evitación. Estos autores observan en su estudio que únicamente los pacientes con bulimia nerviosa obtienen puntuaciones menores en la estrategia de organización de las tareas, en comparación con el grupo de no riesgo. También encontraron que los pacientes con Anorexia Nerviosa restrictiva y con Bulimia nerviosa utilizaban más frecuentemente estrategias de evitación como la diversión, en comparación con el grupo de no riesgo; es decir, los recursos que la persona utiliza para evitar una situación estresante como la comida, son la diversión o la búsqueda de una nueva distracción. No encuentran diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre las tipologías de los TCA, aunque sí entre el resto de grupos. Los pacientes bulímicos impulsivos son los que obtienen una mayor puntuación en la estrategia relacionada con las emociones, que los bulímicos menos impulsivos.

Nagata et al. (2000) proponen que, es posible que, los TCA sean una consecuencia de aplicar unas estrategias de afrontamiento no adaptadas; estos autores creen que puede deberse a la adquisición de hábitos mal adaptados y que este aprendizaje afecta en la elección de las estrategias de afrontamiento. Wolf, Crosby, Roberts y Wittrock (2000) encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento entre grupos de ingesta compulsiva y grupo de no riesgo. Contrariamente a lo que estos autores hipotetizaron en su estudio, el grupo de ingesta compulsiva mostraba que utilizaba un mayor número de estrategias de afrontamiento si se comparaba con el grupo de no riesgo. Estos resultados son congruentes con otros estudios (Kirchner, Forns y Amador, 2006; Kirchner, Forns y Mohino, 2007) en los que se ha encontrado que los participantes con mayor número de síntomas psicopatológicos tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento, sobre todo las de evitación, que los participantes que no presentan psicopatología. Hansel y Wittrock (1997) investigan sobre las estrategias que utilizan los pacientes con ingesta compulsiva para resolver las dificultades. Encuentran que el grupo de comedores compulsivos percibe las tareas de forma más estresante que el grupo de no riesgo, y también observan que el grupo de pacientes utiliza más estrategias de coping negativas en situaciones estresantes de relación.

Fryer, Waller y Stenferd (1997) proponen evaluar el modelo de Slade (1982) que postula que existen asociaciones entre el estímulo estresor y la baja autoestima, y entre la baja autoestima y las alteraciones de la conducta alimentaria. Fryer et al. (1997) comprobaron que no se cumplían las relaciones que propone el modelo de Slade (1982); por el contrario, se observa que existe una relación indirecta entre el coping y las alteraciones de la conducta alimentaria. También encontraron que algunos componentes de los estímulos estresores estaban relacionados con la etiología de los TCA. Otros autores han revisado varios estudios que confirman la relación entre los TCA y las estrategias de afrontamiento (Aimé, Sabourin y Ratté, 2006); estos autores comparan cinco grupos de mujeres (grupo de no riesgo, grupo con preocupaciones por la comida, grupo con AN, grupo con BN y grupo en recuperación) y evalúan los estilos de coping, entre otros. Cuando comparan los participantes de BN y de AN no encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables que evalúan, por lo que se consideró un único grupo. Encuentran que las mujeres con TCA evalúan cognitivamente las situaciones estresantes de forma mucho más catastrófica que otras mujeres que se han encontrado en situaciones similares y no han desarrollado un TCA. Destacan, también, que las mujeres con TCA utilizan más estrategias de afrontamiento de tipo emocional que los otros grupos. Ghaderi (2003) pretende confirmar un modelo que explique algunos factores de riesgo en los TCA, entre los que destaca el uso de las estrategias de evitación y huida, en mujeres suecas de 18 a 32 años. Este autor

concluye que este factor tiene un peso relevante ($r = .638$) en el perfil de riesgo para desarrollar un TCA. Steiner, Erickson, Hernandez y Pavelski (2002) en su estudio sobre las estrategias de afrontamiento en población comunitaria escolar encontraron que la estrategia de evitación era la que presentaba correlaciones más elevadas con problemas de salud y conductas de riesgo; mientras que la estrategia de aproximación se asoció a un funcionamiento más estable. También encontraron que es en la adolescencia cuando se adquieren hábitos saludables que están relacionados con las características de personalidad y, por consiguiente, con las estrategias de afrontamiento. Seiffge-Krenke (2000) propone que existen diferencias según la edad en el uso de las estrategias de afrontamiento; a la edad de 15 años los adolescentes utilizan más estrategias adaptativas y eficaces que en edades anteriores. Los adolescentes mayores suelen ser más activos y tienen la habilidad de ver los problemas desde distintas perspectivas (Ebata y Moos, 1991; Seiffge-Krenke, 1995).

Valdés y Arroyo (2004) estudian las creencias irracionales y la autoestima como posibles elementos que ponen de manifiesto el uso de estrategias cognitivas inadecuadas en pacientes con TCA. Encuentran que una elevada puntuación en creencias irracionales y una baja autoestima pueden limitar y dificultar el proceso terapéutico. García-Grau, Fusté, Miró, Saldaña y Bados (2002) en su estudio de chicas adolescentes, observan que las participantes que evitan los problemas y no se enfrentan a ellos de forma adaptativa, muestran una mayor predisposición para desarrollar un TCA. Thome y Espelage (2004) estudian el ejercicio físico como estrategia de afrontamiento a los problemas de salud, como las alteraciones de la conducta alimentaria. En su estudio encuentran que el ejercicio físico tiene un efecto positivo en las chicas universitarias sin TCA, mientras que para el grupo de riesgo de TCA el ejercicio tiene un efecto negativo. Es decir, el ejercicio está relacionado con un estado psicológico de salud bueno, pero tiene el efecto contrario cuando forma parte de la alteración de la conducta alimentaria.

En resumen,

las estrategias de afrontamiento que se estudian en este trabajo hacen referencia al modelo transaccional de Moos (1993, 1995). Aunque existen pocos estudios que relacionen el coping o estrategias de afrontamiento con las alteraciones de la conducta alimentaria, se destacan las siguientes conclusiones: la mayoría de estudios no encuentra diferencias significativas entre los pacientes diagnosticados con AN o BN, pero sí que se aprecian unas características comunes a dicha población; parece que los participantes con sintomatología asociada a los TCA presentan una mayor evitación, autculpa, rumiación y búsqueda de recompensas alternativas.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

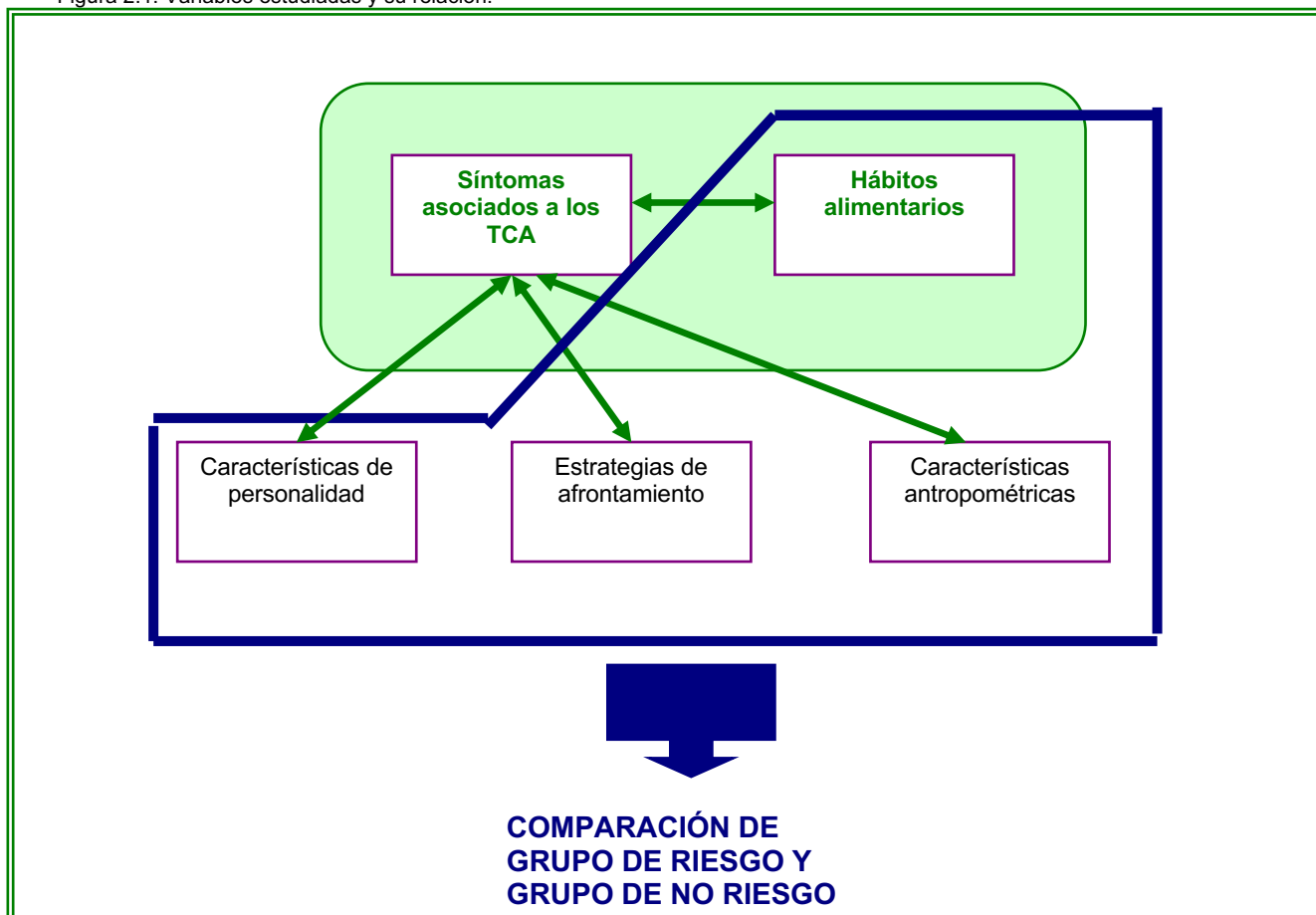
Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud importante entre los adolescentes de nuestra sociedad. Como se ha presentado en el marco teórico, son muchos los factores que están relacionados con estas alteraciones. Por esta razón es necesario detectar lo más tempranamente posible los comportamientos relacionados con las alteraciones de la conducta alimentaria. La adaptación de instrumentos de evaluación al contexto que se han de utilizar es un aspecto importante en la evaluación de los TCA.

Es por ello, que los **objetivos generales** de esta investigación son:

1. Evaluar y describir los hábitos alimentarios de un grupo de niños y adolescentes catalanes y los síntomas asociados a las alteraciones de la conducta alimentaria. También, se pretende estudiar la relación entre estas alteraciones, algunas variables psicosociales, las características antropométricas, las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Además se analizarán las diferencias entre un grupo de riesgo de TCA y un grupo de no riesgo según las variables anteriormente citadas.
2. Adaptar un cuestionario de cribado de los TCA a nuestro contexto.

En la figura 2.1. se muestran las variables de estudio y su relación.

Figura 2.1. Variables estudiadas y su relación.



Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

1. Evaluar y describir los hábitos alimentarios y la sintomatología asociada al Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) en una muestra comunitaria de niños y adolescentes catalanes.
2. Presentar datos sobre la prevalencia de los TCA en adolescentes catalanes.
3. Describir el estado físico y nutricional de los participantes mediante el Índice de Masa Corporal (IMC).
4. Analizar la relación entre los síntomas asociados a los TCA y las características antropométricas.
5. Analizar la relación entre los síntomas asociados al TCA y las características de personalidad.
6. Analizar la relación entre los síntomas asociados al TCA y las estrategias de afrontamiento.
7. Analizar las diferencias entre un grupo de riesgo y de no riesgo según las medidas antropométricas, las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento, y los hábitos alimentarios.
8. Adaptar un instrumento de screening de TCA a nuestro contexto (SCOFF).

CAPÍTULO 3

MÉTODO

A. MUESTRA:

La muestra de este estudio se compone de 1155 participantes; 592 (51.3%) son hombres y 563 (48,7%) son mujeres. El rango de edad de esta muestra oscila entre 10.9 años y 17.3 años. La edad media es de 13.6 años (DT =1.3).

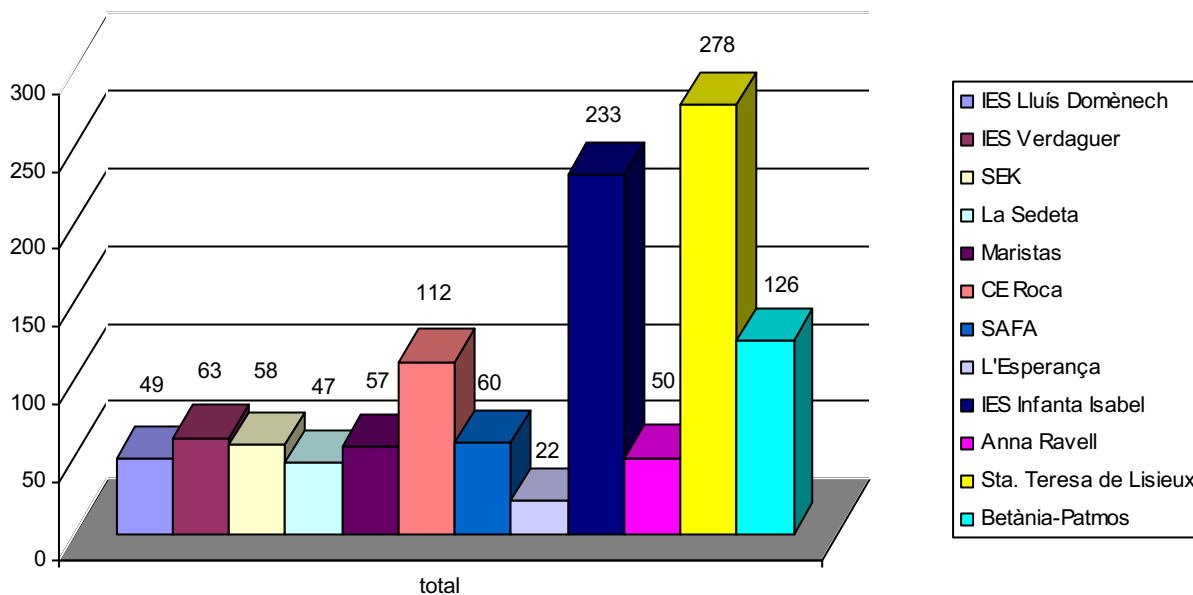
Los participantes de esta investigación cursan desde 6º de Educación primaria (EP) hasta 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en 12 escuelas de la ciudad de Barcelona. En la tabla 3.1. se muestra la distribución de la población según sexo y curso. Se aprecia que el 72.7% de los participantes corresponden a los tres primeros cursos de ESO, y los cursos menos representados son los de 6º de EP, que representa un 10.9% del total, y cuarto curso de ESO que queda representado por un 16.5% de la muestra total.

Tabla 3.1. Descripción de la muestra según sexo y curso.

CURSO	SEXO		TOTAL
	Chico	Chica	
6º de EP	67 (5.8%)	59 (5.1%)	126 (10.9%)
1º de ESO	173 (15%)	157 (13,6%)	330 (28.6%)
2º de ESO	122 (10.6%)	135 (11.7%)	257 (22.3%)
3º de ESO	132 (11.4%)	120 (10.4%)	252 (21.8%)
4º de ESO	98 (8.5%)	92 (8%)	190 (16.5%)
TOTAL	592 (51.3%)	563 (48.7%)	1155

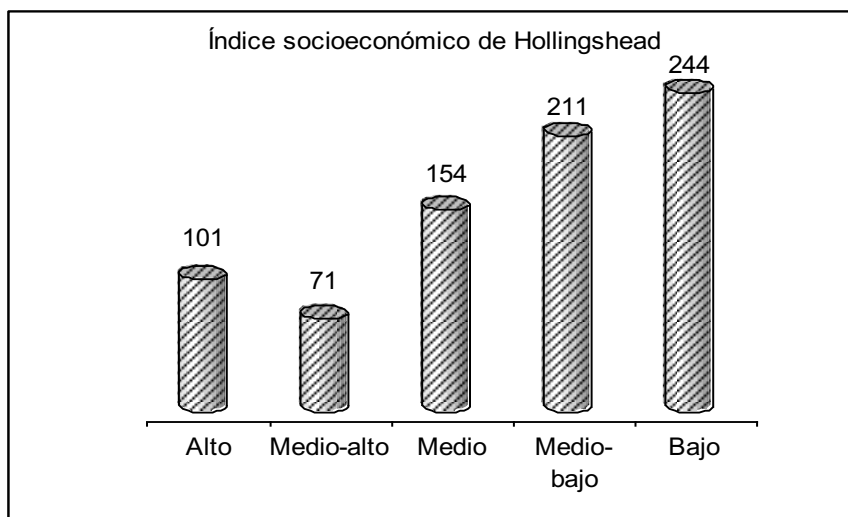
Como se observa en la figura 3.1., las escuelas de Sta. Teresa de Lisieux y el IES Infanta Isabel son las que aportan el mayor número de participantes, un 20.17% y un 24.07% respectivamente, sobre la muestra total, seguido de un 10.90% de participantes de la escuela Betânia-Patmos. La escuela de L'Esperança es la que presenta un menor porcentaje de participantes en el estudio (1.90%); las seis escuelas restantes muestran porcentajes similares, que oscilan entre 4.07% y 5.45%.

Figura 3.1. Distribución de la muestra total según las escuelas.



El nivel socioeconómico de la muestra, evaluado mediante el índice de Hollingshead (1975) es medio. En la figura 3.2., se presenta la distribución de la muestra según el Índice socioeconómico. Un 58.2% se sitúa en la categoría media-baja y baja, un 19.7% está en la franja media y, finalmente, un 22% se ubica en el nivel socioeconómico alto o medio-alto.

Figura 3.2. Distribución de la muestra según el índice socioeconómico.



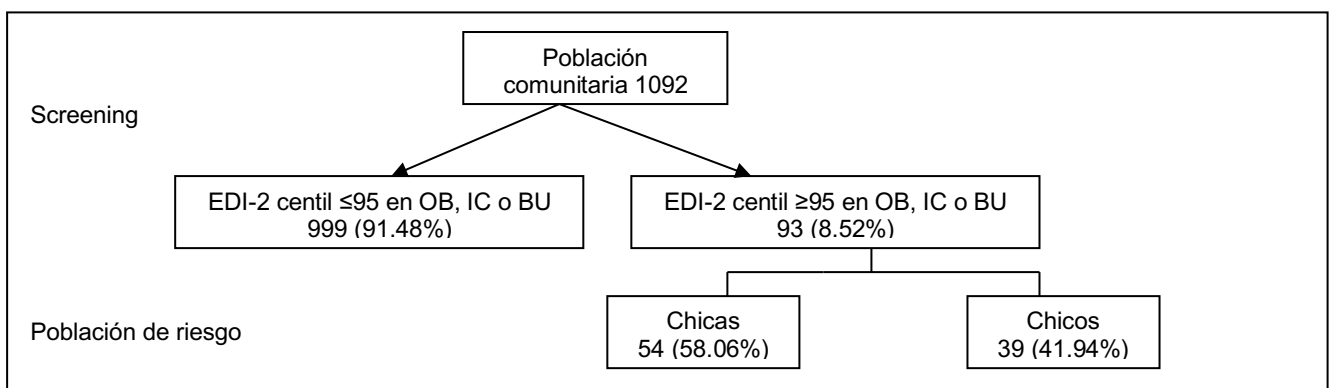
Descripción del grupo de riesgo y de no riesgo:

El concepto de normal y de riesgo debe entenderse en el contexto en el que se habla. En nuestro estudio la muestra que contesta los cuestionarios es toda comunitaria, pero se ha decidido que para “identificar” de algún modo a los participantes con puntuaciones altas en algunas escalas se les denominaría “grupo de riesgo” de TCA.

Los participantes que superaban el percentil ≥ 95 en, al menos, dos de estas tres escalas del EDI-2: Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal, se consideraron población de riesgo. Este percentil se calculó de forma separada para chicos y chicas. Los cuestionarios de 63 participantes (5.4%) fueron eliminados por no estar correctamente cumplimentados, quedando una muestra final de 1092 participantes 50.4% chicos y 49.6% chicas (media de edad 13.6 años y desviación estándar de 1.33). Garner et al. (1983) argumentaron que estas escalas eran las que mejor evaluaban la sintomatología asociada a las alteraciones de la conducta alimentaria. Gandarillas, Febrel, Galán, León, Zorrilla y Bueno (2004), y Cotrufo, Barreta, Monteleone y Maj (1998) también han utilizado estas tres escalas para definir la población de riesgo. El grupo de riesgo está formado por 93 participantes (54 mujeres y 39 hombres), es decir, un 9.6% del total de mujeres y un 6.6% del total de hombres.

En el figura 3.3. se observa la distribución de la población comunitaria y de riesgo según la variable sexo.

Figura 3.3. Representación de la distribución de la muestra comunitaria y de riesgo.



EDI-2: Eating Disorders and Inventory-2; OB: escala de Obsesión por la delgadez, IC: escala de Insatisfacción corporal, BU: escala de Bulimia Nerviosa.

A.1. Variables antropométricas.

Se recogieron datos de peso y altura de todos los participantes, y se calculó el nivel nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, como resultado del cociente entre el peso (Kg.) y la altura (m.) elevada al cuadrado. Se clasificaron los participantes según su IMC en 5 grupos, según sexo y edad (Adaptado del estudio Enkid; Serra-Majem, Ribas Barba, Aranceta Bartrina, Pérez Rodrigo y Saavedra Santana, 2001). El estudio Enkid (2001) es el resultado de la recogida de datos antropométricos de población infantil y juvenil española, calculando los percentiles del IMC. En la tabla 3.2. se observan los percentiles propuestos por Enkid y las categorías antropométricas atribuidas. Cabe destacar que los percentiles del IMC se calcularon según la edad y el sexo.

Tabla 3.2. Percentiles del IMC y categorías antropométricas

Percentiles	Categorías antropométricas
P3-P5	Riesgo de malnutrición
P15	Riesgo de bajo peso
P50	Normopeso
P85	Sobrepeso
P95	Obesidad
P97	Obesidad grave

En la tabla 3.3. se presenta la distribución de la muestra según las categorías antropométricas y el sexo. En la franja de normopeso se sitúa más de un 65% de la muestra, mientras que un 13.1% está por debajo y más de un 20% se encuentra por encima del peso normal. Un 8% de la muestra comunitaria no aceptó pesarse ni tallarse.

Tabla 3.3. Distribución de la muestra total según sexo y las categorías del IMC.

CATEGORÍAS IMC	SEXO		TOTAL
	Chicos	Chicas	
Riesgo de malnutrición	24 (2.3%)	23 (2.2%)	47 (4.5%)
Riesgo de bajo peso	52 (4.9%)	38 (3.6%)	90 (8.6%)
Normopeso	361 (34.3%)	333 (31.7%)	694 (66%)
Sobrepeso	64 (6.1%)	56 (5.3%)	120 (11.4%)
Obesidad	23 (2.2%)	18 (1.7%)	41 (3.9%)
Obesidad grave	22 (2.1%)	37 (3.5%)	59 (5.6%)

B. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

B.1. EDI-2. (Eating Disorders Inventory). Garner, 1990.

El cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory, Garner, 1990) es un autoinforme que mide actitudes y comportamientos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario, más concretamente, con la anorexia y bulimia nerviosa.

El EDI-2 es una versión revisada del cuestionario EDI (Garner et al., 1983), instrumento que incluía tres escalas principales (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) y otras cinco escalas que medían comportamientos y actitudes relacionadas con el trastorno del comportamiento alimentario (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva y Miedo a la madurez). La versión revisada (EDI-2) incluye las ocho escalas originales y añade tres escalas más. El número de ítems de la prueba es de 91, con respuesta tipo Likert (0- nunca, 1- pocas veces, 2- a veces, 3- a menudo, 4- casi siempre, 5- siempre). La tabla 3.4. recoge las escalas del EDI-2 y los objetivos de medida.

Tabla 3.4. Escalas del EDI-2 y objetivos de medida

Escalas	Qué evalúa
Obsesión por la delgadez	Mide la preocupación por el peso, el deseo de adelgazar y el miedo a engordar.
Bulimia	Mide pensamientos y actitudes relacionadas con darse atracones o pérdida de control frente a la comida.
Insatisfacción corporal	Evalúa la incomodidad con el propio cuerpo y el desagrado hacia ciertas partes del cuerpo (estómago, piernas, caderas, etc.).
Ineficacia	Los ítems de esta escala se refieren a sentimientos de eficacia, ineficacia y seguridad en uno mismo.
Perfeccionismo	Mide la obsesión por tener unos resultados excelentes y la exigencia hacia uno mismo.
Desconfianza Interpersonal	Evalúa confianza en uno mismo y en los demás y expresión de sentimientos.
Conciencia Interoceptiva	Su contenido se refiere a la conciencia de las emociones y confusión de sentimientos.
Miedo a la madurez	Mide el miedo o satisfacción de la etapa adulta o de la etapa de la infancia.
Ascetismo	Evalúa el sacrificio y la autodisciplina para conseguir un objetivo.
Impulsividad	Mide la tendencia a decir o hacer cosas sin pensarlas y la tendencia a consumir drogas y alcohol.
Inseguridad social	Evalúa la confianza en uno mismo ante las relaciones sociales.

Objetivos de medida:

El EDI-2 permite recoger información relevante sobre la sintomatología relacionada con la anorexia y bulimia nerviosa.

Para la población comunitaria los objetivos se centran en:

1. Detectar posible población de riesgo que pueda desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario.
2. Conocer las actitudes y comportamientos relacionados con las alteraciones de la conducta alimentaria.

En población clínica son dos los objetivos para la aplicación del EDI-2:

1. Conocer las actitudes y síntomas relacionados con el trastorno del comportamiento alimentario con el fin de planificar el tratamiento.
2. Evaluar la eficacia del tratamiento mediante el test-retest.

Cómo se ha desarrollado:

Garner et al. (1983), consideran la anorexia nerviosa como una dimensión que varía según la intensidad y gravedad de los síntomas. El autoinforme EDI surge a partir del consenso de varios clínicos expertos en el trastorno del comportamiento alimentario; los ítems se plantean a partir de la sintomatología que manifiestan pacientes anoréxicos y bulímicos. Garner et al. (1983), elaboraron el EDI y agruparon los ítems en ocho escalas. En el año 1990 el autor plantea una nueva revisión en la que amplía el cuestionario con 27 ítems formando tres escalas más (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). El EDI-2 fue publicado en el año 1990, en España se publicó y baremó con población española en el año 1998.

Características psicométricas:

La fiabilidad del EDI, evaluada mediante el alfa de Cronbach presenta coeficientes superiores a 0.80 para los grupos de Anorexia Nerviosa (AN) en todas las escalas; la correlación de ítem-escala es superior a 0.40, excepto en tres ítems que, de acuerdo con Garner et al. (1983), se mantuvieron debido a la relevancia de su contenido. La fiabilidad test-retest, después de un intervalo de una semana, presenta coeficientes de consistencia interna superiores a 0.80 (Welch, Hall, Walkey, 1988); después de tres semanas, la escala de Miedo a la madurez es la única con coeficientes de fiabilidad inferiores a 0.80. Para muestras de chicas comunitarias Garner y Olmstead (1984) encuentran coeficientes de

fiabilidad superiores a 0.80, a excepción de las escalas de Miedo a la Madurez y Perfeccionismo. En la tabla 3.5. se observan diversos estudios que analizan la fiabilidad, utilizando tanto la puntuación directa como la transformada. Los estudios que utilizan puntuaciones transformadas (Lee et al., 1997; Niv, Kaplan, Mitrani y Shiang, 1998; Rathner, y Rumpold, 1994; Shore, y Porter, 1990; Spillane, Boerner, Anderson, y Smith, 1994) muestran una fiabilidad entre .20 y .93 para muestras de chicas y entre .46 y .86 para chicos. En ambos sexos la fiabilidad más alta se observa en las escalas de Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez, y la fiabilidad más baja en las escalas de Perfeccionismo y Miedo a la Madurez. La fiabilidad del EDI y del EDI-2 con puntuaciones no transformadas presenta coeficientes que oscilan entre .51 y .94 para mujeres (Schoemaker et al., 1994; Van Strien y Ouwens, 2003). La fiabilidad más alta, para ambos sexos, se observa en las escalas de Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción corporal, y los coeficientes más bajos son los de las escalas de Ascetismo y Miedo a la Madurez.

La consistencia interna presenta valores similares tanto para puntuaciones transformadas como no transformadas. Las escalas de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal son las que obtienen los coeficientes más elevados, y las que obtienen los valores más bajos son las escalas de Miedo a la madurez y Ascetismo. Únicamente las escalas de Insatisfacción corporal, Perfeccionismo y Desconfianza interpersonal presentan coeficientes de consistencia interna más altos con las puntuaciones transformadas, el resto de las escalas presentan mejores resultados con las puntuaciones directas. Las tres escalas añadidas el EDI-2 (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social) presentan una fiabilidad más alta con puntuaciones directas que con transformadas.

Tabla 3.5. Coeficientes de fiabilidad de las escalas del EDI y EDI-2 con puntuaciones directas y transformadas para muestras no clínicas.

ESCALAS EDI/ EDI-2	Puntuaciones transformadas										Schoemaker et al., 1994	Van Strien et al., 2003
	Shore et al., 1990		Rathner et al., 1994		Lee et al., 1997		Niv et al., 1998		Spillane et al., 2004			
	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicas	Chicos	Chicas		
Obsesión por la madurez	.81	.73	.89	.67	.86	.80	.76	.91	.82		.86	.81
Bulimia	.69	.63	.78	.72	.82	.74	.44	.74	.63		.94	.78
Insatisfacción corporal	.91	.86	.88	.74	.89	.84	.86	.93	.83		.78	.93
Ineficacia	.82	.75	.84	.84	.85	.81	.83	.79	.73		.83	.83
Perfeccionismo	.70	.62	.60	.67	.70	.62	.60	.76	.69		.67	.68
Desconfianza interpersonal	.77	.66	.77	.72	.78	.76	.50	.74	.57		.73	.72
Conciencia interoceptiva	.78	.75	.71	.70	.77	.73	.60	.83	.76		.65	.69
Miedo a la madurez	.65	.46	.70	.64	.77	.76	.20	.80	.82		.65	.64
<i>Ascetismo</i>							.25					.51
<i>Impulsividad</i>							.59					.73
<i>Inseguridad social</i>							.71					.72

En la adaptación española, realizada por TEA ediciones, se contó con tres muestras distintas, una comunitaria de 3.808 casos (hombres = 2057 y mujeres = 1751), 277 participantes en situación de riesgo (hombres = 26 y mujeres = 251) y 306 casos clínicos (hombres = 4 y mujeres = 302). En la población comunitaria el rango de edad es de 13 a 21 años; debido a la variabilidad se forman tres subgrupos según la edad: 13-14 años (hombres = 886 y mujeres 801), 15-16 años (hombres = 742 y mujeres = 631) y 17-18 años (hombres = 370 y mujeres = 273). En ningún caso, en la población comunitaria aparecen baremos para edades superiores a 18 años ni inferiores a 13. Shore y Porter (1990) aportan datos en población de 11 años hasta los 18, según sexo y grupos de edad. En la muestra de participantes en situación riesgo, de la adaptación española, no hay constancia de los criterios que se estipulan para identificar a estos participantes. Finalmente, los baremos de la población española clínica sólo abarcan a la población femenina, por ausencia de muestra masculina. En la adaptación española del EDI-2, no aparecen datos de la edad de las muestras clínicas ni las de riesgo.

Muro, Amador y Però (2006) han realizado un análisis factorial exploratorio con rotación oblimín del EDI-2. Encontraron una estructura de 21 factores, con valores propios mayores de 1, que explican el 55.70% de la varianza. Como esta estructura no es fácilmente interpretable se forzó a once (43.25% de la varianza explicada) para hacerla coincidir con el número de escalas del EDI-2 (ver anexo 8.1.). Finalmente, los autores proponen una estructura de cinco factores (Autopercepción negativa, Obsesión por la imagen corporal, Autopercepción positiva, Miedo a la madurez y Pérdida de control sobre la comida) como la estructura más parsimoniosa para población comunitaria adolescente catalana. La fiabilidad de estos cinco factores es superior a la obtenida por los once factores propuestos por Garner (1990).

Administración:

El EDI-2 puede aplicarse de forma individual o colectiva.

La edad de aplicación es de 11 años en adelante. El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos. La administración de la prueba puede ser individual o colectiva.

El cuestionario se presenta como un instrumento que evalúa sentimientos y actitudes relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario y en el que no hay respuestas correctas o incorrectas. La persona deberá contestar para cada ítem un valor, que oscila entre 0 (nunca) y 5 (siempre).

Corrección:

Los 91 ítems se valoran en una escala de seis puntos, 0 (Nunca), 1 (Pocas veces), 2 (A veces), 3 (A menudo), 4 (Casi siempre) y 5 (Siempre). La puntuación de cada ítem sólo contribuye a la valoración de una escala. Las puntuaciones directas de las escalas son el resultado de la suma de todos los ítems que la componen. Garner et al. (1983) proponen un sistema de puntuación transformando los puntos a una escala de 0 a 3 en lugar de 0 - 5; a una puntuación directa de 1 a 3 se le asigna una respuesta "sintomática" (siempre =3, casi siempre =2 y a menudo =1), y se asigna un 0 a las tres respuestas "asintomáticas" restantes (a veces, pocas veces y nunca). Hay veintiséis ítems que se corrigen de forma inversa (siempre = 0, casi siempre = 0, a menudo = 0, a veces = 1, pocas veces = 2, y nunca = 3).

El EDI-2 no proporciona una puntuación total. Puntuaciones altas en una escala indican la presencia de síntomas asociados al contenido de la misma.

B.2. SCOFF:

El SCOFF (Morgan, Reid y Lacey, 1999) es un cuestionario de 5 ítems que se creó con el fin de proporcionar a los centros de atención primaria un instrumento de screening, rápido y fácil de administrar, para detectar posibles casos de TCA.

Este cuestionario consta de 5 ítems de respuesta dicotómica (si/no). La prueba se tradujo, con el permiso de los autores, del inglés al catalán (*direct translation*), por dos profesionales psicólogos, expertos en TCA; las dos traducciones se compararon para comprobar el sentido de los ítems y se elaboró una versión final, que se tradujo al inglés (*backtranslation*) por dos expertos, diferentes de los que elaboraron la *direct translation*. Finalmente, se elaboró una versión final, a partir del acuerdo entre expertos sobre el contenido y la traducción.

El SCOFF mide la sensación de saciedad, la pérdida de control sobre la comida, la pérdida de peso y la obsesión por estar delgado.

Los ítems son:

1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes demasiado lleno?

Et provoques el vòmit perquè et sents massa ple?

2. ¿Te preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que comes?

Et preocupa haver perdut el control sobre la quantitat de menjar que menges?

3. En los últimos tres meses, ¿Has perdido más de 6 kilos?

En els últims tres mesos, has perdut més de 6 kilos?

4. ¿Crees que estás gordo aunque otros te digan que estás demasiado delgado?

Creus que estàs gras encara que els altres et diguin que estàs massa prim ?

5. ¿Crees que la comida domina tu vida?

Creus que el menjar domina la teva vida ?

Objetivos de medida:

Detectar posibles casos de trastorno del comportamiento alimentario.

Cómo se ha desarrollado:

Los ítems de este cuestionario surgen a partir de la información que algunos especialistas de TCA recogen en su experiencia profesional. La muestra que utilizan estos profesionales para elaborar el cuestionario consta de un grupo clínico de 116 mujeres, 68 con diagnóstico de Anorexia nerviosa y 48 con Bulimia nerviosa, y una muestra de control de 96 mujeres. Las edades de estos grupos oscilan entre 18 y 40 años. A las participantes de la investigación se les administró el SCOFF de forma oral, junto a otras dos pruebas escritas

(Eating Disorder Inventory- EDI y Bulimic Investigatory Test Edimburg- BITE). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la edad o la raza.

Características psicométricas:

La consistencia interna del SCOFF presenta índices entre 0.43 (Rueda, Díaz, Ortiz, Pinzón, Rodríguez y Cadena, 2005) y 0.47 (Siervo, Boschi, Papa, Bellini y Falconi, 2005). Garcia-Campayo, Sanz-Carrillo, Ibañez, Lou, Solano y Alda (2005) obtienen coeficientes de fiabilidad test-retest de 0.97, con un intervalo de aplicación de entre 10 y 15 días.

La validez de criterio de este cuestionario se ha estudiado mediante los índices de sensibilidad y especificidad. Los autores exponen que el SCOFF tiene una sensibilidad del 100% para detectar anorexia y bulimia nerviosa con una puntuación total igual o superior a dos positivos (intervalo de confianza del 95% para toda la muestra, 96,9% al 100%; casos de bulimia nerviosa, 92,6% al 100%; casos de anorexia nerviosa, 94,7% al 100%). Los índices de especificidad oscilan entre 79,2% y 93,4% en la muestra control y un 87,5% para la muestra clínica. Morgan et al. (1999) exponen que el SCOFF proporciona un 12,5% de falsos positivos.

Otros estudios muestran índices de sensibilidad que oscilan entre el 78% y el 97,7%, mientras que los valores de especificidad oscilan entre un 21% y un 94,4%, con un punto de corte igual o mayor que 2, para muestras clínicas (ver tabla 3.5.). Rueda-Jaimes et al. (2005) encontraron índices de sensibilidad y especificidad altos, 81,9% y 78,7% respectivamente, en una muestra comunitaria de adolescentes colombianas. Siervo et al. (2005) presentan datos sobre la sensibilidad y especificidad para dos puntos de corte: para una puntuación igual o mayor que 2, obtienen un índice de sensibilidad de 94% y el de especificidad es muy bajo (21%); y aplicando un punto de corte igual o mayor a 3 obtienen una sensibilidad del 77% y una especificidad del 50%. La tabla 3.6. presenta un resumen de diferentes estudios que han analizado la sensibilidad y especificidad del SCOFF.

Tabla 3.6. Índices de sensibilidad y especificidad e intervalos del SCOFF para diferentes puntos de corte.

Autores	Muestra N País (idioma)	Edad media o rango de edad	Puntos de corte ≥	Test administrado y validez concurrente	Sensibilidad % (IC 95%)	Especificidad % (IC 95%)
Luck et al. (2002)	Comunitaria N=341 chicas UK (inglés)	18-50	2	Criterios DSM-IV SCOFF	84.6% (54.6-98.1)	89.6% (86.3-92.9)
Cotton et al. (2003)	Comunitaria y clínica N=225 UK (inglés)	Comunitaria = 22 (18-44) Clínica =37 (22-64)	2	Q-EDD ESP SCOFF	78% (62-93)	88% (84-93)
Rueda et al. (2005)	Comunitaria N=241 chicas Colombia (Castellano)	10-19 (Media= 14)	2	SCOFF CIDI	81.9% (70.7-89.7)	78.7% (71.7-84.6)
Siervo et al. (2005)	Clínica N=162 chicas Italia (Italiano)	16-35 (Media=24.6)	2	Criterios DSM-IV EAT-26 (r= .34) TFEQ (r= .36) SCOFF	94% (no informado)	21% (no informado)
			3		77% (no informado)	50% (no informado)
García-Campayo et al. (2005)	Clínica N= 203 chicas España (Castellano)	14-55 (Media=29.2)	2	SCAN SCOFF	97.7% (93.5-99.5)	94.4% (86.4-98.5)

Siervo et al. (2005) presentan datos sobre la validez de concurrente del SCOFF, del Three-Factor Eating Questionnaire: TFEQ (Stunkard y Messick, 1990) y del Eating Attitudes Test: EAT 26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Encuentran correlaciones significativas que oscilan entre 0.31 (con las escalas de Desinhibición y Hambre) y 0.36 (puntuación total del TFEQ), y de 0.34 con las escalas de Dieta, Preocupación por la comida y la puntuación total del EAT 26.

Muro, Amador y Morgan (2007) presentan datos sobre la validez discriminante del SCOFF en población comunitaria adolescente catalana (ver apartado resultados A.2.3.). Encuentran que el mejor punto de corte para esta población es de 2, coincidiendo con los autores del cuestionario (Morgan et al., 1999). Obtienen una sensibilidad de 70,6% y una especificidad de 75,6%. Los índices de fiabilidad para esta muestra son medios, y la validez concurrente con el EDI-2 muestra valores entre bajos y medios (ver tabla 8.1. en anexo).

Administración:

La administración de esta prueba puede ser oral o escrita. Perry, Morgan, Reid, Brunton, O'Brien, Luck, et al. (2002) analizan el grado de acuerdo entre la administración oral o escrita del SCOFF en un grupo de 185 estudiantes de enfermería y de obstetricia mediante la Kappa de Cohen. Obtuvieron un grado de acuerdo de 0.81 para la puntuación total y entre 0.8 y 0.94 para la puntuación de los ítems.

Corrección:

Los cinco ítems son de respuesta dicotómica (No = 0; Si = 1). La puntuación total del cuestionario se obtiene sumando el valor de los cinco ítems, que oscila entre 0 y 5. Según los autores una puntuación total superior o igual a 2 identifica al participante como perteneciente al grupo de riesgo de presentar un TCA.

B.3. Cuestionario de hábitos alimentarios (Muro y Amador, 2002)

El cuestionario de hábitos alimentarios fue elaborado por Muro y Amador (2002) con el fin de evaluar las costumbres que los adolescentes tienen en relación a las comidas. Este autoinforme se elaboró específicamente para este estudio (Ver anexo II).

El cuestionario se divide en cuatro bloques:

Bloque I: Aspectos sociodemográficos

En este apartado se incluyen preguntas sobre las características del entorno del participante: con quien vive, edad de los padres, número y edad de los hermanos y trabajo de los padres. En un segundo término se plantean cuestiones acerca del propio sujeto: peso y altura que tiene y, actividades extraescolares que hace, especificando tipo y tiempo que dedica.

Bloque II: Hábitos alimentarios

En este bloque se analizan aspectos relacionados sobre sus hábitos alimentarios: quién se encarga de hacer los menús, quién compra en casa, con qué frecuencia realiza las comidas, dónde, cómo y con quién hace las comidas diarias (entre semana y fines de semana). También se evalúan las actividades que el participante realiza mientras come. Este apartado incluye los ítems 1 al 10 y el 13.

Bloque III: Actitudes hacia el comer y/o la comida

En esta sección se recogen las preguntas que se refieren a aspectos educativos sobre la comida (premio/castigo), sensación de hambre, qué se hace cuando no quiere comer, descripción de su forma de comer. Incluye los ítems 11, 12, 14, 15 y 16.

Bloque IV: Dieta

En este apartado se pregunta sobre la recomendación de otros para hacer dieta, la necesidad o no de hacer dieta y porqué; conductas que ha llevado a cabo para reducir de peso, si ha habido algún familiar y/o amigo que haya hecho dieta, y qué influencia ha tenido en sus hábitos alimentarios. Está formado por los ítems 17 al 26.

Objetivos de medida:

El cuestionario de hábitos alimentarios se diseñó para este estudio con el fin de evaluar diferentes variables relacionadas con el acto de comer. Se fundamenta en un modelo sociocultural, es decir, las horas de las comidas se interpretan como espacios de comunicación, educación y relaciones sociales.

Cómo se ha desarrollado:

Este cuestionario surge a partir de la necesidad de medir ciertos aspectos sociales que envuelven el acto de comer en nuestra sociedad. Para ello se tuvieron en cuenta varios cuestionarios de alimentación (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona, 2001; Sibel et al., 1999) que se utilizaron como guía para desarrollar el que se presenta en este estudio. Su elaboración se centró en dos apartados: (a) aspectos sociales que influyen en el acto de comer del adolescente y, (b) temas relacionados con la dieta. En el año 2002 se elaboró el cuestionario definitivo de hábitos alimentarios en versión bilingüe, en catalán y castellano.

Administración:

La administración puede ser individual o colectiva. El cuestionario se presenta como un instrumento que evalúa aspectos sociales relacionados con las comidas y en el que no hay respuestas correctas o incorrectas. Para cada ítem se debe escoger una respuesta, que en algunos casos será dicotómica (sí/no), en otros la respuesta será de opción múltiple y, en otros ítems, hay que seleccionar una opción en una escala de tipo likert.

Corrección:

Los 26 ítems se valoran como presentes o ausentes según la respuesta de la persona. La puntuación de cada ítem sólo contribuye a la valoración de un bloque. Los ítems que tengan opción múltiple de respuesta se valorarán como presentes o ausentes, aunque en algunos ítems las categorías no serán excluyentes entre sí y el participante podrá marcar varias opciones de respuesta. El cuestionario de hábitos alimentarios no proporciona una puntuación total.

B.4. EDE -12 (Eating Disorders Examination, 2001)

La entrevista semi-estructurada EDE (*Eating Disorders Examination*, Fairburn y Cooper, 2001), evalúa las características psicopatológicas asociados a los TCA, así como las preocupaciones de las personas, sobre su peso y figura.

La entrevista consta de cuatro escalas que miden aspectos relacionados con el peso, la figura, la restricción de la comida y la preocupación por la comida. En la tabla 3.7. se presentan las escalas de la entrevista y los ítems que las componen.

Esta entrevista ofrece el diagnóstico de un TCA, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), a partir de unos ítems identificados como diagnósticos (ver tabla 3.8.).

Tabla 3.7. Escalas e ítems de la entrevista EDE.

Escalas	Ítems
Restricción	Restricción en la comida Evita comer Tener el estómago vacío Evita la comida Normas dietéticas
Preocupación por la comida	Preocupación por la comida, por comer o las calorías Miedo a perder el control sobre la comida Comer con otros Comer a escondidas Sentimiento de culpabilidad por comer
Preocupación por el peso	Insatisfacción con el peso Deseo de adelgazar Reacción frente a la recomendación de pesarse Preocupación por el peso Importancia del peso
Preocupación por la figura	Insatisfacción con la figura Preocupación por la figura Importancia de la figura Miedo a ganar peso Disconformidad por el propio cuerpo Incomodidad ante la exposición Sensación de gordura Estómago plano

Tabla 3.8. Ítems diagnósticos de la entrevista EDE.

Episodios Bulímicos y otros episodios de sobreingesta
Restricción alimentaria fuera de los episodios bulímicos
Vómito autoinducido
Abuso de laxantes
Abuso de diuréticos
Ejercicio intenso para controlar el peso y la figura
Abstinencia extrema para controlar el peso
Importancia de la figura
Importancia del peso
Miedo a ganar peso
Sensación de gordura
Mantener bajo peso
Menstruación

La EDE también evalúa el Trastorno de sobreingesta. Incorpora cuatro tipos de episodios de sobreingesta y episodios bulímicos, según éstos sean objetivos o subjetivos; estas categorías son mutuamente excluyentes (ver tabla 3.9.). El episodio bulímico objetivo (EBO) consiste en comer mayor cantidad de comida de lo habitual acompañado de pérdida de control. El episodio bulímico subjetivo (EBS) consiste en comer de forma excesiva y acompañado de pérdida de control, pero esta cantidad de comida no se considera objetivamente excesiva.

Tabla 3.9. Esquema de clasificación de los episodios de sobreingesta.

	CANTIDAD DE COMIDA	
	Mucha (según definición EDE)	No mucha, pero percibida por la persona como excesiva
Pérdida de control	Episodio bulímico objetivo (EBO)	Episodio bulímico subjetivo (EBS)
No pérdida de control	Episodio objetivo de sobreingesta (EOS)	Episodio subjetivo de sobreingesta (ESS)

La entrevista EDE-12 fue traducida al catalán para esta investigación. La *direct translation* (inglés al catalán) fue realizada por dos profesionales psicólogos, expertos en TCA; ambas traducciones se compararon para corroborar el sentido de los ítems y se hizo una versión final, que se tradujo al inglés (*backtranslation* por dos expertos, diferentes de los que elaboraron la *direct translation*). Finalmente, se elaboró una versión final, a partir del acuerdo entre expertos sobre el contenido y la traducción.

Objetivos de medida:

La entrevista EDE permite diagnosticar TCA (anorexia y bulimia nerviosa y el trastorno por atracón) según los criterios del DSM-IV. Evalúa la sintomatología de estos trastornos en el mes anterior (EDE) y en los tres meses anteriores (EDE-12). La EDE recoge información asociada al TCA que no puede ser evaluada en los cuestionarios de autoinforme.

Cómo se desarrolló:

La EDE se elaboró con el fin de evaluar aspectos no recogidos en los cuestionarios de autoinforme y con propósitos de diagnóstico y de investigación. La entrevista EDE original (Cooper y Fairburn, 1987) comprendía 62 ítems agrupados en cinco escalas (ver tabla 3.10.) que evalúan el estado actual del paciente y los síntomas asociados al TCA durante las últimas 4 semanas, siguiendo los criterios del DSM-III-R.

Tabla 3.10. Escalas originales del EDE (1983).

ESCALAS DEL EDE	
Restricción	Mide la ingestión de comida, la tendencia a evitar ciertos alimentos y/o comidas y el seguimiento de normas dietéticas.
Bulimia o sobreingesta	Evalúa la frecuencia de episodios bulímicos objetivos y subjetivos. También mide la pérdida de control, y el grado de severidad de la sobreingesta en términos de duración de los episodios y la percepción de lo lleno que se siente la persona.
Preocupación por la comida	Mide los pensamientos sobre la comida, el miedo a la pérdida de control sobre la comida, la preocupación de comer con otros, comer a escondidas y sentirse culpable después de comer.
Preocupación por el peso	Mide la preocupación sobre el peso, la insatisfacción con el peso, la búsqueda de pérdida de peso.
Preocupación por la figura	Mide la preocupación por la figura, el miedo a engordar, la búsqueda de la delgadez, las situaciones de evitación de exposición del cuerpo.

En 1993, Fairburn y Cooper, realizaron una revisión de la entrevista (EDE-12) y eliminaron la escala de Bulimia debido a que no añade información que no se derive de las preguntas acerca de los episodios de sobreingesta. En el año 2001 los autores presentan una nueva revisión de la entrevista (EDE-14; Comunicación personal del equipo de Dr. Fairburn, septiembre 2001) en la que se añaden más cuestiones que aportan información sobre la sintomatología asociada al TCA.

Corrección:

Los ítems se valoran en términos de severidad y de frecuencia con la que ocurren los síntomas. La mayoría de las preguntas de la entrevista EDE puntúan en una escala de siete puntos (0-6), el 0 representaría la ausencia del síntoma y el 6 la presencia del mismo en un grado extremo. Tanto la severidad como la frecuencia se miden según una escala de siete puntos, la *severidad* evalúa la intensidad en que la persona percibe un síntoma y la *frecuencia* se mide con el número de días en que aparece dicho síntoma, teniendo como referencia un mes. En la tabla 3.11. se observan los rangos de las puntuaciones según el grado de severidad y de frecuencia del síntoma.

Tabla 3.11. Rango de respuesta de severidad y frecuencia en la EDE-12.

Puntuaciones de Severidad		Puntuaciones de Frecuencia	
0- Ausencia del síntoma		0- Ausencia del síntoma	
1	} Presencia del síntoma <i>leve</i>	1- Presencia del síntoma en 1-5 días	
2		2- Presencia del síntoma en 6-12 días	
3		3- Presencia del síntoma en 13-15 días	
4- Presencia del síntoma <i>moderado</i>		4- Presencia del síntoma en 16-22 días	
5- Presencia del síntoma aunque no es suficientemente severo para marcar un 6		5- Presencia del síntoma en 23-27 días	
6- Aparece el síntoma de forma severa		6- Presencia del síntoma cada día	

La entrevista EDE-12 proporciona tres niveles de descripción de la psicopatología alimentaria: (1) puntuaciones para cada ítem: según la frecuencia y el nivel de severidad; (2) puntuaciones para cada escala: proporciona un perfil individual de las cuatro áreas evaluadas en la entrevista; para obtener la puntuación de cada escala se suman las puntuaciones de los ítems de cada escala y se divide por el número de ítems que la componen y (3) puntuación global, proporciona información global sobre la severidad de la psicopatología alimentaria de la persona. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems y se divide por el número de escalas que se han administrado.

Características psicométricas:

La tabla 3.12. recoge diversos estudios que ofrecen datos sobre la consistencia interna de la EDE-12. Los coeficientes de fiabilidad oscilan entre 0.60 (escala de Restricción) y 0.88 (escala de Preocupación por la figura).

Tabla 3.12. Fiabilidad de las escalas del EDE (Alfa de Cronbach).

ESCALAS EDE	Cooper, Cooper y	Raich, Mora,	
	Fairburn (1989)	Sánchez y Torras (2000)	Muro y Amador (2006)
Restricción	.75	.80	.60
Preocupación por la comida	.78	.86	.65
Preocupación por el peso	.67	.85	.77
Preocupación por la figura	.79	.83	.88

Ravaldi, Vannacci, Truglia, Zucchi, Mannucci, Rotella et al. (2004) analizaron la fiabilidad test-retest en población clínica, obteniendo índices superiores a 0.63 en todas las escalas y superiores a 0.50 para cada ítem, a excepción de los ítems de hacer resopón después de la cena y un máximo de dos meses de descanso sin episodios bulímicos objetivos.

Rosen Vara, Wendt, y Leitenberg, (1990) presentan datos sobre la validez concurrente, encontrando coeficientes moderados entre la EDE y otras medidas de restricción alimentaria y sobreingesta recogidas a partir de un dietario alimentario.

En cuanto a la validez discriminante, Rosen et al., (1990) indican que la entrevista EDE no aporta información nueva que discrimine entre participantes controles en dieta y participantes con TCA. Raich, Mora, Sánchez y Torras (2000) encontraron que la entrevista EDE-12 tiene una buena capacidad discriminante para diferenciar entre población universitaria comunitaria y población clínica española.

Corrección:

Para obtener un diagnóstico de TCA según los criterios diagnósticos del DSM-IV, habrá que valorar los ítems diagnósticos que se incluyen en la EDE-12, indicando la presencia y/o ausencia de los mismos. De este modo se obtendrá un diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón o trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

B.5. APQ (Cuestionario de Personalidad para Adolescentes). 16 PF

El cuestionario APQ (16PF- Adolescent Personality Questionnaire, Schuerger, 2001; versión española TEA, 2003) es un autoinforme que evalúa rasgos de personalidad, incluye 16 escalas primarias, 5 dimensiones globales, un apartado de preferencias ocupacionales y 11 dificultades cotidianas.

Las **escalas primarias** son bipolares, y sitúan a la persona en uno de los polos. En la tabla 3.13. se muestran las escalas primarias y la descripción de sus polos.

Tabla 3.13. Escalas primarias del APQ

Escalas primarias (Características de personalidad)	Polos	
	Alto	Bajo
A Afabilidad	Cálido	Frío
B Razonamiento	Pensamiento abstracto	Pensamiento concreto
C Estabilidad emocional	Estable	Inestable
E Dominancia	Dominante	Cooperativo
F Animación	Espontáneo	Serio
G Atención a normas	Cumplidor	Inconformista
H Atrevimiento	Emprendedor	Tímido
I Sensibilidad	Sensible	Objetivo
L Vigilancia	Suspica	Confiable
M Abstracción	Imaginativa	Práctica
N Privacidad	Discreta	Abierta
O Aprensión	Preocupada	Despreocupada
Q1 Apertura a la cambio	Experimental	Tradicional
Q2 Autosuficiencia	Individualista	Afiliativa
Q3 Perfeccionismo	Perfeccionista	Flexible
Q4 Tensión	Tensa	Relajada

Las **dimensiones globales** representan cinco factores de personalidad extraídos por Cattell y corresponden a escalas de segundo orden (ver tabla 3.13.). Cada una de las escalas globales está formada por un conjunto de escalas primarias y se definen según el polo alto (+) o bajo (-).

La *Extraversión* es el resultado de la agrupación de seis escalas primarias; Afabilidad (A⁺), Animación (F⁺), Vigilancia (L⁻), Privacidad (N⁻) y Autosuficiencia (Q2⁻); en el grupo de los chicos también se incluye la escala de Atrevimiento (H⁺). La persona extravertida se muestra abierta hacia las personas y busca relacionarse con los demás. La persona introvertida suele presentarse menos sociable.

La escala de *Ansiedad* se compone de las escalas de Aprensión (O⁺), Tensión (Q4⁺) y Estabilidad emocional (C⁻). En el grupo de chicos las escalas de Vigilancia (L⁺) y Apertura al cambio (Q1⁻) también se incluyen; en el caso de las chicas además de las que se añaden al grupo de chicos, se suma la escala de Atrevimiento (C⁻). Las personas que puntúan bajo, poca ansiedad, se manifiestan menos alteradas; mientras que las personas ansiosas, tienen dificultades para controlar sus emociones.

El factor global de *Dureza* incluye las escalas de Afabilidad (A⁻), Sensibilidad (I⁻), Abstracción (M⁻) y Apertura al cambio (Q1⁻), todos en sentido negativo o polo bajo. Una persona que puntúa alto en la escala de dureza tendrá dificultades para aceptar nuevos puntos de vista. La persona receptiva, tenderá a estar abierta a nuevas experiencias.

La escala de *Independencia* está formada por las escalas de Dominancia (E⁺), Atrevimiento (H⁺), Animación (F⁺), Vigilancia (L⁺), Apertura al cambio (Q1⁺), Tensión (Q4⁺), todas en sentido positivo. La persona independiente puede ser ineficaz cuando se requiera adaptarse a una nueva situación; por el contrario, la persona dependiente o acomodaticia, se mostrará tímida, confiada y tradicional.

Finalmente, la escala global de *Autocontrol* incluye las escalas de Atención a las normas (G⁺) y Perfeccionismo (Q3⁺) ambas en sentido positivo, la Abstracción (M⁻) en sentido negativo, en ambos sexos se acompaña de Apertura al cambio (Q1⁻) y Afabilidad (A⁺). En el grupo de chicos también destaca la escala de Animación (F1⁻), en su polo bajo. La persona con puntuación alta puede inhibir sus impulsos, pero la persona desinhibida tiene problemas para reprimirse.

La tabla 3.14. presenta las dimensiones globales del APQ y las escalas primarias que las forman.

Tabla 3.14. Dimensiones globales del APQ y las escalas primarias de cada dimensión.

Dimensiones globales	Polos		Escalas primarias
	+	-	
Extraversión	Extravertido	Introvertido	Q2 ⁻ N ⁻ L ⁻ F ⁺ A ⁺
Ansiedad	Ansioso	Ajustado	C ⁻ Q4 ⁺ O ⁺
Dureza	Duro	Receptivo	Q1 ⁻ M ⁻ I ⁻ A ⁻
Independencia	Independiente	Dependiente	Q4 ⁺ Q1 ⁺ L ⁺ F ⁺ H ⁺ E ⁺
Autocontrol	Autocontrolado	Desinhibido	M ⁻ Q3 ⁺ G ⁺

En el apartado de **Preferencias Ocupacionales** se reúnen seis tipos de actividades ocupacionales basadas en la teoría de Holland (1973) que define seis tipos de ocupaciones: Realista, Investigador, Artístico, Social, Emprendedor y Convencional. Se deben valorar de 0 a 5 cada una de las preferencias, según el orden de importancia.

El tipo manual, Realista según la tipología de Holland, representa a una persona a la que le gusta trabajar con las manos, interesada en los objetos y que tiende a ser práctica.

El tipo Científico, Investigador según Holland, incluye a las personas a las que les atraen las ideas y la investigación.

El tipo Artístico, igual en la tipología de Holland, hace referencia a personas creativas, a las que no les suelen gustar las tareas estructuradas.

El tipo de Gestión, Emprendedor según Holland, se trata de personas que tienden a persuadir a otros y dirigen equipos.

El de Ayuda, Social según Holland, es característico de las personas que quieren ayudar a otros y estar con ellos.

Y, finalmente, el tipo Organizacional, Convencional para Holland, se refiere a aquella persona a quien le interesan las actividades relativas a la organización y a la contabilidad.

En la tabla 3.15. se presentan las preferencias ocupacionales del cuestionario APQ y lo que significa cada una de ellas.

Tabla 3.15. Preferencias ocupacionales que evalúa el APQ y su significado.

Preferencias ocupacionales	Significado
Manual	Le gusta trabajar con sus manos
Científico	Le atrae la investigación
Artístico	Es creativo
Ayuda	Se da a los demás
Gestión o comercio	Es persuasivo
Organización	Dirige y organiza

En cuanto al apartado de Dificultades cotidianas se refiere, los ítems que la componen se dividen en cuatro categorías: Malestar personal, Meterse en problemas, Contexto y Estrategias de afrontamiento (ver tabla 3.16.).

La categoría de Malestar personal, compuesta por 28 ítems, evalúa desánimo (ánimo bajo, apatía), preocupación (preocupaciones de los adolescentes), imagen pobre de sí mismo (preocupaciones sobre el propio cuerpo, alimentación, sobrepeso) y disconformidad general

(es el resultado de la suma de las tres escalas anteriores). La segunda categoría formada por 25 ítems se refiere a Meterse en problemas, se compone de Ira-agresión (sentimientos violentos hacia otros), Dificultades con la autoridad (meterse en problemas serios), Dificultades con la adicción (problemas con el alcohol o drogas) y Total problemas (combinación de las tres escalas anteriores). El Contexto en que se han vivido las dificultades (casa o escuela) se compone de 10 ítems. Finalmente, la escala de Estrategias de afrontamiento, compuesta por 7 ítems, evalúa la competencia social, la eficacia en las tareas y métodos de afrontamiento (resolviendo problemas, utilizando valores aplicables a las situaciones y/o cambiando la actitud).

Tabla 3.16. Dificultades cotidianas que mide el APQ.

Dificultades cotidianas
Malestar personal
Desánimo (5 ítems)
Preocupación (6 ítems)
Imagen pobre de sí mismo (6 ítems)
Disconformidad general (17 ítems)
Meterse en problemas
Ira – agresión (4 ítems)
Dificultades con la autoridad (4 ítems)
Dificultades con la adicción (4 ítems)
Total en dificultades (12 ítems)
Contexto donde se viven las dificultades
Dificultades en su casa (5 ítems)
Dificultades en el colegio (3 ítems)
Estrategias de afrontamiento
Afrontamiento deficiente (6 ítems)

Objetivos de medida:

El objetivo de este autoinforme es evaluar rasgos de personalidad, las preferencias ocupacionales y las dificultades cotidianas de los adolescentes.

Cómo se ha desarrollado:

El 16 PF Adolescent Personality Questionnaire (APQ) surgió a partir del proyecto de actualizar el HSPQ (High School Personality Questionnaire; Cattell, Cattell y Johns, 1984; 2001).

La revisión del cuestionario HSPQ fue llevada a cabo a partir del año 1986 por el equipo de Cattell. En 1992, se reescribieron los ítems de nuevo con el fin de adaptarlos a población adolescente. En la primera versión propusieron 240 ítems que, posteriormente, se resumieron en 228 que sólo medían aspectos relacionados con personalidad. Después de administrar esta versión a participantes menores de 24 años, se creó la segunda versión

compuesta por 264 ítems. Posteriormente los ítems fueron reescritos de nuevo y se administró la última versión a 800 participantes, dando como resultado la estandarización de la última versión que se denominó 16 PF Adolescent Personality Questionnaire (APQ).

Características psicométricas:

La consistencia interna de la prueba, evaluada mediante el alfa de Cronbach, presenta coeficientes de fiabilidad de los factores primarios que oscilan entre 0.64 (Apertura al cambio) y 0.83 (Atrevimiento); en cuanto a las preferencias ocupacionales se refiere, los índices oscilan entre 0.46 (Organización) y 0.75 (Manual). El índice más alto de fiabilidad en el apartado de Dificultades cotidianas es de 0.78 (Total de problemas) y el más bajo corresponde al contexto de la escuela (0.42) (Schuerger, 1991)

En cuanto a la validez de constructo de los rasgos de personalidad, las correlaciones entre el APQ y el HSPQ oscilan entre 0.53 (Razonamiento) y 0.81 (Atrevimiento) para los factores primarios y, entre 0.69 (Extraversión) y 0.83 (Autocontrol) para los factores globales. La validez de constructo en el apartado de Preferencias ocupacionales se midió a partir de correlaciones con las dimensiones globales de personalidad, presentando coeficientes significativos, en su mayoría, que oscilan entre 0.08 (Artístico – Autocontrol) y 0.55 (Manual – Dureza).

En la adaptación española, realizada por TEA (2003), se contó con población adolescente entre 12 y 17 años de edad (N= 4229), de cursos comprendidos entre 1º de ESO y 2º de Bachillerato, tanto de centros públicos como concertados.

La fiabilidad de la adaptación española mediante el alfa de Cronbach, presenta índices entre 0.58 (Dominancia) y 0.80 (Atrevimiento) para las escalas primarias; entre 0.42 (Organización) y 0.70 (Manual) para el apartado de Preferencias Ocupacionales y, entre 0.33 (Dificultades en la escuela) y 0.79 (Disconformidad consigo mismo) para las Dificultades cotidianas. Hasta el momento, no se han realizado estudios sobre la validez de la adaptación del APQ en España.

Para la baremación española se pidió colaborar con el autor de la adaptación aportando desde nuestro estudio un total de 1157 participantes, pero el proceso de baremación concluyó antes de la recogida final de nuestros cuestionarios.

Administración:

La edad de aplicación preferente es de 12 a 19 años. El tiempo aproximado de aplicación es de 45 a 60 minutos. La administración de la prueba puede ser individual o colectiva.

El cuestionario se presenta como un instrumento que evalúa dieciséis rasgos de personalidad, mide también, estilos de respuesta, preferencias ocupacionales y problemas cotidianos.

Corrección:

Los 200 ítems se corrigen de forma mecánica y proporcionan un perfil con las puntuaciones directas y transformadas (centiles o típicas) de todas las escalas. El perfil se presenta con puntuaciones centiles. Para la corrección de los perfiles de este estudio se pidió a TEA la corrección mecanizada.

B.6. CRI-Y (Coping Responses Inventory- Youth):

El Coping Responses Inventory - Youth (CRI-Y; Moos, 1992) evalúa estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes en adolescentes. La prueba se divide en tres partes: una primera que corresponde a la exposición de un problema o situación estresante que los adolescentes hayan vivido durante los últimos 12 meses; una segunda parte que analiza las características del problema (por ejemplo, conocimiento o experiencia previa, si se vivió el problema como un reto o un desafío), y la tercera parte que consta de 48 ítems relacionados con el tipo de estrategia utilizada para resolver el problema.

Estos 48 ítems se agrupan en ocho escalas que corresponden a ocho estrategias de afrontamiento, Análisis lógico (AL), Reevaluación positiva (RP), Búsqueda de guía (BG), Resolución de problemas (RPb), Evitación cognitiva (EC), Aceptación o resignación (AR), Búsqueda de gratificación (BGr) y Descarga emocional (DE). Estas estrategias se organizan según dos dimensiones: foco, que comprende el uso de estrategias de Aproximación y Evitación del problema; y método, que utiliza el método cognitivo o comportamental. De este modo con el cruce de las dimensiones foco y método las estrategias se organizan según se observa en la tabla 3.17.

Tabla 3.17. Escalas del CRI-Y.

		FOCO	
		Aproximación	Evitación
M É T O D O	Cognitivo	1. Análisis lógico (AL)	5. Evitación cognitiva (EC)
		2. Reevaluación positiva (RP)	6. Aceptación o resignación (AR)
	Conductual	3. Búsqueda guía (BG)	7. Búsqueda de gratificación (BGr)
		4. Resolución de problemas (RPb)	8. Descarga emocional (DE)

La descripción de las escalas del CRI-y y lo que evalúan se presentan en la tabla 3.18.

Tabla 3.18. Descripción de las escalas del CRI-Y y aspectos que evalúan.

Estrategias de Aproximación:	
1. Análisis lógico (AL)	Mide los intentos cognitivos que hace el adolescente para entender o prepararse mentalmente frente a un estresor o sus consecuencias.
2. Reevaluación positiva (RP)	Evalúa los intentos cognitivos que hace el adolescente para evaluar el problema de forma positiva mientras acepta la situación
3. Búsqueda de guía (BG)	Mide los intentos que el adolescente lleva a cabo para buscar información, guía o apoyo
4. Resolución de problemas (RPb)	Mide los intentos que hace el adolescente para resolver el problema
Estrategias de evitación	
1. Evitación cognitiva (EC)	Se refiere a los intentos cognitivos que hace la persona para evitar pensar sobre el problema
2. Aceptación o resignación (AR)	Mide los intentos cognitivos que realiza el adolescente para resignarse o aceptar el problema
3. Búsqueda de gratificación (BGr)	Evalúa los intentos que hace el individuo para alejarse del problema, haciendo actividades, buscando o creando nuevas fuentes de satisfacción
4. Descarga emocional (DE)	Mide los intentos que hace la persona para reducir su tensión expresando emociones

Para este estudio se ha añadido una escala que mide la intensidad que el adolescente adjudica al problema que describe.

Objetivos de medida:

Evaluar las estrategias de afrontamiento que el participante utiliza según el problema que expresa.

Cómo se ha desarrollado:

El CRI-Y se desarrolló en cinco fases:

1. Identificación de las estrategias de afrontamiento y desarrollo de los ítems: El autor escogió para trabajar las estrategias de afrontamiento los dos enfoques que se refieren al *foco* y al *método* de las mismas. Los ítems surgen a partir de las descripciones de cómo los adolescentes se enfrentan a los problemas.
2. Construcción preliminar del cuestionario: Se inició con 10 dimensiones de estrategias de afrontamiento. Los ítems se adaptaron a un formato de respuesta estructurado. Se escogieron 100 ítems y se utilizaron para hacer entrevistas piloto.
3. Revisión de los ítems según las entrevistas piloto: Se llevaron a cabo 40 entrevistas en las que se presentaban distintas situaciones cotidianas. Se examinó la claridad y

el contenido de los ítems. También se incluyeron preguntas abiertas. Un experto revisó la claridad de los ítems y propuso el CRI-Y con 72 ítems.

4. Primera revisión del inventario: Se administró el CRI-Y de 72 ítems a 315 adolescentes. La población era comunitaria, con problemas de salud y patologías psiquiátricas. La finalidad de la aplicación en una población tan diversa era comparar los resultados entre adolescentes con y sin problemas.
5. Segunda revisión del inventario: Se volvió a administrar el cuestionario de 12 a 15 meses después.

Características psicométricas:

Según Moos (1992), la consistencia interna de las escalas es moderada para chicos y chicas. Los coeficientes oscilan entre 0.55 (Escala de Aceptación o resignación) y 0.72 (Escala de Búsqueda de guía y Descarga emocional), en el grupo de chicas, y entre 0.61 (Descarga emocional) y 0.79 (Reevaluación positiva) en el grupo de los chicos. La fiabilidad test-retest con un intervalo de 12 a 15 meses mantiene unos índices de consistencia interna estables para ambos sexos. La EC y la DE parecen más estables en los chicos ($r = 0.46$ y 0.39) que en las chicas ($r = 0.27$). Por el contrario, el AL y la BG muestran más estabilidad en el grupo de las chicas ($r = 0.31$ y 0.41) que en los chicos ($r = 0.17$ y 0.22).

Moos (1992) presenta datos sobre la validez de constructo con distintos grupos de adolescentes (grupo sano, grupo depresivo, grupo con problemas de conducta y grupo con enfermedad reumática) entre los que encuentra diferencias según las estrategias de afrontamiento.

Forns, Amador, Kirchner, Gómez, Martorell y Muro (2005) presentan las características psicométricas del CRI-Y en versión española. La consistencia interna de las escalas es moderada y oscila entre .40 y .63. La validez de criterio corrobora la relación entre el uso de estrategias de evitación y el aumento de síntomas psicopatológicos.

Administración:

La prueba puede aplicarse a adolescentes entre 12 y 18 años, de forma individual o colectiva.

Corrección:

Para la primera parte del cuestionario, que se refiere a la descripción de un problema, Forns et al. (2004) han propuesto un sistema de codificación multiaxial de los problemas expresados por los adolescentes según cuatro categorías: naturaleza del problema

(identifica a quién le sucede el problema), contenido del problema (identifica la temática del problema), participantes del problema (se refiere a quién ha intervenido en el problema) y ámbito de ocurrencia (identifica el contexto donde ha sucedido el problema). En la tabla 3.19. se concretan todas las categorías del sistema de codificación de los problemas según Forns et al. (2004).

Cabe destacar que para el presente estudio se añadió una categoría más en el apartado de Contenido del problema, problema de alimentación. También se añadió una codificación nueva sobre la intensidad del problema que expresa el adolescente, que valora en una escala de 1 a 5 (nada, un poco, bastante, mucho, muchísimo).

Tabla 3.19. Sistema de codificación de los problemas relatados por los adolescentes.

N- Naturaleza del problema	N-1 Personal
	N-2 Interpersonal
	N-3 Ajeno
C- Contenido del problema	C-1 Relación
	C-2 Divorcio, separación
	C-3 Autoculpa
	C-4 Rendimiento escolar
	C-5 Cambio de hogar, residencia, escuela
	C-6 Conflicto con normas y reglas
	C-7 Victimización
	C-8 Deportes, ocio o vacaciones
	C-9 Salud, enfermedad, accidentes
	C-10 Adicciones
	C-11 Dinero, economía, trabajo
	C-12 Muerte, suicidio
	C-13 Otros, no específico
	C-14 <i>Problemas de alimentación</i>
P- Participantes en el problema	P-1 Sujeto
	P-2 Núcleo familiar: padres, hermanos
	P-3 Familia extensa
	P-4 Compañeros, amigos
	P-5 Pareja
	P-6 Profesores
	P-7 Adultos
	P-8 Animales
AO- Ámbito de ocurrencia del problema	AO-1 Hogar y entorno familiar extenso
	AO-2 Escuela, instituto
	AO-3 Ocio, deporte
	AO-4 Barrio, y contextos físicos y laborales
	AO-5 No especificado

Ejemplo de codificación de problema:

“Mi bisabuela está en el hospital y ha tenido una embolia”.....N3 + C9 + P3 + AO4

“Con la comida soy muy problemática, no me gustan muchas cosas”...N1 + C14 + P1+ AO1

La segunda parte del cuestionario, las diez preguntas referentes al problema, se contabilizan una a una según la opción de respuesta (Seguro que no = 0, Generalmente no = 1, Generalmente sí = 2, Seguro que sí = 3).

Para la tercera y última parte del cuestionario, se hace un recuento de los ítems correspondientes a cada estrategia de afrontamiento. En el caso de ítems no contestados se hará un prorrateo según sean uno o más ítems sin contestar.

Las puntuaciones directas se transforman en típicas y crean un perfil individual, que incluirá las respuestas de evitación y afrontamiento expresadas por los adolescentes, también permite comparar los resultados individuales con el grupo normativo.

C. PROCEDIMIENTO:

C.1. Selección de la muestra

La recogida de información para esta investigación se hizo contando con la participación de escuelas públicas y concertadas de la ciudad de Barcelona.

Antes de iniciar el contacto con las escuelas, durante el mes de marzo de 2003, se consideró oportuno ponerse en contacto con el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, con la señora Assumpció Roset, responsable del Programa de Educación para la Salud en la Escuela, para dar a conocer el proyecto y su implicación con la población escolar. Se pidió el apoyo del Sr. Jordi Blanch i Huguet, Subdirector General d'Ordenació Curricular i Programes Educatius, con el fin de acceder con más facilidad a las escuelas. Este apoyo se nos manifestó verbalmente.

A partir de ese momento, se estableció contacto telefónico, con la dirección del centro o con los responsables de las escuelas, escogidas al azar (Ver tabla 3.20.), con el fin de exponer los objetivos de la investigación y la posible colaboración del centro. El proyecto inicial constaba con 30 escuelas de los diez distritos de la ciudad de Barcelona. Para cada distrito se escogió, de forma aleatoria, una escuela pública y una concertada, de modo que quedaran compensadas las públicas y las concertadas. Cuando alguna escuela no quería participar se escogía otra con las mismas características. La colaboración fue de un 26.6% (33.33% de escuelas públicas y 66.66% de escuelas concertadas), es decir, doce escuelas en total (Ver tabla 3.21.). Únicamente dos distritos no están representados en este estudio (Nou Barris y Eixample).

Una vez establecido el contacto con la escuela, se realizaba una entrevista personal con el director del centro en la que se le hacía entrega de una copia del proyecto de investigación donde se le exponía el procedimiento del trabajo y las peticiones específicas para llevar a cabo su colaboración con la investigación.

Para cada escuela acordamos día y hora para administrar los cuestionarios a los chicos y recoger, al mismo tiempo, datos sobre la altura y el peso de cada uno de los participantes en la investigación. La administración de los cuestionarios se realizó en horas de tutoría. Se pidió que los profesores estuvieran presentes durante la administración de las pruebas.

Tabla 3.20. PREVISIÓN DE ESCUELAS
MUESTREO DE LAS ESCUELAS DE BARCELONA CIUDAD
(Según el distrito)

	6º de Primaria	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO
1. CIUTAT VELLA	Pública: CEIP Baixeras	Pública: IES Verdaguer	Concertada: Cintra	Pública: IES Verdaguer	Concertada: Cintra
2. EIXAMPLE	Concertada: Col. Sagrado Corazón	Pública: IES Parc de l'Escorxador	Pública: IES Parc de l'Escorxador	Concertada: Col. Sagrat Cor de Jesús	Concertada: Col. Sagrat Cor de Jesús
3. HORTA-GUINARDÓ	Pública: CEIP Àngels Garriga	Concertada: Sagrada Família-Horta	Concertada: Sagrada Família-Horta	Pública: IES Ferran Tallada	Pública: IES Ferran Tallada
4. SANT ANDREU	Concertada: L'Esperança	Concertada: Roca	Pública: IES Príncep de Viana	Concertada: Roca	Pública: IES Príncep de Viana
5. SARRIÀ- SANT GERVASI	Pública: CEIP Els Xipres	Pública: IES Josep Serrat i Bonastre	Concertada: Josep i Maria	Concertada: Josep i Maria	Pública: IES Josep Serrat i Bonastre
6. LES CORTS	Concertada: Sant Pau	Concertada : Maristes Sants-Les Corts	Pública: IES Ausias March	Pública: IES Ausias March	Concertada : Maristes Sants-Les Corts
7. GRÀCIA	Pública: CEIP Reina Violant-Comas i Solà	Pública: IES La Sedeta	Concertada: Sant Estanislao de Kostka-SEK	Pública: IES La Sedeta	Concertada: Sant Estanislao de Kostka-SEK
8. SANT MARTÍ	Concertada: Montseny-Poblenou	Pública: IES Sant Martí de Provençals	Pública: IES Sant Martí de Provençals	Concertada: Montseny-Poblenou	Concertada: Montseny-Poblenou
9. NOU BARRIS	Pública: CEIP Sant Jordi	Concertada: Amor de Dios	Concertada: Amor de Dios	Pública: IES Joseph Pla	Pública: IES Joseph Pla
10. SANTS-MONTJUÏC	Concertada: Sant Pere Claver	Concertada: Escuela FP Oscus	Pública: IES Lluís Doménech i Montaner	Concertada: Escuela FP Oscus	Pública: IES Lluís Doménech i Montaner

Tabla 3.21.

ESCUELAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

	6º de Primaria	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO
1. CIUTAT VELLA		Pública: IES Verdaguer		Pública: IES Verdaguer	
2. EIXAMPLE					
3. HORTA-GUINARDÓ		Concertada: Sagrada Familia-Horta	Concertada: Sagrada Familia-Horta		
4. SANT ANDREU	Concertada: L'Esperança	Concertada: Roca		Concertada: Roca	
5. SARRIÀ- SANT GERVASI				Concertada: Betània-Patmos	Concertada: Betània-Patmos
6. LES CORTS	Concertada: Sta. Teresa de Lisieux	Concertada: Maristes Sants-Les Corts Concertada: Sta. Teresa de Lisieux	Concertada: Sta. Teresa de Lisieux	Concertada: Sta. Teresa de Lisieux	Concertada: Maristes Sants-Les Corts Concertada: Sta. Teresa de Lisieux
7. GRÀCIA		Pública: IES La Sedeta	Concertada: Sant Estanislao de Kostka- SEK	Pública: IES La Sedeta	Concertada: Sant Estanislao de Kostka- SEK
8. SANT MARTÍ		Pública: IES Infanta Isabel	Pública: IES Infanta Isabel		
9. NOU BARRIS					
10. SANTS-MONTJUÏC	Concertada: Anna Ravell		Pública: IES Lluís Doménech i Montaner		Pública: IES Lluís Doménech i Montaner

C.2. Aplicación de las pruebas:

En primer lugar se pidió la participación de la dirección de la escuela, luego se informó a los padres, mediante una carta, sobre el estudio donde sus hijos podían participar y, finalmente, se pidió el asentimiento de los chicos para la administración de las pruebas.

La administración de las pruebas fue de forma colectiva. Al inicio de la administración de los cuestionarios se les explicaba a los participantes el objetivo de la investigación y se informaba de la confidencialidad de los datos. Para la identificación de los participantes se les pedía fecha de nacimiento e iniciales de nombre y apellidos y poder así agrupar las cinco pruebas que se administraron a cada participante. Después de completar los cuestionarios, el alumno pasaba a un espacio habilitado al efecto donde el examinador lo pesaba y tallaba, siempre descalzo.

El equipo de evaluadores constaba de dos o tres licenciados en Psicología (según la escuela) y dos alumnas de últimos cursos de psicología. Las encargadas de tallar y pesar eran voluntarias profesionales de la salud. A todo el equipo se las entrenó en la administración de los cuestionarios, también se les proporcionaron unas instrucciones para dar la misma información a los alumnos y seguir el mismo criterio de aplicación de las pruebas.

C.3. Fases del estudio:

Este estudio ha constado de dos estadios:

Primer estadio:

Se administraron los autoinformes en dos tiempos, en un primer momento se administraban tres pruebas (EDI-2, SCOFF y CRI-Y) y en un segundo momento las dos restantes (APQ y Hábitos alimentarios). También se pidió información sociodemográfica como la edad, el sexo, el curso, el nivel de estudios y el trabajo de los padres. La recogida de datos se completó con la medición de la talla y el peso.

Segundo estadio:

En una segunda fase, se seleccionó la muestra de riesgo a partir de las puntuaciones del EDI-2, tal y como se ha comentado en el apartado de la muestra (ver pag. 70). A los participantes que superaban una puntuación en el EDI-2 superior al centil 95 en al menos dos de tres escalas se les administró, de forma individual, la entrevista semiestructurada EDE-12 por la autora de este trabajo (P.M.), entrenada por el equipo del Dr. Fairburn. Veintidós participantes del grupo de riesgo no quisieron colaborar en la segunda parte del estudio.

Una vez recogidos todos los datos se entregaba a cada escuela una carta de agradecimiento por su colaboración y un informe sobre los datos más característicos de los hábitos alimentarios de los cursos evaluados y, en los casos del grupo de riesgo, se informó al psicólogo de la escuela y/o al tutor. En caso necesario se hizo derivación clínica. La recogida de datos se llevó a cabo desde el mes de mayo de 2003 hasta febrero de 2004.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 12.0. Los valores de significación estadística se comentarán considerando como criterio $p < .05$.

El análisis del cuestionario de hábitos alimentarios se ha realizado mediante dos estrategias: de estadística clásica y el sistema de Redes Neuronales. Las redes neuronales son un método de análisis de datos que, desde finales de los años 80, se está utilizando en diversas disciplinas como la física, la astronomía, la economía, la ingeniería y la medicina (Sopena y Romero, 2004). Esta herramienta de análisis se concibe como una red neuronal donde cada neurona transforma una señal de entrada (capa de neuronas de entrada) en una señal de salida (capa de neuronas de salida). En el caso que nos ocupa, la capa de entrada estaría representada por varias variables evaluadas por el cuestionario de hábitos alimentarios y en la capa de salida tendríamos el diagnóstico correspondiente, en este caso la probabilidad de pertenencia al grupo de riesgo. Una red neuronal puede solucionar problemas de clasificación y proporcionar un estimador de la probabilidad de pertenencia a una clase; también puede poner de manifiesto la relación entre varias variables a partir de un conjunto de ejemplos. Este análisis no presupone ningún tipo de relación entre variables y ésta es una de las ventajas de este proceso.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

A. Características psicométricas de las pruebas:

En este apartado se presentan las características psicométricas de los instrumentos administrados a los participantes y se analiza el efecto de las variables del sexo y del curso académico, para cada cuestionario.

A.1. EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2):

Los análisis realizados con este cuestionario se han hecho a partir de las puntuaciones directas, no transformadas, tal y como varios autores recomiendan para muestras comunitarias, ya que consideran que la variabilidad disminuye significativamente con las puntuaciones transformadas en estas muestras (Lee, Lee, Leung y Yu, 1997; Machado, Gonçalves, Martins y Soares, 2001; Muro et al., 2006; Schoemaker, Van Strien y Van der Staak, 1994; Wear y Pratz, 1987). En la tabla 4.1. se presentan las medias y las desviaciones típicas de las once escalas del EDI-2 (Garner, 1990). Las medias para esta muestra oscilan entre 7.03 (Bulimia) y 19.60 (Desconfianza interpersonal).

Tabla 4.1. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas del EDI-2

ESCALAS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Obsesión por la delgadez	13.03	8.86
Bulimia	7.03	6.1
Insatisfacción corporal	19.48	5.30
Ineficacia	19.08	5.91
Perfeccionismo	11.86	6.18
Desconfianza Interpersonal	19.60	4.71
Conciencia interoceptiva	15.91	8.08
Miedo a la madurez	16.56	5.59
Ascetismo	12.65	6.34
Impulsividad	16.23	9.02
Inseguridad social	18.67	5.64

A.1.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar:

Se ha realizado un ANOVA tomando como variable intrasujeto la puntuación en cada una de las escalas del EDI-2 y como variable intersujeto el sexo y el curso escolar.

Los resultados del ANOVA se recogen en la tabla 4.2. Se observan diferencias estadísticamente significativas según el sexo en cinco escalas: Obsesión por la delgadez ($F_{(1,1075)} = 93.109$; $p = .011$), Perfeccionismo ($F_{(1,1054)} = 15.033$; $p < .001$), Conciencia interoceptiva ($F_{(1,1041)} = 26.501$; $p < .001$), Miedo a la madurez ($F_{(1,1046)} = 5.273$; $p = .022$) y Ascetismo ($F_{(1,1001)} = 7.908$; $p = .005$). En cuanto a la variable curso se refiere, hay diferencias estadísticamente significativas en cinco escalas: Obsesión por la delgadez ($F_{(1,1075)} = 3.306$; $p < .001$), Bulimia ($F_{(1,1063)} = 4.720$; $p = .001$), Insatisfacción corporal ($F_{(1,1040)} = 74.265$; $p = .031$), Perfeccionismo ($F_{(1,1054)} = 3.871$; $p < .004$) e Impulsividad ($F_{(1,1007)} = 3.442$; $p = .008$). Respecto a la interacción sexo y curso, encontramos que es significativa en cuatro escalas del EDI-2: Obsesión por la delgadez ($F_{(1,1075)} = 8.091$; $p < .001$), Conciencia interoceptiva ($F_{(1,1041)} = 2.869$; $p = .022$), Miedo a la madurez ($F_{(1,1046)} = 3.461$; $p = .008$) e Impulsividad ($F_{(1,1007)} = 2.734$; $p = .028$).

En la escala de **Obsesión por la delgadez** se aprecian diferencias estadísticamente significativas según sexo y curso académico. El grupo de las chicas presenta una mayor preocupación por el peso y las dietas y, manifiestan tener más miedo a engordar que los chicos (Media chicas = 15.88; chicos = 10.23). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 2º de ESO y 6º de primaria (Media 2º = 14.09; 6º = 10.93); es decir, son los mayores los que muestran más preocupación por estar delgados. Según se observa en la tabla, el tamaño del efecto es bajo tanto en las variables sexo y curso como en la interacción de ambas.

La figura 4.1. recoge las puntuaciones medias, no transformadas, de la escala de Obsesión por la delgadez para chicos y chicas desde 6º de primaria a 4º de ESO. Según se observa, el grupo de chicos mantiene una estabilidad en las puntuaciones de la escala y, a partir de segundo curso de ESO, es cuando se inicia un descenso de las mismas, incluso situándose por debajo de la puntuación de 6º de primaria. En el caso de las chicas, se aprecia una progresión de las puntuaciones que tiene su punto más elevado en 3º y en 4º de ESO descendiendo ligeramente. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en todos los cursos escolares a excepción de 6º de primaria [1º de ESO ($t_{(308)} = 4.59$; $p \leq .001$; $r = 0.25$), 2º de ESO ($t_{(234)} = 5.10$; $p \leq .001$; $r = 0.32$), 3º de ESO ($t_{(234)} = 7.67$; $p \leq .001$; $r = 0.45$) y 4º de ESO ($t_{(183)} = 7.48$; $p \leq .001$; $r = 0.48$)]. En estos cursos escolares, las chicas son las que destacan por manifestar una mayor preocupación

por estar delgadas que aumentan según la edad; en el grupo de los chicos esta preocupación va disminuyendo con la edad.

En la escala de **Bulimia** no se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($F_{(1,1063)} = 2.750$; $p = .098$) aunque sí según el curso. Se aprecian diferencias significativas entre el curso de 3º de ESO, 1º de ESO y 6º de primaria. Los participantes de 3º de ESO manifiestan más tendencia a tener pensamientos sobre darse atracones de comida incontrolables, en comparación con los de 1º de ESO y 6º de primaria (Medias 3º = 7.97; 1º = 6.32; 6º = 5.69). Cabe destacar que el tamaño del efecto en la variable curso es bajo.

Según se muestra en la figura 4.2., el grupo de chicos presenta un perfil de resultados en la escala de Bulimia bastante uniforme a lo largo de los cursos, es en 2º de ESO cuando muestra una mayor puntuación que después en los dos cursos siguientes va disminuyendo hasta alcanzar el nivel inicial. En el caso de las chicas, el perfil de respuestas se inicia con puntuaciones medias bajas y se observa un crecimiento en las medias según van pasando los cursos escolares; en 1º y 2º de ESO hay una estabilidad en las puntuaciones medias.

Para la escala de **Insatisfacción corporal** únicamente aparecen diferencias estadísticamente significativas según el curso a nivel global. Sin embargo, al analizar los grupos dos a dos no se alcanza significación estadística. Tampoco se aprecian diferencias significativas según sexo ($F_{(1,1040)} = 3.184$; $p = .075$) ni para la interacción entre sexo y curso ($F_{(1,1040)} = 0.726$; $p = .574$).

En la figura 4.3., se muestra la evolución de las puntuaciones medias según el curso escolar y el sexo. Tanto chicos como chicas muestran un perfil de las medias muy similar y estable en todos los cursos, a excepción de 4º de ESO donde el grupo de los chicos aumenta levemente las puntuaciones medias y se sitúa por encima de las chicas.

En la escala de **Ineficacia** no se observan diferencias significativas según sexo ($F_{(1,1047)} = 0.399$; $p = .528$), curso ($F_{(1,1047)} = 1.295$; $p = .270$) ni según la interacción entre ambas variables ($F_{(1,1047)} = 1.182$; $p = .317$).

Según se observa en la figura 4.4., la evolución de las puntuaciones medias de los chicos es estable desde 6º de primaria a 2º de ESO. A partir de 3º de ESO se aprecia un descenso de las puntuaciones medias hasta 4º de ESO, para los chicos. El grupo de las chicas sigue una tendencia similar a la de los chicos desde 6º a 2º de ESO; en 3º de ESO se aprecia la puntuación media más alta, aunque en 4º de ESO se observa una disminución de las puntuaciones medias.

Figura 4.1. Puntuaciones medias de la escala **Obsesión por la delgadez** según sexo y curso.

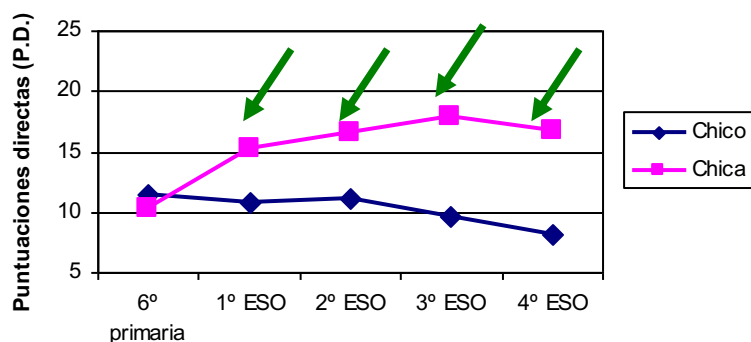


Figura 4.2. Puntuaciones directas de la escala **Bulimia** según sexo y curso.

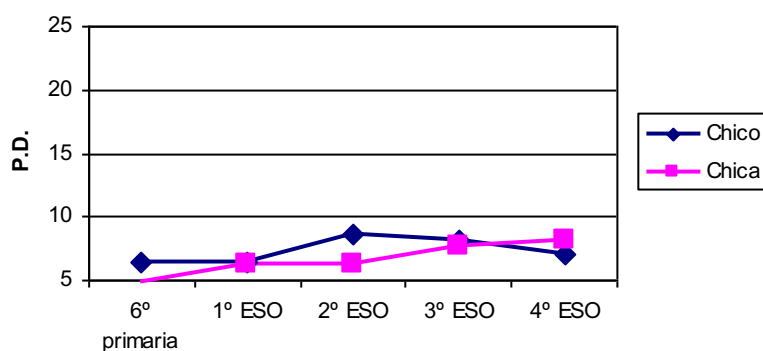


Figura 4.3. Puntuaciones medias de la escala **Insatisfacción corporal** según sexo y curso.

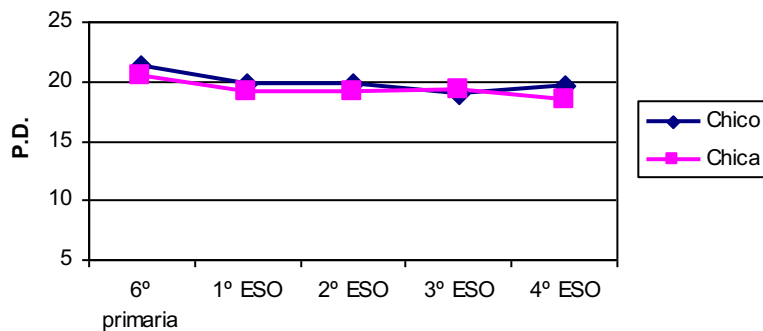
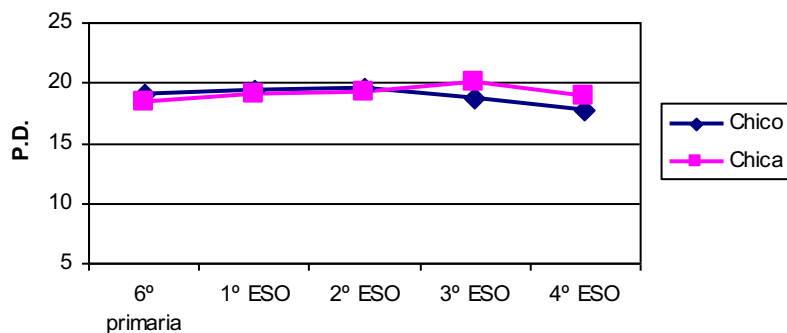


Figura 4.4. Puntuaciones medias de la escala de **Ineficacia** según sexo y curso.



En relación a la escala de **Perfeccionismo** se aprecian diferencias significativas según el sexo y el curso académico. La puntuación media de los chicos es más elevada y esto indica que los chicos presentan una mayor exigencia de sí mismos y tienden a pensar más que lo que se espera de ellos son resultados excelentes, en comparación con el grupo de las chicas (Medias chicos = 12.65; chicas = 11.08). Según el curso académico, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y 1º y 4º de ESO; es decir, los chicos y chicas más jóvenes se muestran más exigentes consigo mismos que los mayores (Medias 6º= 13.79; 1º= 11.68; 4º= 10.99). El tamaño del efecto, tanto para la variable sexo como curso es muy bajo.

La figura 4.5. presenta la evolución de las puntuaciones medias de la escala de Perfeccionismo. Se observa que en el caso de los chicos, en 6º de primaria muestran la mayor puntuación media que va disminuyendo levemente a lo largo de los cursos escolares hasta 4º de ESO. Para las chicas también se aprecia una disminución de las puntuaciones, aunque a partir de 1º de ESO hasta 3º de ESO hay un leve ascenso de las mismas, que vuelven a disminuir en 4º de ESO. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el curso de 1º de ESO entre chicos y chicas ($t_{(305)} = 2.97$; $p = .003$; $r = 0.17$), siendo ellos los que muestran una mayor autoexigencia que las chicas (Medias chicos = 12.69; chicas = 10.63). También se muestran diferencias significativas en 2º de ESO ($t_{(230)} = 2.16$; $p = .032$; $r = 0.14$), en este caso también son ellos los que manifiestan una mayor exigencia de sí mismos en comparación con el grupo de chicas (Medias chicos = 12.64; chicas = 10.97).

En la escala de **Desconfianza interpersonal** no se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ni entre cursos académicos.

En la figura 4.6. se recogen las puntuaciones medias de la escala de Desconfianza Interpersonal. Se observa que la evolución del perfil de puntuaciones de los chicos es estable entre 6º de primaria y 1º de ESO pero a partir de este curso hasta 3º aparece un declive de las mismas que se recupera en 4º de ESO, llegando al punto inicial. En el caso de las chicas, en 6º de primaria se muestra la media más alta, aunque ésta disminuye en 1º de ESO. A partir de este curso se observa una estabilidad que en cuarto curso llega incluso a coincidir con las puntuaciones medias de los chicos.

En cuanto a la escala de **Conciencia Interoceptiva** se refiere, no se observan diferencias estadísticamente significativas según curso, pero sí según el sexo. Las chicas manifiestan una mayor dificultad que los chicos para reconocer y actuar adecuadamente a sus emociones; y para identificar sensaciones viscerales como el hambre y la saciedad (Medias

chicas = 17.34; chicos = 14.52). El tamaño del efecto para las variables sexo y la interacción sexo y curso es bajo.

En la figura 4.7., se observan las puntuaciones medias de la escala de Conciencia interoceptiva según sexo y curso. En cuanto a la evolución de las puntuaciones se refiere, en el caso de los chicos se aprecia un declive de las medias hasta 4º de ESO, pero de forma irregular. En el caso de las chicas ocurre una tendencia contraria, hay un aumento de las puntuaciones medias hasta 3º de ESO, donde alcanza el punto más alto y, en 4º de ESO se aprecia una disminución de la media. Las flechas de la figura indican diferencias estadísticamente significativas en el curso de 3º de ESO entre chicos y chicas ($t_{(230)}=4.94$; $p\leq.001$; $r=0.31$); son ellas las que presentan mayores dificultades en interpretar las sensaciones viscerales, en comparación con el grupo de chicos (Medias chicas = 18.86; chicos = 13.62). También se observan diferencias estadísticamente significativas en el curso de 4º de ESO ($t_{(174)}=3.80$; $p\leq.001$; $r=0.28$), el grupo de las chicas son las que muestran más problemas para identificar y reconocer emociones (Media chicas =17.48; chicos = 13.47).

En la escala de **Miedo a la madurez**, hay diferencias estadísticamente significativas según el sexo y según la interacción entre sexo y curso, pero no según el curso escolar. Son los chicos los que manifiestan un mayor temor a la adultez, en comparación con el grupo de chicas (Medias chicos =16.92; chicas = 16.18). El tamaño del efecto de las variables sexo y de la interacción sexo y curso es muy bajo.

En la figura 4.8., se recogen las puntuaciones medias de la escala de Miedo a la Madurez. Se aprecian dos perfiles diferenciados; en el caso de los chicos, se observa una disminución de las puntuaciones hasta 3º de ESO y es en el último curso cuando hay un crecimiento de las mismas. En el perfil de las chicas ocurre lo contrario, hay un ascenso de las puntuaciones medias que se estabiliza en 2º de ESO y disminuye levemente en 3º de ESO, pero que en 4º de ESO vuelve a ascender, llegando a su punto máximo. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en 6º de primaria ($t_{(117)}=2.77$; $p=.007$; $r=0.25$), es el grupo de los chicos quien manifiesta tener mayor miedo a la etapa adulta que las chicas (Medias chicos = 17.97; chicas = 15.20). También se aprecian estas diferencias en el curso de 1º de ESO ($t_{(294)}=2.70$; $p=.007$; $r=0.16$), son ellos los que también expresan un mayor respeto hacia la edad adulta en comparación con las chicas (Medias chicos = 18.01; chicas = 16.12).

Figura 4.5. Puntuaciones medias de la escala de **Perfeccionismo** según sexo y curso.

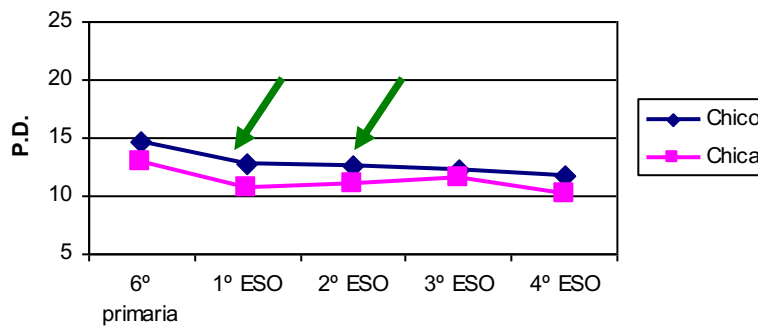


Figura 4.6. Puntuaciones medias de la escala de **Desconfianza Interpersonal** según sexo y curso.

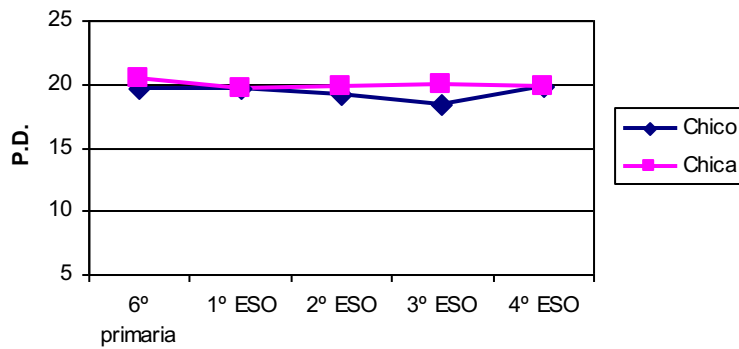


Figura 4.7. Puntuaciones medias de la escala de **Conciencia Interoceptiva** según sexo y curso.

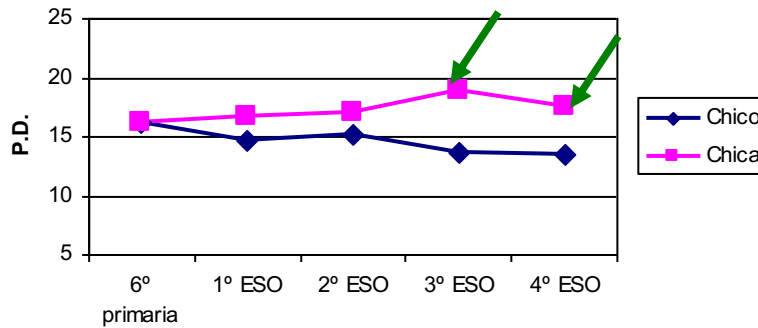
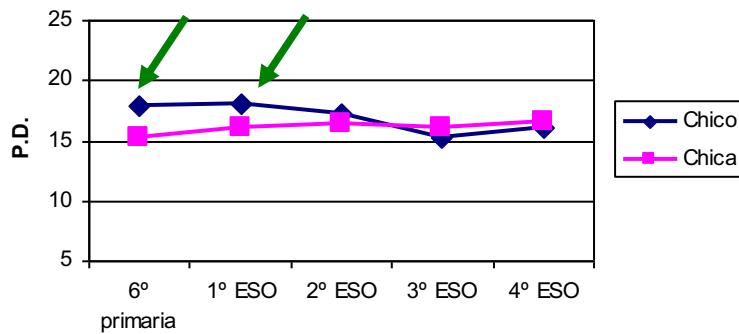


Figura 4.8. Puntuaciones medias de la escala de **Miedo a la madurez** según sexo y curso.



En la tabla 4.2. se observa que en la escala de **Ascetismo** se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el sexo pero no según el curso académico ni la interacción entre las variables de sexo y curso. Son los chicos los que expresan mayores pensamientos de autodisciplina, sacrificio y autosuperación, en comparación con el grupo de chicas (Medias chicos = 13.18; chicas = 12.10). El tamaño del efecto es muy bajo para la variable de sexo.

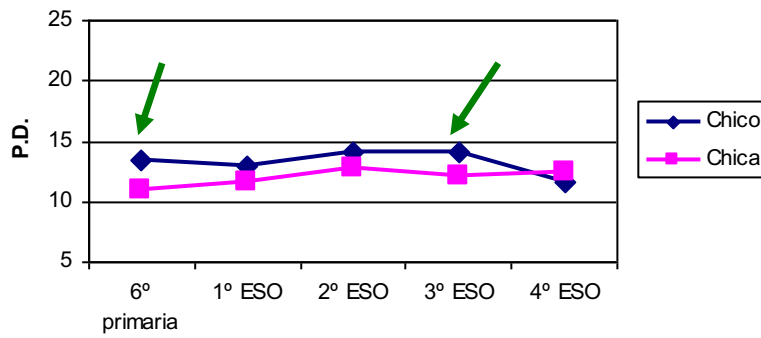
En la figura 4.9. se muestran las puntuaciones medias de la escala de Ascetismo, según sexo y curso. La figura nos indica que el perfil de los chicos es muy irregular, en 1º de ESO se aprecia una disminución leve de las puntuaciones, aunque es a partir de 2º de ESO que aumentan y se estabilizan hasta 3º de ESO; es en el 4º curso cuando estas puntuaciones disminuyen. En el grupo de las chicas, desde 6º de primaria se observa un ascenso de las puntuaciones que llega a su punto máximo en 2º de ESO y, en el tercer curso se aprecia una disminución de las mismas que intenta recuperarse en el último curso.

Para la escala de **Impulsividad** no se observan diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo, pero sí según el curso académico y la interacción entre ambas variables. Se observa que los participantes de 4º de ESO presentan puntuaciones más bajas que los cursos de 2º y 3º de ESO (Medias 4º de ESO = 14.33; 2º de ESO = 17.21; 3º de ESO = 17.16). El tamaño del efecto para las variables de curso y la interacción de curso y sexo es muy bajo.

En la figura 4.10. se observan las puntuaciones medias, de la escala de Impulsividad. Se puede apreciar que los chicos tienen una leve tendencia creciente a lo largo de los cursos, desde 6º de primaria hasta 2º de ESO; a partir de 3º de ESO se observa una disminución de las mismas hasta 4º curso. En el grupo de las chicas, también aparece una tendencia creciente más acentuada que llega hasta 3º de ESO y, en el 4º curso disminuye levemente.

En la escala de **Inseguridad social** no se aprecian diferencias estadísticamente significativas según sexo o según curso y tampoco es significativa la interacción entre ambas variables. En la figura 4.11., se muestran las medias según sexo y curso. En el perfil de puntuaciones de los chicos se observa una tendencia en ascenso de las medias hasta 2º de ESO, en 3º disminuyen y en 4º se incrementan incluso por encima de la media inicial. En cuanto a las chicas se refiere, el perfil es contrario al de los chicos; desde 6º de primaria hasta 2º de ESO se aprecia una disminución de las puntuaciones, aunque en 3º suben ligeramente y en 4º vuelven a bajar.

Figura 4.9. Puntuaciones medias de la escala de **Ascetismo** según sexo y curso.



** Dado que no hay diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre sexo y curso, las flechas de la figura indican diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en 6º de primaria ($t_{(112)}=2.26$; $p=.026$; $r=0.21$) y 3º de ESO ($t_{(214)}=2.21$; $p=.029$; $r=0.15$). En ambos cursos son los chicos los que expresan más autodisciplina y sacrificio (Media 6º de primaria chicos = 13.36; chicas = 10.89; 3º de ESO chicos = 14.02; chicas = 12.19)

Figura 4.10. Puntuaciones medias de la escala de **Impulsividad** según sexo y curso.

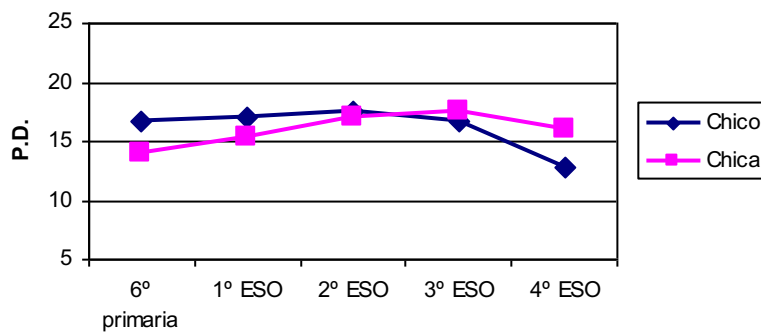


Figura 4.11. Puntuaciones medias de la escala de Inseguridad social según sexo y curso.

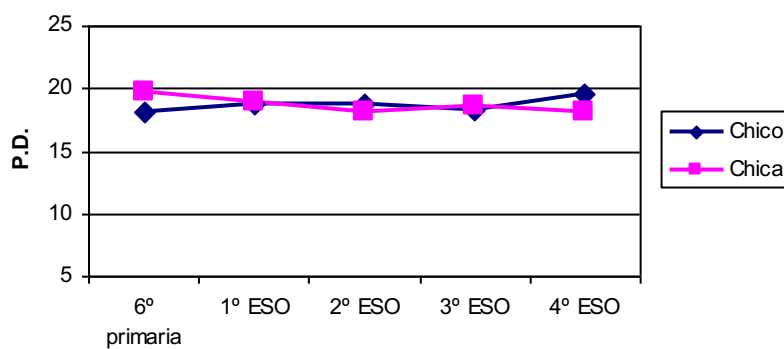


Tabla 4.2. ANOVA según sexo y curso de las escalas del EDI-2 y contrastes a posteriori.

Escala	Fuente de variación	F	g.l.	p	Tamaño del efecto	Contrastes a posteriori: Scheffé			Diferencias
						Grupos cursos	Media	p	
OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	sexo	93.109	1;1075	.011	.080	Chicos/chicas	10.23/15.88		Chicas ↑
	curso	3.306	4;1075	<.001	.012	1-2	12.95/14.09	.635	
						1-3	12.95/13.60	.936	
						1-4	12.95/12.41	.974	
						1-6	12.95/10.93	.278	
						2-3	14.09/13.60	.980	
						2-4	14.09/12.41	.368	
						2-6	14.09/10.93	.022	2° ↑
						3-4	13.60/12.41	.711	
						3-6	13.60/10.93	.086	
						4-6	12.41/10.93	.680	
	Sexo*curso	8.091	4;1075	<.001	.029				
BULIMIA	sexo	2.750	1;1063	.098	.017	Chicos/chicas	7.30/6.75		
	curso	4.720	4;1063	.001	.017	1-2	6.32/7.32	.449	
						1-3	6.32/7.97	.040	3° ↑
						1-4	6.32/7.57	.297	
						1-6	6.32/5.69	.916	
						2-3	7.32/7.97	.858	
						2-4	7.32/7.57	.996	
						2-6	7.32/5.69	.209	
						3-4	7.97/7.57	.980	
						3-6	7.97/5.69	.022	3° ↑
						4-6	7.57/5.69	.132	
	Sexo*curso	2.200	4;1063	.067					
INSATISFACCIÓN CORPORAL	sexo	3.184	1;1040	.075	.010	Chicos/chicas	19.76/19.20		
	curso	74.265	4;1040	.031	.010	1-2	19.51/19.47	1.00	
						1-3	19.51/19.11	.948	
						1-4	19.51/18.98	.895	
						1-6	19.51/20.87	.222	
						2-3	19.47/19.11	.972	
						2-4	19.47/18.98	.932	
						2-6	19.47/20.87	.236	
						3-4	19.11/18.98	.999	
						3-6	19.11/20.87	.069	
						4-6	18.98/20.87	.060	
	Sexo*curso	.726	4;1040	.574					
INEFICACIA	sexo	.399	1;1047	.528		Chicos/chicas	18.95/19.21		
	curso	1.295	4;1047	.270		1-2	19.25/19.35	1.00	
						1-3	19.25/19.37	1.00	
						1-4	19.25/18.26	.510	
						1-6	19.25/18.79	.968	
						2-3	19.35/19.37	1.00	
						2-4	19.35/18.26	.468	
						2-6	19.35/18.79	.944	
						3-4	19.37/18.26	.448	
						3-6	19.37/18.79	.937	
						4-6	18.26/18.79	.962	
	Sexo*curso	1.182	4;1047	.317					

1: 1º de ESO; 2: 2º de ESO; 3: 3º de ESO; 4: 4º de ESO; 6: 6º de primaria

Escala	Fuente de variación	F	g.l.	p	Tamaño del efecto	Contrastes a posteriori: Scheffé			Diferencias	
						Grupos cursos	Media	p		
PERFECCIONISMO	sexo	15.033	1;1054	<.001	.014	Chicos/chicas	12.65/11.08		Chicos ↑	
	curso	3.871	4;1054	.004	.014	1-2	11.68/11.73	1.00		
						1-3	11.68/11.90	.997		
						1-4	11.68/10.99	.840		
						1-6	11.68/13.79	.036	6° ↑	
						2-3	11.73/11.90	.999		
						2-4	11.73/10.99	.831		
						2-6	11.73/13.79	.062		
						3-4	11.90/10.99	.697		
						3-6	11.90/13.79	.110		
						4-6	10.99/13.79	.005	6° ↑	
		Sexo*curso	.421	4;1054	.793					
	DESCONFIANZA INTERPERSONAL	sexo	3.823	1;1049	.051	.004	Chicos/chicas	19.30/19.87		
curso		.812	4;1049	.517		1-2	19.64/19.56	1.00		
						1-3	19.54/19.16	.847		
						1-4	19.64/19.85	.994		
						1-6	19.64/19.96	.983		
						2-3	19.56/19.16	.930		
						2-4	19.56/19.85	.984		
						2-6	19.56/19.96	.968		
						3-4	19.16/19.85	.700		
						3-6	19.16/19.96	.688		
						4-6	19.85/19.96	1.00		
		Sexo*curso	.887	4;1049	.471					
CONCIENCIA INTEROCEPTIVA		sexo	26.501	1;1041	<.001	.025	Chicos/chicas	14.52/17.34		Chicas ↑
	curso	.325	4;1041	.861		1-2	15.72/16.16	.982		
						1-3	15.72/16.17	.980		
						1-4	15.72/15.41	.997		
						1-6	15.72/16.17	.991		
						2-3	16.16/16.17	1.00		
						2-4	16.16/15.41	.927		
						2-6	16.16/16.17	1.00		
						3-4	16.17/15.41	.921		
						3-6	16.17/16.17	1.00		
						4-6	15.41/16.17	.957		
		Sexo*curso	2.869	4;1041	.022	.011				
	MIEDO A LA MADUREZ	sexo	5.273	1;1046	.022	.005	Chicos/chicas	16.92/16.18		Chicos ↑
curso		2.168	4;1046	.071		1-2	17.08/16.81	.988		
						1-3	17.08/15.70	.094		
						1-4	17.08/16.35	.743		
						1-6	17.08/16.71	.985		
						2-3	16.81/15.70	.336		
						2-4	16.81/16.35	.952		
						2-6	16.81/16.71	1.00		
						3-4	15.70/16.35	.849		
						3-6	15.70/16.71	.626		
						4-6	16.35/16.71	.627		
		Sexo*curso	3.461	4;1046	.008	.013				

1: 1º de ESO; 2: 2º de ESO; 3: 3º de ESO; 4: 4º de ESO; 6: 6º de primaria

Escala	Fuente de	F	g.l.	p	Tamaño del efecto	Contrastes a posteriori: Scheffé	Diferencias
--------	-----------	---	------	---	-------------------	----------------------------------	-------------

variación						Grupos cursos	Media	p	
ASCETISMO	sexo	7.908	1;1001	.005	.008	Chicos/chicas	13.18/12.10		Chicos ↑
	curso	1.957	4;1001	.099		1-2	12.34/13.40	.492	
						1-3	12.34/13.14	.736	
						1-4	12.34/12.02	.990	
						1-6	12.34/12.21	1.00	
						2-3	13.40/13.14	.996	
						2-4	13.40/12.02	.322	
						2-6	13.40/12.21	.626	
						3-4	13.14/12.02	.531	
						3-6	13.14/12.21	.805	
						4-6	12.02/12.21	.999	
	Sexo*curso	1.821	4;1001	.124					
IMPULSIVIDAD	sexo	.074	1;1007	.786	.013	Chicos/chicas	16.24/16.21		
	curso	3.442	4;1007	.008		1-2	16.22/17.21	.825	
						1-3	16.22/17.16	.842	
						1-4	16.22/14.33	.302	
						1-6	16.22/15.51	.973	
						2-3	17.21/17.16	1.00	
						2-4	17.21/14.33	.039	2° ↑
						2-6	17.21/15.51	.616	
						3-4	17.16/14.33	.041	3° ↑
						3-6	17.16/15.51	.634	
					4-6	14.33/15.51	.879		
	Sexo*curso	2.734	4;1007	.028	.011				
INSEGURIDAD SOCIAL	Sexo	.000	1;1047	.989		Chicos/chicas	18.72/18.61		
	curso	.293	4;1047	.883		1-2	18.81/18.43	.964	
						1-3	18.81/18.48	.978	
						1-4	18.81/18.84	1.00	
						1-6	18.81/18.89	1.00	
						2-3	18.43/18.48	1.00	
						2-4	18.43/18.84	.970	
						2-6	18.43/18.89	.972	
						3-4	18.48/18.84	.981	
						3-6	18.48/18.89	.981	
						4-6	18.84/18.89	1.00	
	Sexo* curso	1.532	4;1047	.191					

1: 1º de ESO; 2: 2º de ESO; 3: 3º de ESO; 4: 4º de ESO; 6: 6º de primaria

En resumen,

las diferencias estadísticamente significativas, según el sexo, se refieren a escalas relacionadas con aspectos más cognitivos como, Obsesión por la delgadez, Conciencia Interoceptiva, Perfeccionismo y Miedo a la madurez entre otras. Por el contrario, las escalas que difieren según el curso escolar hacen referencia a aspectos más relacionados con la conducta (Bulimia e Impulsividad), a excepción de la escala de Insatisfacción corporal que se relaciona con aspectos más cognitivos.

Las chicas muestran una mayor obsesión por estar delgadas, desconfían más de las relaciones interpersonales y expresan mayores dificultades para identificar sus emociones y sensaciones viscerales que los chicos de su edad. Por el contrario, los chicos destacan por tener más miedo a la edad adulta y se muestran más exigentes consigo mismos, que el grupo de las chicas. En cuanto a las diferencias según el curso escolar, los cursos donde se presentan mayores diferencias son los de 6º de primaria y 4º de ESO. Los de 6º curso destacan con puntuaciones superiores en la escala de Perfeccionismo mientras que en las otras escalas presentan medias inferiores al resto de cursos. Los de 4º de ESO muestran medias más bajas que otros cursos.

Cabe destacar que la escala de Obsesión por la delgadez es la única en la que aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las fuentes de variación (sexo, curso e interacción entre sexo y curso), es decir, la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar difieren según el sexo y el curso escolar. Las escalas que no difieren en ninguna de las variables sociodemográficas son las de Ineficacia e Inseguridad social.

A.1.2. Fiabilidad:

Los coeficientes de fiabilidad se presentan en el apartado de instrumentos. Según Nunnally (1978) una puntuación por encima de .70 se considera una fiabilidad adecuada; la mayoría de las escalas obtienen coeficientes adecuados.

En el presente estudio (ver tabla 4.3.), tanto el grupo de chicos como de chicas presentan coeficientes de fiabilidad iguales o por encima de .70 en las escalas de Insatisfacción corporal, Obsesión por la delgadez, Ineficacia, Impulsividad, Bulimia, Inseguridad social y Conciencia interoceptiva; el resto de las escalas presentan coeficientes de .42 en Ascetismo para el grupo de chicas y .39 para los chicos y .67 en Desconfianza interpersonal para las chicas y .62 para el grupo de chicos. La escala de Ascetismo presenta la fiabilidad más baja,

y la Obsesión por la delgadez y la Insatisfacción corporal presentan los coeficientes más altos.

Cabe destacar que la consistencia interna de la escala de Obsesión por la delgadez aumenta si se elimina el ítem 1 (“Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme”) (chicas = .90, chicos = .84), y para la escala de Ascetismo, se obtienen mejores resultados si se elimina el ítem 71 (“Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer”) (chicas = .55, chicos = .56).

Tabla 4.3. Consistencia interna del EDI-2 según sexo.

Muro, Amador y Perú; 2006		
ESCALAS EDI/ EDI-2	Chicas	Chicos
Obsesión por la madurez	.86	.81
Bulimia	.74	.70
Insatisfacción corporal	.91	.87
Ineficacia	.83	.76
Perfeccionismo	.65	.58
Desconfianza interpersonal	.67	.62
Conciencia interoceptiva	.70	.70
Miedo a la madurez	.65	.61
<i>Ascetismo</i>	.42	.39
<i>Impulsividad</i>	.74	.71
<i>Inseguridad social</i>	.73	.68

A.1.3. Análisis factorial del EDI-2:

Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), de componentes principales y rotación oblín, a partir de la puntuación directa. El análisis de la matriz de correlaciones y el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= 0.925) y la prueba de esfericidad de Bartlett es de 35308.252 (gl= 4095; p<.001) confirman que los datos recogidos son apropiados para el análisis factorial. El análisis factorial exploratorio muestra la existencia de 21 factores con valores propios superiores a 1 y una varianza total explicada de 55.70%. Debido a que esta solución factorial es poco manejable y difícilmente

interpretable, el análisis factorial se forzó a 11 factores (**anexo**). La varianza total explicada de estos once factores es de 43.25%.

Después de forzar a once factores y observar que la estructura factorial no correspondía totalmente a las once escalas propuestas por Garner (1991), se propusieron otros AFE con 8, 7 y 5 factores, tal y como otros autores han propuesto (Bennett y Stevens, 1997; Eberenz y Gleaves, 1994; Lee et al., 1997; Machado et al., 2001; Schaefer, Maclennan, Yaholnistky-Smith, y Stover, 1998; Schoemaker et al., 1994; Welch et al., 1988). Después de analizar las diferentes soluciones se escogió la solución de 5 factores como la más parsimoniosa atendiendo a dos criterios: uno sustantivo (el contenido y la distribución de los ítems en los factores), y otro de tipo estadístico (gráfico de sedimentación, los valores propios mayores a 1, y el índice de adecuación de la muestra) (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1995).

En la tabla 4.4., se muestra la distribución de los ítems en cinco factores los ítems incluidos en cada factor, la varianza explicada y el índice de consistencia interna. La varianza total explicada es de 32.53%, esta solución factorial explica un 10.72% menos de variabilidad que el modelo de once factores, aunque en esta distribución la contribución de los seis últimos factores a la varianza total explicada es muy baja. Por lo tanto, la solución de cinco factores se ha considerado la más parsimoniosa. El **Factor 1**, *Autopercepción negativa*, comprende ítems de ocho escalas distintas y explica un 16.06% de la varianza total. El **Factor 2**, *Obsesión por la imagen corporal*, explica un 6.05% de la variabilidad y está formado por todos los ítems de las escalas de Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez, a excepción del ítem 1; y tres ítems de tres escalas distintas. El **Factor 3** se refiere a aspectos positivos del autoconcepto (*Autopercepción positiva*). Este factor está formado por un total de dieciocho ítems, doce de los cuales corresponden a las escalas de Desconfianza interpersonal e Inseguridad social en sentido positivo. El **Factor 4** está compuesto por todos los ítems de *Miedo a la madurez*, menos uno, y el ítem 1 de Obsesión por la delgadez; este factor se refiere a la seguridad de la infancia y la madurez hacia la adultez. Finalmente, el **factor 5**, *Pérdida de control sobre la comida*, agrupa ítems de tres escalas distintas. La varianza explicada de los factores 3, 4, y 5 es de 5.20%, 2.86%, y 2.35%, respectivamente. Los coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de esta solución factorial de cinco factores oscilan entre .63 (Factor 4: Miedo a la madurez) y .93 (Factor 2: Obsesión por la imagen corporal). Los tres primeros factores presentan coeficientes superiores a .80; los factores 4 y 5 presentan los coeficientes más bajos. En el **anexo XX** se presentan los ítems que configuran cada factor.

Tabla 4.4. Solución factorial de cinco factores, varianza explicada y fiabilidad.

Factor	Ítems de cada factor	Varianza explicada	Ítems incluidos en cada factor	Alfa de Cronbach α
1 Autopercepción negativa	6/10 ítems de Ineficacia, 5/6 ítems de Perfeccionismo, 8/9 ítems de Conciencia interoceptiva, 2/5 ítems de Desconfianza interpersonal, 4/8 ítems de Ascetismo, 8/11 ítems de Impulsividad, 1/8 de Miedo a la madurez, y 2/8 ítems de Inseguridad social.	16.06%	36	.90
2 Obsesión por la imagen corporal	Todos los ítems de Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez, excepto el ítem 1, 1/7 ítems de Bulimia, 1/10 ítems de Conciencia interoceptiva, y 1/8 de Ascetismo.	6.05%	18	.93
3 Autopercepción positiva	4/10 ítems de Ineficacia, 1/6 de Perfeccionismo, 5/7 ítems de Desconfianza interpersonal, 1/9 ítems de Conciencia interoceptiva, 1/8 ítems de Ascetismo, y 6/8 ítems de Inseguridad social.	5.20%	18	.80
4 Miedo a la madurez	1/7 de Obsesión por la delgadez, y 7/8 ítems de Miedo a la madurez	2.86%	8	.63
5 Pérdida de control sobre la comida	6/7 ítems de Bulimia, 2/8 ítem de Ascetismo, y 3/11 de Impulsividad	2.35%	11	.69

En resumen,

la consistencia interna del EDI-2 es similar tanto para puntuaciones transformadas como para las puntuaciones directas; las escalas de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal son las que obtienen los coeficientes más altos en ambos casos. En cuanto a la agrupación de los ítems se refiere, la distribución más parsimoniosa para esta muestra es de cinco factores.

A.2. SCOFF:

La tabla 4.5. recoge los porcentajes de respuesta según el rango de puntuaciones del SCOFF. Según se observa en los datos de la tabla, un 27.42% de la muestra supera el punto de corte igual o superior a 2 que, según consideran los autores del cuestionario (Morgan et al., 1999), identifica a la población de riesgo de TCA. Cabe destacar que más de un 70% de la población se sitúa en la franja no patológica, es decir, no se considera población de riesgo de TCA.

Tabla 4.5. Frecuencias para el intervalo de puntuaciones del SCOFF.

Puntuación total SCOFF	TOTAL N = 1003
0	496 (49.45%)
1	232 (23.13%)
2	176 (17.55%)
3	76 (7.58%)
4	21 (2.09%)
5	2 (0.20%)

A.2.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar

Para el análisis de las puntuaciones en el SCOFF según las variables de sexo y curso académico se ha utilizado estadística no paramétrica debido al rango de la puntuación total (1-5). Para analizar las diferencias entre cursos se ha utilizado la Prueba de H de Kruskal-Wallis y para los contrastes a posteriori, se ha utilizado la U de Mann-Whitney. Para analizar las posibles diferencias existentes según el sexo, se ha aplicado la prueba de la U de Mann-Whitney.

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($Z = -5.969$, $p < .001$), son las chicas las que presentan un rango promedio mayor que los chicos (Chicas = 553.83, Chicos = 452.49). También se aprecian diferencias estadísticamente significativas según la variable curso ($\chi^2 = 17.788$, $p = .001$). En la tabla 4.6. se presentan las diferencias según cursos de la puntuación total del SCOFF. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre 1º de ESO y 6º de primaria y 4º de ESO; en ambos casos, son los participantes de primer curso los que obtienen un mayor rango promedio que los otros dos (Rango promedio 1º = 535.49; 6º = 458.48; 4º = 440.15). También se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre 4º de ESO y los cursos de 2º y 3º de ESO; siendo estos dos últimos los que obtienen un rango promedio superior a los más mayores (Rango promedio 4º = 440.15; 2º = 509.45; 3º = 522.36). Además, se observan diferencias entre 3º de

ESO y 6° de primaria; los de más edad son los que presentan un rango promedio más alto que los más jóvenes (Rango promedio 3°= 522.36; 6°=458.48).

Tabla 4.6. Diferencias según cursos de la puntuación total del SCOFF

Grupos cursos	Rango promedio	Z	p	Diferencias
1-2	535.49/509.45	-1.060	.289	
1-3	535.49/522.36	-.550	.582	
1-4	535.49/440.15	-3.664	<.001	1° ↑
1-6	535.49/458.48	-2.515	.012	1° ↑
2-3	509.45/522.36	-.492	.623	
2-4	509.45/440.15	-2.581	.010	2° ↑
2-6	509.45/458.48	-1.629	.103	
3-4	522.36/440.15	-3.052	.002	3° ↑
3-6	522.36/458.48	-2.056	.040	3° ↑
4-6	440.15/458.48	-.564	.573	

A.2.2. Análisis factorial:

Se ha realizado un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación oblimin para los ítems del cuestionario SCOFF. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0.62 y el test de esfericidad de Bartlett es de 394.646 (gl=10; p<.0001). El AFE muestra una estructura de dos factores con valores propios superiores a 1 que explican un 55.61% de la varianza. La tabla 4.7. muestra la distribución de los ítems, el peso factorial y la varianza explicada para la muestra total. El **factor 1** (*Pérdida de control sobre la comida*) incluye ítems relacionados con aspectos más cognitivos como el control sobre la comida o la imagen corporal, y explica un 35.59% de la varianza; el **factor 2** (*Conductas purgativas*) incluye dos ítems relacionados con la conducta, como provocarse el vómito o haber comido mucho, y explica un 20.02% de la varianza. La fiabilidad de la puntuación total del SCOFF, analizada mediante el alfa de Cronbach, es de 0.54.

Debido a las diferencias obtenidas según sexo en la puntuación total directa del SCOFF (Mann-Whitney U= -5.969; p<.001) y, dado que hay diferencias en la prevalencia de los TCA entre chicos y chicas (Guerro-Prado, Barjau Romero y Chinchilla Moreno, 2001), se ha realizado un segundo AFE. En la tabla 4.7. se muestran los factores para chicos y chicas y los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach), que oscilan entre 0.24 y 0.59. Para el grupo de las **chicas**, el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0.61, y el test de esfericidad de Bartlett tiene un valor de 209.744 (df=10; p<.0001). Los dos factores presentan valores propios superiores a 1, y explican un 56.38% de la varianza. El primer factor (*Pérdida de control sobre la comida*) explica el 35.64% de la varianza e incluye los

ítems 2, 4 y 5. El segundo factor (*Conductas purgativas*) explica el 20.74% de la varianza e incluye los ítems 1 y 3. Esta estructura factorial es similar a la de la muestra total.

En el grupo de **chicos**, el KMO es de 0.65, el valor del test de esfericidad de Bartlett es de 163.227 (g.l. =10; $p < .0001$). Sólo aparece un único factor con valor propio superior a 1 que explica el 34.92% de la varianza.

Tabla 4.7. Estructura factorial del SCOFF de la muestra total, y para chicos y chicas.

Ítem	Muestra total (N = 1003)		Chicas (n=490)		Chicos (n=513)
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 1
1	.179	.591	.203	.619	.52
2	.844	.084	.829	-.039	.68
3	-.141	.877	-.157	.868	.52
4	.812	.054	.780	.049	.65
5	.462	.192	.565	-.003	.56
Varianza explicada:	35.59%	20.02%	35.64%	20.74%	34.92%
Alfa de Cronbach α	0.56	0.25	0.59	0.24	0.52

A.2.3. Validez discriminante:

La validez discriminante del SCOFF se estudia para clasificar la población de riesgo y de no riesgo de TCA; para ello se calculó el índice de sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte. El índice de sensibilidad se define como la proporción de participantes de un grupo de riesgo que superan un punto de corte, mientras que la especificidad se refiere al porcentaje de participantes de no-riesgo que no superan dicho punto de corte. La tabla 4.8., muestra los índices de sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte del SCOFF. El mejor punto de corte de la puntuación total del SCOFF (cinco ítems) es de 2, con una especificidad del 77.74% y una sensibilidad del 73.08%. Debido a que las estructuras factoriales se muestran diferentes entre chicos y chicas, se seleccionan tres ítems (2, 4 y 5) para establecer un nuevo punto de corte para chicos y chicas. Estos ítems son los que presentan los pesos factoriales más altos. En la tabla 4.8. se muestran los índices de sensibilidad y especificidad para chicos y chicas. El mejor punto de corte para los chicos es de 1; con una sensibilidad del 89.19% y una especificidad del 69.25%. Para las chicas, el mejor punto de corte es 2, con una sensibilidad de 84.09% y una especificidad de 72.27%.

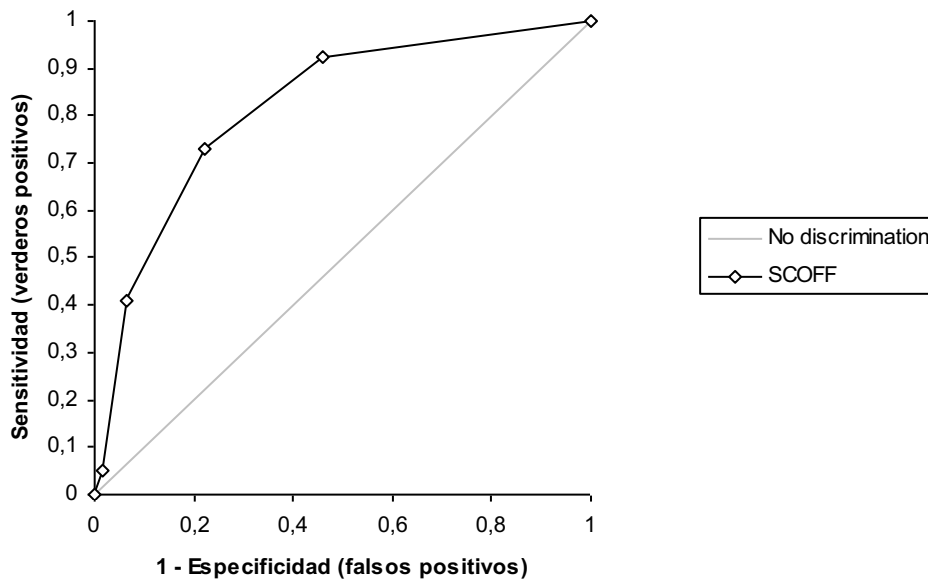
Tabla 4.8. Índices de sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte del SCOFF para la muestra total e Intervalos de confianza (entre paréntesis).

Punto de corte	Muestra total		Chicos		Chicas	
	Sensibilidad	Especificidad	Sensibilidad	Especificidad	Sensibilidad	Especificidad
	Cinco ítems		(ítems 2, 4 y 5)			
1	92.31 (86.39-98.22)	54.11 (50.81-57.41)	89.19 (79.18 - 99.19)	69.25 (60.83 – 69.67)	95.45 (89.30-100)	47.27 (42.61-51.94)
2	73.08 (63.23-82.92)	77.74 (74.98-80.49)	54.05 (37.99 - 0.11)	87.44 (84.37 – 90.52)	84.09 (73.28- 94.90)	72.27 (80.18-87.09)
3	41.03 (30.11-51.49)	93.61 (91.99-95.23)	16.22 (4.34 - 28.09)	97.76 (96.38 – 99.13)	45.45 (30.74-60.17)	94.32 (92.15-96.48)
4	5.13 (.23-10.02)	98.52 (97.72-99.32)				

IC: Intervalo de confianza 95%

También se calculó la curva ROC para las puntuaciones del SCOFF (Muro y Amador, 2007). La figura 4.12. presenta la curva ROC. El área bajo la curva es de .818 (Índice de confianza 95% del área: .771 a .865).

Figura 4.12. Área bajo la curva: .818 (Índice de confianza 95% del área: .771 a .865)



A.2.4. Validez concurrente:

Para calcular la validez concurrente del SCOFF se calcularon las correlaciones de Pearson entre la puntuación total del SCOFF y las escalas del EDI-2. En la tabla 4.9. se muestran las correlaciones entre los dos cuestionarios; la mayoría de las correlaciones son bajas, aunque significativas. Sólo en las escalas de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal se muestran correlaciones medias y significativas con la puntuación total del SCOFF (0.63 y 0.53, respectivamente).

Tabla 4.9. Correlaciones de Pearson entre el SCOFF y las escalas del EDI-2.

Escalas EDI-2	SCOFF
Obsesión por la delgadez	.633**
Bulimia	.128**
Insatisfacción corporal	.526**
Ineficacia	.362**
Perfeccionismo	.111**
Desconfianza interpersonal	.121**
Conciencia interoceptiva	.375**
Miedo a la madurez	.111**
Ascetismo	.245**
Impulsividad	.263**
Inseguridad social	.182**

* p<.05; **p<.01

En resumen,

si se utiliza el punto de corte propuesto por los autores del SCOFF casi un 30% de la muestra se sitúa en la franja de riesgo. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas según sexo y curso; son las chicas las que presentan un rango promedio mayor que el de los chicos. En cuanto al curso académico se refiere, la mayoría de diferencias estadísticas se muestran en los cursos de 6º de primaria y 4º de ESO con otros cursos. El análisis factorial con la muestra total, presenta una distribución de dos factores que se reproduce en el caso del AFE para las chicas, para el grupo de chicos sólo aparece un único factor. El mejor punto de corte para la presente muestra es de 2 puntos, coincidiendo con la propuesta de los autores. Los puntos de corte que presentan una sensibilidad y especificidad mejor difieren entre chicas y chicos, en el primer caso sigue siendo un punto de corte de dos puntos positivos o más, y para el grupo de los chicos es 1.

A.3. CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS:

Los resultados del cuestionario de hábitos alimentarios se presentan agrupados según los cuatro bloques de contenido: Aspectos sociodemográficos, Hábitos alimentarios, Actitudes hacia el acto de comer y/o comida, y Dieta. Para el análisis de este cuestionario se ha realizado un recuento de frecuencias de cada variable.

A.3.1. Bloque I: Aspectos sociodemográficos

En la figura 4.34., se presenta la distribución de los participantes según las personas con las que convive. Un 75.8% de los participantes informa de que vive acompañado de sus padres y hermanos, un 14.2% convive con la madre y los hermanos; un 7.1% informa que vive con los padres y otros familiares, el 2.9% restante se reparte entre otros modelos familiares como, familia extensa e hijos; padre e hijos o padre/madre, familia extensa e hijos.

La media de edad del padre es de 45.55 años (Desviación típica =5.58) y la de la madre es de 42.77 años (Desviación típica = 4.86). Un 56.5% informa que tiene un hermano, seguido de un 19.1% que informa que no tiene ninguno; la edad media de los hermanos es de 14.5 (Desviación típica = 6.95).

En cuanto a las **actividades extraescolares** que realizan los participantes, un 68.4% informa que hace alguna actividad extraescolar. En la figura 4.35., se observa que un 72.8% comenta que no realiza ninguna de las actividades propuestas; un 15.5% informa que hace gimnasia rítmica o deportiva, el 10.4% restante se reparte entre el resto de opciones (patinaje artístico o de hielo, ballet, atletismo). De los participantes que informan de que hacen alguna actividad extraescolar, un 39.1% informa que dedica menos de tres horas semanales, un 39.7% dedica de 3 a 5 horas a la semana y un 21.1% dedica a dicha actividad extraescolar más de 5 horas a la semana.

Figura 4.34. Porcentajes según las **personas que conviven** con el participante

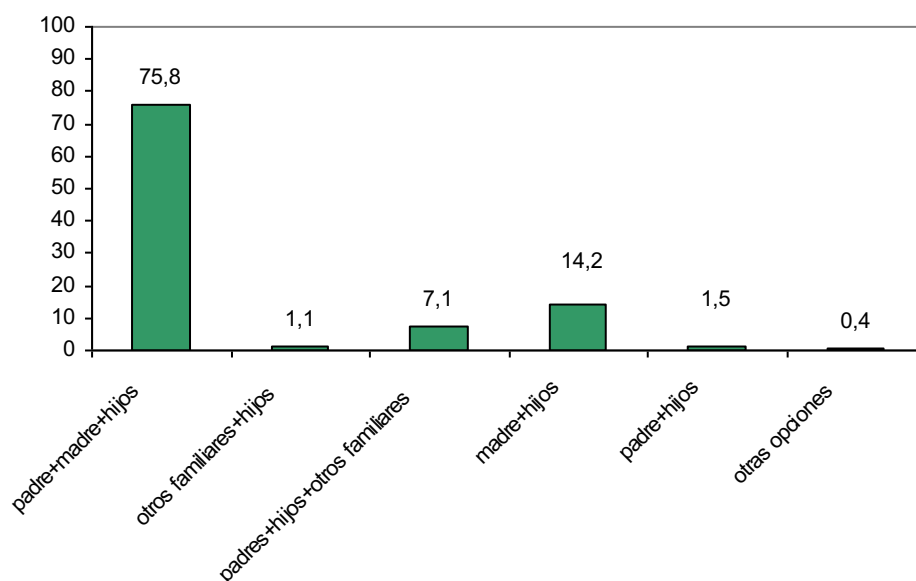
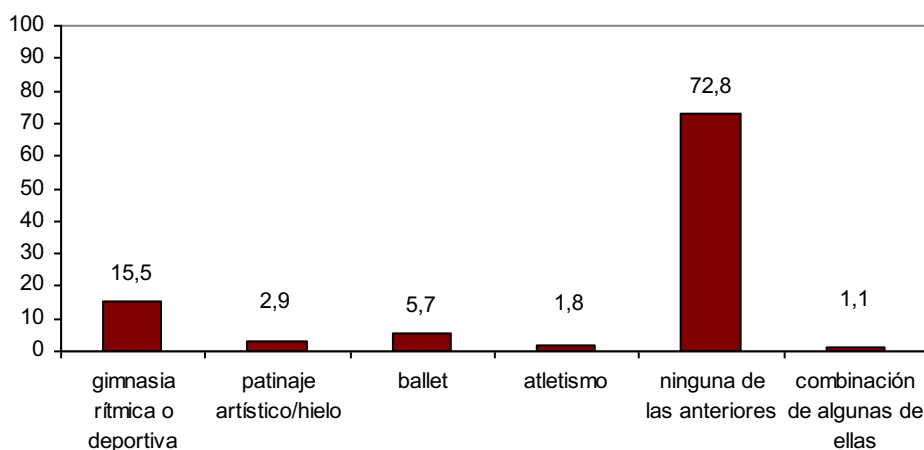


Figura 4.35. Porcentajes de las **actividades extraescolares** que realizan los participantes.



A.3.2. Bloque II: Hábitos alimentarios:

En cuanto a quién se encarga de **organizar los menús en casa** (ver figura 4.36.), un 66.7% de los participantes informa que es la madre, un 21.9% informa que son la madre y el padre, el 6.4% indica que se encargan otras personas y el 5% se reparte entre el resto de opciones o en la combinación de las mismas. Cabe destacar que en la categoría de otras combinaciones destaca la respuesta de padres y otras personas (2.7%).

En referencia a quién se encarga de **hacer la compra** de forma habitual, son las madres en primer lugar (45.9%) seguido del padre y madre (24.6%); el 29.5% restante se reparte en la combinación de distintas respuestas. Según informan los participantes sobre si **comen o no**

en la escuela, un 65.3% de la muestra manifiesta que no come en la escuela, mientras que un 28.9% informa de que sí lo hace y un 5.7% lo hace de vez en cuando.

En cuanto a las cinco **comidas diarias**, en la figura 4.37. se muestra que más de un 90% de la muestra hace la comida del mediodía y la cena todos los días de la semana; un 80.6% informa de que hace el desayuno cada día y entre un 64.7% y un 68.5% informa de que hacen el bocadillo de media mañana y la merienda. Cabe destacar que casi un 20% de los participantes informan de que no desayunan cada día, un 31.5% no comen nada a media mañana y un 35.3% tampoco lo hace en la merienda. Entre un 64.3% y un 93.6% de los estudiantes informan de que hacen alguna de las comidas en casa, durante la semana, de lunes a viernes. Cabe resaltar que un 66.4% de los participantes informan de que toman el bocadillo de media mañana en la escuela, y entre un 4.9% y un 18.6% informan de que hacen la comida y/o la merienda también en la escuela. Durante los fines de semana, entre un 65.2% y un 86.3%, informan de que siempre hacen las cuatro comidas en casa (desayuno, comida, merienda y cena). Entre un 46.5% y un 18.6% informan de que algún día comen fuera, siendo la comida la más escogida.

En la figura 4.38. se muestra **cómo come** el participante durante la semana: desayuno, bocadillo de media mañana, comida, merienda y cena, los cinco días de la semana. Se incluyen cuatro formas distintas de comer: sentado a la mesa, en el sofá, tumbado en el sofá o en la cama, de pie y, la combinación de cualquiera de ellas (por ejemplo: sentado a la mesa y en el sofá, sentado a la mesa y de pie). En la figura 4.38. se muestra que más de un 65% de los participantes informa que hace el desayuno y más del 90% hace la comida y la cena sentados a la mesa. Cabe destacar que sentado en el sofá es la forma más escogida por los participantes en la merienda (39.8%). En cuanto a comer de pie, es el bocadillo de media mañana (86.5%) el que más ha sido escogido por los participantes. En el caso de la merienda hay más variabilidad en la forma de comer, la opción más escogida es la de estar sentado en el sofá (39.8%), en segundo lugar sentado a la mesa (34%) y un 17.6% de los participantes informa de que lo hace de pie.

Durante los fines de semana, entre un 35% y un 94.5%, hacen las comidas sentados en la mesa. Un 20% de los participantes informa de que hace el desayuno sentado en el sofá y en la merienda lo hace un 36.6%. Un 32.2% de los participantes dice hacer el bocadillo de media mañana de pie en la calle y un 24.5% informa de que lo hace también sentado en el sofá (ver figura 4.39).

En cuanto **quién acompaña** a los participantes durante las comidas entre semana, se destacan los siguientes datos:

- Durante el desayuno un 23.5% de los participantes informa de que lo hace acompañado de sus hermanos, seguido de un 18.6% al que acompaña toda la familia.
- A la hora de la comida un 28.4% informa de que está acompañado de sus compañeros de escuela y un 21.5% informa de que lo hace con toda su familia.
- En la merienda un 30.2% informa de que está acompañado de sus hermanos, seguido de un 20.1% que lo hace acompañado de sus compañeros.
- Un 62.1% de los participantes informan de que hacen la cena con toda su familia.

Durante los fines de semana destaca que:

- Más de un 50% de la muestra informa de que está acompañado por toda la familia en todas las comidas, a excepción de la merienda que sólo lo hace un 33.9%.

El resto de los porcentajes quedan incluidos en las demás opciones o en la combinación de algunas de ellas. Sólo se comentan las más significativas.

En cuanto a las **actividades** que los participantes realizan **durante las comidas**, se observan en la figura 4.40. los siguientes aspectos:

- Más de un 25% de los participantes informan de que ven la TV durante las cuatro comidas, alcanzando un 36.5% en la merienda.
- Hablar con los demás también es una constante en todas las comidas para más del 20% de los participantes en el desayuno y la comida.
- Más de un 20% informa que hace los deberes mientras desayuna o come, y entre un 11.1 y un 15.8% informan de que lo hacen durante la merienda y la cena.
- La combinación de las actividades más escogidas por los participantes de este estudio son, ver la TV y hablar con los que tiene alrededor. Los participantes informan de que las hacen durante todas las comidas, especialmente durante la comida y la cena, superando el 35% de los participantes.

El resto de los porcentajes quedan incluidos en las demás opciones o en la combinación de algunas de ellas. Sólo se comentan las más significativas.

Figura 4.36. Porcentaje de los que **organizan el menú en casa**.

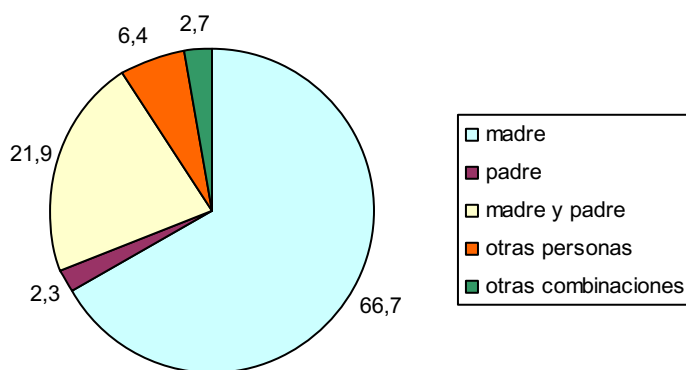


Figura 4.37. Distribución de las **comidas** que hacen los participantes cada día en porcentajes.

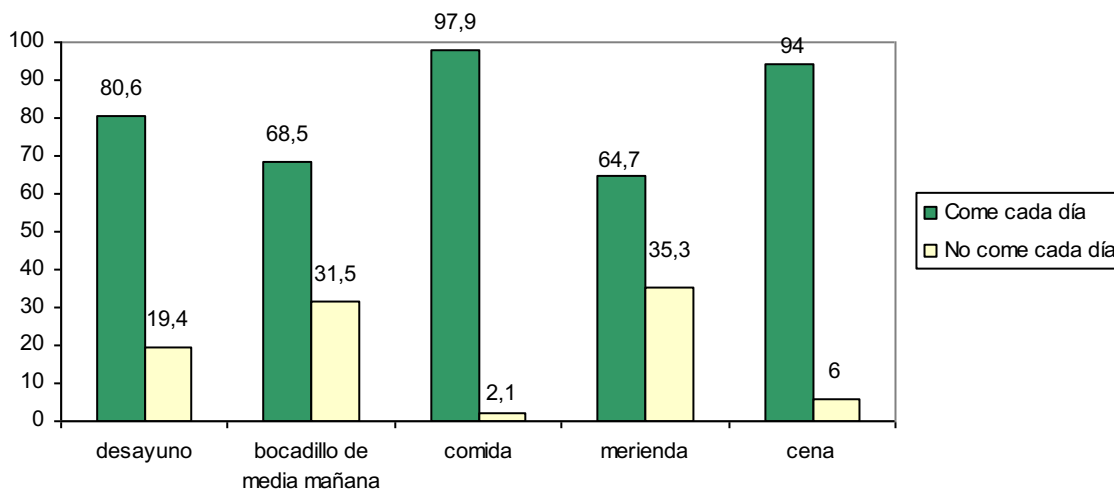


Figura 4.38. Porcentajes de **cómo comen** los participantes en cada comida **de lunes a viernes**.

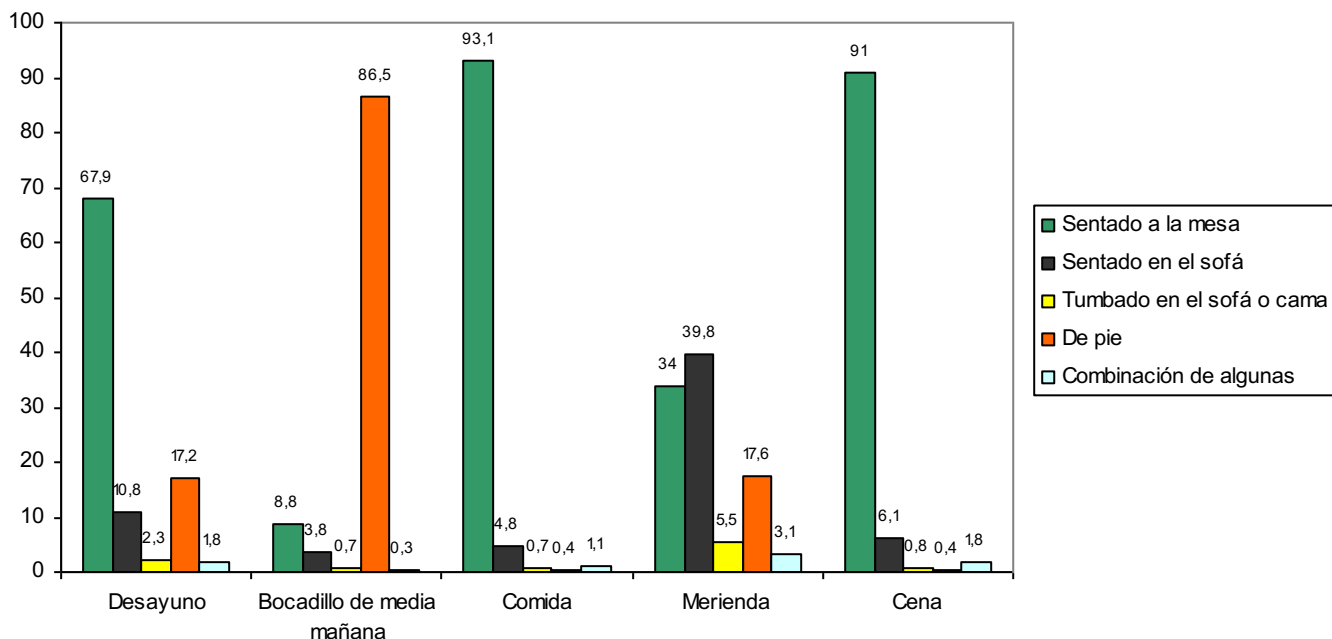


Figura 4.39. Porcentajes de **cómo comen** los participantes en cada comida los **fines de semana**.

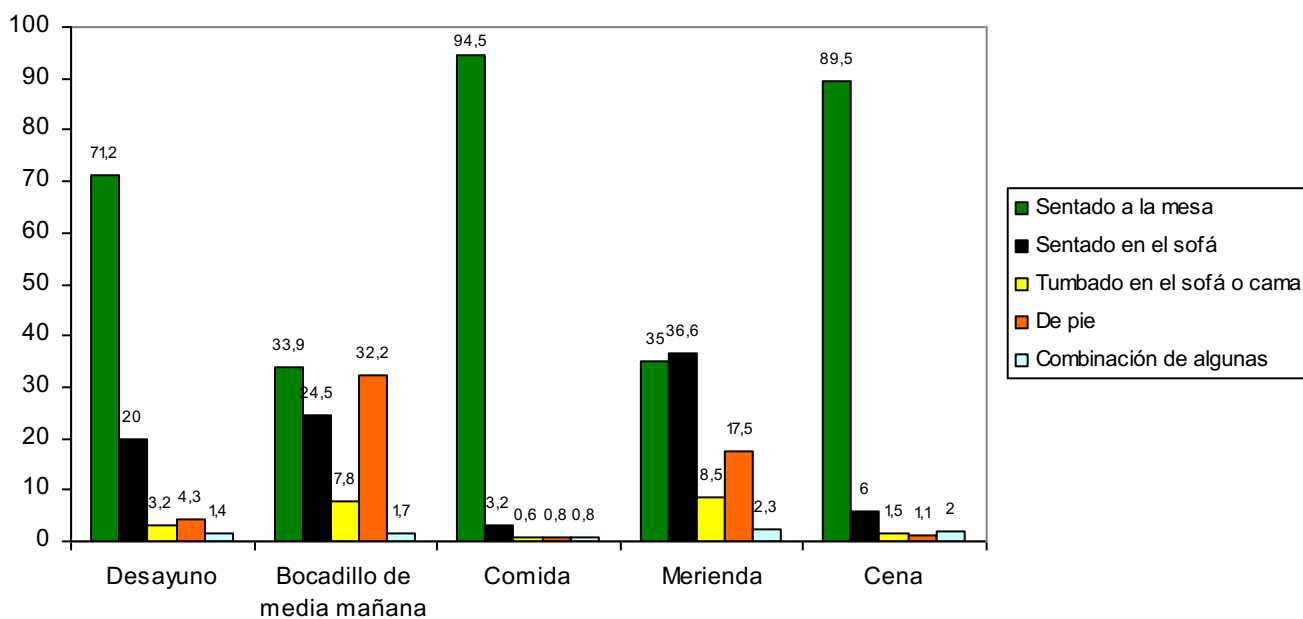
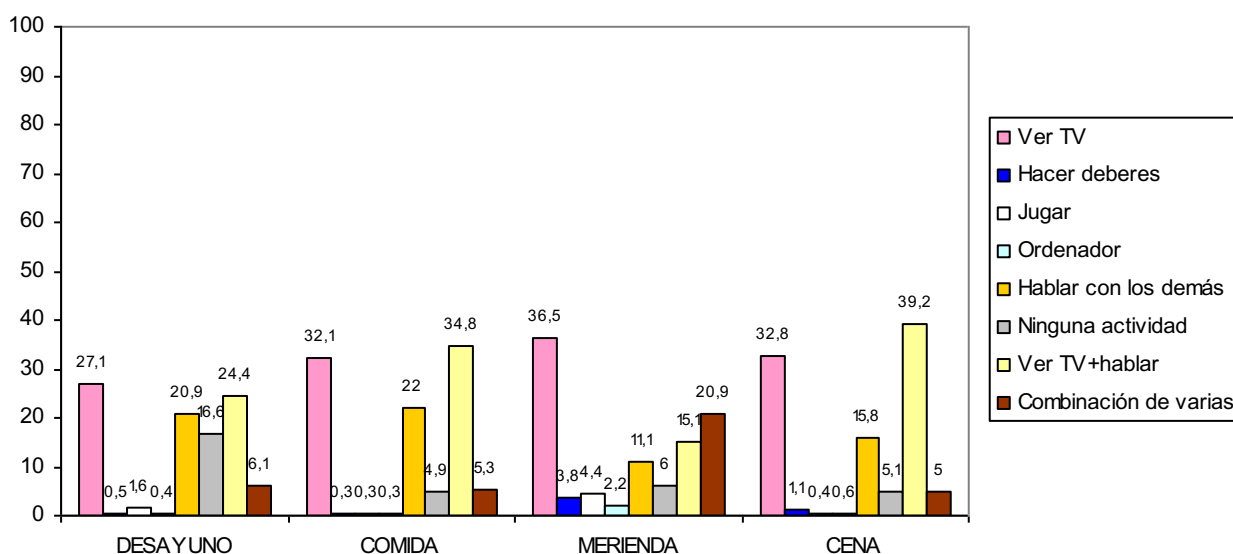


Figura 4.40. Porcentajes de qué **actividades** hacen los participantes **durante las comidas de lunes a viernes**.



A.3.3. Bloque III: Actitudes hacia el acto de comer y/o comida.

Según informan los participantes de este estudio un 88% dice que sus padres no utilizan la **comida como castigo** y que un 8.6% lo hace de forma ocasional. También informan de que **cuando no tienen hambre**, el 63.6% come lo que le han puesto o come alguna cosa como fruta o yogurt (68.9%); y el 18.5% de los participantes dice no comer nada (las categorías no son excluyentes entre sí).

En cuanto a las estrategias que los participantes utilizan **cuando no quieren comer aquello que sus padres les han servido** se destaca lo siguiente:

- Un 66.7% de la muestra dice comer aquello que le ponen los padres.

- El 33.3% de los participantes, informa utilizar otro tipo de estrategias para no comer como esconder la comida y luego tirarla sin que sus padres se den cuenta (6.1%); decir que se lo comen pero luego lo vomitan (3%); tardar mucho en comer y así consiguen que le perdonen la comida (35.4%); masticar mucho rato la comida (24.2%); hacer trozos pequeños de los alimentos e ir separándolos en el plato (25.5%) y, finalmente, un 9.9% de la muestra informa de que aunque tenga hambre no come nada (el porcentaje total es mayor al 100% debido a que las categorías no son excluyentes entre sí).

Cuando se les pregunta a los participantes que describan su **forma de comer** y de la **cantidad de comida** que comen, un 53.2% comenta que come muy rápido y el 39.7% opina que lo hace muy poco a poco. El 46.1% opina que come mucha cantidad de comida, mientras que el 39.7% dice comer muy poco. Un 75% de la muestra cree que come igual

que los otros chicos y chicas de su edad, un 13.7% considera que come menos que sus iguales y un 12% dice que come más que su mismo grupo de iguales.

A.3.4. Bloque IV: Dieta

En cuanto al tema de la dieta se refiere, un 16.1% de los participantes dice que **se le ha recomendado hacer dieta**: por un médico (47.5%), los amigos (14.1%) u otras personas cercanas a él/ella (19.2%).

Un 30.5% de los participantes **creo que necesita hacer dieta**, y las **razones** que comenta son varias, y no excluyentes entre sí: un 74% dice que se siente gordo, un 72.3% no se siente bien con su figura; entre un 19.3% y un 38.7% opina que sus amigos o en su casa le dicen que está gordo o que tiene que adelgazar. El 31.5% de los participantes expresa que a causa de las actividades extraescolares que hace tiene que bajar de peso; un 30.1% dice que el médico, farmacéutico o dietista le ha recomendado que adelgace, y el 25.9% comenta que se quiere parecer a las modelos de pasarela (ver figura 4.41.).

En la figura 4.42. se representan los porcentajes de las **estrategias** que los participantes, que creen necesitar hacer dieta, han utilizado **para bajar de peso**. Las siete estrategias que plantea este cuestionario no son excluyentes entre sí, por lo que la suma de los porcentajes superará el 100%. El 41.6% de los participantes comenta que a pesar de querer bajar de peso no ha hecho nada para conseguir dicho objetivo; un 58.4% comenta haber utilizado alguna o varias de las siguientes estrategias: un 59.7% de los participantes dice que ha dejado de tomar ciertos alimentos que cree que engordan, el 47.5% dice que dedica muchas horas a hacer ejercicio físico “para quemar grasas”; un 7.7% informa que ha tomado diuréticos y/o laxantes alguna vez, un 5.1% reconoce haber vomitado después de comer y un 14.2% dice haber dejado de comer acompañado.

También se les pregunta si durante los últimos seis meses ha habido **alguien cercano (familia y/o amigos) que haya hecho dieta**, un 59.3% de los participantes informa de que alguien de su familia y/o amigos ha hecho algún tipo de dieta para adelgazar; en un 22.2% de los casos ha sido la madre, en un 14.5% otros familiares, y un 5.9% informa que ha sido él mismo quien ha hecho dieta para adelgazar. De estas **dietas**, un 52.8% han sido **controladas por algún profesional**, por lo que un 47.2% lo han hecho según su criterio. El 73.9% de los participantes que informan de que alguien cercano ha hecho dieta dicen que no le ha **influido en su forma de comer**, mientras que el 26.1% informa de que sí le ha influido de algún modo. El 88.9% de estos participantes considera que ahora controla más el tipo de alimentos que toma, un 55.9% pregunta si engorda o no un alimento y, el 61.8% ha dejado de tomar algún alimento que antes comía.

Figura 4.41. Porcentajes de las razones por las que los participantes creen que necesitan hacer dieta.

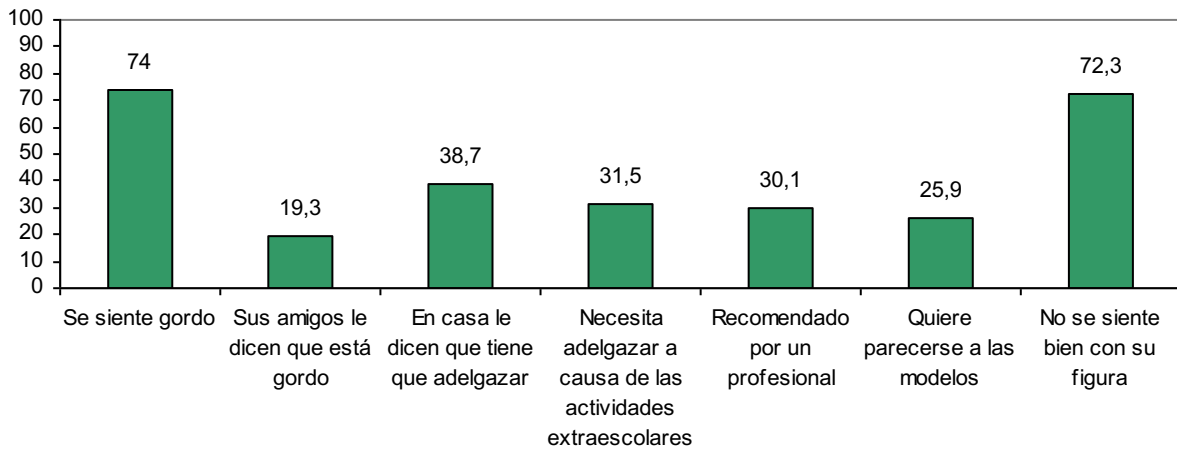
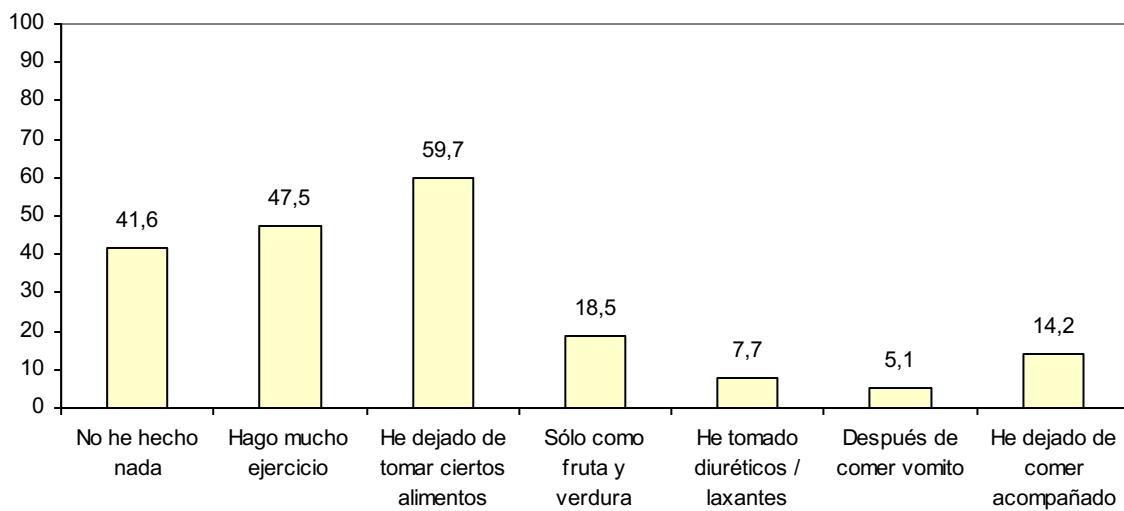


Figura 4.42. Porcentajes de las estrategias que han utilizado los participantes para bajar de peso.



En resumen,

el modelo familiar más común en esta muestra es del padre, madre e hijos y, en segundo lugar de importancia, conviven madre e hijos. Más de un 65% de la muestra comenta que hace alguna actividad fuera del horario escolar.

En cuanto a los hábitos alimentarios se refiere, cabe destacar que la madre sigue siendo la figura responsable de la organización y compra de la comida; más de la mitad de los participantes informan de que no hacen la comida en las escuelas; también comentan que las comidas que menos hacen son el bocadillo de media mañana y la merienda. Las actividades que realizan con más frecuencia mientras comen son ver la TV y hablar con los que tienen alrededor. Un tercio de los participantes informa de que utiliza estrategias distintas para no comer aquello que no quiere; y en primera opción los participantes escogen la de tardar mucho en comer y así conseguir que le perdonen la comida. En el bloque sobre la dieta, cabe destacar que un tercio de la muestra informa que cree necesitar hacer dieta, y las dos razones que escoge, principalmente, son que se siente gordo y/o que no se siente bien con su figura, aunque cabe destacar que entre un 25-30% de los participantes dice querer bajar de peso debido a las actividades extraescolares o que se quiere parecer a las modelos de pasarela. Casi el 60% de los participantes informan de que alguien cercano ha hecho dieta, y más de un 25% que informa que le ha influido de algún modo, como controlar más el tipo de alimento que toma.

A.4. EDE-12:

Los resultados que se presentan en este apartado corresponden a un 9.69% de la muestra total, es decir, la población de riesgo a quien se les aplicó esta entrevista semi-estructurada (ver apartado de procedimiento).

En la tabla 4.10. se presentan las medias y desviaciones típicas de las cuatro escalas de la entrevista EDE. Las puntuaciones medias de las escalas oscilan entre 0.59 (Escala de preocupación por la comida) y 2.04 (Escala de Preocupación por el peso). Según estas puntuaciones, el peso es lo que más preocupa a los adolescentes de esta muestra, en comparación con la restricción dietética y la preocupación por la comida.

Tabla 4.10. Medias y desviaciones típicas de las escalas del EDE.

Escalas	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Restricción	8.20	1.36
Preocupación por la comida	2.93	0.89
Preocupación por el peso	15.94	1.57
Preocupación por la figura	10.20	1.67

A.4.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar

El análisis de las diferencias entre chicos y chicas, en las escalas del EDE-12, se ha calculado mediante la t de Student. Los resultados se presentan en la tabla 4.11. Según se observa, en todas las escalas, a excepción de la de Restricción, se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Son las chicas quienes obtienen puntuaciones más altas que el grupo de los chicos. Es decir, el grupo de las chicas se muestra más preocupado por la comida, peso y figura que los chicos de esta muestra.

Tabla 4.11. Diferencias entre sexos según las escalas del EDE-12

Escalas	Chicos		Chicas		Diferencia entre sexos		
	Media	DT	Media	DT	t	p	
Restricción	7.48	7.15	8.87	6.46	-1.060	.292	
Preocupación por la comida	2.00	3.37	3.70	5.11	-2.064	.042	Chicas †
Preocupación por el peso	6.58	6.38	12.24	7.49	-4.241	<.001	Chicas †
Preocupación por la figura	10.56	11.71	20.67	12.97	-4.272	<.001	Chicas †

Se han realizado cuatro ANOVAs, uno por escala, tomando como variable dependiente las escalas del EDE-12 y como variable independiente los cursos. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas según curso en ninguna de las escalas de la entrevista EDE-12: Restricción ($F_{(1,107)} = 1.393$; $p = .242$), Preocupación por la comida ($F_{(1,102)} = 1.570$; $p = .188$), Preocupación por el peso ($F_{(1,103)} = 0.965$; $p = .430$) y Preocupación por la figura ($F_{(1,104)} = 0.210$; $p = .932$).

En resumen,

el grupo de las chicas muestran una mayor preocupación por el peso, figura y comida que los chicos. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el curso académico.

A.5. APQ:

Como se ha comentado en el apartado de instrumentos, los protocolos del APQ fueron corregidos por TEA. La tabla 4.24. recoge la mediana de los centiles y la amplitud intercuartil para las escalas primarias del APQ. La escala de Autosuficiencia es la que presenta la mediana más alta (centil 70) y las escalas de Razonamiento y de Perfeccionismo son las que obtienen una mediana de centil menor (35). La amplitud intercuartil presenta un rango entre 35-50.

Tabla 4.24. Mediana y amplitud intercuartil de las escalas primarias del APQ

ESCALAS	Mediana	Amplitud intercuartil	Mínimo-máximo
Afabilidad	40	50	2-99
Razonamiento	35	35	2-99
Estabilidad emocional	45	40	4-98
Dominancia	60	40	4-99
Animación	45	40	2-90
Atención a las normas	50	35	10-99
Atrevimiento	45	40	3-99
Sensibilidad	50	45	2-99
Vigilancia	65	45	2-99
Abstracción	60	35	2-99
Privacidad	55	40	3-99
Aprensión	55	40	3-99
Apertura al cambio	40	40	2-99
Autosuficiencia	70	40	5-99
Perfeccionismo	35	50	1-90
Tensión	65	40	5-99

La tabla 4.25. muestra los centiles para las Preferencias ocupacionales. El centil más alto pertenece a la preferencia de Gestión o comercio (mediana de centil 70) seguido de las escalas de preferencia Científico, Artístico y de Organización. Los valores mínimos difieren según las preferencias pero, por el contrario, los máximos son muy uniformes.

Tabla 4.25. Preferencias ocupacionales, medianas y amplitud intercuartil.

PREFERENCIA OCUPACIONAL	Mediana	Amplitud intercuartil	Mínimo-máximo
Manual	50	50	4-99
Científico	55	50	3-99
Artístico	55	50	10-99
De ayuda	45	55	5-90
Gestión o comercio	70	52	25-99
Organización	55	55	5-99

En la tabla 4.26. se muestran los centiles para las escalas de dificultades cotidianas. Como se puede comprobar las medianas más elevadas corresponden a las escalas de Desánimo, Preocupación y Afrontamiento deficiente, y la escala con menor mediana es la de Dificultades con la adicción. El resto de las escalas obtienen medianas entre 45 y 55.

Tabla 4.26. Dificultades cotidianas, mediana y amplitud intercuartil.

DIFICULTADES COTIDIANAS	Mediana	Amplitud intercuartil	Mínimo-máximo
Desánimo	65	55	10-99
Preocupación	65	55	3-99
Imagen pobre de sí mismo	55	50	10-99
Disconformidad consigo mismo	55	45	1-99
Ira y agresión	55	60	20-99
Dificultades con la autoridad	55	55	15-99
Dificultades con la adicción	30	45	25-99
Total en dificultades	60	45	10-99
Dificultades en casa	60	40	10-99
Dificultades en el colegio	45	50	15-97
Afrontamiento deficiente	65	50	15-99

Los centiles para las dimensiones globales del APQ se recogen en la tabla 4.27. Se observa que la mayor mediana pertenece a la escala de Dureza, que es la que presenta una mayor dispersión; y la escala de Extraversión es la que presenta la mediana menor.

Tabla 4.27. Dimensiones globales, mediana y amplitud intercuartil.

DIMENSIONES GLOBALES	Mediana	Amplitud intercuartil	Mínimo-máximo
Extraversión	39.50	47	1-99
Ansiedad	51	44.75	1-99
Dureza	58	50	1-99
Independencia	50	48	1-99
Autocontrol	45.5	46	1-99

A.5.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso académico:

Escalas primarias:

Para analizar la relación entre la variable **sexo** y las características de personalidad, se ha utilizado el estadístico U de Mann-Whitney. Como puede apreciarse en la tabla 4.28., se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el sexo en las **escalas primarias** de Razonamiento, Estabilidad emocional, Dominancia, Atención a las normas, Vigilancia, Abstracción y Aprensión. El grupo de chicos obtiene puntuaciones más elevadas en las escalas de Dominancia, Abstracción y Aprensión. Las chicas obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas de Razonamiento, Estabilidad emocional, Atención a las normas y Vigilancia.

Tabla 4.28. Análisis de las diferencias según sexo en las escalas primarias del APQ mediante la U de Mann-Whitney, rango promedio, Z y probabilidad.

Escala	Chicos		Chicas		Diferencia entre sexos	
	n	Rango promedio	n	Rango promedio	Z	p
Afabilidad	443	437.76	437	443.27	-.323	.747
Razonamiento	415	407.06	442	449.60	-2.532	.011 Chicas ↑
Estabilidad emocional	448	420.56	447	475.50	-3.186	.001 Chicas ↑
Dominancia	437	476.10	447	409.65	-3.885	<.001 Chicos ↑
Animación	442	433.80	441	450.22	-.962	.336
Atención a las normas	448	417.52	447	478.55	-3.540	<.001 Chicas ↑
Atrevimiento	448	450.24	447	445.75	-.260	.795
Sensibilidad	448	451.68	447	444.31	-.428	.669
Vigilancia	448	430.34	447	465.70	-2.052	.040 Chicas ↑
Abstracción	448	475.22	447	420.72	-3.161	.002 Chicos ↑
Privacidad	448	436.14	447	459.88	-1.377	.169
Aprensión	448	468.12	447	427.84	-2.336	.020 Chicos ↑
Apertura al cambio	447	441.36	447	453.64	-.713	.476
Autosuficiencia	448	460.16	447	435.81	-1.413	.158
Perfeccionismo	440	426.44	445	459.37	-1.922	.055
Tensión	448	448.14	447	447.86	-.016	.987

Para analizar el efecto del curso académico se ha aplicado el estadístico H de Kruskal-Wallis y para los contrastes *a posteriori* se ha utilizado el estadístico U de Mann-Whitney. En la tabla 4.29., se observa que la mayoría de las escalas primarias presentan diferencias estadísticamente significativas **según el curso** académico: Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad emocional, Animación, Atención a las normas, Sensibilidad, Abstracción, Privacidad, Apertura al cambio, Perfeccionismo y Tensión.

Tabla 4.29. Análisis de las diferencias entre cursos en las escalas primarias del APQ mediante la H de Kruskal-Wallis, X^2 y probabilidad.

Escalas	Media (Desviación típica)	Chi-cuadrado	
		X^2	p
Afabilidad	44.31 (26.18)	20.429	<.001
Razonamiento	36.91 (26.63)	123.161	<.001
Estabilidad emocional	48.25 (25.87)	13.702	.008
Dominancia	59.63 (27.12)	8.650	.070
Animación	49.27 (26.59)	23.409	<.001
Atención a las normas	53.38 (24.50)	28.974	<.001
Atrevimiento	45.42 (25.77)	8.128	.087
Sensibilidad	48.01 (28.40)	32.957	<.001
Vigilancia	62.87 (25.30)	6.101	.192
Abstracción	57.29 (23.44)	13.811	.008
Privacidad	55.83 (25.92)	31.012	<.001
Aprensión	54.06 (26.69)	6.361	.174
Apertura al cambio	46.71 (26.89)	9.604	.048
Autosuficiencia	65.26 (26.72)	2.387	.665
Perfeccionismo	43.77 (26.44)	12.067	.017
Tensión	63.60 (25.21)	11.681	.020

En la tabla 4.30., se presentan las diferencias entre cursos para las escalas primarias del APQ. En la escala de **Afabilidad** se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 3º de ESO con los de 1º, 2º y 4º de ESO; en todos los casos los de tercer curso presentan un rango promedio por debajo de los otros cursos. También aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 4º de ESO y 6º de primaria; en este caso son los mayores los que muestran una puntuación media superior. En la escala de **Razonamiento** se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los cursos; el curso de 1º obtiene un rango promedio por debajo de los cursos de 3º y 4º de ESO; del mismo modo sucede con el curso de 2º de ESO que presenta valores inferiores a los cursos de 3º y 4º de ESO. También se observan diferencias entre los cursos de 3º y 6º y los extremos de 4º de ESO y 6º de primaria, en este caso los mayores obtienen una puntuación más elevada que los más pequeños. En la escala de **Estabilidad emocional** sólo se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 4º y los de 1º y 3º de ESO; en ambos casos los de 4º curso presentan un rango promedio superior al de los participantes de primero y tercer curso. En la escala de **Animación** se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y los cursos de 1º, 2º y 3º de ESO; en los tres casos los más pequeños presentan un rango promedio superior al resto de los cursos. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 4º de ESO y los de 1º y 2º curso; en ambos casos los de

cuarto curso obtienen una puntuación promedio superior a los de primero y segundo. En la escala de **Atención a las normas**, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 1º y 2º con los cursos de 3º y 4º de ESO; los de primer curso presentan un rango promedio superior a los cursos de 3º y 4º de ESO y, los participantes de 2º curso de ESO obtienen puntuaciones mayores que los de 4º de ESO. También se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y 3º y 4º de ESO; en ambos casos son los más pequeños los que obtienen medias superiores. En la escala de **Sensibilidad**, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y 1º, 2º, 3º y 4º de ESO, en todos los casos los de 6º son los que presentan un rango promedio más bajo. Se observan diferencias también entre los cursos de 1º y 3º de ESO; son estos últimos los que muestran un rango promedio superior. Para la escala de **Abstracción** sólo se observan diferencias estadísticamente significativas entre 4º de ESO y los cursos de 1º y 2º de ESO y 6º de primaria; en todas las situaciones los participantes de 4º de ESO son los que presentan una puntuación menor. También se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la escala de **Privacidad** entre 6º de primaria y el resto de cursos, en todos los casos los más pequeños obtienen un rango promedio superior. En la escala de **Apertura al cambio** se muestran diferencias estadísticamente significativas entre 4º de ESO y los cursos de 6º de primaria y 1º de ESO, son los mayores los que presentan un rango promedio más alto. Para el **Perfeccionismo** se observan diferencias estadísticamente significativas entre distintos cursos, 4º de ESO y los cursos de 6º de primaria, 1º y 2º de ESO, donde los más jóvenes muestran una puntuación media superior a los participantes de cuarto curso. Finalmente, en la escala de **Tensión** se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el curso académico entre 3º de ESO y los cursos de 1º, 2º y 4º de ESO; los más jóvenes muestran un rango promedio superior al de los participantes de los otros cursos.

Tabla 4.30. Análisis de las diferencias entre cursos, rango promedio, Z y probabilidad, de las escalas primarias del APQ.

Escalas	Grupos cursos	Rango promedio	Z	p	Diferencia
Afabilidad	1-2	454.38/443.37	-.410	.682	
	1-3	454.38/378.34	-3.063	.002	1°↑
	1-4	454.38/493.71	-1.625	.104	
	1-6	454.38/402.14	-1.772	.076	
	2-3	443.37/378.34	-2.282	.023	2°↑
	2-4	443.37/493.71	-1.845	.065	
	2-6	443.37/402.14	-1.267	.205	
	3-4	378.34/493.71	-4.103	<.001	4°↑
	3-6	378.34/402.14	-.856	.392	
	4-6	493.71/402.14	-2.891	.004	4°↑
Razonamiento	1-2	346.56/366.12	-.838	.402	
	1-3	346.56/514.06	-6.687	<.001	3°↑
	1-4	346.56/569.64	-9.191	<.001	4°↑
	1-6	346.56/364.83	-.845	.398	
	2-3	366.12/514.06	-5.356	<.001	3°↑
	2-4	366.12/569.64	-7.588	<.001	4°↑
	2-6	366.12/364.83	-.093	.926	
	3-4	514.06/569.64	-2.011	.044	
	3-6	514.06/364.83	-4.878	<.001	3°↑
	4-6	569.64/364.83	-6.925	<.001	4°↑
Estabilidad emocional	1-2	433.69/456.15	-.928	.354	
	1-3	433.69/403.28	-1.349	.177	
	1-4	433.69/502.08	-2.865	.004	4°↑
	1-6	433.69/450.85	-.596	.551	
	2-3	456.15/403.28	-1.928	.054	
	2-4	456.15/502.08	-1.741	.082	
	2-6	456.15/450.85	-.150	.880	
	3-4	403.28/502.08	-3.309	.001	4°↑
	3-6	403.28/450.85	-1.354	.176	
	4-6	502.08/450.85	-1.550	.121	
Animación	1-2	402.71/412.47	-.313	.754	
	1-3	402.71/448.18	-1.849	.064	
	1-4	402.71/483.74	-3.320	.001	4°↑
	1-6	402.71/521.04	-4.009	<.001	6°↑
	2-3	412.47/448.18	-1.263	.207	
	2-4	412.47/483.74	-2.548	.011	4°↑
	2-6	412.47/521.04	-3.347	.001	6°↑
	3-4	448.18/483.74	-1.314	.189	
	3-6	448.18/521.04	-2.272	.023	6°↑
	4-6	483.74/521.04	-1.113	.266	
Atención a las normas	1-2	493.59/472.03	-.900	.368	
	1-3	493.59/378.48	-4.602	<.001	1°↑
	1-4	493.59/400.93	-3.684	<.001	1°↑
	1-6	493.59/473.57	-.603	.546	
	2-3	472.03/378.48	-3.330	.001	2°↑
	2-4	472.03/400.93	-2.596	.009	2°↑
	2-6	472.03/473.57	-.006	.996	
	3-4	378.48/400.93	-.701	.484	
	3-6	378.48/473.57	-2.864	.004	6°↑
	4-6	400.93/473.57	-2.214	.027	6°↑
Sensibilidad	1-2	443.12/449.83	-.293	.769	
	1-3	443.12/500.02	-2.281	.023	3°↑
	1-4	443.12/477.27	-1.398	.162	
	1-6	443.12/321.21	-2.566	.010	1°↑
	2-3	449.83/500.02	-1.792	.073	
	2-4	449.83/477.27	-1.023	.306	
	2-6	449.83/321.21	-3.963	<.001	2°↑
	3-4	500.02/477.27	-.825	.409	
	3-6	500.02/321.21	-5.308	<.001	3°↑
	4-6	477.27/321.21	-4.767	<.001	4°↑

1: 1° de ESO; 2: 2° de ESO; 3: 3° de ESO; 4: 4° de ESO; 6: 6° de primaria

Escalas	Grupos cursos	Rango promedio	Z	p	Diferencias
Abstracción	1-2	479.70/452.75	-1.020	.308	
	1-3	479.70/438.99	-1.620	.105	
	1-4	479.70/390.59	-3.604	<.001	1°↑
	1-6	479.70/466.68	-.497	.619	
	2-3	452.75/438.99	-.517	.605	
	2-4	452.75/390.59	-2.169	.030	2°↑
	2-6	452.75/466.68	-.477	.633	
	3-4	438.99/390.59	-1.744	.081	
	3-6	438.99/466.68	-.786	.432	
	4-6	390.59/466.68	-2.449	.014	6°↑
Privacidad	1-2	437.12/420.63	-.729	.466	
	1-3	437.12/427.77	-.422	.673	
	1-4	437.12/435.40	-.132	.895	
	1-6	437.12/582.99	-5.099	<.001	6°↑
	2-3	420.63/427.77	-.148	.883	
	2-4	420.63/435.40	-.430	.667	
	2-6	420.63/582.99	-5.174	<.001	6°↑
	3-4	427.77/435.40	-.230	.818	
	3-6	427.77/582.99	-4.496	<.001	6°↑
	4-6	435.40/582.99	-4.201	<.001	6°↑
Apertura al cambio	1-2	443.17/444.29	-.049	.961	
	1-3	443.17/443.96	-.015	.988	
	1-4	443.17/491.10	-1.985	.047	4°↑
	1-6	443.17/393.31	-1.708	.088	
	2-3	444.29/443.96	-.012	.991	
	2-4	444.29/491.10	-1.756	.079	
	2-6	444.29/393.31	-1.645	.100	
	3-4	443.96/491.10	-1.618	.106	
	3-6	443.96/393.31	-1.482	.138	
	4-6	491.10/393.31	-2.934	.003	4°↑
Perfeccionismo	1-2	470.07/446.12	-.997	.319	
	1-3	470.07/432.80	-1.565	.117	
	1-4	470.07/390.10	-3.158	.002	1°↑
	1-6	470.07/470.20	-.031	.976	
	2-3	446.12/432.80	-.466	.641	
	2-4	446.12/390.10	-2.106	.035	2°↑
	2-6	446.12/470.20	-.772	.440	
	3-4	432.80/390.10	-1.681	.093	
	3-6	432.80/470.20	-1.183	.237	
	4-6	390.10/470.20	-2.384	.017	6°↑
Tensión	1-2	442.94/443.76	-.025	.980	
	1-3	442.94/432.80	-2.375	.018	1°↑
	1-4	442.94/390.10	-1.547	.122	
	1-6	442.94/470.20	-.476	.634	
	2-3	443.76/432.80	-2.101	.036	2°↑
	2-4	443.76/390.10	-1.388	.165	
	2-6	443.76/470.20	-.361	.718	
	3-4	432.80/390.10	-3.205	.001	3°↑
	3-6	432.80/470.20	-1.386	.166	
	4-6	390.10/470.20	-1.460	.144	

1: 1º de ESO; 2: 2º de ESO; 3: 3º de ESO; 4: 4º de ESO; 6: 6º de primaria

Escalas globales:

Se ha utilizado el estadístico U de Mann-Whitney para analizar el efecto del sexo en las escalas globales. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según sexo en las **escalas globales** de Extraversión y Autocontrol; en ambos casos son las chicas las que obtienen un rango promedio más alto que los chicos. La tabla 4.31. recoge el rango promedio para chicos y chicas y los valores de Z y la probabilidad.

Tabla 4.31. Análisis de las diferencias según sexo en las escalas primarias del APQ mediante la U de Mann-Whitney, rango promedio, Z y probabilidad.

Escala	Chicos		Chicas		Diferencia entre sexos		Diferencias
	n	Rango promedio	n	Rango promedio	Z	p	
Extraversión	420	408.96	432	443.55	-2.051	.040	Chicas ↑
Ansiedad	420	420.41	432	432.42	-.713	.476	
Dureza	420	421.10	432	431.75	-.631	.528	
Independencia	420	421.33	432	431.52	-.604	.546	
Autocontrol	420	408.39	432	444.11	-2.118	.034	Chicas ↑

Para analizar el efecto del curso académico se ha utilizado el estadístico H de Kruskal-Wallis, y para los contrastes *a posteriori* el estadístico U de Mann-Whitney. La tabla 4.32., recoge el análisis de las **escalas globales** del APQ según el curso académico. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas para las escalas de Ansiedad, Dureza y Autocontrol.

Tabla 4.32. Diferencias según curso para las escalas globales del APQ, según H de Kruskal-Wallis.

Escalas	Media (Desviación típica)	Chi-cuadrado χ^2	p
Extraversión	41.79(28.08)	1.078	.898
Ansiedad	50.83 (27.66)	13.526	.009
Dureza	56.23 (28.38)	24.228	<.001
Independencia	49.31 (28.38)	.461	.977
Autocontrol	45.40 (27.36)	14.537	.006

En la tabla 4.33. se presentan los resultados del análisis de las diferencias según curso. En la escala de **Ansiedad** son los participantes del tercer curso de ESO los que presentan puntuaciones más elevadas que los de primero, segundo y cuarto curso. En cuanto a la escala de **Dureza** se refiere, se observa que los más pequeños (6º de primaria) obtienen puntuaciones más elevadas que los de cursos superiores (1º, 2º, 3º y 4º de ESO). En la escala de **Autocontrol**, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los

cursos de 1º y 2º de ESO con el de 4º de ESO. Se observa que en ambos casos, los mayores tienen puntuaciones más bajas que los más pequeños, es decir, los mayores son menos autocontrolados que los de primer y segundo curso.

Tabla 4.33. Análisis de las diferencias entre cursos, rango promedio, Z y probabilidad, de las escalas globales del APQ.

Escalas	Grupos cursos	Rango promedio	Z	p	
Ansiedad	1-2	417.33/397.91	-.854	.393	
	1-3	417.33/496.20	-3.013	.003	3º ↑
	1-4	417.33/411.83	-.320	.749	
	1-6	417.33/445.60	-1.066	.286	
	2-3	397.91/496.20	-3.425	.001	3º ↑
	2-4	397.91/411.83	-.404	.686	
	2-6	397.91/445.60	-1.581	.114	
	3-4	496.20/411.83	-2.675	.007	3º ↑
	3-6	496.20/445.60	-1.551	.121	
	4-6	411.83/445.60	-.957	.339	
Dureza	1-2	426.60/423.72	-.183	.855	
	1-3	426.60/382.24	-1.657	.098	
	1-4	426.60/399.73	-1.122	.262	
	1-6	426.60/532.18	-3.746	<.001	6º ↑
	2-3	423.72/382.24	-1.482	.138	
	2-4	423.72/399.73	-.970	.332	
	2-6	423.72/532.18	-3.525	<.001	6º ↑
	3-4	382.24/399.73	-.517	.605	
	3-6	382.24/532.18	-4.482	<.001	6º ↑
	4-6	399.73/532.18	-4.141	<.001	6º ↑
Autocontrol	1-2	461.55/430.07	-1.297	.195	
	1-3	461.55/413.69	-1.799	.072	
	1-4	461.55/372.85	-3.754	<.001	1º ↑
	1-6	461.55/431.65	-1.066	.286	
	2-3	430.07/413.69	-.537	.591	
	2-4	430.07/372.85	-2.159	.031	2º ↑
	2-6	430.07/431.65	-.063	.949	
	3-4	413.69/372.85	-1.398	.162	
	3-6	413.69/431.65	-.521	.602	
	4-6	372.85/431.65	-1.939	.053	

1: 1º de ESO; 2: 2º de ESO; 3: 3º de ESO; 4: 4º de ESO; 6: 6º de primaria

En resumen,

se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la mitad de las escalas primarias; las chicas presentan puntuaciones más altas que el grupo de chicos en las escalas de Razonamiento, Estabilidad emocional, Atención a las normas y Vigilancia. El grupo de los chicos obtiene rangos promedios por encima de las chicas en las escalas de Dominancia, Abstracción y Aprensión. En cuanto a las escalas globales se refiere, son ellas las que despuntan en las escalas de Extraversión y Autocontrol. También se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el curso en todas las escalas primarias, a excepción de cinco y en las escalas de Ansiedad, Dureza y Autocontrol de las escalas globales.

A.6. CRI-Y:

Los problemas expuestos por los participantes de este estudio se han clasificado siguiendo el sistema de codificación propuesto por Forns et al. (2004). Estos autores han propuesto un sistema de codificación multiaxial de los problemas expresados por los adolescentes según cuatro categorías: naturaleza del problema, contenido del problema, participantes del problema y ámbito de ocurrencia (ver apartado instrumentos).

En cuanto a la **Naturaleza del problema** se refiere, según se observa en la figura 4.13., los participantes de este estudio manifiestan que lo que más le preocupa son los problemas de naturaleza interpersonal en primer lugar, es decir, las dificultades que surgen en la relación con otras personas y, en segundo lugar los problemas personales; y el que menos preocupa es el problema ajeno.

En referencia a los **Participantes** del problema, en la figura 4.14. se observa que el autor que expresan más los adolescentes en sus problemas suele ser el propio sujeto, en segundo lugar son los compañeros y amigos, y la familia, tanto como el núcleo familiar como la familia extensa, obtienen un porcentaje inferior a las dos primeras categorías. El resto de las opciones obtienen porcentajes inferiores al 5% cada uno.

En la figura 4.15. se muestra el **Ámbito de ocurrencia**, más de un 70% se concentra en el hogar y entorno familiar, y en la escuela e instituto, como los dos entornos en los ocurren los problemas expresados por los adolescentes. Para el resto de las categorías los porcentajes son inferiores al 10% en cada una, a excepción de la categoría de ámbito inespecífico (25%).

Los resultados del **Contenido del problema** se muestran sintetizados en la figura 4.16. Según se observa, los adolescentes de esta muestra expresan que el problema más frecuente se centra en las relaciones con los demás, seguidos del rendimiento escolar y de la salud. Cabe destacar que en este apartado se incluyó una nueva categoría de Problemas alimentarios en la que un 4.4% de la muestra expresa tenerlos o saber de algún compañero o conocido que haya tenido ese problema. También es significativo que un 10.2% de los chicos y chicas expresan que la muerte y/o suicidio de un ser querido es uno de los temas que más les preocupan, situándose en cuarto lugar.

En cuanto a la **intensidad del problema** se refiere, a los participantes se les indicó que valoraran cuanto les había afectado el problema que ellos mismos expresaban. Según se observa en la figura 4.17., más de un 45% de los participantes informó de que el problema les afectaba mucho o muchísimo.

Figura 4.13. Gráfico de porcentajes de la naturaleza de los problemas expresados por los adolescentes.

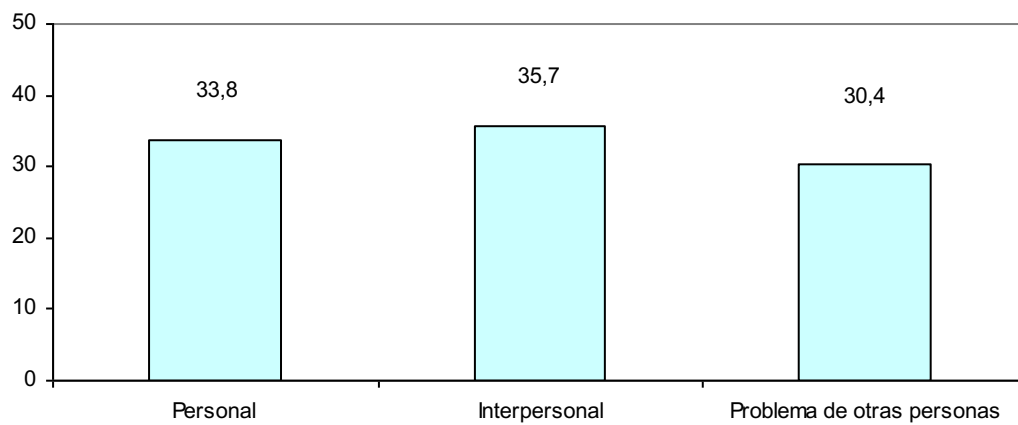


Figura 4.14. Porcentajes de los participantes de los problemas expresados por los adolescentes.

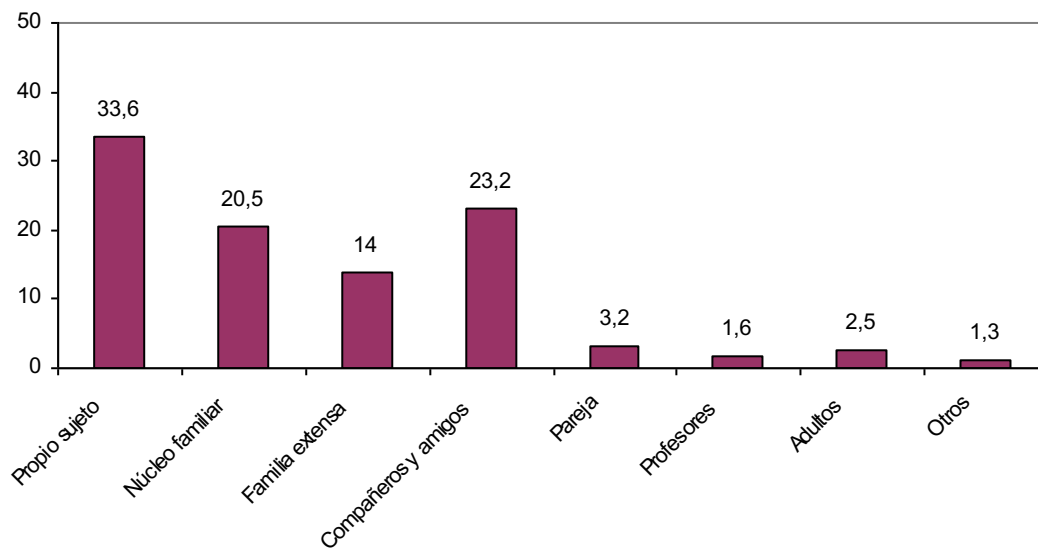


Figura 4.15. Porcentajes del ámbito de ocurrencia de los problemas expresados por los adolescentes.

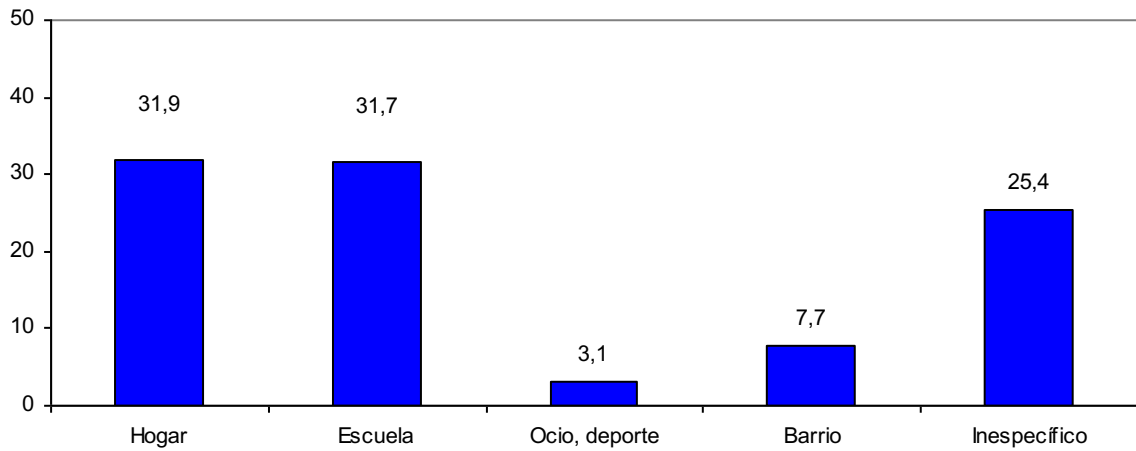


Figura 4.16. Porcentajes del contenido de los problemas expresados por los adolescentes.

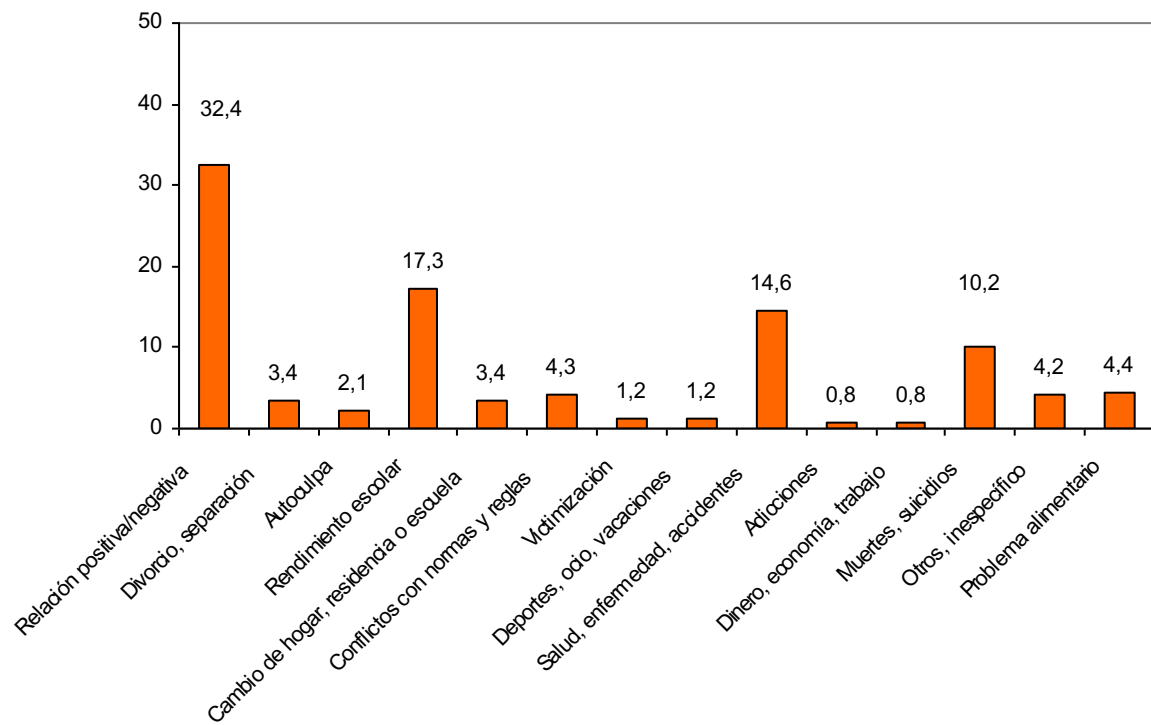
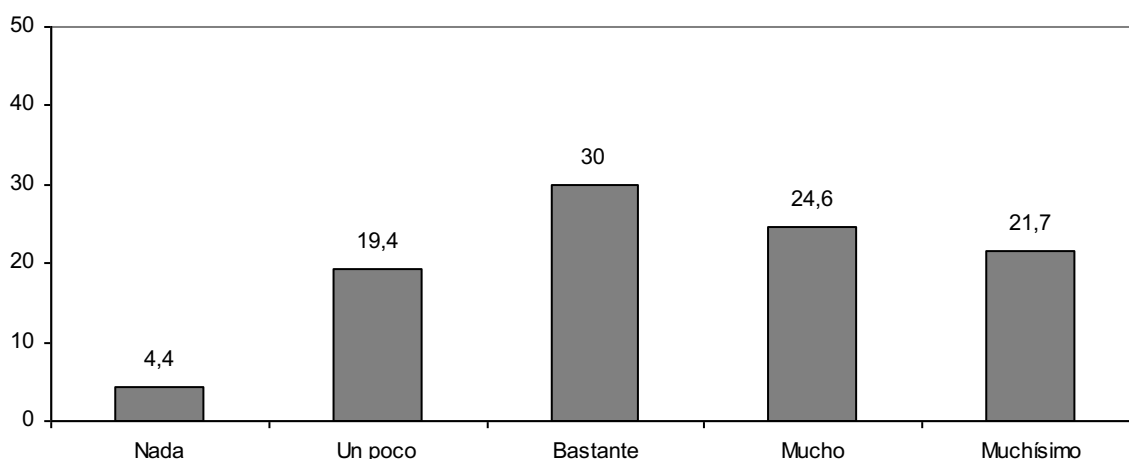


Figura 4.17. Porcentajes de la intensidad de los problemas expresada por los adolescentes



A.6.1. Análisis de las puntuaciones según sexo y curso escolar de los problemas expresados por los adolescentes:

Los problemas expresados por los participantes en la primera parte del CRI-Y se han categorizado siguiendo el sistema propuesto por Forns et al. (2004). Para analizar las diferencias según curso y sexo se ha calculado el estadístico de Chi-cuadrado (X^2). Todas las variables cumplen las condiciones de aplicación para la variable sexo, a excepción de la categoría de Contenido del problema, en la que se opta por eliminar aquellas subcategorías que tienen una frecuencia esperada inferior a 5 (Victimización, Deportes, Adicciones y Dinero), y se calcula de nuevo la Chi-cuadrado.

En la tabla 4.19., se presentan las **relaciones entre chicos y chicas** para todas las categorías de análisis del problema; se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías: **Naturaleza del problema** ($X^2=15.433$; $p<.001$), los chicos expresan un mayor porcentaje de problemas personales (Chicos: 38.92%, chicas: 28.60%) y ajenos (Chicos: 30.64%, chicas: 30.08%) que las chicas, y el grupo de las chicas destaca por expresar un mayor número de problemas interpersonales (41.31% vs. 30.43%, respectivamente). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre sexos en las categorías de problemas Personales ($Z=3.65$; $p\leq.001$) e Interpersonales ($Z=3.51$; $p\leq.001$); en el primer caso son los chicos los que obtienen un porcentaje mayor que las chicas, y en la categoría de Interpersonal es el grupo de las chicas el que presenta un porcentaje superior al de los chicos (ver figura 4.18.).

Participantes ($X^2= 32.675$; $p<.001$), el grupo de los chicos indica en mayor porcentaje que las chicas que el protagonista de sus problemas es él mismo (Chicos: 39.13%, chicas: 27.97%); en el caso de las chicas en primer término son los compañeros y amigos los que obtienen el mayor porcentaje, en comparación con los chicos (Chicas: 28.6%, chicos: 18.01%). En esta categoría se observan diferencias estadísticamente significativas según el sexo en: Propio sujeto ($Z= 3.65$; $p\leq.001$), en el que los chicos presentan un porcentaje superior al grupo de las chicas, y la categoría de Compañeros y amigos ($Z= 3.87$; $p\leq.001$), en la que el grupo de las chicas supera en porcentaje al de los chicos (ver figura 4.19.).

Ámbito de ocurrencia ($X^2=11.441$; $p=.022$), los chicos expresan que el lugar donde ocurren más sus problemas es en la escuela o instituto en comparación con las chicas (34.37% y 29.03%, respectivamente); para ellas son el hogar y su entorno familiar (chicos: 30.23%, chicas: 33.69%) donde ocurren con mayor frecuencia sus problemas (ver figura 4.20.). Se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo en las categorías de: Ocio y deporte ($Z= 2.16$; $p=.03$), en la que los chicos presentan un porcentaje superior al de las chicas, y la categoría de ámbito de ocurrencia Inespecífico ($Z= 2.07$; $p=.04$) en el que son las chicas las que presentan un mayor porcentaje, según se observa en la figura 4.20.

En cuanto al **Contenido del problema** ($X^2=60.659$; $p<.001$), en la figura 4.21., se observa que la categoría más expresada por los chicos y chicas es la de problemas de relación, y son ellas quienes obtienen un porcentaje mayor (chicas: 42.6%, chicos: 26.38%); en cuanto al resto de categorías se observan diferencias en las categorías de rendimiento escolar, otros problemas o inespecífico, en los que los chicos muestran un porcentaje mayor y, en la categoría de problema alimentario en el que ellas son las que presentan un mayor porcentaje. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las siguientes categorías según el sexo, de Relación ($Z= 5.11$; $p<.001$) y Problema alimentario ($Z= 3.20$; $p=.001$), el grupo de las chicas presenta un porcentaje superior al de los chicos; y en las categorías de Rendimiento escolar ($Z= 3.80$; $p<.001$) y Otros, inespecífico ($Z= 4.17$; $p<.001$), son los chicos los que muestran un porcentaje más alto que el de las chicas.

Tabla 4.19. Diferencias según sexo y curso escolar en tipo de problema, participantes, ámbito de ocurrencia y contenido del problema.

Categorías del problema	Relación entre chicos y chicas			Relación entre cursos		
	X ²	g ^l	p	X ²	g ^l	p
Naturaleza del problema	15.433	2	<.001	18.209	8	.020
Participantes	32.675	7	<.001	42.140	16	<.001
Ámbito de ocurrencia	11.441	4	.022	37.732	12	<.001
Contenido del problema	62.484	9	<.001	51.422	20	<.001

Figura 4.18. Porcentajes de la **Naturaleza** del problema según sexo.

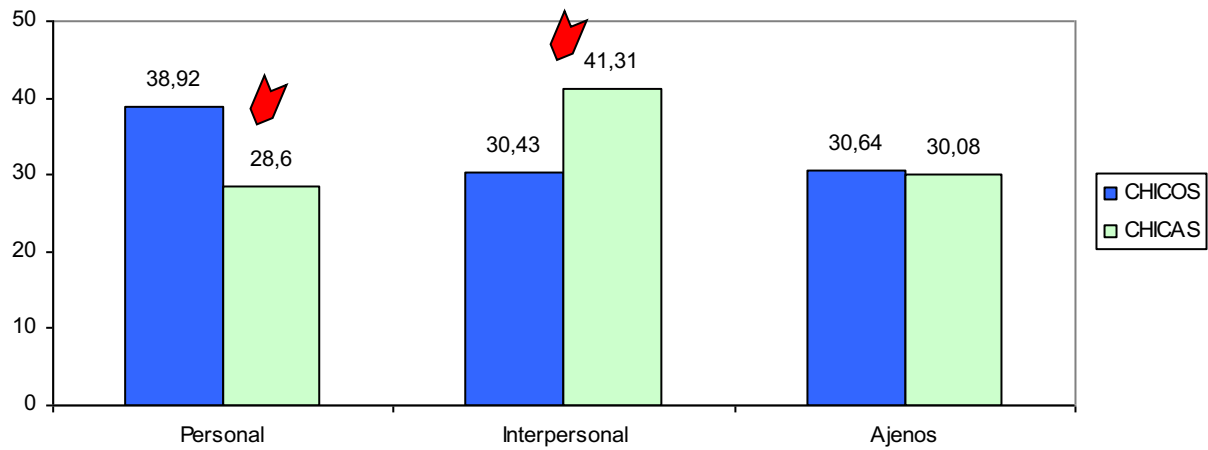


Figura 4.19. Porcentajes de **Participantes** del problema según sexo.

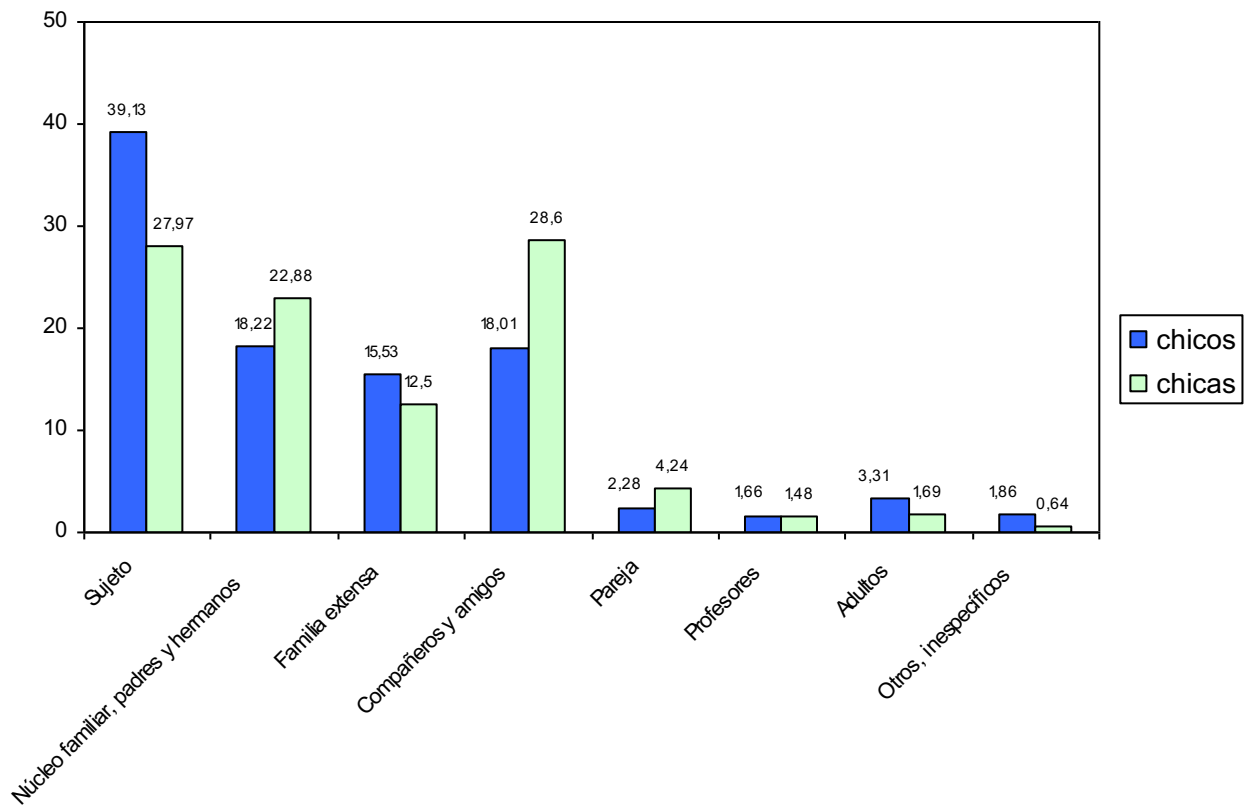


Figura 4.20. Porcentajes de **Ámbito de ocurrencia** según sexo.

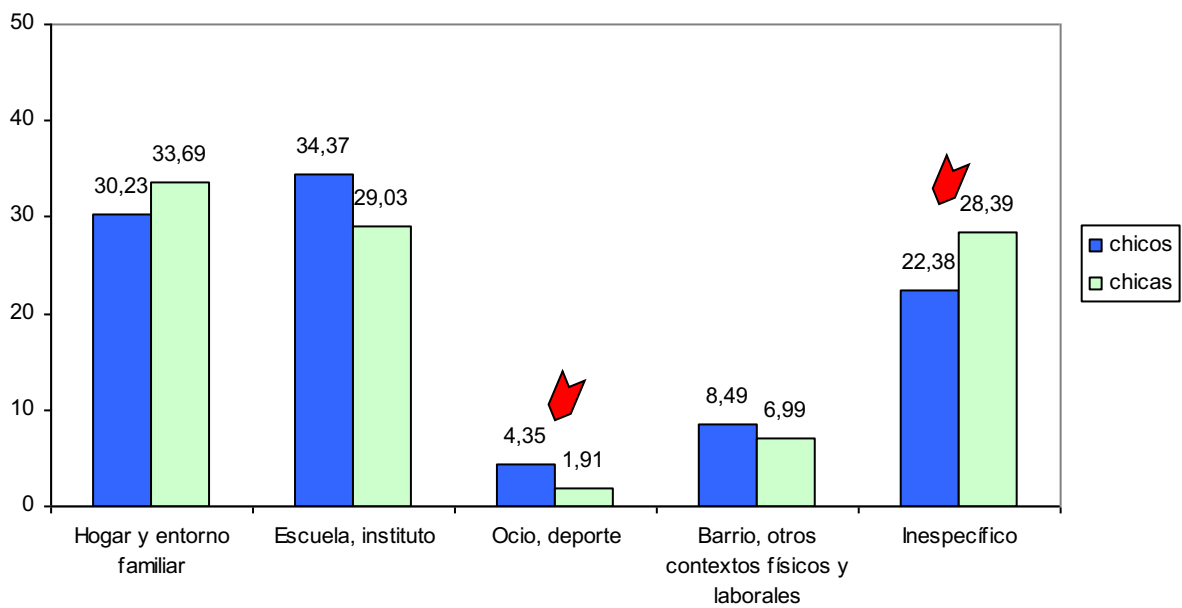


Figura 4.21. Porcentajes de **Contenido del problema** según sexo.

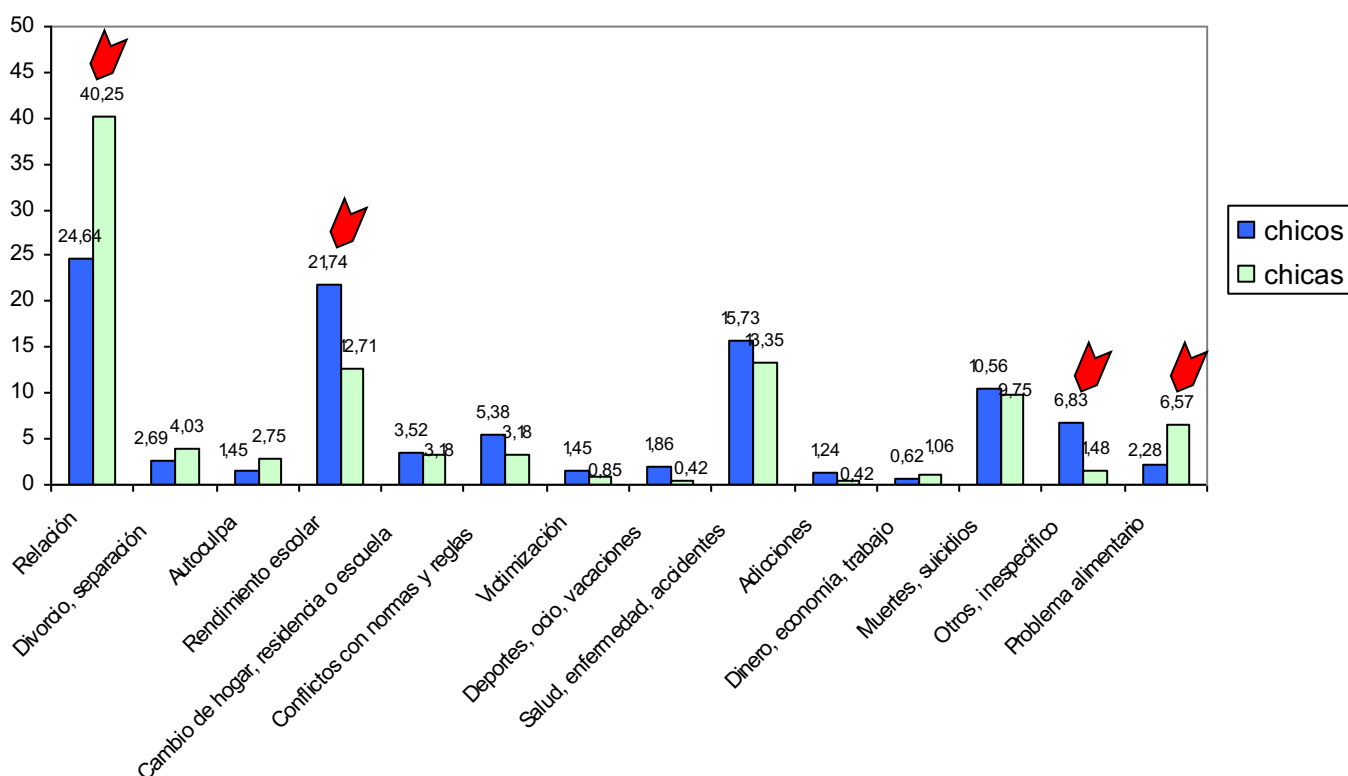


Tabla 4.20. Categorías más frecuentes según chicos y chicas

Categorías del problema	Chicos	Chicas
Naturaleza del problema	Personales	Interpersonales
Participantes	El propio sujeto	Amigos
Ámbito de ocurrencia	Escuela	Hogar
Contenido del problema	Relación	Relación

En cuanto al análisis de las categorías de problemas **según el curso**, sólo la variable *Naturaleza del problema* cumple las condiciones de aplicación, en el resto de casos se realizan agrupaciones de categorías: para la variable *Participantes*, se han agrupado compañeros y amigos, con pareja, ya que a estas edades las relaciones interpersonales pueden considerarse de amistad; los profesores, y los adultos, se han agrupado porque ambas categorías se refieren a adultos, y se elimina del análisis la categoría otros porque no aporta información relevante. Para la variable *Ámbito de ocurrencia*, se han agrupado las categorías de Ocio-deporte, con barrio u otros contextos, porque habitualmente, las actividades extraescolares y el ocio suelen realizarse en otros contextos distintos de las escuelas.

Según se observa en la tabla 4.19., después de realizar las correspondientes agrupaciones, se aprecia que hay relación estadísticamente significativa según el curso en todas las categorías del análisis del problema. En el caso del **Naturaleza del problema**, los participantes de 2º y 3º de ESO expresan que el mayor número de problemas son de naturaleza personal (38.6% y 36.7% respectivamente), y de tipo interpersonal para los de 1º y 4º de ESO (36.5% y 41.8%, respectivamente); para los de 6º de primaria el porcentaje mayor se sitúa en los problemas ajenos (40.7%). En la figura 4.22. se muestran los porcentajes de la naturaleza de los problemas según el curso académico. Según la categoría de **Participantes**, los participantes de 2º, 3º y 4º de ESO son los que expresan un mayor número de problemas relativos al propio sujeto (37.8%, 35.4% y 33.7%, respectivamente), para los de primer curso de ESO y sexto de primaria son los problemas de otros compañeros, amigos y pareja (34.8% y 47.9%). En la figura 4.23. se muestran los porcentajes de participantes según el curso académico. Los **Ámbitos de ocurrencia** como la Escuela o en el ocio son los más expresados por los estudiantes de 1º y 2º de ESO (36.5% y 38.2%, respectivamente). Los participantes de 6º de primaria, 3º y 4º de ESO son los que manifiestan que con mayor frecuencia el hogar es donde ocurren más habitualmente sus problemas (42.3%, 39.4% y 34.2%, respectivamente). En la figura 4.24. se muestran los porcentajes de los ámbitos de ocurrencia de los problemas expresados por los participantes según curso. En cuanto a la **Contenido del problema**, los participantes de todos los cursos expresan que el problema más frecuente es de relación (ver figura 4.25.). En la tabla 4.20. también se muestran las categorías más frecuentes para chicos y chicas.

Figura 4.22. Porcentajes de la **Naturaleza del problema** según curso.

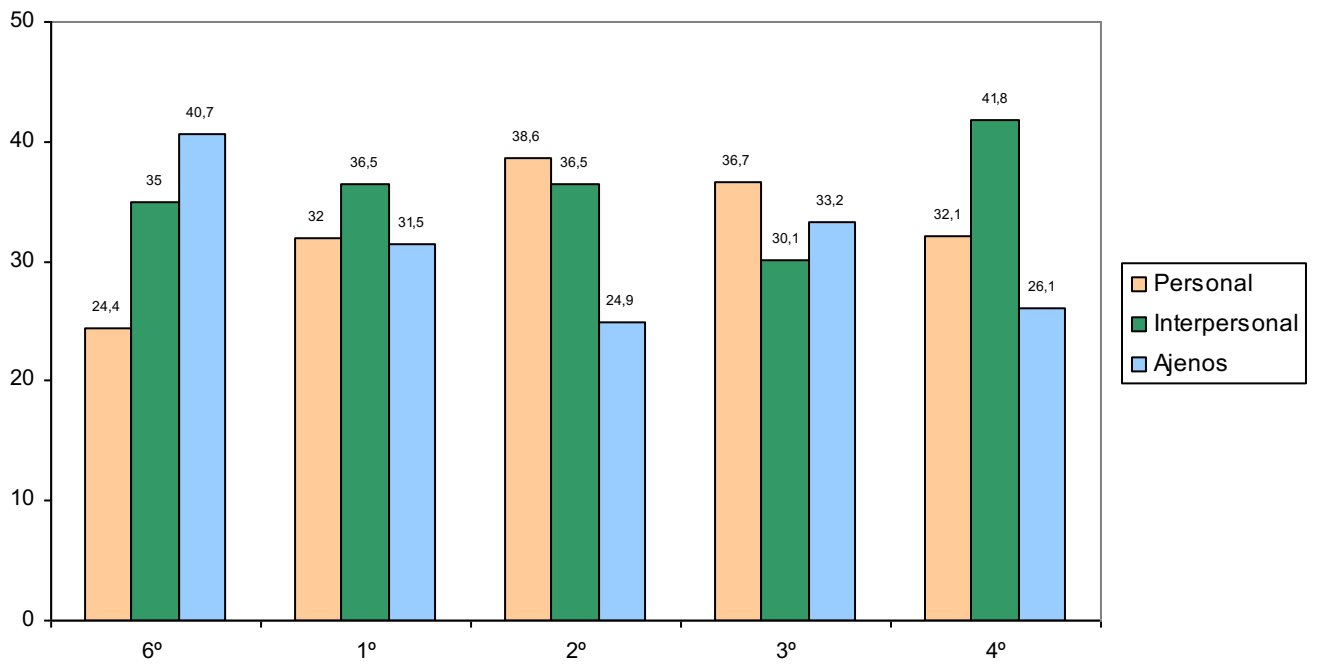


Figura 4.23. Porcentajes de la categoría de **Participantes** según curso.

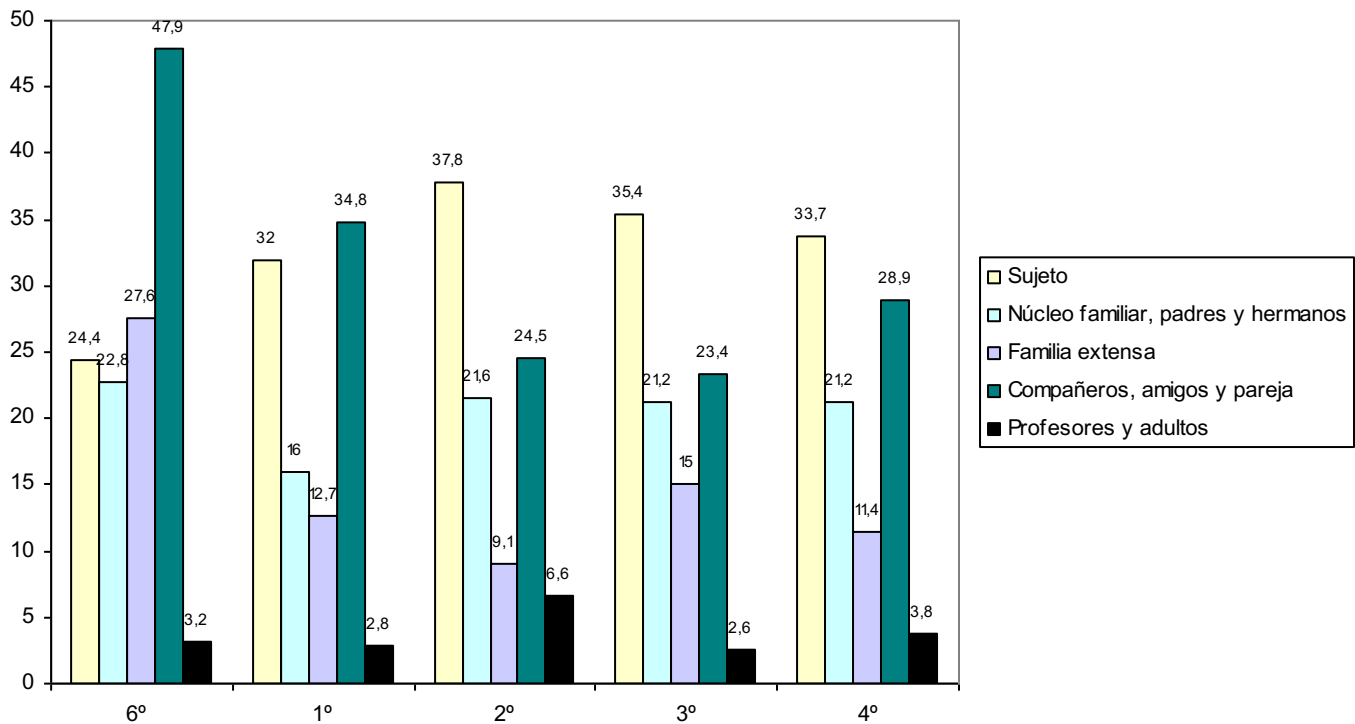


Figura 4.24. Porcentajes de la categoría **Ámbito de ocurrencia** según curso.

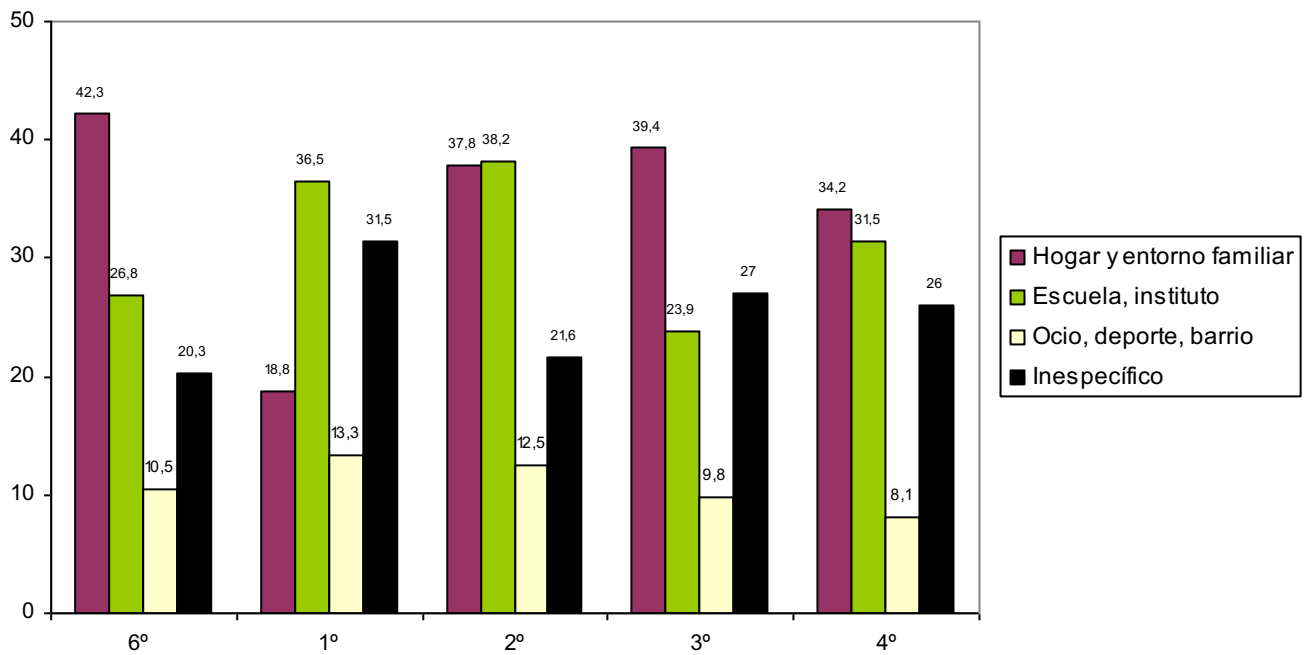
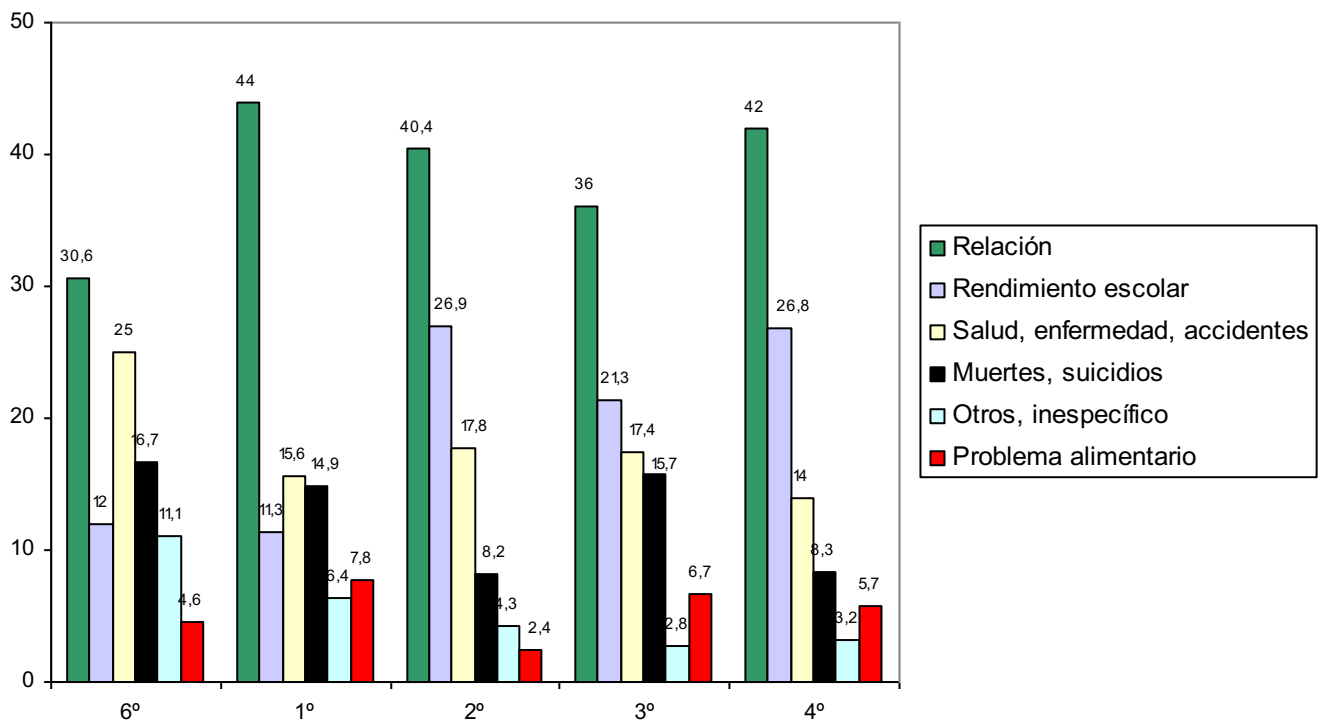


Figura 4.25. Porcentajes de la categoría de **Contenido de problema** según curso



En cuanto a la **Intensidad del problema** se refiere, se ha analizado el efecto de la variable sexo, para ello se ha calculado el estadístico U de Mann-Whitney, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($Z = -4.239$; $p < .001$). Son las chicas quienes manifiestan mayor intensidad del problema que exponen que el grupo de los chicos (Rango promedio: 490.28 vs. 418.72 respectivamente). Para observar el efecto de la variable curso sobre la intensidad del problema se ha aplicado la prueba H de Kruskal-Wallis, y se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 6.395$; $p = .172$).

En resumen,

en el análisis de los problemas expresados por los adolescentes, se observan diferencias entre chicos y chicas en todas las categorías. Los problemas más comunes de las chicas son de tipo interpersonal, los autores son los compañeros o amigos, sucede en casa o en el entorno familiar y es de temática relacional. En el caso de los chicos, expresan un problema personal, donde el autor es él mismo, sucede en la escuela o instituto y también es de relación. También se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías según el curso escolar. Las chicas expresan una mayor intensidad del problema que los chicos.

A.6.2. Análisis de las estrategias de afrontamiento según el sexo y el curso académico:

En la tabla 4.21. se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de la segunda parte del cuestionario CRI-Y, que trata sobre las estrategias de afrontamiento que utiliza el adolescente. Según se observa en la tabla 4.21., las medias para las estrategias de aproximación oscilan entre 7.84 (Búsqueda guía) y 9.54 (Análisis lógico); en el caso de las estrategias de evitación, las medias fluctúan entre 6.27 (Descarga emocional) y 8.93 (Evitación cognitiva). Es decir, la estrategia de afrontamiento que más utilizan los adolescentes de esta muestra es la de Análisis lógico, que es de tipo cognitivo, seguida de la de Resolución de problemas, de tipo conductual; cabe destacar que ambas son estrategias de aproximación. Las que menos utilizan los chicos y chicas de este estudio son las de Búsqueda de gratificación y Descarga emocional (estrategias de evitación conductuales).

Tabla 4.21. Medias y desviaciones típicas de las estrategias de afrontamiento.

	Estrategias de aproximación		Estrategias de evitación	
	N	Media (Desv. Típica)	N	Media (Desv. Típica)
Cognitivas	Análisis lógico	943 9.54 (4.28)	Evitación cognitiva	942 8.93 (4.03)
	Reevaluación positiva	944 8.93 (4.01)	Aceptación o resignación	940 7.99 (3.91)
Conductuales	Búsqueda guía	941 7.84 (4.41)	Búsqueda de gratificación	929 6.43 (4.28)
	Resolución de problemas	937 9.22 (4.29)	Descarga emocional	940 6.27 (4.25)

N: el tamaño de la muestra cambia porque en algunos casos los participantes no contestaron todos los ítems y se tuvo que hacer alguna ponderación.

Se ha realizado un Análisis de la Varianza (ANOVA) para analizar el efecto de las variables sexo y curso escolar sobre las estrategias de afrontamiento. Se ha tomado como variable intrasujeto la puntuación en cada una de las estrategias del CRI-Y y como variable intersujeto el sexo y el curso escolar. El análisis se presenta según las escalas de aproximación (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda guía y Resolución de problemas) y las escalas de evitación (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de gratificación y Descarga emocional).

Los resultados del ANOVA se recogen en la tabla 4.22.; todas las escalas cumplen la prueba de homogeneidad de la variancia (Prueba de Levene), a excepción de Búsqueda guía ($F=1.919$; $p=.046$) y Evitación ($F= 3.338$; $p<.001$), que no cumplen dicha condición; para la comparación entre sexos se ha calculado la t de Student y para la comparación de cursos un ANOVA.

Tabla 4.22. ANOVA para las escalas del CRI-Y según sexo y curso, y contrastes a posteriori.

Estrategias	Escalas	Fuente de variación	F	g.l.	p	Tamaño del efecto	Contrastes a posteriori: Scheffé			Diferencias	
							Grupos cursos	Media	p		
ESTRATEGIAS DE APROXIMACIÓN	ANÁLISIS LÓGICO	sexo	17.767	1;933	<.001	.019	Chicos/chicas	8.89/10.19		Chicas ↑	
		curso	9.102	4;933	<.001	.038	1-2	9.66/10.11	.888		
							1-3	9.66/9.08	.751		
							1-4	9.66/10.38	.628		
							1-6	9.66/7.81	.007	1° ↑	
							2-3	10.11/9.08	.138		
							2-4	10.11/10.38	.981		
							2-6	10.11/7.81	<.001	2° ↑	
							3-4	9.08/10.38	.047		
							3-6	9.08/7.81	.127		
							4-6	10.38/7.81	<.001	4° ↑	
				Sexo*curso	84.330	4;933	.001	.021			
				sexo	1.352	1;934	.245		Chicos/chicas	8.89/10.19	
				curso	2.483	4;934	.042	.011	1-2	9.00/9.23	.987
		ESTRATEGIAS DE EVITACIÓN	REEVALUACIÓN POSITIVA						1-3	9.00/8.25	.485
							1-4	9.00/8.94	1.00		
							1-6	9.00/9.45	.921		
							2-3	9.23/8.25	.140		
							2-4	9.23/8.94	.970		
							2-6	9.23/9.45	.993		
							3-4	8.25/8.94	.553		
							3-6	8.25/9.45	.128		
							4-6	8.94/9.45	.879		
				Sexo*curso	1.002	4;934	.406				
				sexo	.102	1;927	.749	Chicos/chicas	9.13/9.30		
				curso	2.238	4;927	.063				
				Sexo*curso	1.296	4;927	.270				
ESTRATEGIAS DE EVITACIÓN	BÚSQUEDA DE GRATIFICACIÓN			Sexo	1.406	1;919	.236		Chicos/chicas	6.57/6.29	
				Curso	5.334	4;919	<.001	.023	1-2	7.41/6.22	.101
							1-3	7.41/6.03	.038	1° ↑	
							1-4	7.41/5.64	.004	1° ↑	
							1-6	7.41/7.24	.999		
							2-3	6.22/6.03	.994		
							2-4	6.22/5.64	.752		
							2-6	6.22/7.24	.323		
							3-4	6.03/5.64	.935		
							3-6	6.03/7.24	.171		
							4-6	5.64/7.24	.035	6° ↑	
				Sexo*curso	2.125	4;919	.076				
				sexo	52.863	1; 930	<.001	.054	Chicos/chicas	5.25/7.31	
				curso	.664	4; 930	.617				
				Sexo*curso	4.113	4; 930	.003	.017			
ESTRATEGIAS DE EVITACIÓN	DESCARGA EMOCIONAL	sexo	2.320	1;930	.211						
		curso	2.174	4;930	.070						
		Sexo*curso	1.466	4;930	.211						

1: 1° de ESO; 2: 2° de ESO; 3: 3° de ESO; 4: 4° de ESO; 6: 6° de primaria

Escalas de aproximación:

En la escala de **Análisis lógico** se observa que hay diferencias estadísticamente significativas según las variables de sexo ($F= 17.767$, $p<.001$), curso ($F= 9.102$, $p<.001$) y la interacción de ambas ($F=84.330$, $p=.001$). El grupo de las chicas presenta puntuaciones más elevadas en esta escala que los chicos; es decir, las chicas se preparan cognitivamente más frente a las dificultades que los chicos. Según la variable curso, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y los cursos de 1º, 2º y 4º de ESO; son los más pequeños los que dicen utilizar menos recursos cognitivos para hacer frente a los problemas, que los participantes de cursos superiores.

En la figura 4.26., se muestra la evolución de las puntuaciones medias; se observa que en los tres primeros cursos los chicos y las chicas presentan puntuaciones similares; es a partir de tercer curso que las chicas muestran una progresión ascendente y los chicos muestran una disminución de las puntuaciones medias. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en los cursos de 3º ($t_{(222)}=5.69$; $p<.001$; $r=0.36$) y 4º de ESO ($t_{(190)}=3.72$; $p<.001$; $r=0.26$). Son las chicas las que obtienen puntuaciones medias superiores a los chicos en ambos cursos (Medias 3º chicas = 10.56; chicos = 7.63; Medias 4º chicas = 11.49; chicos = 9.33).

En la escala de **Reevaluación positiva** se aprecian diferencias estadísticamente significativas según la variable curso ($F=39.617$; $p=.042$), aunque no según sexo ($F=21.572$; $p=.245$) ni la interacción entre ambas variables ($F=15.983$; $p=.406$). Aunque sí que aparece significación global de la escala según curso, no se llega a la significación estadística en la comparación curso por curso.

En la figura 4.27., se observa que las puntuaciones medias de los chicos y chicas son muy similares, las chicas muestran una tendencia ascendente, aunque en 2º de ESO se observa una leve disminución, mientras que los chicos sucede al contrario, se observa una tendencia descendente y un leve crecimiento en 4º de ESO.

En el caso de la escala de **Búsqueda guía** no se cumplía la prueba de homogeneidad de varianzas, por esta razón, se ha calculado la prueba t de Student para observar el efecto de la variable sexo, y para observar el efecto del curso se calculó un ANOVA de un factor y los contrastes *a posteriori*, de Scheffé, para observar las diferencias entre cursos (ver tabla 4.23.).

En esta escala se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($t_{(939)}=-3.760$; $p<.001$; $r= 0.12$). Las chicas obtienen medias superiores al grupo de chicos (Medias chicas = 8.38; chicos = 7.31). También se observan diferencias estadísticamente

significativas entre cursos ($F= 2.757$; $p=.027$), entre 6° de primaria y 4° de ESO, son los de cuarto curso los que muestran puntuaciones medias superiores a los de 6° de primaria.

Tabla 4.23. ANOVA según curso de la escala de Búsqueda guía

Escalas	Grupos cursos	Media	Desviación típica	p	Diferencias
Búsqueda guía	1-2	7.81/7.90	4.51/4.15	1.00	
	1-3	7.81/7.61	4.51/4.15	.995	
	1-4	7.81/8.62	4.51/4.65	.559	
	1-6	7.81/6.99	4.51/4.47	.643	
	2-3	7.90/7.61	4.15/4.15	.972	
	2-4	7.90/8.62	4.15/4.65	.603	
	2-6	7.90/6.99	4.15/4.47	.478	
	3-4	7.61/8.62	4.15/4.65	.258	
	3-6	7.61/6.99	4.15/4.47	.814	
	4-6	8.62/6.99	4.65/4.47	.039	4° †

En la figura 4.28.; están representadas las puntuaciones medias según el curso y sexo, en el grupo de las chicas se observa una tendencia ascendente desde 6° de primaria hasta 4° de ESO; en el caso de los chicos también se observa una leve tendencia creciente que disminuye en 3° de ESO y se recupera en 4° de ESO. En los cursos de 3° y 4° de ESO se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas; en el tercer curso ($t_{(221)}=3.77$; $p<.001$; $r=0.25$) son las chicas las que obtienen medias superiores a los chicos (Medias chicas = 8.68; chicos = 6.55), y en el 4° curso de ESO ($t_{(182)}=2.39$; $p=.017$; $r=0.17$) también son ellas las que destacan sobre los chicos (Medias chicas = 9.46; chicos = 7.84).

En la escala de **Resolución de problemas** no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable, sexo ($F=.102$, $p=.749$), curso ($F=2.238$, $p=.063$) ni la interacción entre ambas ($F=1.296$, $p=.270$). Aunque estas diferencias no llegan a la significación de 0.05, la variable curso tiene una moderada tendencia a la significación estadística.

En la figura 4.29., se observa que las puntuaciones medias de los chicos y las chicas son muy homogéneas entre los cursos, aunque en 3° de ESO en los chicos se aprecia una leve disminución de la media que se recupera en el siguiente curso.

Figura 4.26. Puntuaciones medias de la escala de **Análisis Lógico** según curso y sexo.

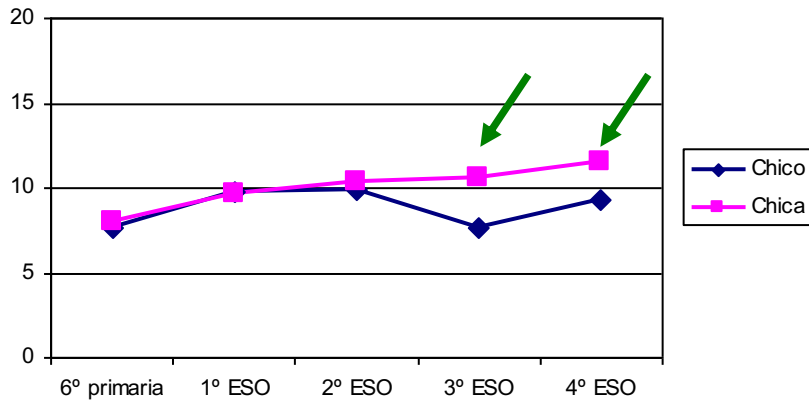


Figura 4.27. Puntuaciones medias de la escala de **Reevaluación positiva** según curso y sexo.

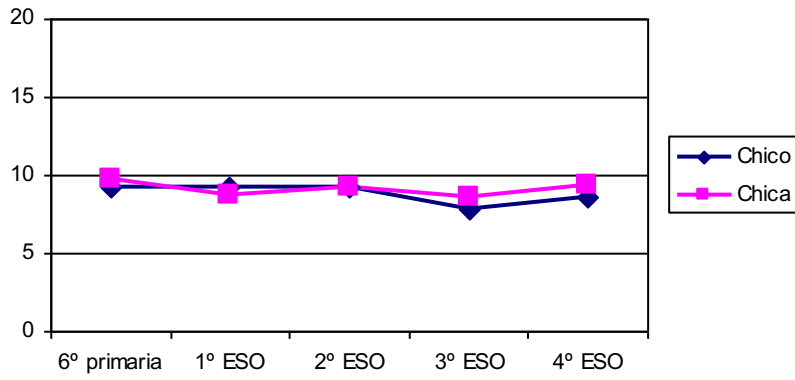


Figura 4.28. Puntuaciones medias de la escala de **Búsqueda guía** según curso y sexo.

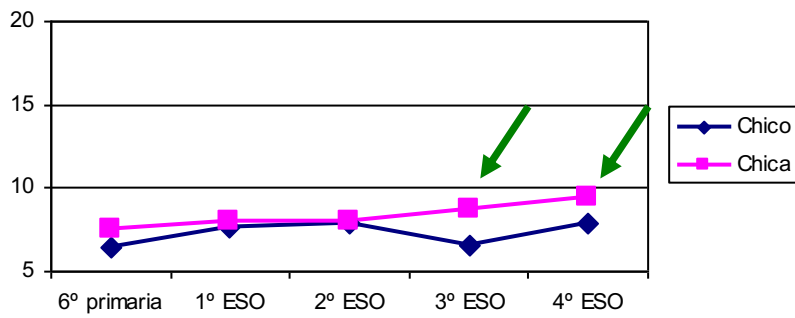
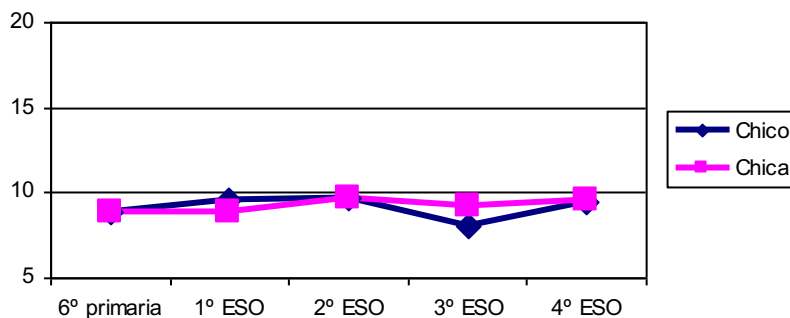


Figura 4.29. Puntuaciones medias de la escala de **Resolución de problemas** según sexo y curso.



Escalas de evitación:

La escala de **Evitación cognitiva** no cumple la prueba de homogeneidad y por esta razón se ha calculado la prueba t de Student para observar diferencias según la variable sexo; también se ha aplicado un ANOVA de un factor según el curso los contrastes *a posteriori* de Scheffé. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ($t_{(940)} = -1.470$; $p = .142$) en esta escala, ni tampoco según la variable curso ($F = 2.162$; $p = .071$).

En la figura 4.30., se representan las puntuaciones medias de chicos y chicas según el curso; según se observa en la figura las chicas presentan un perfil en las puntuaciones muy regular que desciende levemente en 2º de ESO y se observa un leve crecimiento en 3º y 4º de ESO. En cuanto a los chicos se refiere, presentan una puntuación media inicial superior a las chicas que va disminuyendo hasta 3º de ESO y en el último curso se aprecia una leve ascensión.

Para la escala de **Aceptación/resignación** no se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($F = 2.320$; $p = .128$), curso ($F = 2.174$; $p = .070$) ni la interacción entre ambas variables ($F = 1.466$; $p = .211$). En la figura 4.31., se observan las puntuaciones medias para ambos sexos; tanto en el grupo de chicos como el de chicas se observan perfiles muy similares que siguen la misma tendencia.

En la escala de **Búsqueda de gratificación** se aprecian diferencias estadísticamente significativas según curso ($F = 5.334$; $p < .001$), aunque no difieren según la variable sexo ($F = 1.406$; $p = .236$) ni por la interacción entre ambas ($F = 2.125$; $p = .076$). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cursos de 1º de ESO y 3º y 4º; siendo los más jóvenes los que obtienen mayores puntuaciones. También se aprecian diferencias

estadísticamente significativas entre los cursos de 6º de primaria y 4º de ESO; también son los más jóvenes los que obtienen una puntuación media mayor.

En la figura 4.32., se puede apreciar que la evolución de las puntuaciones medias de los chicos aumenta en 1º de ESO, pero a partir del siguiente curso se observa un decrecimiento de las puntuaciones hasta estabilizarse en 3º y 4º de ESO. En las chicas se observa una tendencia decreciente en las puntuaciones medias hasta 2º de ESO y en 3º se aprecia una leve subida que vuelve a disminuir en 4º de ESO.

En la escala de **Descarga emocional** se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ($F= 52.863$; $p<.001$) y también según la interacción entre las variables curso y sexo ($F= 4.113$; $p=.003$); aunque no se observan diferencias según curso ($F= .664$; $p=.617$). El grupo de las chicas presentan una media superior a la de los chicos.

En la figura 4.33., se observa que en los tres primeros cursos (6º de primaria, 1º y 2º de ESO) las puntuaciones medias de ambos grupos son muy similares, pero es a partir del tercer curso de ESO cuando se observa una reacción contraria en los dos grupos, las chicas aumentan su media y los chicos la disminuyen, observándose un perfil distinto en los dos últimos cursos (3º y 4º de ESO). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en los cursos de 3º de ESO ($t_{(221)}=6.26$; $p\leq.001$; $r=0.39$) y 4º de ESO ($t_{(181)}=5.04$; $p\leq.001$; $r=0.35$); en todos los casos son las chicas las que informan de que utilizan más la estrategia de afrontamiento de Descarga emocional.

Figura 4.30. Puntuaciones medias de la escala de **Evitación cognitiva** según sexo y curso.

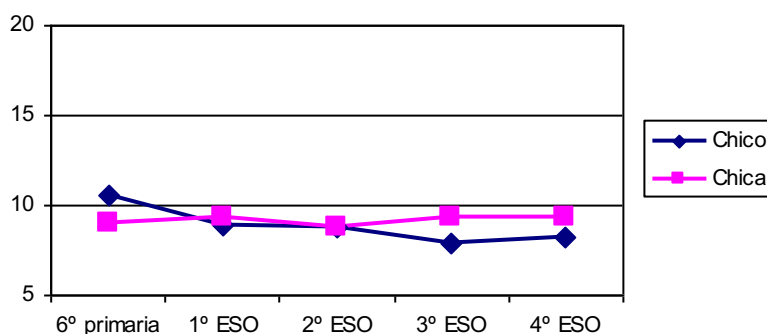


Figura 4.31. Puntuaciones medias de la escala de **Aceptación / Resignación** según sexo y curso.

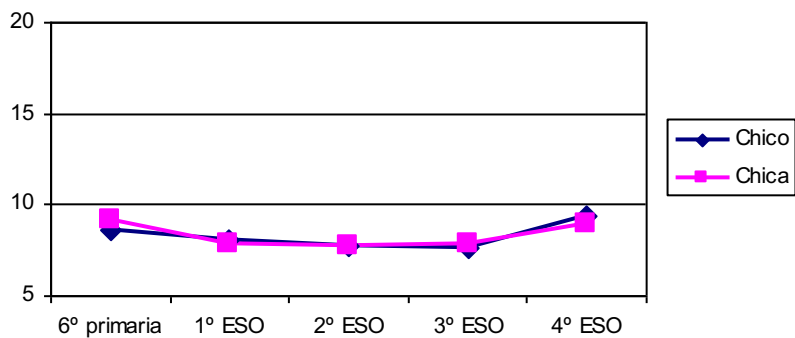


Figura 4.32. Puntuaciones medias de la escala de **Búsqueda de gratificación** según sexo y curso.

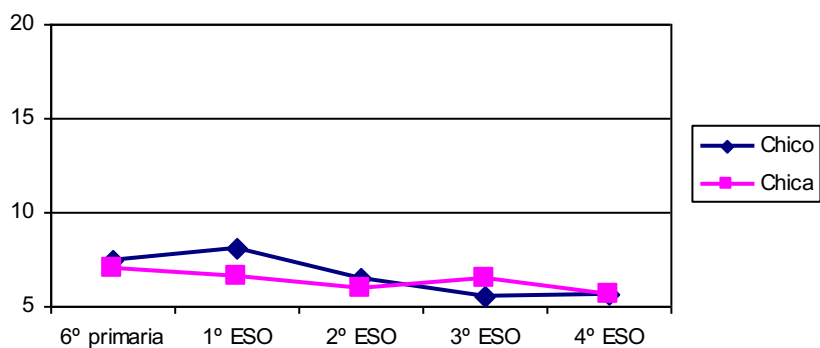
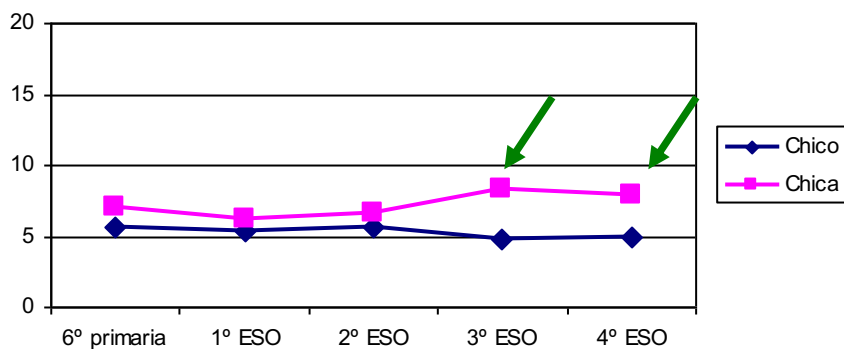


Figura 4.33. Puntuaciones medias de la escala de **Descarga emocional** según sexo y curso.



En resumen,

en la primera parte del CRI-Y que se refiere a la exposición del problema más importante del último año, se observa que los problemas que más preocupan a los participantes de esta muestra se refieren a problemas interpersonales, en los que los participantes son ellos mismos; el ámbito de ocurrencia es el hogar o la escuela y el contenido del problema es de relación con los demás. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías de los problemas; las categorías más frecuentes para los chicos son: problema de tipo personal que se refiere a ellos mismos, sucede en la escuela y de relación; en el caso de las chicas, las categorías más comunes son: de naturaleza interpersonal, en los que intervienen los amigos, ocurre en el hogar y es de relación. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas según los cursos en todas las categorías del problema. En la segunda parte del cuestionario sobre las estrategias de afrontamiento, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en dos estrategias de aproximación (Análisis lógico y Búsqueda guía) y en una de evitación, Descarga emocional. En todos los casos son las chicas las que obtienen una puntuación superior al grupo de los chicos. También se observan diferencias según curso en las estrategias de Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda guía y Búsqueda de gratificación. La utilización del Análisis lógico y de la Búsqueda guía tienden a aumentar a lo largo de la ESO; y la Búsqueda de gratificación disminuye entre 6º de primaria y 4º de ESO. En las estrategias de Resolución de problemas, Evitación cognitiva y Aceptación/Resignación no se obtienen diferencias estadísticamente significativas según las variables de sexo, curso ni en la interacción entre ambas.

B. ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES:

B.1. Síntomas asociados al TCA y características de personalidad

La relación entre los síntomas asociados a los TCA, evaluados mediante el EDI-2, y las características de personalidad, evaluadas a partir del APQ, se han estudiado mediante las correlaciones de Pearson. En la tabla 4.24. se presentan las correlaciones para las escalas del EDI-2 y las escalas primarias y globales del APQ.

Las correlaciones entre las escalas del EDI-2 y las escalas primarias de personalidad del APQ oscilan entre 0.01 y 0.41. Como puede apreciarse en la tabla 4.24. las correlaciones más elevadas se dan entre las escalas de Impulsividad y Estabilidad emocional (0.41), Impulsividad y Aprensión (0.3), Conciencia interoceptiva y Estabilidad emocional (0.40), y Conciencia interoceptiva y Aprensión (0.31). La escala de Estabilidad emocional correlaciona de forma significativa con todas las escalas del EDI-2 aunque con signo negativo, a excepción de la escala de Insatisfacción corporal. Cabe destacar que la escala de Perfeccionismo del EDI-2 presenta correlaciones muy bajas (0.08) con la escala de Perfeccionismo del APQ.

Las correlaciones entre las escalas globales del APQ y las del EDI-2 son de magnitud baja y oscilan entre 0.02 y 0.32. Las correlaciones más elevadas se dan entre Ansiedad y Conciencia interoceptiva (0.32), Ansiedad e Impulsividad (0.31) y Extraversión con Inseguridad social y Desconfianza interpersonal (0.24). Las escalas de Extraversión y Ansiedad del APQ correlacionan de forma significativa con casi todas las escalas del EDI-2.

En resumen,

las correlaciones entre los síntomas asociados a los TCA y las características de personalidad son, en su mayoría, bajas o muy bajas. La escala primaria de personalidad del APQ que correlaciona de forma significativa y negativa con la mayor parte de las escalas del EDI-2 es la de Estabilidad emocional y, en el caso de las escalas globales, las de Extraversión y Ansiedad.

Tabla 4.24. Correlaciones entre las escalas del EDI-2 y el APQ.

		EDI-2										
		Obsesión por la delgadez	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	Conciencia interoceptiva	Miedo a la madurez	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social
A P Q	Afabilidad	0,044	-0,070*	-0,050	-0,021	0,064	0,150**	0,035	0,058	-0,019	-0,038	0,164**
	Razonamiento	-0,033	-0,064	-0,062	-0,010	-0,026	0,035	-0,084*	-0,064	-0,046	-0,113**	0,064
	Estabilidad emocional	-0,216**	-0,263**	-0,003	-0,238**	-0,192**	0,134**	-0,399**	-0,230**	-0,292**	-0,412**	0,287**
	Dominancia	-0,045	0,034	0,081*	0,015	0,076*	0,064	0,009	0,010	*0,089	0,070*	0,088*
	Animación	0,064	-0,049	-0,012	-0,055	0,020	0,176**	0,004	-0,006	0,042	-0,030	0,184**
	Atención a las normas	-0,029	-0,124**	-0,060	-0,034	0,009	0,006	-0,041	-0,033	-0,106**	-0,134**	0,034
	Atrevimiento	0,047	0,023	0,042	-0,007	-0,028	0,244**	-0,012	-0,028	0,047	-0,068	0,305**
	Sensibilidad	0,081*	0,012	-0,072*	0,000	0,006	0,045	0,044	0,004	0,026	0,005	0,024
	Vigilancia	0,074*	0,134**	0,064	0,063	0,111**	-0,138**	0,149**	0,085*	0,159**	0,211**	-0,140**
	Abstracción	0,089**	0,158**	0,032	0,087*	0,135**	-0,007	0,191**	0,084*	0,134**	0,220**	-0,087*
	Privacidad	-0,025	-0,034	-0,089*	0,013	0,029	-0,261**	0,029	0,010	-0,023	0,014	-0,224**
	Aprensión	0,143**	0,139**	-0,033	0,108**	0,199**	-0,036	0,309**	0,164**	0,210**	0,296**	-0,162**
	Apertura al cambio	0,002	-0,030	0,076*	0,005	-0,033	0,052	-0,011	-0,079*	0,001	-0,082*	0,106**
	Autosuficiencia	0,005	0,131**	0,029	0,115**	0,137**	-0,145**	0,115**	0,096**	0,080*	0,112**	-0,229**
	Perfeccionismo	-0,033	-0,178**	-0,081*	-0,018	0,083*	0,095**	-0,102**	-0,072*	-0,084*	-0,117**	0,125**
	Tensión	0,108**	0,131**	-0,005	0,054	0,106**	-0,042	0,207**	0,121**	0,176**	0,275**	-0,131**
Extraversión	0,020	-0,137**	-0,069*	-0,167**	-0,148**	0,242**	-0,090*	-0,061	-0,117**	-0,138**	0,238**	

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

		EDI-2										
		Obsesión por la delgadez	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	Conciencia interoceptiva	Miedo a la madurez	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social
A P Q	Ansiedad	**0,188	**0,120	-0,064	**0,105	**0,168	-0,003	**0,316	**0,174	**0,200	**0,305	**-,130
	Dureza	**-,118	-0,046	-0,007	**-,114	*-,087	-0,062	**-,106	-0,015	**-,099	*-,084	-0,057
	Independencia	0,024	0,044	*0,071	0,024	*0,084	**0,123	0,019	-0,023	**0,112	0,035	**0,168
	Autocontrol	-0,041	**-,124	-0,048	-0,024	*0,088	**0,096	-0,056	-0,025	-0,031	**-,094	**0,157

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significativa al nivel 0.05

B.2. Síntomas asociados al TCA y estrategias de afrontamiento

Las correlaciones entre los síntomas asociados al TCA, evaluados mediante el EDI-2, y las estrategias de afrontamiento evaluadas con el CRI-Y, se han calculado mediante la correlación de Pearson.

En la tabla 4.25. se presentan las correlaciones entre los síntomas asociados al TCA y las estrategias de afrontamiento; las correlaciones son de magnitud baja o muy baja, aunque en la mayoría significativas, y oscilan entre .07 y .24. La estrategia de Análisis lógico es la única que obtiene correlaciones significativas con todas las escalas del EDI-2, aunque con coeficientes que no superan el 0.25. La escala de Descarga emocional es la estrategia que obtiene los coeficientes de correlación más elevados con las escalas de Obsesión por la delgadez (0.24), Impulsividad (0.27) y Conciencia interoceptiva (0.33). La estrategia de Resolución de problemas es la que menos correlaciona con las escalas del EDI-2.

Tabla 4.25. Correlaciones de las escalas EDI-2 y estrategias de afrontamiento

	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESTRATEGIAS DE EVITACIÓN			
	ANÁLISIS LÓGICO	REEVALUACIÓN POSITIVA	BÚSQUDA GUÍA	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	EVITACIÓN COGNITIVA	ACEPTACIÓN RESIGNACIÓN	BÚSQUDA GRATIFICACIÓN	DESCARGA EMOCIONAL
OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	,13**	,01	,12**	,00	,10**	,11**	,04	,24**
BULIMIA	,08*	,00	,05	-,01	,11**	,14**	,06	,21**
INSATISFACCIÓN CORPORAL	,07*	,04	,06	,06	,07	,02	,03	,07*
INEFICACIA	,16*	,05	,06	,05	,14**	,18**	,11**	,19**
PERFECCIONISMO	,13**	,10**	,05	,11**	,14**	,19**	,10**	,16**
DESCONFIANZA INTERPERSONAL	,13**	,10**	,23**	,10**	,07*	,05	,09*	,14**
CONCIENCIA INTEROCEPTIVA	,24**	,07*	,15**	,06	,17**	,21**	,17**	,33**
MIEDO A LA MADUREZ	,13**	,09**	,06	,07*	,15**	,17**	,16**	,14**
ASCETISMO	,14**	,08*	,09*	,06	,12**	,19**	,11**	,20**
IMPULSIVIDAD	,13**	,04	,08*	,00	,14**	,19**	,12**	,27**
INSEGURIDAD SOCIAL	,07*	,14**	,16**	,13**	,02	-,03	,01	-,01

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En resumen,

las correlaciones entre el CRI-Y y el EDI-2 son de magnitud baja o muy baja estadísticamente significativas. Las estrategias de afrontamiento que correlaciones significativas con la mayoría de las escalas del EDI-2 son de (Evitación cognitiva, Aceptación-resignación y Descarga emocional), a excepción de la estrategia de Análisis lógico (estrategia de aproximación). Parece que los participantes que presentan más sintomatología asociada a los TCA informan de más conductas de afrontamiento para resolver sus problemas; también tienden a analizar y pensar más sobre las situaciones y a controlar más sus respuestas.

B.3. Relación entre síntomas asociados al TCA y las medidas antropométricas

Se ha utilizado un ANOVA para estudiar las diferencias entre los diferentes grupos de IMC establecidos en la presencia de conductas y síntomas asociados a los TCA, evaluados mediante el EDI-2 y el SCOFF (ver tabla 4.26.). Se cumplen las condiciones de aplicación del ANOVA para todas las escalas de EDI-2, a excepción de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal. Para estas últimas escalas se ha calculado el estadístico H de Kruskal-Wallis para ver si existen diferencias entre grupos y, posteriormente se ha aplicado la U de Mann-Whitney. Según se observa en la tabla 4.26., no hay diferencias significativas entre los grupos de IMC en las puntuaciones del EDI-2.

Tabla 4.26. ANOVA para las escalas del EDI-2 y las categorías antropométricas, probabilidad y tamaño del efecto.

Escalas	Fuente de variación	F	g.l.	p
	Grupos IMC (1-6)			
Bulimia		1.215	5;980	.300
Ineficacia		1.626	5;963	.150
Perfeccionismo		1.004	5;974	.414
Desconfianza interpersonal		.392	5;969	.854
Conciencia interoceptiva		1.847	5;951	.101
Miedo a la madurez		1.660	5;953	.142
Ascetismo		.814	5;927	.540
Impulsividad		.884	5;933	.491
Inseguridad social		1.702	5;964	.131

1: Riesgo de malnutrición, 2: Riesgo de bajo peso, 3: Normopeso, 4: Sobrepeso, 5: Obesidad, 6: Obesidad grave

En la tabla 4.27. se presentan los estadísticos de la H de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney para la escala de Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal. En la escala de Obsesión por la delgadez aparecen diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos de IMC a excepción del grupo de sobrepeso con el grupo de obesidad y obesidad grave. Por el contrario, para la escala de Insatisfacción corporal no se observan diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los grupos a excepción de tres: El grupo de riesgo de bajo peso con el de sobrepeso y obesidad, y el grupo de normopeso con el de sobrepeso.

Tabla 4.27. H de Kruskal-Wallis de los grupos de IMC con la escala de Obsesión por la delgadez.

	H de Kruskal-Wallis			Grupos IMC	U de Mann-Whitney		Diferencias
	X ²	g.l.	p		Z	p	
Obsesión por la delgadez	135.228	5	<.001	1-2	3.24	<.001	2†
				1-3	6.07	<.001	3†
				1-4	7.12	<.001	4†
				1-5	6.64	<.001	5†
				1-6	7.34	<.001	6†
				2-3	3.69	<.001	3†
				2-4	6.23	<.001	4†
				2-5	6.17	<.001	5†
				2-6	6.67	<.001	6†
				3-4	5.09	<.001	4†
				3-5	5.11	<.001	5†
				3-6	5.62	<.001	6†
				4-5	1.86	.06	
				4-6	1.86	.06	
5-6	0.30	.77					
Insatisfacción corporal	11.851	5	<.05	1-2	1.90	.06	
				1-3	1.60	.11	
				1-4	.61	.5	
				1-5	1.07	.29	
				1-6	.22	.83	
				2-3	1.35	.8	
				2-4	2.56	.01	2†
				2-5	.92	.36	
				2-6	2.29	.02	2†
				3-4	2.02	.04	3†
				3-5	.06	.95	
				3-6	1.83	.07	
				4-5	1.13	.26	
				4-6	.35	.73	
5-6	1.17	.24					

1: Riesgo de malnutrición, 2: Riesgo de bajo peso, 3: Normopeso, 4: Sobrepeso, 5: Obesidad, 6: Obesidad grave

Para analizar las diferencias entre los grupos de IMC y la puntuación total del SCOFF se calcula la H de Kruskal-Wallis ya que el rango de puntuaciones es muy bajo. Los contrastes *a posteriori* se calculan mediante la U de Mann-Whitney. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del SCOFF en el grupo de chicos ($X^2= 49.195$; g.l.= 5, $p<0.001$) y en el grupo de las chicas ($X^2= 35.166$; g.l.= 5, $p<0.001$) según el IMC. En los chicos no existen diferencias significativas entre los grupos: riesgo de malnutrición y bajo peso, normopeso y sobrepeso, y obesidad y obesidad grave; en las chicas no hay diferencias entre los grupos: riesgo de malnutrición y bajo peso, sobrepeso y obesidad y obesidad y obesidad grave. En consecuencia, se realiza una nueva agrupación de las categorías antropométricas para chicos y chicas (ver figura 4.35.). En la tabla 4.28. se muestran las diferencias de los nuevos grupos del IMC según sexo y se observa que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Figura 4.35. Agrupación de las categorías del IMC según sexo.

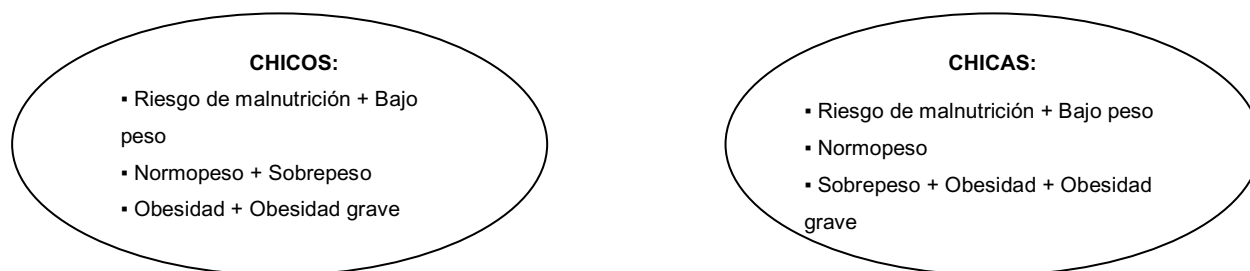


Tabla 4.28. U de Mann-Whitney según categorías de IMC y sexo.

	IMC	U de Mann-Whitney	Z	p
Chicos	Riesgo de malnutrición y bajo peso	417	.858	.391
	Normopeso y sobrepeso	7425	1.810	.070
	Obesidad y obesidad grave	193	.701	.483
Chicas	Riesgo de malnutrición y bajo peso	260.5	1.748	.080
	Sobrepeso y obesidad	396	.538	.590
	Obesidad y obesidad grave	228	1.260	.208

En la tabla 4.29., se muestran las diferencias según sexo entre los ítems del SCOFF y la nueva agrupación de categorías del IMC. En el grupo de los chicos se observan diferencias estadísticamente significativas en cuatro de cinco ítems del cuestionario (ítems 1, 2, 3 y 4), que se refieren a la pérdida de control sobre la comida y el peso y la imagen corporal. En los cuatro ítems se observa que el grupo de Normopeso presenta puntuaciones superiores que los grupos de Bajo peso y Sobrepeso. En el segundo y tercer ítem, el grupo de Sobrepeso presenta una puntuación mayor que el grupo de Bajo peso; y en el cuarto ítem es el grupo de Bajo peso el que obtiene una puntuación superior al grupo de Sobrepeso. Para el grupo de las chicas se observan diferencias estadísticamente significativas en los ítems 2, 3, 4 y 5; en todos los casos el grupo de Normopeso muestra una puntuación total del SCOFF superior a la del grupo de Bajo peso y de Sobrepeso y, éste último, muestra una puntuación mayor que el grupo de Bajo peso en los ítems 3 y 5. En el ítem 4 el grupo de Bajo peso presenta una puntuación superior que el grupo de Sobrepeso.

Tabla 4.29. Relación entre chicos y chicas con los ítems del SCOFF.

ITEMS	CHICOS				CHICAS			
	X ²	g.l.	p		X ²	g.l.	p	
1. Et provoques el vòmit perquè et sents massa ple ?	10.915	2	.004		1.212	2	.545	
2. Et preocupa haver perdut el control sobre la quantitat de menjar que menges?	40.833	2	<.001	N>BP SP>BP	56.505	2	<.001	N>BP SP>BP
3. En els últims tres mesos, has perdut més de 6 Kg.?	28.557	2	<.001	N>BP SP>BP	16.345	2	<.001	N>BP SP>BP
4. Creus que estàs gras encara que els altres et diguin que estàs massa prim?	50.348	2	<.001	N>BP BP>SP	62.296	2	<.001	N>BP BP>SP
5. Creus que el menjar domina la teva vida?	5.082	2	.079		8.850	2	.012	N>BP SP>BP

N: Normopeso; BP: Bajo peso; SP: Sobrepeso

En resumen,

las escalas de Obsesión por la delgadez y la de Insatisfacción corporal son las únicas escalas del EDI-2 que presentan relación con el Índice de Masa Corporal; la mayoría de diferencias estadísticamente significativas entre grupos de IMC se refieren a la escala de Obsesión por la delgadez. En cuanto a la relación entre los síntomas asociados a los TCA, medidos mediante el SCOFF, y el IMC, se observa que los chicos y las chicas con Normopeso difieren estadísticamente de los grupos de Bajo peso y Sobrepeso, y que el grupo de Sobrepeso difiere del de Bajo peso, en los ítems que hacen referencia al control hacia la comida (pregunta 2) y la imagen corporal (pregunta 4).

Es decir, los participantes con un peso normal o sobrepeso expresan más preocupación sobre la comida y sobre la imagen corporal que otros niños y niñas con un peso por debajo de la media.

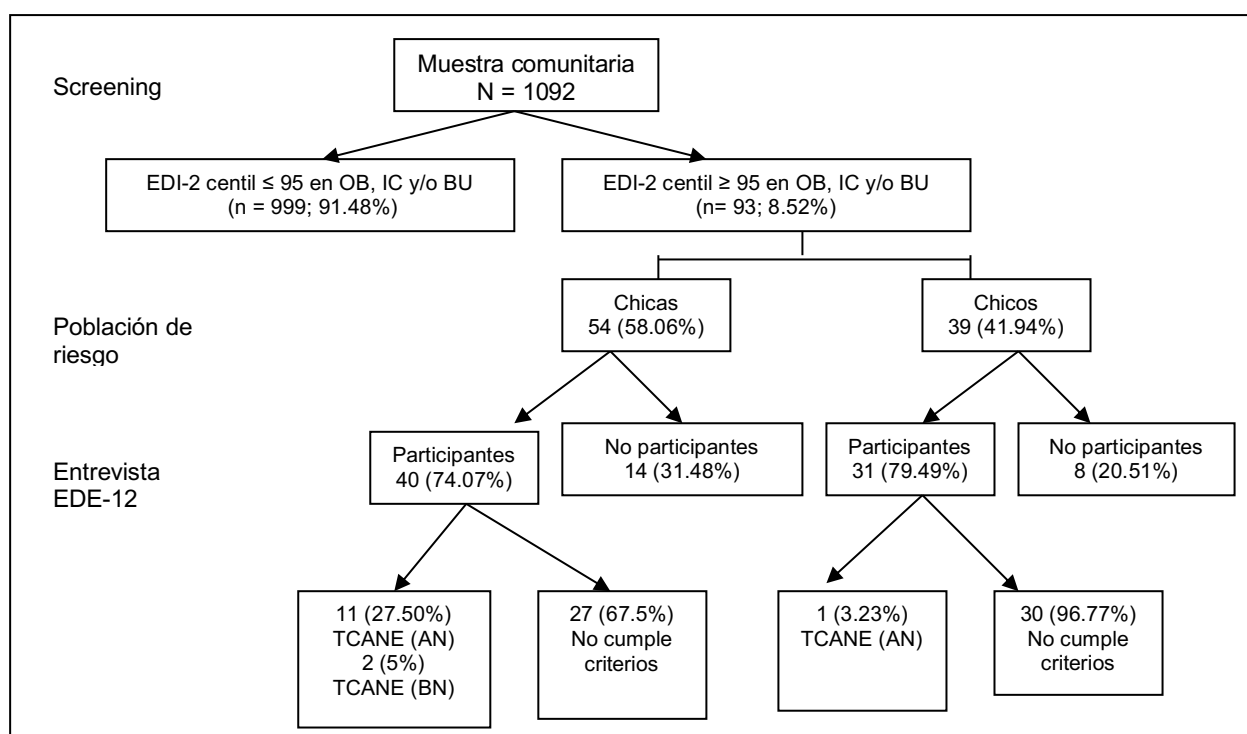
C. PREVALENCIA DE LOS TCA EN LA MUESTRA DEL ESTUDIO:

Los datos que se presentan en este apartado corresponden al grupo de riesgo. De los 93 participantes del grupo de riesgo, 71 (41 chicas y 31 chicos) aceptaron realizar la entrevista EDE-12, y 22 rehusaron. La figura 4.36. presenta la distribución de las muestras de riesgo y de no riesgo según sexo. Las edades oscilan entre 11 y 16 años (Media = 13.6, DT= 1.13). Se muestra relación estadísticamente significativa según sexo ($X^2 = 4.84$, $p = .03$); el número de chicas que contestaron la entrevista EDE-12 fue mayor que el de chicos. No aparecen diferencias estadísticamente significativas según la edad ($t = .74$; $p = .46$).

En la tabla 4.30. se muestran los participantes del grupo de riesgo que cumplen alguno de los criterios diagnósticos del DSM-IV para TCA y el intervalo de confianza. En el caso de los criterios diagnósticos A, B y C de anorexia nerviosa, las chicas muestran un porcentaje mayor que los chicos. En ambos casos el criterio con mayor porcentaje fue el A, es decir, mantenimiento de bajo peso (72.5% para chicas y 64.5% para chicos).

Ambos grupos cumplen los criterios B, C y D de la bulimia nerviosa, solo cuatro chicas (10%) también cumplen el criterio A. El mayor porcentaje para chicos y chicas corresponde el criterio B (conductas compensatorias), y hacer ejercicio excesivo para bajar de peso (67.7% para chicos y 55% para chicas). El 27.5% de las chicas que participó en la segunda fase del estudio podría ser diagnosticada como Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) con síntomas de anorexia, y un 5% como TCANE con síntomas de bulimia nerviosa. En el grupo de los chicos, solo un caso (3.2%) podría ser diagnosticado como TCANE con síntomas asociados a anorexia nerviosa.

Figura 4.36. Distribución de las muestras de riesgo y de no riesgo según el sexo.



EDI-2: Eating Disorders Inventory-2; OB: Obsesión por la delgadez; IC: Insatisfacción corporal; BU: Bulimia nerviosa; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; AN: Anorexia Nerviosa; BU: Bulimia nerviosa.

También se ha analizado la relación entre los que realizaron la entrevista y los que rehusaron contestarla. No hay relación estadísticamente significativa según el sexo ($X^2=.367$; g.l.=1; $p= .544$) ni según la naturaleza del problema (problema alimentario) ($X^2=10.352$; g.l.=10; $p= .410$); sólo se observa relación estadísticamente significativa entre los que sí contestaron la entrevista y los que no lo hicieron en la puntuación total del SCOFF ($Z= -2.998$; $p=.003$): el grupo que rehusó contestar el que obtiene un rango promedio superior al grupo que respondió a la entrevista.

Tabla 4.30. Participantes de la muestra de riesgo, e intervalo de confianza (entre paréntesis), que cumplen criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia y bulimia nerviosas, según el EDE-12.

	Chicos (n= 31)	Chicas (n = 40)
	n (IC 95%)	n (IC 95%)
Criterios diagnósticos para anorexia nervosa		
A. Mantener bajo peso	20 (47.67-81.36)	29 (58.66-86.34)
B. Miedo a ganar peso	9 (13.05-45.01)	22 (39.58-70.42)
C. Sensación de gordura	10 (15.80-48.71)	20 (34.50-65.49)
Importancia de la figura	8 (10.40-41.21)	16 (24.82-55.18)
Importancia del peso	4 (1.10-24.70)	18 (29.58-60.42)
D. Menstruación	0	0
Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa		
	n (IC 95%)	n (CI 95%)
A. Episodios recurrentes de sobreingesta	0	4 (0.7-19.29)
B. Conductas compensatorias:		
2.a. Vómito autoinducido	1*	3*
2.b. Abuso de laxantes	0	0
2.c. Abuso de diuréticos	0	0
2.d. Ejercicio excesivo	21 (51.29-84.20)	22 (39.58-70.42)
2.e. Ayuno	0	1*
C. Conductas compensatorias inapropiadas	3*	3*
D. Importancia de la figura	8 (10.40-41.21)	16 (24.82-55.18)
Importancia del peso	4 (1.10-24.70)	18 (29.58-60.42)
E. La persona no cumple criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa	0	0

* IC no se llevó a cabo porque no cumplía las condiciones de aplicación

En resumen,

la prevalencia para TCANE con síntomas asociados a anorexia nerviosa, es de 1.28% (95% IC, 0.61-1.94) para la muestra total. La ratio según el sexo es de 11:1 para un TCANE con síntomas anoréxicos (1.95% chicas, [95% IC, 0.81-3.10] y 0.17% chicos [95% IC no se llevó a cabo porque no cumplía las condiciones de aplicación]). Para el TCANE con síntomas de bulimia nerviosa, la prevalencia es de 0.36% para toda la muestra (95% IC no se llevó a cabo porque no cumplía las condiciones de aplicación). Ningún chico cumplía criterios para este trastorno. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el grupo de riesgo entre los que contestaron la entrevista y los que rehuyeron a contestar en la puntuación total del SCOFF, son los que rehuyeron los que presentan puntuaciones más elevadas y mayor riesgo de presentar síntomas de TCA.

D. DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO DE RIESGO Y EL GRUPO DE NO RIESGO EN CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CARÁCTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS:

Para comparar las diferencias entre el grupo de riesgo se seleccionó un grupo homogéneo de no riesgo, es decir que no superara el centil 95 en tres de las escalas del EDI-2, equivalente en edad y sexo al grupo de riesgo. Tanto el grupo de riesgo como el grupo de no-riesgo están compuestos por 93 participantes (39 hombres y 54 mujeres), que representan el 3,38% y el 4,68% de la muestra total, para varones y mujeres, respectivamente. En este apartado se analizan si hay diferencias entre los dos grupos en características de personalidad, estrategias de afrontamiento, hábitos alimentarios y características antropométricas.

D.1. Características de personalidad

Para estudiar las posibles diferencias entre los grupos (adolescentes de riesgo y de no riesgo) en las características de personalidad, se ha utilizado el estadístico U de Mann-Whitney debido a que la puntuación en las diferentes escalas del APQ son percentiles.

En la tabla 4.31. se presentan los estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney para los grupos de riesgo y de no riesgo para las escalas de personalidad del APQ. Se observa que sólo en el caso de la escala global de Dureza aparecen diferencias estadísticamente significativas; el grupo de riesgo presenta un rango promedio menor que el grupo de no riesgo. Para el resto de las escalas de personalidad no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 4.31. Diferencias entre grupo de riesgo y de no riesgo según el APQ.

Escala	Rango promedio		U de Mann Whitney	
	Riesgo	No riesgo	Z	p
Afabilidad	74.01	76.15	-.304	.761
Razonamiento	75.88	66.55	-1.331	.183
Estabilidad emocional	71.81	80.84	-1.269	.204
Dominancia	73.33	78.04	-.665	.506
Animación	78.83	69.67	-1.305	.192
Atención a las normas	73.38	79.04	-.795	.427
Atrevimiento	76.30	75.65	-.092	.927
Sensibilidad	79.78	71.62	-1.148	.251
Vigilancia	78.17	73.49	-.657	.511
Abstracción	76.61	75.29	-.185	.853
Privacidad	78.70	72.88	-.817	.414
Aprensión	81.24	69.94	-1.587	.112
Apertura al cambio	79.56	71.88	-1.080	.280
Autosuficiencia	81.57	69.55	-1.691	.091
Perfeccionismo	78.03	72.61	-.764	.445
Tensión	76.47	75.46	-.142	.887
Extraversión	68.89	81.79	-1.807	.071
Ansiedad	77.70	71.95	-.812	.417
Dureza	66.44	84.66	-2.572	.010
Independencia	76.19	73.66	-.358	.721
Autocontrol	74.61	75.44	-.118	.906

En resumen,

Sólo se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de riesgo y de no riesgo en la escala de Dureza. Es decir, el grupo de no riesgo se muestra más resolutivo, insensible y de mentalidad más dura que el grupo de riesgo.

D.2. Estrategias de afrontamiento

Para analizar las diferencias entre el grupo de no riesgo y el grupo de riesgo en las estrategias de afrontamiento se ha utilizado el estadístico t de Student. En la tabla 4.32., se muestran los resultados para los dos grupos. Como puede apreciarse, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna estrategia de afrontamiento.

Según la categoría de Contenido del problema, y más concretamente para el problema alimentario, no se aprecia relación estadísticamente significativa entre los grupos de riesgo y de no riesgo ($X^2=18.423$; g.l.=11; $p= .072$). Cabe destacar que cuatro sujetos del grupo de

no riesgo informan de un problema alimentario, mientras que en el grupo de riesgo lo hacen catorce personas.

Tabla 4.32. Diferencias según grupo de riesgo y de no riesgo según las estrategias de afrontamiento.

	Riesgo (n=73)		No riesgo (n=84)		Diferencia entre grupos	
	Media	DT	Media	DT	t	p
Escalas						
Análisis lógico	9.62	.53	9.60	.48	-.034	.973
Reevaluación positiva	8.63	.53	8.85	.43	.316	.753
Búsqueda guía	8.07	.58	7.83	.47	-.316	.753
Resolución de problemas	9.15	.56	8.49	.46	-.909	.365
Evitación cognitiva	9.39	.49	9.24	.42	-.236	.814
Aceptación resignación	8.77	.51	8.24	.39	-.826	.410
Búsqueda de gratificación	6.38	.55	6.88	.44	.707	.481
Descarga emocional	7.58	.57	7.19	.51	-.510	.611

En resumen,

No existen relación estadísticamente significativa entre los grupos de riesgo y de no riesgo en cuanto a las estrategias de afrontamiento se refiere. Es decir, el grupo de riesgo y de no riesgo parece que utilicen el mismo tipo de estrategias para resolver sus problemas. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la categoría de Naturaleza del problema (problema alimentario).

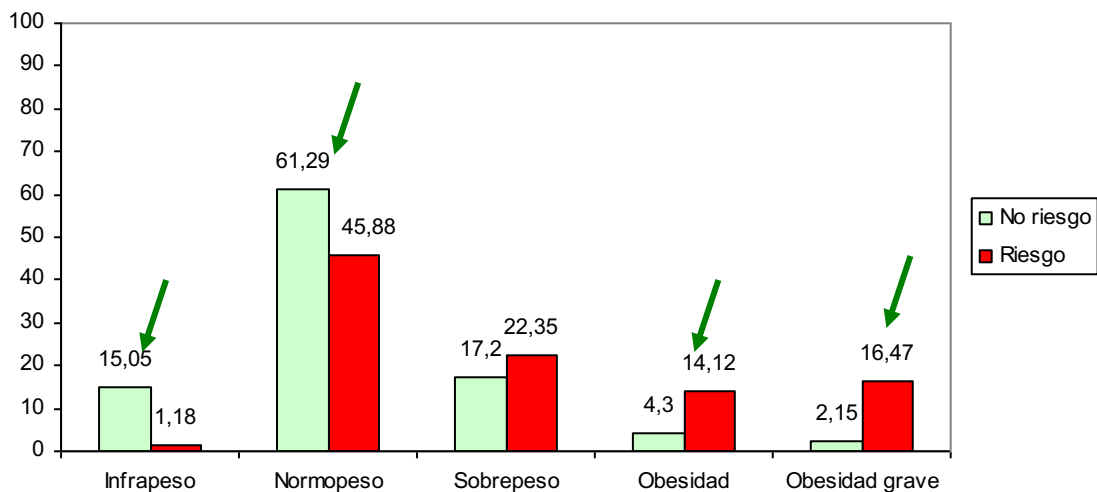
D.3. Características antropométricas: Índice de Masa Corporal.

Para analizar las diferencias entre grupos según el IMC, y debido a que las frecuencias esperadas en las categorías de riesgo de malnutrición y riesgo de bajo peso eran inferiores a 5, se optó por agrupar dichas categorías (riesgo de malnutrición y riesgo de bajo peso) y se calculó el estadístico Chi-cuadrado. Se observa relación estadísticamente significativa entre el grupo de riesgo y de no riesgo según las cinco categorías antropométricas ($X^2=27.595$; $p<.001$). Cabe destacar que un 4.3% de la muestra de riesgo no aceptó pesarse.

Para el IMC los grupos de riesgo y de no riesgo se distribuyen según se presenta en la figura 4.36. Se observa que en el grupo de no riesgo un 15.05% de los participantes se sitúa en la franja de infrapeso, un 61.3% está en normopeso y, un 23.65% se sitúa por encima de la normalidad. Por el contrario, en el grupo de riesgo sólo un 1.18% de los participantes está por debajo del peso recomendado según su edad y altura; un 45.88% se sitúa en la franja de normopeso y, finalmente, un 52.94% se localizado en la franja de sobrepeso u obesidad. Cabe destacar que un 8.6% del grupo de riesgo no aceptó que evaluaran sus medidas

antropométricas (peso y altura). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de riesgo y de no riesgo en las categorías de **infrapeso** ($Z = 3.33$; $p < .001$), **normopeso** ($Z = 2.06$; $p = .04$); **obesidad** ($Z = 2.29$; $p = .02$) y **obesidad grave** ($Z = 3.34$; $p < .001$). En el caso de la categoría de infrapeso y normopeso el grupo de no riesgo muestra un porcentaje mayor de participantes, mientras que en las categorías de obesidad y obesidad grave son los del grupo de riesgo quienes presentan más participantes (véase fig. 4.36.).

Figura 4.36. Porcentajes del IMC según grupo de riesgo y de no riesgo.



En resumen,

se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo y de no riesgo según las categorías antropométricas. Se observa que los porcentajes en las franjas de normopeso e infrapeso son superiores en el grupo de no riesgo, y en las categorías de sobrepeso y obesidad son los participantes del grupo de riesgo los que presentan un mayor porcentaje.

D.4. Hábitos alimentarios

Para el análisis del cuestionario de hábitos alimentarios se aplicaron dos técnicas estadísticas distintas, una que es la estadística clásica y otra que se refiere a la aplicación de Redes neuronales. A continuación se presentan los resultados de las dos técnicas:

D.4.1. Estadística clásica:

Para observar las diferencias entre los dos grupos utilizando la estadística clásica se han aplicado diversas pruebas según el tipo de variable; en el caso de las variables cualitativas se ha aplicado el estadístico Chi Cuadrado, y en el caso de variables cuantitativas se ha calculado la t de Student. Algunas variables no cumplían las condiciones de aplicación de la Chi Cuadrado, por lo que se ha procedido a la recategorización para su análisis estadístico; en la tabla 4.33. se muestran las nuevas categorías.

Tabla 4.33. Nuevas categorías de variables de hábitos alimentarios.

Variables	Categorías nuevas
Con quién vive	Padre, madre e hijos Padre, madre, hijos y otros familiares Madre e hijos
Qué actividades extraescolares realiza	Gimnasia Patinaje o ballet Ninguna
Quién hace el menú en casa	Madre Padre Otras personas o madre y otras personas
Quién hace la compra en casa	Madre Madre y padre Hijos o madre e hijos Otras personas
Durante la semana desayuna fuera de casa	Nunca Menos de 3 días Más de 3 días o siempre
Durante la semana desayuna en casa	Nunca o menos de 3 días Más de tres días Siempre
Durante la semana come en casa	Nunca o menos de 3 días Más de tres días Siempre
Durante la semana merienda fuera	Nunca o menos de 3 días Más de tres días o siempre
Durante la semana cena en casa	Nunca o menos de 3 días Más de tres días o siempre

Fin de semana desayuna en casa	Nunca o un día Siempre
Fin de semana come en casa	Nunca o un día Siempre
Fin de semana cena en casa	Nunca o un día Siempre
Fin de semana cena fuera de casa	Nunca Un día
Durante la semana cómo desayuna	Sentado a la mesa Sentado o estirado en el sofá o en la cama De pie
Durante la semana cómo toma un tentempié	Sentado a la mesa o en el sofá De pie
Durante la semana cómo merienda	Sentado a la mesa Sentado o estirado en el sofá o en la cama De pie
Fin de semana cómo desayuna	Sentado a la mesa Sentado o estirado en el sofá o en la cama
Fin de semana cómo toma un tentempié	Sentado a la mesa Sentado o estirado en el sofá o en la cama De pie
Fin de semana cómo merienda	Sentado a la mesa Sentado en el sofá Estirado en el sofá o en la cama De pie
Durante la semana con quién desayuna	Padre o padre y madre Madre Hermanos Toda la familia Solo Madre y hermanos
Durante la semana con quién come	Madre Hermanos o madre y hermanos Toda la familia Otros familiares o toda la familia y otros familiares Madre y hermanos
Durante la semana con quién merienda	Madre Hermanos o madre y hermanos Solo
Durante la semana con quién cena	Madre Toda la familia Hermanos o madre y hermanos Padre y madre
El fin de semana con quién desayuna	Madre Hermanos o madre y hermanos Toda la familia
El fin de semana con quién come	Padre o madre o padre y madre

	Hermanos o padre y hermanos o madre y hermanos Toda la familia
El fin de semana con quién merienda	Padre o madre o padre y madre Hermanos o madre y hermanos Toda la familia Solo
El fin de semana con quién cena	Padre o madre o padre y madre Hermanos o madre y hermanos Toda la familia Otros familiares o toda la familia y otros familiares
Se utiliza la comida como castigo	No A veces
Actividades durante el desayuno	Miro la TV Hablo con los que tengo alrededor No hago ninguna actividad Hago alguna actividad
Actividades durante la comida	Miro la TV Hablo con los que tengo alrededor Hago alguna actividad
Actividades durante la merienda	Miro la TV Hablo con los que tengo alrededor Hago alguna actividad
Quién le ha recomendado hacer dieta	Médico o farmacéutico Amigos, otros o amigos y otros
Quién hace dieta de tu familia	Yo/ madre y yo/ padre y yo/ hermanos y yo Madre Madre y hermanos / madre y padre

En la tabla 4.34. se muestran los resultados de la relación entre los aspectos sociodemográficos para el grupo de riesgo y de no riesgo; como puede apreciarse no hay relación significativa en ningún elemento según el tipo de grupo.

Tabla 4.34. Análisis de Chi cuadrado del Bloque I (Aspectos sociodemográficos) del cuestionario de hábitos alimentarios para los grupos de riesgo y de no riesgo, Chi cuadrado, grados de libertad y significación estadística.

Variables	χ^2	gl	p
Con quién vive	.891	2	.641
Jornada padre	.507	1	.476
Trabaja la madre	1.538	1	.215
Jornada madre	.444	1	.505
Realiza actividades extraescolares	.044	1	.834
Qué actividad hace	4.033	2	.133
Horas que dedica a la actividad extraescolar	1.236	2	.539

La tabla 4.35. recoge el análisis de las puntuaciones del Bloque II sobre los Hábitos alimentarios. Se aprecia relación estadísticamente significativa en el elemento “*Merienda cada día*”, en la que el grupo de no riesgo informa de que sí lo hace cada día con un

porcentaje mayor que el grupo de riesgo; es decir, este grupo dice no hacer la merienda cada día. También se observa relación estadísticamente significativa en el ítem de “*Durante la semana merienda en casa*”, en la que los participantes del grupo de riesgo indican, con un mayor porcentaje, que no lo hacen, mientras que el mayor porcentaje de participantes que informa que sí lo hace son del grupo de no riesgo. En el resto de ítems no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

En la tabla 4.36. se recogen los análisis de las respuestas al Bloque III del cuestionario de hábitos alimentarios. Las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de riesgo y de no riesgo aparecen en los ítems de: “Cuando no tiene hambre, no come nada”, “Cuando no quiere comer lo que le ponen, come lo que le dicen sus padres”, “Cuando no quiere comer lo que le ponen, no come nada”; en los tres casos el grupo de riesgo presenta conductas relacionadas con TCA.

Tabla 4.35. Análisis del del Bloque II (Hábitos alimentarios) del cuestionario de hábitos alimentarios para los grupos de riesgo/ no-riesgo, Chi cuadrado, grados de libertad y significación estadística.

Variables	χ^2	gl	p	Diferencias
Quién hace el menú en casa	.692	2	.708	
Come en la escuela	.251	2	.882	
Desayuna cada día	1.958	1	.162	
Come un tentempié a media mañana cada día	2.823	1	.093	
Merienda cada día	8.602	1	.003	Sí: no riesgo † No: riesgo †
Cena cada día	1.836	1	.175	
Durante la semana desayuna fuera de casa	.717	2	.699	
Durante la semana desayuna en casa	4.030	2	.133	
Durante la semana come en casa	.563	2	.755	
Durante la semana come fuera de casa	.145	1	.704	
Durante la semana merienda en casa	9.303	3	.026	Nunca: riesgo † Siempre: no riesgo †
Durante la semana merienda fuera de casa	.563	1	.453	
Durante la semana cena en casa				
Fin de semana desayuna en casa	1.291	1	.256	
Fin de semana desayuna fuera de casa	.013	2	.994	
Fin de semana come en casa	.550	1	.458	
Fin de semana come fuera de casa	.966	2	.617	
Fin de semana merienda en casa	5.702	2	.058	
Fin de semana merienda fuera de casa	5.016	2	.081	
Fin de semana cena en casa	.567	1	.451	
Fin de semana cena fuera de casa	.250	1	.617	
Durante la semana cómo desayuna	1.775	2	.412	
Durante la semana cómo toma un tentempié	.001	1	.977	
Durante la semana cómo merienda	.663	2	.711	
Fin de semana cómo desayuna	1.196	1	.274	
Fin de semana cómo toma un tentempié	1.629	2	.443	
Fin de semana cómo merienda	2.998	3	.392	
Durante la semana con quién desayuna	4.352	5	.500	
Durante la semana con quién come	2.595	4	.628	
Durante la semana con quién merienda	.943	2	.624	
Durante la semana con quién cena	.660	3	.883	
Fin de semana con quién desayuna	2.263	3	.520	
Fin de semana con quién come	.123	2	.940	
Fin de semana con quién merienda	.917	3	.821	
Fin de semana con quién cena	1.610	3	.657	
Actividades durante el desayuno	7.221	3	.065	
Actividades durante la comida	3.683	3	.298	
Actividades durante la merienda	4.203	3	.240	
Actividades durante la cena	3.641	3	.303	

Tabla 4.36. Análisis del Bloque III (Actitudes hacia el comer y/o la comida) del cuestionario de hábitos alimentarios según grupo de riesgo/ no-riesgo, Chi cuadrado, grados de libertad y significación estadística.

Variables	χ^2	gl	p	Diferencias
Se utiliza la comida como castigo	.840	1	.359	
Cuando no tiene hambre, come lo que le han puesto	1.775	1	.183	
Cuando no tiene hambre, no come nada	4.893	1	.027	Sí: riesgo ↑ No: no riesgo ↑
Cuando no tiene hambre, come alguna cosa	1.558	1	.212	
Cuando no tiene hambre, come lo que le han preparado pero más tarde	.984	1	.321	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, esconde la comida y la tira	.176	1	.675	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, tarda mucho y así se lo perdonan	.303	1	.582	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, come lo que le dicen sus padres	13.458	1	<.001	Sí: no riesgo ↑ No: riesgo ↑
Cuando no quiere comer lo que le ponen, se pone a discutir y acaba comiendo lo que quiere	1.292	1	.256	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, no come nada	3.778	1	.052	Sí: riesgo ↑ No: no riesgo ↑
Cuando no quiere comer lo que le ponen, mastica mucho la comida	.317	1	.574	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, trocea y separa los alimentos	.170	1	.680	
Cuando no quiere comer lo que le ponen, aunque tiene hambre no come	2.470	1	.116	
Come muy rápido	1.604	1	.205	
Come mucha cantidad	3.295	1	.069	
Come poco a poco	2.049	1	.152	
Come poca cantidad	2.211	1	.137	
Come más que los de su edad	.141	1	.708	
Come igual que los de su edad	1.790	1	.181	
Come menos que los de su edad	.394	1	.530	

Los resultados del análisis del Bloque IV quedan recogidos en la tabla 4.37. Se aprecian diferencias entre los dos grupos en los ítems de: “Le han aconsejado hacer dieta”, “Ha pedido hacer dieta a sus padres” y “Cree que necesita hacer dieta”; en todos los casos el grupo de riesgo muestra un porcentaje mayor en todas estas variables que el grupo de no riesgo. En cuanto a las razones por las que los participantes creen necesitar dieta, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo y de no riesgo; por ejemplo, un porcentaje mayor del grupo de riesgo y de no riesgo cree que necesita hacer dieta porque el médico se lo ha recomendado. En el ítem sobre qué ha hecho para perder peso, el grupo de riesgo se diferencia significativamente del de no riesgo

en que dice que quiere bajar de peso y ha hecho alguna cosa para adelgazar. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el apartado sobre quién ha hecho dieta de tu familia: el grupo de riesgo presenta un mayor porcentaje que el de no riesgo en el ítem de “yo hago dieta”, “yo y mi padre”, “yo y mi madre”, “yo y mis hermanos”; en el ítem de “quien hace dieta” es la madre, el grupo de no riesgo presenta un mayor porcentaje de respuesta que el grupo de riesgo; y en la categoría de madre y padre, y madre y hermanos, los que muestran un mayor porcentaje son los del grupo de no riesgo. Finalmente, en referencia a si ha habido algún cambio en los hábitos alimentarios, se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables: ahora controla más el tipo de alimentos que toma, ahora pregunta si engordan o no ciertos alimentos, ha dejado de tomar alguna de las comidas y ha dejado de tomar algún alimento; en todos los casos el grupo de riesgo muestra un porcentaje mayor que el grupo de no riesgo. Cabe destacar que en la opción de No me ha influido en nada, como igual que siempre, el grupo de no riesgo muestra un porcentaje mayor que el de riesgo.

Tabla 4.37. Análisis del Bloque IV (Dieta) del cuestionario de hábitos alimentarios según grupo de riesgo/ no-riesgo, Chi cuadrado, grados de libertad y significación estadística.

Variables	X ²	gl	p	Diferencias
Le han aconsejado hacer dieta	14.274	1	<.001	Riesgo ↑
Quién le ha recomendado hacer dieta	1.501	1	.221	
Ha pedido hacer dieta a los padres	37.678	1	<.001	Riesgo ↑
Cree que necesita hacer dieta	62.730	1	<.001	Riesgo ↑
Cree que necesita hacer dieta porque se siente gordo	*.693	1	.405	
Cree que necesita hacer dieta porque sus amigos le dicen que está muy gordo	1.562	1	.211	
Cree que necesita hacer dieta porque en su casa le dicen que adelgace	.206	1	.650	
Cree que necesita hacer dieta porque debido a las actividades extraescolares tiene que bajar de peso	3.493	1	.062	
Cree que necesita hacer dieta porque el médico se lo ha recomendado	3.852	1	.05	Riesgo ↑
Cree que necesita hacer dieta porque quiere parecerse a las modelos	3.678	1	.055	
Cree que necesita hacer dieta porque no se siente bien con su figura	.295	1	.587	
Quiere bajar de peso pero no ha hecho nada	6.219	1	.013	No: Riesgo ↑
Para bajar de peso hace mucho ejercicio	3.073	1	.080	
Para bajar de peso deja de comer ciertos alimentos que engordan	2.717	1	.099	
Para bajar de peso sólo come fruta y verdura	.124	1	.725	
Para bajar de peso ha tomado diuréticos y laxantes	.500	1	.480	
Para bajar de peso después de comer vomita	.098	1	.754	
Para bajar de peso ha dejado de comer acompañada	.007	1	.936	
Alguien de su familia ha hecho dieta	1.918	1	.166	
Quién de la familia ha hecho dieta	12.261	2	.002	
Ha habido control sobre la dieta	.524	1	.489	
Ha habido cambios en los hábitos alimentarios	13.748	1	<.001	Riesgo ↑
Ahora controla más el tipo de alimentos que tomo	19.621	1	<.001	Riesgo ↑
Ahora pregunta engordan o no ciertos alimentos	9.224	1	.002	Riesgo ↑
Ha dejado de tomar alguna comida	4.324	1	.038	Riesgo ↑
Ha dejado de tomar algún alimento	9.998	1	.002	Riesgo ↑
No le ha influido en nada, come como siempre	13.026	1	<.001	No riesgo ↑

En la tabla 4.38. se recogen los ítems cuantitativos del cuestionario de hábitos alimentarios, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el ítem de “días que merienda”.

Tabla 4.38. Comparación del número de días a la semana que hacen las comidas diarias los grupos de riesgo y de no riesgo, prueba t de Student, grados de libertad y significación estadística.

	t	gl	p
Días que desayuna	.600	166	.549
Días que come un tentempié a media mañana	-.154	262	.878
Días que come al mediodía	-.547	16	.592
Días que merienda	3.534	291	<.001
Días que cena	.614	38	.543

Algunos ítems del cuestionario de hábitos alimentarios no se han analizado con la X^2 porque se observa que más del 90% de la muestra informa del mismo modo, por lo que no hay apenas variabilidad. En la tabla 4.39. se muestran los porcentajes de respuesta para dichos ítems.

Tabla 4.39. Porcentaje de respuesta de algunos ítems del cuestionario de hábitos alimentarios.

Categorías	Muestra	
	% de no riesgo	% de riesgo
Trabaja el padre: Sí	93.9%	91.7%
Come al mediodía cada día: sí	98.8%	94.3%
Durante la semana cena en casa: sí	95.2%	86.4%
Durante la semana cómo come: sentado a la mesa	95.3%	93%
Durante la semana cómo cena: sentado a la mesa	94.1%	91.8%
Fin de semana cómo come: sentado a la mesa	95.1%	95.3%
Cuando no quieren comer lo que le ponen, lo comen y luego lo vomitan: No	94.7%	93.6%

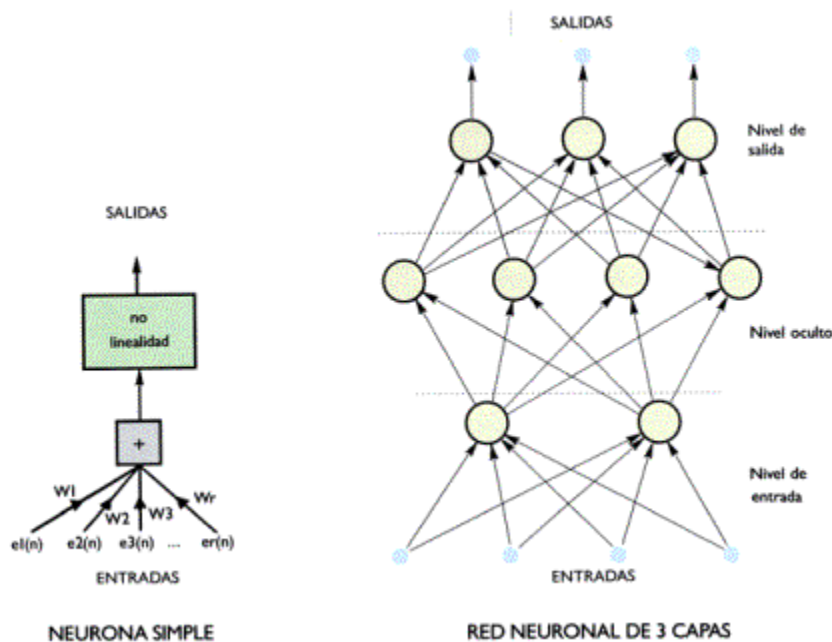
D.4.2. Modelos de arquitectura neuronal de los hábitos alimentarios según los grupos de riesgo y de no riesgo:

En el apartado de Análisis de datos se ha presentado el análisis de Redes Neuronales.

En el análisis del cuestionario de Hábitos Alimentarios mediante las Redes Neuronales, para evitar el máximo de “ruido” se escogieron aquellos ítems que, según la bibliografía, tienen más relación con la probabilidad de presentar un TCA.

Los ítems escogidos fueron:

1. Actividades extraescolares que realiza el participante
2. Horas que dedica a las actividades extraescolares
3. Quién acompaña a la persona de lunes a viernes durante las comidas
4. Actividades que realiza durante las comidas
5. Le ha aconsejado su padre o madre ponerse a dieta
6. Cree que necesita ponerse a dieta para adelgazar
7. ¿Por qué cree que necesita hacer dieta?
8. Si alguien de su familia o amigos ha hecho algún tipo de dieta
9. Qué cambios ha habido en su dieta



Este análisis se hizo con dos grupos: el de riesgo y uno equivalente en edad y sexo al grupo de riesgo, seleccionado a partir de la muestra comunitaria. La muestra total fue de 170 participantes (85 participantes para cada grupo).

De todas las variables estudiadas con el procedimiento de redes neuronales se han seleccionado varios conjuntos de variables con un porcentaje de predicción que oscila entre el 86.24% y el 83.65%. Esta predicción será la probabilidad de que un participante sea

clasificado como de riesgo o de no riesgo contestando afirmativamente a un conjunto de ítems.

a) El primer conjunto de ítems seleccionados, al que identificamos como **Patrón 1** comprende:

Se siente gordo (ítem nº 7) + mientras come hace alguna actividad (ítem nº 4) + en casa le dicen que tiene que adelgazar (ítem nº 5) + hace alguna actividad extraescolar (ítem nº 1) + debido a las actividades extraescolares que hace tiene que bajar de peso (ítem nº 7)

Este Patrón muestra un índice de sensibilidad del 82.24% y un índice de especificidad del 88.71%, y presenta un porcentaje de predicción total del 85.47%.

b) El **Patrón 2** recoge los siguientes ítems:

Mientras come hace alguna actividad (ítem nº 4) + cree que necesita hacer dieta para adelgazar (ítem nº 6) + en casa le dicen que tiene que adelgazar (ítem nº 5) + realiza alguna actividad extraescolar (ítem nº 1) + debido a las actividades extraescolares que hace tiene que bajar de peso (ítem nº 7)

Este patrón muestra una sensibilidad del 79.65% y una especificidad del 89.76%, y presenta un porcentaje de predicción total del 84.71%.

c) El tercer conjunto o **Patrón 3** está formado por los elementos:

Sus amigos le dicen que está gordo (ítem nº 7) + sus padres le han aconsejado que haga dieta para adelgazar (ítem nº 5) + mientras cena hace alguna actividad (ítem nº 4) + cree que necesita hacer dieta para adelgazar (ítem nº 6)

Presenta una sensibilidad del 87.35% y una especificidad del 80.71%. El porcentaje de predicción total de este tercer conjunto de ítems es del 84.03%.

También cabe destacar que aparece un ítem común a todos los patrones, lo que puede interpretarse como una información significativa para clasificar a un participante en un grupo de riesgo o no: en casa le dicen que tiene que adelgazar o sus padres le han dicho que se ponga a dieta. También aparecen varios ítems comunes a dos de los modelos: debido a las

actividades extraescolares que hace tiene que bajar de peso (patrón 1 y 2), cree que necesita hacer dieta para adelgazar (patrón 2 y 3), mientras come o cena hace alguna actividad (patrón 1 y 3).

En resumen,

del análisis del cuestionario de hábitos alimentarios se desprende que:

en las variables sociodemográficas no se aprecia ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de riesgo y de no riesgo. Se aprecian diferencias según los hábitos alimentarios en el apartado que se refiere a la merienda, en la que el grupo de riesgo dice no hacerla cada día y que los fines de semana tampoco la hace en casa. En las estrategias que los participantes utilizan cuando no quieren comer lo que se les pone o no tienen hambre, destaca que el grupo de riesgo, cuando no tiene hambre, dice no comer nada y tampoco come lo que le ponen sus padres y, cuando no quiere comer lo que se le pone, no come nada. En el bloque de la dieta, el grupo de riesgo muestra diferencias estadísticamente significativas con el de no riesgo en aspectos sobre si le han aconsejado dieta, ha pedido hacer dieta a sus padres, y cree que necesita hacer dieta; en todos los casos el grupo de riesgo muestra mayor preocupación por el tema de la dieta. También se observa que el grupo de riesgo presenta diferencias estadísticamente significativas con el grupo de no riesgo según si la persona que realiza la dieta es él mismo, mientras que cuando la persona es otro miembro de la familia el mayor porcentaje se concentra en el grupo de no riesgo. Finalmente, se aprecian diferencias según el grupo en los cambios de hábitos alimentarios; en todos los casos el grupo de riesgo muestra más cambios que el grupo de no riesgo.

Según el análisis de redes neuronales, el primer patrón es el que muestra el mejor rendimiento global, el segundo es el que presenta la mejor especificidad, y el tercero es el que muestra mejor sensibilidad.

La variable de decirle al participante que se ponga a dieta es común a los tres modelos.

Si se comparan los resultados de la estadística clásica y los de las redes neuronales, encontramos aspectos comunes relacionados con el bloque de dieta: ambos análisis coinciden en que la necesidad de hacer dieta y que alguien le haya pedido hacer dieta son los dos ítems significativos que mejor clasifican a una persona en el grupo de riesgo o de no riesgo.

Cabe destacar que el análisis de Redes neuronales acentúa algunas otras variables relacionadas con hábitos alimentarios que sobresalen por su importancia en el momento de clasificar un participante como muestra de riesgo o de no riesgo.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones de esta investigación.

Los **objetivos generales** de esta investigación son:

1. Evaluar y describir los hábitos alimentarios de un grupo de niños y adolescentes catalanes y los síntomas asociados a las alteraciones de la conducta alimentaria. También, se pretende estudiar la relación entre estas alteraciones, algunas variables psicosociales, las características antropométricas, las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Además se analizarán las diferencias entre un grupo de riesgo de TCA y un grupo de no riesgo según las variables anteriormente citadas.
2. Adaptar un cuestionario de cribado de los TCA a nuestro contexto.

1. EVALUAR Y DESCRIBIR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LA SÍNTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LOS TCA EN UNA MUESTRA COMUNITARIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CATALANES:

En cuanto a los **hábitos alimentarios** se refiere los resultados son los siguientes:

- ⇒ El modelo de familia más común es el formado por padre, madre e hijos.
- ⇒ La mayoría de los participantes informa de que hace alguna actividad extraescolar, y un 20% de la muestra dedica más de cinco horas a la semana.
- ⇒ La responsabilidad de la organización y compra de la comida la sigue asumiendo la madre.
- ⇒ Más de la mitad de los participantes informan de que no comen en la escuela.
- ⇒ El bocadillo de media mañana y la merienda son las comidas que menos hacen los participantes de este estudio.
- ⇒ Ver la TV y hablar con los que tienen alrededor son las actividades más comunes que realizan los participantes durante las comidas, sobre todo en la merienda y la cena.
- ⇒ Durante el desayuno y merienda los adolescentes informan de que están acompañados por los hermanos, y la mayoría de los participantes hace la cena con toda la familia.
- ⇒ En cuanto a la dieta, un tercio de los participantes cree que necesita hacer dieta y las causas más comunes son que se siente gordo y que no se siente bien con su figura.
- ⇒ Más de la mitad de la muestra informa de que algún familiar y/o amigo ha hecho dieta, lo que ha influido de algún modo en su forma de comer, como controlar más el tipo de alimento que toma.

⇒ El análisis mediante redes neuronales aporta información relevante sobre algunos ítems relacionados con los hábitos alimentarios que sirven para clasificar a los grupos de riesgo y de no riesgo con una probabilidad superior al 80%. Estos ítems son: en casa le dicen que tiene que adelgazar o sus padres le han dicho que se ponga a dieta, debido a las actividades extraescolares que hace tiene que bajar de peso, cree que necesita hacer dieta para adelgazar y mientras come o cena hace alguna actividad.

Respecto a la descripción de las **alteraciones de la conducta alimentaria** se destacan las siguientes conclusiones:

⇒ Chicos y chicas difieren en aspectos más cognitivos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario:

- Ellas presentan más obsesión por estar delgadas, desconfían más de las relaciones y expresan una mayor dificultad para identificar sus emociones.
- Los chicos manifiestan tener más miedo a la edad adulta y se muestran más exigentes consigo mismos.

⇒ La Obsesión por la delgadez es un factor que varía según la edad y el sexo:

- Las chicas muestran un aumento progresivo, con la edad, de la preocupación por la delgadez, mientras que en los chicos se observa una disminución de la preocupación por estar delgados según pasa el tiempo.

⇒ Casi un 30% de la muestra se sitúa en la franja de riesgo, utilizando el punto de corte propuesto por los autores del SCOFF, aunque varían según el sexo y el curso:

- Ellas muestran un rango promedio mayor que los chicos.
- Los cursos inferiores muestran mayor puntuación en comparación con cursos superiores.

2. PRESENTAR DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS TCA EN ADOLESCENTES CATALANES.

⇒ La prevalencia para TCANE con síntomas asociados a anorexia nerviosa, es de 1.28% para la muestra total.

⇒ La ratio según el sexo es de 11:1 para un TCANE con síntomas de anorexia nerviosa.

⇒ La prevalencia de TCANE con síntomas de bulimia nerviosa, es de 0.36% para toda la muestra.

3. DESCRIBIR EL ESTADO FÍSICO Y NUTRICIONAL DE LOS PARTICIPANTES MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

A partir de los datos recogidos de talla y peso de los participantes se destacan los siguientes resultados:

- ⇒ Un tercio de la muestra total se sitúa en la franja de normopeso.
- ⇒ Hay más chicos que se sitúan en la franja de riesgo de bajo peso y de malnutrición que chicas.
- ⇒ Un 20% tanto de chicos como de chicas están por encima del peso que les corresponde por edad y talla (sobrepeso y obesidad).
- ⇒ Un 0.7% de la muestra de riesgo no quiso pesarse y un 7.3% de la muestra de no riesgo tampoco aceptó.

4. ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS A LOS TCA Y LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

- ⇒ Las correlaciones entre las características antropométricas y los síntomas asociados a los TCA muestran que el Índice de Masa Corporal está relacionado con la obsesión por adelgazar, las dietas, la insatisfacción corporal y una pobre imagen de sí mismos.
- ⇒ Los chicos y chicas con normopeso o sobrepeso están más preocupados por haber perdido el control sobre la cantidad de comida que comen y porque creen estar más gordos aunque otros les digan que no lo están, que el grupo de bajo peso.
- ⇒ Los participantes con un peso normal o sobrepeso son los que expresan más preocupación sobre la comida y sobre la imagen corporal que otros niños y niñas con un peso por debajo de la media.

5. ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS AL TCA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

A partir de la relación entre las características de personalidad, evaluadas mediante el APQ, y los síntomas asociados al TCA, se obtienen las siguientes conclusiones:

- ⇒ Existe muy poca relación entre los síntomas asociados a los TCA y las características de personalidad.
- ⇒ Los síntomas asociados a las alteraciones de la conducta alimentaria se relacionan en su mayor parte con la escala de Inestabilidad emocional.

⇒ Tanto la Extraversión como la Ansiedad muestran correlaciones estadísticamente significativas, aunque de magnitud baja, con todas las escalas del EDI-2.

6. ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS AL TCA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

A partir de la relación entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas asociados a los TCA, se destacan las siguientes conclusiones:

⇒ La relación entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas asociados a los TCA son casi inexistentes.

⇒ La Evitación cognitiva, la Aceptación-resignación y la Descarga emocional son las tres estrategias de afrontamiento que muestran más relación con los síntomas asociados a los TCA. Es decir, los participantes que presentan más síntomas asociados a los TCA muestran más conductas de evitación, se resignan con sus problemas y utilizan más la Descarga emocional para resolver sus problemas.

7. ANALIZAR LAS DIFERENCIAS ENTRE UN GRUPO DE RIESGO Y DE NO RIESGO SEGÚN LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD, LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.

En cuanto a las medidas antropométricas se refiere, destacamos que:

⇒ El grupo de no riesgo presenta porcentajes superiores en las franjas de normopeso e infrapeso que el grupo de riesgo.

⇒ El grupo de riesgo presenta un mayor porcentaje en las categorías de sobrepeso y obesidad que el grupo de no riesgo.

En las características de personalidad:

⇒ No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo y de no riesgo según las características de personalidad, a excepción de la escala de Dureza; el grupo de no riesgo muestra puntuaciones más elevadas que el de riesgo.

⇒ Atendiendo los factores de personalidad del APQ, el grupo de no riesgo se muestra más resolutivo, insensible y de mentalidad dura que el grupo de riesgo.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, cabe destacar que:

⇒ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo y de no riesgo en cuanto a la utilización de estrategias de afrontamiento se refiere, ya que las estrategias de afrontamiento que utilizan el grupo de riesgo y de no riesgo son similares.

De los hábitos alimentarios se desprenden las siguientes conclusiones:

⇒ El modelo de familia, el número de hermanos, las actividades extraescolares y el tiempo dedicado a ellas es similar en el grupo de riesgo como en el de no riesgo.

⇒ Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la merienda: el grupo de riesgo dice no hacerla cada día y los fines de semana tampoco la hace en casa.

⇒ El grupo de riesgo difiere del grupo de no riesgo en lo siguiente: cuando no quieren comer lo que se le pone o no tienen hambre, dicen no comer nada y tampoco comen lo que le ponen sus padres.

⇒ En cuanto a la dieta se refiere, el grupo de riesgo muestra diferencias con el de no riesgo:

- Al grupo de riesgo le han aconsejado más hacer dieta, ha pedido hacer dieta a sus padres, y cree que necesita hacer dieta.
- El grupo de riesgo manifiesta que quien realiza dieta es él mismo, mientras que en el grupo de no riesgo quien hace dieta es otro miembro de la familia.
- El grupo de riesgo muestra más cambios en sus hábitos alimentarios que el grupo de no riesgo cuando alguien cercano, o ellos mismos, han hecho dieta.

De los patrones de ítems seleccionados para el análisis con el procedimiento de redes neuronales, el primer patrón es el que muestra el mejor rendimiento global, el segundo es el que presenta la mejor especificidad, y el tercero es el que muestra mejor sensibilidad.

⇒ La variable común a todos los patrones es: pedirle al participante que se ponga a dieta.

Al comparar los dos tipos de análisis se observa que:

⇒ Aparecen aspectos comunes relacionados con el Bloque de Dieta.

⇒ Ambos resultados coinciden en la necesidad de hacer dieta y de que alguien le haya pedido hacer dieta.

⇒ El análisis con redes neuronales acentúa la importancia de otros ítems como hacer alguna actividad mientras come o que debido a las actividades extraescolares que realiza cree necesitar ponerse a dieta o se siente gordo.

8. ADAPTAR UN INSTRUMENTO DE SCREENING DE LOS TCA A NUESTRO CONTEXTO (SCOFF).

Para la adaptación del instrumento de screening en nuestra población adolescente catalana se destacan los siguientes resultados:

- ⇒ Según las características psicométricas del SCOFF se observa que es un instrumento válido para detectar población de riesgo en nuestra población catalana.
- ⇒ Se propone un análisis factorial que muestra una distribución de dos factores, para la muestra total. Se reproduce dicho AFE según sexos y para las chicas también aparecen 2 factores, y para el grupo de chicos sólo se observa un único factor.
- ⇒ El punto de corte del SCOFF para la muestra de este estudio es de 2 ítems positivos o más, que coincide con el propuesto por los autores.
- ⇒ Se obtienen diferentes puntos de corte para chicos y chicas:
 - Para las chicas es de 2 ítems positivos o más
 - Para el grupo de los chicos es de 1 o más ítems positivos.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo indican que la responsabilidad de la organización y compra de la comida la sigue asumiendo la madre, tal y como Díaz (2007) encuentra en su estudio sobre las tareas del hogar. Aunque las horas de las comidas en familia han ido variando y se han convertido en espacios menos estructurados (Buttriss, 2002), más de la mitad de los participantes informan de que no comen en la escuela. Durante el desayuno y la merienda los adolescentes informan estar acompañados por los hermanos, y la mayoría de los participantes hace la cena con toda la familia; es decir, según nuestros resultados la cena suele ser el momento que comparten toda la familia y en el que pueden aprender hábitos alimentarios, tal y como Sámano et al. (2005) observan en su estudio sobre el aprendizaje de hábitos alimentarios en la etapa infantil.

Según los resultados de este estudio, se ha encontrado que se omiten algunas de las comidas, siendo las más comunes el bocadillo de media mañana y la merienda. Estos resultados son parecidos a los encontrados en otros estudios con población infantil y adolescente española (Goñi et al., 1999; Jiménez et al., 2000; Ortega et al., 2000; Moreno et al., 2000; Serra-Majem et al., 2004). Esto nos hace pensar sobre la importancia de la educación para la salud, más concretamente sobre la nutrición y los requerimientos nutricionales para cada edad.

Una característica a destacar sobre los **hábitos alimentarios** de los participantes es la realización de alguna otra actividad durante las comidas, que coincide con una de las variables que mejor discriminan entre el grupo de riesgo y de no riesgo. Las actividades más comunes son ver la TV y hablar con los que tienen alrededor, tal y como otros estudios ponen de relieve (Calvo et al., 2002; Buttriss, 2002; Castells et al., 2006). La importancia de la TV a las horas de las comidas provoca una disminución de la preocupación sobre la educación alimentaria, lo que puede tener una influencia importante sobre los niños y los adolescentes en la elección de alimentos (Buttriss, 2002) y la imagen corporal (Cusumano y Thompson, 2000) entre otros. Respecto a los hábitos alimentarios se observan diferencias estadísticamente significativas entre el **grupo de riesgo y de no riesgo** en cuanto a la merienda y las estrategias que utilizan para no comer. Los participantes del grupo de riesgo dicen que no meriendan cada día, que cuando no quieren comer lo que se les pone o no tienen hambre, no comen nada y tampoco comen lo que le ponen sus padres. Estas son algunas de las estrategias que utilizan los grupos con TCA, tal y como otros estudios informan, los participantes con TCA dejan de comer alguna de las comidas o evitan comer, iniciando así algún tipo de dieta (Fairburn et al., 1999; Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2005), siendo ésta un factor precipitante para el desarrollo de un TCA.

La **dieta** ha sido un tema muy estudiado y discutido en el desarrollo de los TCA. Varios autores observan que la dieta es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la AN

(Fairburn et al., 1999; Fairburn y Harrison, 2003; Fairburn et al., 2005), aunque otros estudiosos consideran que, a pesar de tener una importante influencia en el desarrollo de un TCA, no todos lo desarrollan (Patton et al. 1999). En este estudio, un tercio de los participantes informa de que quiere ponerse a dieta para adelgazar, siendo las causas más comunes que se siente gordo y que no se siente bien con su figura, tal y como otros autores (Ghaderi, 2003 y Río et al., 2002) encuentran en sus estudios. Estos elementos son los más significativos y que mejor discriminan entre la población de riesgo y de no riesgo de TCA.

Es interesante destacar que más de la mitad de la muestra informa de que algún familiar y/o amigo ha hecho dieta, lo que ha influido de algún modo en su forma de comer, Ballester y Guirado, (2003) encuentran que si la madre ha hecho dieta, así como ciertas actitudes de los padres hacia la comida, ejercen un efecto negativo en el comportamiento alimentario de los hijos. En este estudio también se destaca la importancia del comportamiento de los padres en el grupo de riesgo; en este caso, la frecuencia del ítem de: “en casa le dicen que tiene que adelgazar o sus padres le han dicho que se ponga a dieta”, es mayor en el grupo de riesgo que en el de no riesgo, lo que coincide con lo que Gardner et al., (2000) observaron en su estudio, en el que los niños que creían que sus padres estaban preocupados por su peso, mostraban más conductas relacionadas con los TCA. Una de las actitudes que más cambian los participantes cuando alguien de su entorno ha hecho dieta es controlar más el tipo de alimento que toma.

También se ha encontrado que al **grupo de riesgo** le han aconsejado más hacer dieta, ha pedido hacer dieta a sus padres, y cree que necesita hacer dieta, o le han cambiado los hábitos alimentarios cuando alguien cercano ha hecho dieta. Estos resultados son parecidos a los que Ballester y Guirado (2003) y Field et al. (2001) encontraron en sus estudios, en los que el comportamiento alimentario de los padres, como hacer dieta la madre, y actitudes de los padres hacia sus hijos sobre la comida o su aspecto físico podrían influir de forma negativa en la adquisición de los hábitos alimentarios de los hijos. Es decir, se sugiere que la preocupación por el peso de los padres se transmite a los hijos.

Cabe destacar que mediante el análisis realizado con **redes neuronales**, hay algunos elementos significativos que coinciden con los análisis de estadística clásica, y son: la dieta, elemento común a todos los patrones; hacer alguna actividad mientras come, creer necesitar ponerse a dieta debido a las actividades extraescolares que realiza o sentirse gordo.

Respecto a la descripción de las **alteraciones de la conducta alimentaria** evaluadas en este estudio se destaca que las chicas muestran más preocupación por la delgadez que los chicos, como se ha corroborado en otros estudios en los que se ha encontrado que el sexo es una variable determinante en el desarrollo de un TCA (Lindberg y Hjerm, 2003; Steiner et

al., 2003). Las chicas suelen mostrar más deseos de estar más delgadas, muestran mayor preocupación por el peso y la comida, y son las que siguen un mayor número de dietas restrictivas, en comparación con los chicos. En este estudio se observa que estas preocupaciones varían también según la edad: las chicas se preocupan cada vez más según van aumentando de edad, mientras que en los chicos se observa una disminución de la preocupación por estar delgados según pasa el tiempo. Estas diferencias en la preocupación por la delgadez también podrían deberse a las diferencias físicas que se observan en esta etapa de la pubertad, en la que las chicas ya desarrollan el cuerpo de mujer, mientras que los chicos empiezan a hacer los cambios (Chirstie y Viner, 2005), y son ellas las que se sienten más diferentes, inseguras y preocupadas por su imagen (Rodríguez-Tomé, 2003).

A diferencia de otros estudios españoles (Gandarillas et al., 2004 y Rojo et al., 2003) que presentan datos sobre la **prevalencia** de los TCA con porcentajes superiores al 3% en población adolescente, en este estudio la prevalencia para TCANE con síntomas asociados a anorexia nerviosa es de 1.28%, y con síntomas de bulimia nerviosa es de 0.36% para toda la muestra. Algunas de las razones que pueden explicar estas tasas tan bajas serían, en primer lugar, el que un 13.16% de la muestra de participantes, tienen una edad entre 10 y 11 años. Este rango de edad es menor al de la edad de aparición de los TCA (Ruiz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., et al., 1998). En segundo lugar, es posible que el hecho de que algunos de los participantes del grupo de riesgo no hayan aceptado contestar la entrevista puede haber disminuido el porcentaje de la prevalencia, ya que no podían ser identificados como población susceptible de un TCA.

A partir de los datos recogidos de **talla y peso** de los participantes se observa que sólo un tercio de la muestra total se sitúa en la franja de normopeso, es decir, hay más chicos que se sitúan en la franja de riesgo de bajo peso y de malnutrición que chicas. Estas diferencias pueden deberse a la diferencia de tiempo de la pubertad entre los chicos y las chicas (Pinyerd y Zipf, 2005). Estos resultados son también consistentes con los resultados que Hermes y Keel (2003) hallaron en su estudio en que las niñas que maduran más tempranamente tienen un IMC superior a las que maduran más tarde.

Es importante destacar que un 20%, tanto de chicos como de chicas, están por encima del peso que les corresponde por edad y talla (sobrepeso y obesidad); Serra-Majem et al., 2004 manifiestan que en la etapa de la adolescencia es cuando se aprecian situaciones dispares en relación al estado nutricional. Se observa, asimismo, un alto porcentaje con riesgo nutricional y una alta prevalencia de obesidad en adolescentes, lo que también podría hacernos pensar sobre el aumento de prevalencia de la obesidad que está latente en

nuestra sociedad (Serra-Majem, Ribas, Aranceta, Pérez y Saavedra, 2001). Estos resultados también se podrían explicar, según el estudio de Christakis y Fowler (2007), en el sentido de que la obesidad puede estar mediada por las relaciones sociales, del mismo modo podríamos pensar que este suceso pudiera también ocurrir con el riesgo de bajo peso, aunque para ello se requerirán estudios específicos.

La comparación entre el **grupo de riesgo** y de **no riesgo**, en cuanto a las medidas antropométricas se refiere, indica que los participantes con sobrepeso y obesidad son los que más se preocupan por la imagen corporal y están más obsesionados por adelgazar, estos resultados van en la dirección de Yannakoulia et al. (2004) y Jones et al. (2001) quienes observan que los TCA también son prevalentes en participantes con sobrepeso. En este caso, los de mayor IMC son los que muestran más sintomatología asociada a los TCA; estos resultados coinciden con los de Gila et al. (2004) quienes encontraron que cuanto mayor es el IMC, mayores sobreestimaciones hacen de su cuerpo. Toro (2004) también se manifiesta en el mismo sentido, un alto IMC es un factor predisponente para desarrollar un TCA.

En cuanto a la **adaptación** del instrumento de screening a nuestra población adolescente catalana, cabe destacar que el **SCOFF** es un instrumento válido para detectar población de riesgo de TCA en nuestra población catalana.

El punto de corte del SCOFF para la muestra de este estudio que mejor combina los valores de sensibilidad y especificidad es de 2 ítems positivos o más, que coincide con el propuesto en otros estudios (Cotton et al., 2003; García-Campayo et al., 2005; Siervo et al., 2005).

Los resultados del análisis factorial sugieren que las chicas hacen una mayor diferenciación entre la preocupación por la comida y los hábitos dietéticos que el grupo de chicos.

Para la muestra de este estudio, los valores de sensibilidad y especificidad del SCOFF son menores que otros estudios (Morgan et al., 1999; Rueda et al., 2005). Estos resultados podrían explicarse por las diferencias en la muestra, en concreto, por la edad y la selección de la muestra (comunitaria).

Cabe destacar que los valores de sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 2, y los valores bajo la curva ROC son más bajos que los de Garcia Campayo et al (2005) aunque parecidos a los de Rueda et al. (2005). Es importante observar que la muestra de Campayo es clínica y la de Rueda es comunitaria pero solo de chicas.

Se aprecia una **relación** estadísticamente significativa entre el Índice de Masa Corporal (**IMC**) y la **obsesión por adelgazar**, las dietas, la insatisfacción corporal y una pobre imagen de sí mismos. Estos resultados van en la línea de otros autores (Jones et al., 2001;

Yannaloulia et al., 2004) que han estudiado la relación entre el IMC y las alteraciones de la conducta alimentaria, y observan que los TCA no aparecen únicamente en participantes con infrapeso, sino que también son prevalentes en participantes con sobrepeso.

Nuestros resultados también son coherentes con los que presentan Marcó et al., (2004) quienes encontraron que tanto en el grupo de niñas como el de niños, cuanto mayor es el IMC menor autoestima corporal manifiestan, y que, para el grupo de niñas, un menor IMC se relaciona con un mayor control sobre la dieta.

En esta muestra, los chicos y chicas con normopeso o sobrepeso están más preocupados por haber perdido el control sobre la cantidad de comida que comen y porque creen estar más gordos, aunque otros les digan que no lo están, que el grupo de bajo peso. Los participantes con un peso normal o sobrepeso son los que expresan más preocupación sobre la comida y sobre la imagen corporal que otros niños y niñas con un peso por debajo de la media. Estos datos coinciden con los de Gila et al., (2004) quienes encontraron que las adolescentes con un mayor índice de masa corporal, peso y altura se caracterizan por hacer más sobreestimaciones de su cuerpo.

Según los resultados del presente estudio, existe muy poca **relación** entre los **síntomas asociados a los TCA** y las **características de personalidad**, aunque otros estudios (Gual et al., 2002) confirman su relación, sobre todo con el rasgo de perfeccionismo, que se ha relacionado con un alto riesgo de desarrollar un TCA

Los síntomas asociados a las alteraciones de la conducta alimentaria se relacionan con la Inestabilidad emocional, este resultado va en la línea de varios estudios (Gual et al., 2002; Cervera et al., 2003) que proponen que un alto Neuroticismo o inestabilidad emocional, y una baja autoestima podrían ser causas y, al mismo tiempo consecuencias, de los TCA. Otros autores (Bulik et al., 2006; Cervera et al., 2003) encuentran que una puntuación alta en neuroticismo está relacionada con la aparición de un TCA.

Tanto la Extraversión como la Ansiedad muestran correlaciones bajas y significativas con los síntomas asociados a los TCA, aunque otros estudios no hacen referencia a estos rasgos en concreto; algunos estudios apuntan que las conductas de *obsesión-compulsión* se han asociado a los TCA en muestras clínicas (Anderluh et al., 2003). Lilienfeld et al. (2006) consideran que los rasgos de personalidad obsesivo compulsivos pueden ser factores predisponentes, tal y como se demuestra en estudios retrospectivos y estudios de familias.

No aparecen diferencias en las características de personalidad entre el **grupo de riesgo y de no riesgo**, a excepción de la escala de Dureza. Es decir, el grupo de riesgo se muestra menos resolutivo y más sensible que el grupo de no riesgo. Esta puntuación baja en la escala de Dureza podría relacionarse con una baja Autosuficiencia; según Bulik et al. (2000) las personas con anorexia nerviosa se caracterizan por tener una baja autosuficiencia, es

decir, no se sienten capaces de hacer cosas, no son resolutivos, se muestran débiles y sensibles.

La **relación** que se observa entre las **estrategias de afrontamiento** y los **síntomas asociados a los TCA** en esta muestra es muy baja. Cabe destacar que la Evitación cognitiva, tal y como Troop et al. (1998) y Nagata et al. (2000) encuentran en su estudio con pacientes con TCA, muestra una relación positiva con los síntomas asociados a los TCA. La estrategia de Aceptación-resignación también se relaciona con los TCA, al igual que en el estudio de Ball y Lee (2002) quienes encontraron que las mujeres que tienen un TCA informan de que utilizan con mayor frecuencia las estrategias de guardarse las cosas para sí mismas y autoculparse. La estrategia de Descarga emocional también muestra relación con los síntomas asociados a los TCA, aunque no hay ningún estudio que explicita dicha relación. Es decir, los participantes que presentan más síntomas asociados a los TCA muestran más conductas de evitación, tienden a resignarse y aceptar sus problemas y utilizan más la expresión de las emociones como forma de afrontarlos. Tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los **grupos de riesgo y de no riesgo** en cuanto a las estrategias de afrontamiento, es decir, parece que utilizan estrategias similares, contrariamente a lo que otros estudios sugieren de que los participantes con TCA utilizan con más frecuencia estrategias de evitación cognitiva (Nagata et al., 2000; Troop et al., 1998).

CAPÍTULO 7

PUNTOS FUERTES, PUNTOS DÉBILES Y LINEAS FUTURAS DE ESTUDIO

Para acabar este trabajo, destacar algunos puntos fuertes y limitaciones del estudio y futuras líneas de trabajo.

Puntos fuertes:

- ◆ La extensión de la muestra ha sido considerable, teniendo en cuenta las dificultades en la recogida de datos para la investigación con población comunitaria.
- ◆ La presentación de datos sobre la prevalencia de los TCA en población adolescente catalana, siendo uno de los trabajos más nuevos (Ruiz, 2005), aunque no se entrevistó al grupo de no riesgo.
- ◆ La adaptación a nuestro contexto de una prueba de screening para detectar posibles casos de riesgo de TCA en población adolescente catalana.

Puntos débiles:

- ◆ La principal limitación de este estudio es la falta de un grupo clínico para comparar los resultados extraídos de este estudio y así poder extrapolarlos.
- ◆ El uso de autoinformes para recoger información sobre síntomas asociados a los TCA, cuando se conoce que una de las características de esta patología es la negación de los síntomas.
- ◆ No se han analizado los falsos negativos.
- ◆ El uso de la técnica de Redes neuronales debe analizarse con más profundidad para poder extraer más conclusiones sobre el cuestionario de hábitos alimentarios.
- ◆ Utilizar el EDI-2 como único criterio para identificar la población de riesgo.

Futuras líneas de trabajo:

Los resultados obtenidos nos indican la relevancia de ciertas variables relacionadas con los hábitos alimentarios que nos pueden orientar para elaborar un nuevo cuestionario de aplicación rápida y de screening para población infantil y adolescente catalana que nos permita detectar lo más tempranamente posible población de riesgo de TCA.

También sería interesante encaminar estos resultados a la prevención de los TCA, porque aunque son pocos los estudios que analizan la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología asociada a los TCA, debería profundizarse más en este análisis.

Sería interesante profundizar en el análisis de los hábitos alimentarios mediante las Redes Neuronales y obtener así más información relevante.

CAPITULO 8

ANEXOS

ANEXO 1: LISTA DE ACRÓNIMOS

AL: Análisis lógico
AN: Anorexia nerviosa
ANP: Anorexia nerviosa purgativa
ANR: Anorexia nerviosa restrictiva
APQ: Adolescent Personality Questionnaire
AR: Aceptación o resignación
BG: Búsqueda de guía
BGr: Búsqueda de gratificación
BN: Bulimia nerviosa
BP: Bajo peso
BU: Escala de Bulimia (EDI-2)
CRI-Y: Coping Response Inventory Youth
DE: Descarga emocional
EAT: Eating Attitudes Test
EC: Evitación cognitiva
EDI-2: Eating Disorders Inventory-2
IC: Intervalo de confianza
INC: Insatisfacción corporal
IMC: Índice de Masa Corporal
NP: Normopeso
OB: Obsesión por la delgadez
RP: Reevaluación positiva
RPb: Resolución de problemas
SCAN: Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale
SCOFF: Cuestionario de screening de TCA
SP: Sobrepeso
TCA: Trastorno de la conducta alimentaria
TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
TP: Trastornos de personalidad
TV: Televisión

CUESTIONARIO PARA JÓVENES

Este cuestionario está elaborado para conocer los hábitos alimentarios de los chicos de 11 a 16 años de edad. Las cuestiones que se presentan a continuación hacen referencia a diferentes aspectos de la alimentación. En este cuestionario no hay respuestas buenas o malas, cada uno de nosotros tenemos costumbres diferentes a la hora de comer. Te agradeceríamos que contestaras a las siguientes preguntas. Marca con una cruz la respuesta o respuestas que sean adecuadas.

➤ Fecha de hoy: ➤ Escuela
 Indica si eres: ➤ Curso
 † Chico † Chica
 ➤ Fecha de nacimiento ➤ Iniciales de tu nombre y apellidos.....

➤ Por favor, indica quienes estáis viviendo en casa:

Padre+ Madre + hijos Madre + hijos
 Otros familiares + hijos Padre + hijos
 Padres + hijos + otros familiares

Otros: especifica por favor

➤ Edad del padre ➤ Número de hermanos/as:
 ➤ Edad de la madre ➤ Edades de tus hermanos/as:

➤ ¿El padre trabaja fuera de casa? Sí No
 Trabajo: Media jornada Jornada completa

➤ ¿La madre trabaja fuera de casa? Sí No
 Trabajo: Media jornada Jornada completa

➤ Indica por favor en qué intervalo de peso crees que te encuentras:
 20-25kg. 26-30kg. 31-35kg. 36-40kg. 41 - 45kg.
 46-50kg. 51-55kg. 56-60kg. 61-65kg. 66-70kg.
 71-75kg. 76-80kg. 81-85kg. 85kg. o más

➤ Señala tu altura aproximada:

1,16 - 1,20 <input type="checkbox"/>	1,21 - 1,25 <input type="checkbox"/>	1,26 - 1,30 <input type="checkbox"/>
1,31 - 1,40 <input type="checkbox"/>	1,41 - 1,45 <input type="checkbox"/>	1,46 - 1,50 <input type="checkbox"/>
1,51 - 1,55 <input type="checkbox"/>	1,56 - 1,60 <input type="checkbox"/>	1,61 - 1,65 <input type="checkbox"/>
1,66-1,70 <input type="checkbox"/>	1,71-1,75 <input type="checkbox"/>	1,76-1,80 <input type="checkbox"/>
1,81-1,85 <input type="checkbox"/>	1,86-1,90 <input type="checkbox"/>	1,91 o más <input type="checkbox"/>

➤ ¿Haces alguna actividad extra-escolar? SI NO

➤ Indica cuál:

- Gimnasia (rítmica, deportiva...)
- Patinaje (artístico, hielo...)
- Ballet, danza
- Atletismo
- Ninguna de las anteriores
- Especifica cuál

➤ ¿Cuántas horas dedicas a la semana?

- menos de 3 horas
- de 3 a 5 horas
- más de 5 horas

1. ¿Quién se encarga de organizar los menús y las comidas en casa, habitualmente?

- Madre Madre y padre
 Padre Otra persona (abuelos, asistenta...)

2. ¿Quién hace la compra de la comida normalmente?

- Padre Madre Otra persona _____
 Hijos Madre y padre

3. ¿Comes en la escuela? Sí No A veces

4. Con qué frecuencia realizas las siguientes comidas durante la semana (de lunes a domingo):

- ¿Desayunas todos los días? Sí No

➔ Si tu respuesta es **NO**, indica cuántos días desayunas:

- ¿Tomas algún tentempié a media mañana (bocadillo, bollería, fruta...) todos los días? Sí No

➔ Si tu respuesta es **NO**, indica cuántos días comes algún tentempié:

- ¿Comes todos los días? Sí No

➔ Si tu respuesta es **NO**, indica cuántos días comes:

- ¿Meriendas todos los días? Sí No

➔ Si tu respuesta es **NO**, indica cuántos días meriendas:

- ¿Cenas todos los días? Sí No

➔ Si tu respuesta es **NO**, indica cuántos días cenas:

5. Durante la semana (de lunes a viernes), ¿dónde haces normalmente estas comidas?

🕒 Desayuno en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Desayuno en la escuela	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Como en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Como en la escuela	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Meriando en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Meriando en la escuela	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
🕒 Ceno en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 3 días <input type="checkbox"/>	Más de 3 días <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

6. Los fines de semana y días festivos, ¿dónde haces normalmente estas comidas?

● Desayuno en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Desayuno fuera de casa Especifica dónde	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Como en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Como fuera de casa Especifica dónde	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Meriando en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Meriando fuera de casa Especifica dónde	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Ceno en casa	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
● Ceno fuera de casa Especifica dónde	Nunca <input type="checkbox"/>	Un día <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

7. Durante la semana (de lunes a viernes), ¿Cómo sueles comer?

	Sentado a la mesa	Sentado en el sofá	Tumbado en el sofá o en la cama.	De pie (patio, calle, parque...)
☞ Desayuno				
☞ Bocado de media mañana				
☞ Comida				
☞ Merienda				
☞ Cena				

8. Durante los fines de semana y días festivos, ¿cómo sueles comer?

	Sentado a la mesa	Sentado en el sofá	Tumbado en el sofá o en la cama.	De pie (patio, calle, parque...)
☞ Desayuno				
☞ Bocado de media mañana				
☞ Comida				
☞ Merienda				
☞ Cena				

9. Durante la semana (de lunes a viernes) ¿quién te acompaña durante las comidas?

☛ Desayuno	☛ Comida	☛ Merienda	☛ Cena
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia
<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares
	<input type="checkbox"/> Compañeros de la escuela	<input type="checkbox"/> Compañeros de la escuela	

10. Durante los fines de semana y días festivos ¿quién te acompaña durante las comidas?

☛ Desayuno	☛ Comida	☛ Merienda	☛ Cena
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia	<input type="checkbox"/> Toda la familia
<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares	<input type="checkbox"/> Otros familiares

11. ¿Utilizan tus padres la comida para castigarte o premiarte? Sí No A veces

12. ¿Qué haces, normalmente, cuando **no tienes hambre** a las horas de las comidas?

- ☞ Normalmente como lo que me han puesto Sí No
- ☞ No como nada Sí No
- ☞ Como alguna cosa (una fruta, un yogurt...) Sí No
- ☞ Como lo que me han preparado pero más tarde Sí No

13. Mientras estás comiendo, ¿haces alguna de estas actividades?.

☛ Desayuno:	☛ Comida:
<input type="checkbox"/> miro la T.V. <input type="checkbox"/> hago los deberes <input type="checkbox"/> juego <input type="checkbox"/> trabajo con el ordenador <input type="checkbox"/> Hablo con los que tengo alrededor <input type="checkbox"/> No hago ninguna actividad Otros: especifica cuál	<input type="checkbox"/> miro la T.V. <input type="checkbox"/> hago los deberes <input type="checkbox"/> juego <input type="checkbox"/> trabajo con el ordenador <input type="checkbox"/> Hablo con los que tengo alrededor <input type="checkbox"/> No hago ninguna actividad Otros: especifica cuál
☛ Merienda:	☛ Cena:
<input type="checkbox"/> miro la T.V. <input type="checkbox"/> hago los deberes <input type="checkbox"/> juego <input type="checkbox"/> trabajo con el ordenador <input type="checkbox"/> Hablo con los que tengo alrededor <input type="checkbox"/> No hago ninguna actividad	<input type="checkbox"/> miro la T.V. <input type="checkbox"/> hago los deberes <input type="checkbox"/> juego <input type="checkbox"/> trabajo con el ordenador <input type="checkbox"/> Hablo con los que tengo alrededor <input type="checkbox"/> No hago ninguna actividad

Otros: especifica cuál

| Otros: especifica cuál

14. ¿Qué haces cuando **no quieres** comer lo que te ponen tus padres?

- Escondo la comida y luego la tiro sin que ellos se den cuenta Sí No
- Como todo lo que me ponen pero luego lo vomito (sin que ellos se den cuenta) Sí No
- Tardo mucho en comer y así consigo que me perdonen la comida Sí No
- Como lo que dicen mis padres Sí No
- Me pongo a discutir y acabo comiendo lo que yo quiero Sí No
- Cuando no quiero comer no como nada Sí No
- Mastico mucho tiempo la comida Sí No
- Parto la comida en trozos muy pequeños y separo los alimentos en el plato Sí No
- Aunque tenga hambre no como nada Sí No

15. Describe tu forma de comer:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Sueles comer deprisa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Sueles comer despacio? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Sueles comer mucho? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Sueles comer poco? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

16. En relación a los chicos/as de tu edad crees que comes (señala lo que corresponda)

➔ Más que los chicos/as de mi edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
➔ Igual que los chicos/as de mi edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
➔ Menos que los chicos/as de mi edad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

17. ¿Te ha aconsejado tu madre o padre que hagas dieta para adelgazar? Sí No

18. ¿Alguien ha recomendado a su hijo/a hacer dieta?

- Médico
- Farmacéutico
- Amigos/as
- Otros: especifique por favor

19. ¿En algún momento le has pedido a tus padres hacer dieta? Sí No

20. ¿Crees que necesitas hacer dieta para adelgazar? Sí No

➔ Si tu respuesta es que **NO**, pasa a la pregunta 20.

21. Creo que necesito hacer dieta porque:

<input type="checkbox"/> Me siento gordo/a (Con sobrepeso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Mis amigos me dicen que estoy gordo/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> En casa me dicen que tengo que bajar de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Debido a las actividades extra-escolares que hago (por ejemplo: gimnasia rítmica, deportiva, patinaje...) he de bajar peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> El médico/farmacéutico/dietista me lo ha recomendado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Quiero parecerme a modelos de pasarela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No me siento bien con mi figura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22. ¿Qué haces o qué has hecho para perder peso?

- | | |
|--|---|
| ➔ Quiero bajar de peso pero no he hecho nada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

> Dedico muchas horas a hacer ejercicio físico para "quemar grasas"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
> He dejado de tomar varios alimentos que creo que engordan (patatas, pasta, pan...)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
> Sólo como fruta y verdura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
> He tomado diuréticos y/o laxantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
> Después de comer voy al lavabo y lo vomito todo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
> He dejado de comer acompañada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

23. Durante estos últimos 6 meses, ¿alguien de la familia o de tus amigos ha hecho algún tipo de dieta para adelgazar?

Sí No

Indica quién la ha hecho:

Yo Madre Otros familiares
 Padre Hermanos Mi mejor amigo/a

24. ¿Ha controlado esta dieta algún especialista (médico, farmacéutico o dietista)?

Sí No

25. ¿Crees que ha cambiado tu forma de comer porque alguien de la familia ha hecho dieta?

Sí No

26. ¿En qué crees que te ha cambiado?

<input type="radio"/> Ahora controlo más qué tipo de alimentos tomo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> Pregunto si engorda o no un alimento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> He dejado de tomar alguna de las comidas (desayuno, bocadillo de media mañana...)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> He dejado de tomar algún alimento que antes tomaba (pan, patatas...)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> No me ha influido en nada, sigo comiendo como siempre.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gracias por vuestra colaboración

Elaborado por P.Muro-Sans y J.A. Amador-Campos (2002). Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. *EDICIÓN EXPERIMENTAL PARA INVESTIGACIÓN.*

Tabla 8.1. Estructura factorial de once factores con puntuaciones brutas. Ítems con peso factorial $\geq .30$.

Ítems	Factores										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1						.437					
2		-.752									
3	.475			.436							
4						-.540					
5						-.729					
6	.451			.410							
7		-.780									
8										.440	
9		-.793									
10	.528										
11		-.572									
12		-.681									
13							.696				
14				.556							
15			.601								
16		-.714									
17									.376		
18	.358										
19		-.701									
20											.491
21										.514	
22				.623							
23			.588								
24	.485										
25		-.752									
26											.477
27	.439										
28						-.633					
29							.460				
30			.332							-.338	
31		-.537									.319
32		-.833									
33	.339									.408	
34			.614							.312	
35											
36							.447				
37											.584
38						-.697					
39				.625							
40											
41	.375	-.306									
42											.559
43							.725				
44										.563	
45		-.729									
46						-.549					
47						.378					
48				.444							
49		-.714									
50											.481
51										.395	
52							.408				
53											
54			.386								
55		-.691									
56											
57			.650								
58				.642							

Ítems	Factores										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
59		-.738									
60										.490	
61						-.337		-.328			
62		-.670									
63							.359		.364		
64		-.348									
65									.300		
66	.356										
67								-.377			
68											
69											.327
70									.421		
71											.360
72					.944						
73			.572								
74											
75											
76			.358						.324		
77									.394		
78											
79									.568		
80											.403
81					.935						
82								-.371			
83									.470		
84	.335										
85									.490		
86								-.306			
87			.358								
88								-.520			
89											.449
90								-.510			
91											.480
Varianza explicada	16.06	6.06	5.2	2.86	2.35	2.20	2.01	1.77	1.72	1.54	1.45

CAPÍTULO 9

BIBLIOGRAFÍA

- Ackard, D. y Peterson, C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187-194.
- Acosta, M. y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y Méjico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Aimé, A., Sabourin, S. y Ratté, C. (2006). The eating disturbed spectrum in relating with coping and interpersonal functioning. *Eating and Weight disorders*, 11, 66-72.
- Alsaker, F. D. (1992). Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 12, 396-419.
- Alvarez, N. (2001). *Yo vencí la anorexia*. (Ediciones Temas de hoy ed.). Madrid.
- Anderluh, M. B., Tchnaturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247.
- Andreo Merino, A., García Alfaya, S., Prats Mañas, O., Alcaraz Díaz, R. M., Alomar Morillo, O., Guiu Hernández, R., et al. (2001). S'alimenten bé els adults del demà? *Àgora d'Infermeria*, 5(1), 120-123.
- Ansón, R. (2004). Todo sobre Ferràn Adrià, el mejor cocinero del mundo. *Ronda magazine Iberia*, Marzo, 32-41.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Revised edition)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Apostolides, M. (1999). *Vencer la anorexia y la bulimia*. Barcelona.: Ediciones Urano.
- Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C. y Serra-Majem, L. (2004). Nutrición infantil y juvenil: guía nutricional y recomendaciones aplicadas. En *Nutrición infantil y juvenil: Estudio Enkid*. (Vol. 5, pp. 103-126). Barcelona: Masson.
- Aro, H. y Taipale, V. (1987). The impact of timing on puberty on psychosomatic symptoms among fourteen to sixteen-year-old Finnish girls. *Child development*, 58, 261-268.
- Baile, J., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire: efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 439-450.

- Ball, K. y Lee, C. (2002). Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Ballester, R. y Guirado, M. C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15(4), 556-562.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Bennet, K. y Stevens, R. (1997). The internal structure of the eating disorder inventory. *Health care for women international*, 18, 495-504.
- Bornstein, R. F. (2001). A meta-analysis of the dependency-eating-disorders relationship: strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151-162.
- Borzekowski, D., y Bayer, A. (2005). Body image and media use among adolescents. *Adolescent medicine clinics.*, 16, 289-313.
- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. In *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Bulik, C., Sullivan, P., Wade, T. y Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.
- Bulik, C., Devlin, B., y Bacanu, S. A. (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *American Journal of Human Genetics*, 72, 200-207.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S., Aggen, S. y Sullivan, P. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry.*, 160(2), 366-368.
- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, O. y Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Buttris, J. (2002). Nutrition, health and schoolchildren. *British Nutrition Foundation*, 27, 275-316.
- Calvo Viñuela, I., Aroca Palencia, J., Armero Fuster, M., Díaz Gómez, J., y Rico Hernández, M. A. (2002). Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, XVII(4), 219-222.
- Carrascosa, A., Yeste, D., Copil, A. y Gussinyé, M. (2004). Aceleración secular del crecimiento. Valores de peso, talla e índice de masa corporal en niños, adolescentes y adultos jóvenes de la población de Barcelona. *www.doyma.es, artículo 64.655*.

- Cash, T., y Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cassin, S. y Von Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Castells, M., Capdevila, C., Girbau, T. y Rodríguez, C. (2006). Estudio del comportamiento alimentario en escolares de 11 a 13 años de Barcelona. *Nutrición hospitalaria*, 21(4), 517-532.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392-398.
- Cattell, R., Cattell, M. y Johns, E. (1984). *Manual and norms for the High school personality Questionnaire*. Champaign, Illinois.: Institute for Personality and Ability Testing, Inc. Adaptación española de TEA ediciones, S.A. Madrid, 2001.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., Irala-Estévez, J. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident Eating Disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.
- Christie, D. y Viner, R. (2005). ABC of adolescence. Adolescence development. *BMJ*, 330, 301-304.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Cloninger, R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, R., Svrakic, D. y Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, R., Przybeck, T., Svrakic, D. y Wetzel, R. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. In. St. Louis, Center for Psychobiology of Personality.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. (2001). *Projecte de la vocalia d'alimentació: Anàlisi descriptiva d'elements del comportament alimentari en la població d'11 a 13 anys de la província de Barcelona*. Barcelona: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.
- Collier, D. y Treasure, J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 363-365.
- Contreras, J. (1999). Cambios sociales y cambios en los comportamientos alimentarios en la España de la segunda mitad del siglo XX. *Anuario de Psicología*, 30(2), 25-42.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.

- Cooper, Z., Cooper, P. y Fairburn, C. (1989). The Validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cotrufo, P., Barretta, V., Monteleone, P. y Maj, M. (1998). Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 112-115.
- Christakis, N. y Fowler, J. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine.*, 357(4), 370-379.
- Cusumano, D. y Thomson, K. (2000). Media influence and body image in 8-11 year old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37-44.
- De la Torre Cecilia, C., Espino Aguilar, R., Perea Membibre, D., Dueñas Herrero, R. M. y Romanos Lezcano, A. (1995). Hábitos dietéticos en niños del área norte de Córdoba. *Revista española de Pediatría*, 51(4), 344-352.
- Devlin, B., Bacanu, S. A., Klump, K., Bulik, C., Fichter, M. y Halmi, K. (2002). Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Human molecular genetics*, 15, 689-696.
- Díaz -Marsà, M. (1998). *Actividad MAO plaquetaria y personalidad en los trastornos de alimentación.*, Universidad de Alcalá. Madrid.
- Díaz, E. (2007). Espectadores del machismo en casa. *La Vanguardia*, 33-34.
- Donaldson, D., Spirito, A. y Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Human Development*, 31, 99-111.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1999). *Salut jove*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
- Ebata, A. T. y Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Psychology.*, 17, 33-54.
- Eberenz, K. y Gleaves, D. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure og the Eating Disorder Inventory-2 in a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 371-379.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University Press.
- Fairburn, C. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. y Welch, S. (1999). Risk factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Fairburn, C. y Cooper, Z. (2001). Eating Disorder Examination 14th edition. Personal contact.
- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.

- Fairburn, C. (2005). Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S26-S30.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. y Davies, B. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry.*, 162(12), 2249-2255.
- Fassino, S., Abbate, G., Pierò, A., Leombruni, P. y Giacomo, G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 757-764.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F. y Abbate, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating Weight Disorders*, 9, 81-90.
- Feighner, JP., Robins, R., Guze, SB., Woodruff, RA., Winokur, G. y Munoz, R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D. et al. (2004). Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación. *Interpsiquis*.
- Field, A., Camargo, C., Taylor, B., Berkey, C. y Colditz, G. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 1184-1189.
- Field, A., Camargo, C., Barr, C., Berkey, C., Roberts, S. y Colditz, G. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60.
- Freire, E. (2003). *Cuando comer es un infierno. Confesiones de una bulímica*. España: Santillana ediciones.
- Forns, M., Amador, J. A., Kirchner, T., Martorell, B., Zanini, D. y Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646-653.
- Forns, M., Amador, J. A., Kirchner, T., Gómez, J. y Muro, P. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Moos coping response inventory for youth. *Psychological Reports*, 97, 777-789.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy Resources*, 14, 449-468.
- Fryer, S., Waller, G. y Stenfert, B. (1997). Stress, coping and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. y Muñoz, E. (2004). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos de mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Póster presentado en el V Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

- Gandarillas, A., Febrel, C., Galán, I., León, C., Zorrilla, B. y Bueno, R. (2004). Population at risk for eating disorders in a Spanish region. *Eating Weight Disorders*, 9, 179-185.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V. y Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 51-55.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C. y Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 116-120.
- Garner, D., Olmstead, M., Bohr, Y. y Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D., Olmstead, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Garner, D. y Olmstead, M. (1984). *The Eating Disorder Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. (1990) *The Eating Disorders Inventory-2 Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources. (1998) TEA Ediciones.
- Gardner, R., Stark, K., Friedman, B. y Jackson, N. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.
- Garfinkel, P. y Kaplan, A. (1996). Psicopatología y trastornos de alimentación. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*.
- Gavino, A. y López, A. (1999). Los comportamientos alimentarios en las etapas de la vida. *Anuario de Psicología*, 30(2), 7-23.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorders. *Eating Behaviors*, 3, 387-396.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J. y Salamero, M. (2004). Subjective Body Image dimensions in normal female population: evolution through adolescence and early adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 1-10.
- Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: the prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 102-109.
- Goñi Murilloa, C., Vilches, C., Ancizu Irrue, E., Arillo Crespo, A., Lorenzo Repáraz, V., Áriz Vidondo, M., et al. (1999). Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. *Atención Primaria*, Enero (23)(1), 32-37.
- Graber, J., Lewinsohn, P., Seeley, J. y Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Child and adolescent psychiatry*, 36(12), 1768-1776.

- Grilo, C., Sanislow, C., Skodol, A., Gunderson, J., Stout, R., Shea, M., et al. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.
- Grilo, C. (2006). *Eating and weight disorders*. New York: Psychology Press.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J. y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273.
- Guelar, D. y Crispo, R. (2000). *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Guerro-Prado, D., Barjau-Romero, J. y Chinchilla Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Guerro-Prado, D. y Barjau-Romero, J. (2002). Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 119(17), 666-670.
- Guirado, M. C. y Ballester, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Gull, W.W. (1874). Anorexia nervosa. *Transaction of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1995). *Multivariate data analysis. Fourth edition*. Englewood Cliffs.: New Jersey.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L., Crow, S., Fichter, M., Kaplan, A., et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371-374.
- Hermes, S. y Keel, P. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 465-467.
- Holland, J. (1973). *Making vocational choices: A theory of careers*. Englewood Cliffs, New York.: Prentice-Hall.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four-factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jiménez Lorente, C. P., Rodríguez Cabrero, M., Ibáñez Fernández, A. y Odriozola Aranzábal, G. (2000). Estudio nutricional completo en escolares. Opiniones y actitudes. *Atención Primaria*, 25(2), 61-73.

- Jones, J., Bennett, S., Olmstead, M., Lawson, M. y Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association or its*.
- Kerruish, K., O'Connor, J., Humphries, I., Kohn, M., Clarke, S., Briody, J., et al. (2002). Body composition in adolescents with anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(1), 31-37.
- Kirchner, T., Forns, M. y Amador, J. A. (2006). Sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (Barcelona)*, 33(2), 63-67.
- Kirchner, T., Forns, M. y Mohino, S. (2007). Psychological adjustment in a Forensic sample: relationship with approach-and avoidance-coping typologies. *Journal of Forensic Science*, 52(3), 712-716.
- Kraemer, H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. y Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Larsson, J. y Hellzen, M. (2004). Patterns of personality disorders in women with chronic eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 9, 200-205.
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd, Publishers.
- Lasegue, C. (1873). Der l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 21, 385-403.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, S., Lee, A., Leung, T. y Yu, H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in a nonclinical chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 21(2), 187-194.
- Lindberg, L. y Hjern, A. (2003). Risk factor for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408.
- Lilendfeld, L., Wonderlich, S., Riso, L., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C. y Soares, I. (2001). The Portuguese version of the eating disorders inventory: evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 93, 43-52.
- Marcó, M., De Gracia, M., Trujano, P., Turro, O. y Olmo, P. (2004). Imagen corporal, autoestima y actitudes alimentarias en preadolescentes. *Interpsiquis*.
- Marco, M., Méndez, M. y Marco, R. (1999). Evolución secular de la talla en España. *Pediatrika*, 19, 337-344.
- Martínez-Martínez, A., Menéndez-Martínez, D., Sánchez-Trapiello, M. J., Seoane Vicente, M. y Suárez Gil, P. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de una área sanitaria. *Atención Primaria*, 25(5), 313-319.

- Mataix, J., y Carazo, E. (1995). *Nutrición para educadores*. Madrid: Díaz de Santos.
- Matsunaga, H., Kaye, W., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- McCabe, M., y Ricciardelli, L. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 653-668.
- McCabe, M., Ricciardelli, L. y Finemore, J. (2002). The role of puberty, media and popularity with pees on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(145-153).
- McKnight, I. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- Merino, H., Pombo, M. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Moos, R. (1992). *Coping Responses Inventory-Adolescent form*. Professional manual. Odessa, Florida.: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory-Adult form*. Professional manual. Odessa, Florida.: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Moos, R. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(1), 1-13.
- Morandé y Rodríguez Cantó (1991). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En Moreno, S. y Villar, S. (2001), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp. 261-289). Madrid: Pirámide.
- Moreno, L., Sarría, A., Lázaro, A. y Bueno, M. (2000). Dietary fat intake and body mass index in Spanish children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(Suppl), 1399s-1403s.
- Moreno, L., Kersting, M., Henauw, S., González-Gross, M., Sichert-Hellert, W., Matthys, C., et al. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 29, 566-577.
- Morgan, J., Reid, F. y Lacey, J. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Electronic British Medicine Journal (bmj.com)*. 319, 1467-1468.
- Muñoz, M. J. y Turón, V. (2002). Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1(2), 33-41.

- Murcia, F., Motos, A. y Del Aguila, E. (2001). Personalidad y Trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1(1), 2-8.
- Muro, P. (2001). *Evaluación de los hábitos alimentarios en niños de 11 y 12 años de la ciudad de Barcelona*. (Diploma de Estudios Avanzados). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Muro, P. y Amador, J.A. (2002). Cuestionario de hábitos alimentarios. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Muro, P., Amador, J. A. y Però, M. (2006). Factor structure of Eating Disorders-2 in a Spanish sample. *Eating and Weight disorders*, 11(2), e42-e52.
- Muro, P. y Amador, J. A. (2007). Eating disorders in Spanish adolescents. *Eating and Weight disorders*, 12(1), e1-e6.
- Muro, P., Amador, J. A. y Morgan, J. (2007). The SCOFF-c: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, in press.
- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Toshika, I. y Oshima, J. (2000). Coping strategy in Japanese Patients with eating disorders: relationship with bulimic and impulsive behaviors. *The Journal of Nervous and mental disease*, 188(5), 280-286.
- Nicholls, D., Chater, R. y Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for Eating Disorders in Childhood and Early Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Niv, N., Kaplan, Z., Mitrani, E. y Shiang, J. (1998). Validity study of the EDI-2 in Israel population. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35(4), 287-292.
- Nomdedeu, C., García, A., Migallón, P., Pérez, A., Ruiz, C. y Vázquez, C. (2001). *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. (pp.15-24).
- Ortega, R. M., Requejo, A. M., López-Sobaler, A. M., Navia, B., Perea, J. M., Mena, M. C., et al. (2000). Conocimiento respecto a las características de una dieta equilibrada y su relación con los hábitos alimentarios de un colectivo de jóvenes universitarios. *Nutrición clínica*, XX/195(5), 19-25.
- Oyvind, M., Martinsen, E., Hoffart, A., Sexton, H. y Rosenvinge, J. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: a two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106-111.
- Patton, G., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. y Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medicine Journal*, 318, 765-798.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 481-486.

- Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A., Luck, A., et al. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 466-472.
- Pinyerd, B. y Zipf, W. (2005). Puberty-timing is everything. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(2), 75-82.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez, D., y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Anorexia y Bulimia. AETCA.*, enero, 4-6.
- Rathner, G., y Rumpold, G. (1994). Convergent validity of the Eating Disorder Inventory and the Anorexia nervosa inventory for self-rating in an Austrian nonclinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 381-393.
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Truglia, E., Zucchi, T., Mannucci, E., Rotella, C., et al. (2004). The Eating Disorder Examination as a retrospective interview. *Eating Weight Disorders*, 9, 228-231.
- Rice (1999)
- Río, C., Borda, M., Torres, I. y Lozano, F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1(2), 1-10.
- Rodríguez, A., Martínez, J. M., Ruiz, M. A., Novalbos, J., Díaz, M. C., Chocrón, Y., et al. (1999). Unhealthy eating behaviour in adolescents. *European Journal of Epidemiology*, 15, 643-648.
- Rodríguez, A., Novalbos, J., Martínez, J. M., Ruiz, M., Fernández, J. y Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 28, 338-345.
- Rodríguez-Tomé, H. (2003). Pubertad y psicología de la adolescencia. En Perinat, A. (eds.) *Los adolescentes en el siglo XXI: un enfoque psicosocial*. Barcelona: UOC.
- Rogers, R. y Petrie, T. (1996). Personality correlates of anorexic symptomatology in female undergraduates. *Journal of Counseling and Development*, 75, 138-144.
- Rogers, R. y Petrie, T. (2001). Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology. *Journal of Counseling and Development*, 79, 178-187.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Rosen, J., Vara, L., Wendt, S. y Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 519-528.
- Roy Pablo, R., López Hernández, M., Galán Cuenda, S. y Del Castillo Cabrera, A. (2004). Estudio del riesgo de trastorno del comportamiento alimentario de la población

adolescente escolarizada de seis zonas básicas de salud de Gran Canaria. *Interpsiquis*.

Ruble, D. N. y Brooks-Gunn, J. (1982). The experience of menarche. *Child development*, 53, 1557-1566.

Rueda Jaimes, G. E., Díaz Martínez, L. A., Ortiz Barajas, D. P., Pinzón Plata, C., Rodríguez Martínez, J. y Cadena Afanador, L. P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(2), 89-94.

Ruiz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., et al. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*, 3, 148-162.

Ruiz Lázaro, P. (2005). Actualización en la epidemiología de los trastornos alimentarios. *Interpsiquis*.

Saldaña, C. (1994). *Trastorno del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Sámano, R., Flores-Quijano, M. E. y Casanueva, E. (2005). Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 6(2).

Sánchez y Gamella (2004)

Schaefer, W., Maclennan, R., Yaholnistky-Smith, A. y Stover, D. (1998). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Inventory (EDI) in a clinical group. *Psychology and Health*, 13, 873-881.

Schaeffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Méjico: Internacional Thomson.

Schoemaker, C., Van Strien, T. y Van der Staak, C. (1994). Validation of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical population using transformed and untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 387-393.

Shuerger, J. M. (2003). *16 PF. Cuestionario de personalidad para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.

Sepúlveda, A., Botella, J. y León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.

Serra-Majem, L. (2001). Vitamin and mineral intakes in European children. Is food fortification needed?. *Public Health Nutrition*, 4(1A), 101-107.

- Serra-Majem, L., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C. y Saavedra Santana, P. (2001). Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En L. Serra-Majem y J. Aranceta Bartrina (Eds.), *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. (Vol. 2, pp. 81-108). Barcelona: Masson.
- Serra-Majem, L., Ribas Barba, L., Pérez Rodrigo, C., Roman Viñas, B. y Aranceta Bartrina, J. (2003). Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121(4), 126-131.
- Serra-Majem, L., Ribas Barba, L., Raidó, B., Pérez Rodrigo, C. y Aranceta Bartrina, J. (2004). Variables asociadas a la adecuación nutricional en la población infantil y juvenil española. En *Nutrición infantil y juvenil. Estudio Enkid*. Barcelona: Masson.
- Shore, R. y Porter, J. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 201-207.
- Shuerger, J. M. (2003). *16 PF. Cuestionario de personalidad para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sibel, A., Barris, J., Quiles, I., Bassas, N. y Tomàs, J. (1999). Cuestionario de hábitos alimentarios y de actividades familiares. En J. Tomás (Ed.), *Trastorno por abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Valor educativo del juego y del deporte* (pp. 66-74).
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O. y Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating Weight Disorders*, 10, 16-82.
- Siegel (1982)**
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The British journal of clinical Psychology*, 21(3), 167-179.
- Smolak, L. y Levine, M. (1994). Psychometric properties of the Children's Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 275-282.
- Smolak, L. y Levine, M. (1996). Adolescent transitions and eating problems. In L. Smolak, M. Levine & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smolak, L. y Levine, M. (2001). Body image in children. In J. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here?. *Body Image*, 1, 15-28.
- Sopena, J. y Romero, E. (2004). Redes neuronales y métodos lineales en el diagnóstico médico: la importancia de las variables irrelevantes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 122(9), 336-338.

- Spillane, N., Boerner, L., Anderson, K. y Smith, G. (2004). Comparability of the Eating Disorder Inventory-2 between women and men. *Assessment*, 11(1), 85-93.
- Steiner, H., Erickson, S., Hernandez, N. y Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326-335.
- Steiner, H., Kwan, W., Graham, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, S., et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (Supp. 1), 38-46.
- Striegel-Moore, R. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals New York Academy of Sciences*, 98-109.
- Suárez González, F. (2003). Hábitos alimentarios en población adolescente femenina. *Psiquiatría y Biología*, 10(2), 63-72.
- Sutandar-Pinnock, K., Blake, D., Carter, J., Olmstead, M. y Kaplan, A. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24 month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229.
- Stunkard, A. J. y Messik, S. (1990). The three factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Tanner, J. M. (1990). *Foetus into man: physical growth from conception to maturity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Thome, J., y Espelage, D. (2004). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5, 337-351.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Artigas, M. (2000). *El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Gila, A., Castro, J., Pombo, C. y Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating Weight Disorders*, 10(91-97).
- Troop, N., Holbrey, A. y Treasure, J. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Valdés, M. y Arroyo, M. C. (2004). Las creencias irracionales y la autoestima como estrategias de afrontamiento en anoréxicas y bulímicas. *Psiquiatría.com*.
- Valkenburg, P. M. y Cantor, J. (2001). The development of a child into a consumer. *Applied Developmental psychology*, 22, 61-72.

- Van der Bree, M., Przybeck, T. y Cloninger, R. (2006). Diet and personality: associations in a population-based sample. *Appetite*, 46, 177-188.
- Van Strien, T. y Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 66-84.
- Vázquez, C. y Nomdedeu, C. (1998). *Alimentación y nutrición. Manual teórico práctico*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Vervaet, M., Van Heeringen, C. y Audenaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus binge and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 37-43.
- Wagner, A., Barbarich, N., Frank, G., Bailer, U., Wonderlich, S., Crosby, R., et al. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 276-284.
- Wardle, J. y Watters, R. (2004). Sociocultural Influences on Attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 589-596.
- Wear, R. y Pratz, O. (1987). Test-retest reliability for the eating disorder inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 6(6), 767-769.
- Weinshenker, N. (2002). Adolescence and body image. *School Nurse News*, 19, 12-16.
- Welch, G., Hall, A. y Walkey, F. (1988). The factor structure of the eating disorders inventory. *Journal of clinical Psychology*, 44(1), 51-56.
- Wheeler, M. D. (1991). Physical changes of puberty. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 20, 1-14.
- WHO (2005). Nutrition in adolescence- Issues and challenges for the health sector. In *WHO discussion papers on adolescence*. Geneva. Switzerland: WHO Press.
- Wolf, G., Crosby, R., Roberts, J., y Wittrock, D. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive behaviors*, 25(2), 205-216.
- Wonderlich, S. y Mitchell, J. (2001). The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *The Psychiatric clinics of North America*, 24(2), 249-258.
- Wonderlich, S., Lilendfeld, L., Riso, L., Engel, S., y Mitchell, J. (2005). Personality and Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S68-S71.
- Yannakoulia, M., Matalas, A., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M., y Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating Weight Disorders*, 9, 123-133.
- Zanini, D. (2003). *Coping: influencia de la personalidad y repercusiones en la salud mental de los adolescentes*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona.