

¹ David Sancho Cantus
² Salvador Alberola Juan

Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria

¹ Doctor en Enfermería. Profesor acreditado de la Facultad de Enfermería de la UCV San Vicente Mártir. Valencia.

Dirección de contacto: david.sancho@ucv.es

² Alumno del Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería de la UCV San Vicente Mártir. Valencia.

Resumen

Objetivo: en el presente artículo se mostrará la incidencia de casos en adolescentes que puedan sufrir un trastorno de la conducta alimentaria mediante la realización de un programa para contribuir a la prevención de su aparición.

Método: el programa se realiza en uno de los colegios de la Comunidad Valenciana, trabajando de manera activa con alumnos de 12 a 14 años, proporcionándoles estrategias para modificar comportamientos inadaptados. El programa se ha desarrollado en diversas sesiones tratando la imagen corporal, la autoestima, la repercusión negativa de la publicidad, los problemas que conlleva una incorrecta alimentación y el ejercicio físico.

Resultados: tras la evaluación realizada a cada alumno mediante los instrumentos utilizados se obtuvieron unos resultados donde se descubrió que existía una gran influencia sobre el modelo estético corporal, la apariencia y la conducta alimentaria.

Conclusiones: se puede afirmar que sería necesario insertar programas para fomentar la salud y bienestar de los adolescentes escolares.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; prevención; programa; adolescentes.

Abstract

A program to prevent and detect events in eating disorders (ET) in adolescents in secondary education

Purpose: the case incidence in adolescents having an eating disorder is assessed by means of a program aimed at contributing to prevent such disorders.

Methods: the program is implemented in a school in the autonomous region Valencian Community, through an active process in 12-14-years-old teenagers, with strategies being provided to modify maladjusted behaviors. The program was implemented through several sessions in which body image, self-esteem, negative impact of advertising, problems caused by a wrong diet, and physical exercise were discussed.

Results: an assessment using the provided tools was performed by each student. Results showed a substantial impact on cosmetic body models, appearance, and eating behavior.

Conclusions: programs to promote health and wellbeing among school teenagers are needed.

Key words: eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; prevention; program; adolescents.

Introducción

En la sociedad actual existe una excesiva preocupación por la apariencia física. La televisión, las revistas, los anuncios, los periódicos muestran diariamente cuerpos perfectos, donde los actores, modelos y presentadores se han convertido en un gran referente social, junto con las dietas y los productos milagrosos para adelgazar (1).

Estamos inmersos en una sociedad donde la delgadez se relaciona con la belleza, el éxito, la seguridad y ser aceptado. Esta preocupación por la apariencia física incrementa los problemas con la insatisfacción de la imagen corporal, y con ello los trastornos alimentarios (3).

La alimentación es una práctica primordial en el mantenimiento de la vida, condicionando la salud de la persona y su calidad de vida. En la etapa de la adolescencia, la alimentación es un tema relevante que debe tratar la disciplina de la enfermería escolar, debido al efecto que puede causar un rechazo en la alimentación, mediante la implantación de programas de prevención y promoción en la salud (4).

La alimentación entre los adolescentes ha sufrido cambios en los últimos tiempos, con una mayor preferencia hacia lo no saludable, incrementándose el consumo de comidas rápidas, gaseosas y azúcares y disminuyendo el consumo de verduras, frutas, leche y leguminosas. Como consecuencias de estos malos hábitos se desarrollan trastornos como la anorexia, la bulimia y la obesidad. Estos trastornos pueden llevar a la aparición de otras enfermedades crónicas, como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, osteoporosis y artritis, entre otras (4).

Los trastornos de conducta alimentaria han adquirido una gran relevancia sociosanitaria en las últimas décadas por su complejidad, gravedad y dificultad para poder establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones. Se trata de una patología de etiología multifactorial donde intervienen factores biológicos, familiares, factores genéticos y socioculturales que principalmente afectan a niños/as, adolescentes y jóvenes (5).

Todo lo mencionado anteriormente pone en evidencia la necesidad de fomentar programas de prevención e intervención para la aparición de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), generando programas de prevención primaria que ayuden a la reducción de la vulnerabilidad de la población ante los factores de riesgo que pueden llevar a este tipo de trastornos. De esta manera, se conseguirá reducir la incidencia de los TCA, disminuyendo su tasa de aparición e intentando detectar lo más precozmente este tipo de trastornos para conseguir un mayor éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento.

Revisión crítica del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos mentales que se caracterizan por una alteración de la conducta ante la ingesta alimentaria y un excesivo control por el peso (5).

Se trata de trastornos graves que afectan más a mujeres que a hombres y su aparición es más común en la adolescencia, en la etapa preadultez, y más frecuentes en sociedades desarrolladas donde la cultura que predomina enfatiza la delgadez, siendo una de las patologías psiquiátricas más preocupantes en la adolescencia por su alta incidencia y su alto índice de mortalidad (6,7).

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad basada en una distorsión de la imagen corporal, la persona se percibe a sí misma como obesa o con mayor peso del que en realidad tiene (8). Según Fairburn y Garner (7), la persona presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extrema de comida, pero también usan el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso.

Según Toro (9), la anorexia nerviosa es un trastorno polisintomático, donde al experimentar una pérdida de peso excesiva la persona sufre hipotermia y bradicardia; todo esto se produce porque su cuerpo se está defendiendo de la reducción de calorías procurando gastar menos.

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por el consumo desmesurado de grandes cantidades de comida en un periodo limitado de tiempo. Esta manera de comer no siempre está provocada por el apetito que tiene la persona por haber reducido la dieta, muchas veces tiene un comer emocional por problemas existenciales y emocionales, refugiándose de esta manera en la comida (1).

Estos atracones van seguidos de conductas para evitar aumentar de peso, estas conductas son: los vómitos provocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno y ejercicio físico desmesurado. A diferencia de la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa el peso no suele variar (6).

Los episodios bulímicos son descubiertos debido a las complicaciones médicas, como las lesiones dentales, un cuadro de intoxicación por el uso de vomitivos o anomalías en el ritmo cardíaco, sangrado esofágico, dolor abdominal, trastornos en los electrolitos corporales (el potasio), diarrea y deshidratación, entre otros (6).

Según Chabrol (11), a diferencia de la anorexia nerviosa, los signos físicos de la bulimia son escasos. Las fluctuaciones habituales del peso suelen ser en muchas ocasiones el único signo clínico evidente. El peso en la bulimia suele encontrarse en los límites normales, o ser inferior o superior (12).

Epidemiología

Según Turón (13), en las últimas décadas se ha multiplicado por cinco los casos de trastornos de la conducta alimentaria, según algunos estudios realizados la prevalencia entre adolescentes con anorexia nerviosa aumentan en un 0,5-1%. Este trastorno afecta en mayor número a mujeres que a hombres (9,5:0,5), según el DSM-5 (14) entre las mujeres existe una edad media de inicio del trastorno de 17 años, aunque existen estados subclínico en edades tempranas.

La prevalencia de bulimia nerviosa en la población es del 1-3%, igual que ocurre en la AN hay mayor número de mujeres afectadas. La edad de aparición de este trastorno suele ser más tardía que en la AN, entre los 18 y 25 años.

En algunos estudios españoles recopilados por Toro (9) se concluye que los adolescentes españoles se ven sometidos a una presión por adelgazar. En estos trabajos se utilizó el cuestionario EAT entre adolescentes de 12 a 19 años, donde se muestra que el 9,8% sufre de un trastorno alimentario (TA). Según Garfinkel y Garner (15), también se ha demostrado que hay poblaciones que son más susceptibles de padecer un TA que otros, en concreto aquellos países en desarrollo, pero según se ha observado cada vez existen más casos en las clases más desfavorecidas. No solo se basa en las clases socioeconómicas, sino que también existe una influencia en las profesiones, como afirma Toro y Villardell (16), por ejemplo, las gimnastas, modelos, actrices, etc., es decir, personas que tienen que mantener su cuerpo dentro de los cánones establecidos.

Comorbilidad

La comorbilidad de esta clase de trastornos es bastante alta. Según Braun, la depresión mayor es el trastorno más frecuente, debido a que aparece en un 40% de los casos, y como afirmó Halmi, la distimia la sigue con un 32%.

Como alegan Bullick, Sullivan, Fear y Pickering (17), la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes con anorexia nerviosa es del 60%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente con un 36%, seguido del trastorno de pánico con un 20% y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con un 16%. También se han observado síntomas característicos del TOC, como puede ser la preocupación obsesiva con la comida, y los hábitos de coleccionar recetas o almacenar alimentos. Por otra parte, la presencia de al menos un trastorno de personalidad en la anorexia nerviosa se presenta del 23% al 80%. Los trastornos de personalidad por evitación, dependencia y trastorno obsesivo compulsivo son los más frecuentes con un 30%.

Según Perpiña (18), en la bulimia nerviosa es habitual la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos. Otros síntomas del eje I se refieren a las conductas adictivas y al control de impulsos. En lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del eje II, los trastornos del cluster B: (histriónico, límite, narcisista y antisocial) son los más frecuentes en la bulimia nerviosa, con una prevalencia del 25%.

Factores determinantes del desarrollo de los trastornos alimentarios

La mejor forma de entender la complejidad de los TA es optar por un análisis multidimensional, considerando como determinantes los factores predisponentes, precipitantes y los perpetuantes.

Este enfoque se basa en la poca viabilidad que tiene el hablar de la causa en sí, hay que analizar las distintas circunstancias que se unen para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (19).

Cuando se habla de los factores predisponentes, se hace referencia a los factores individuales, familiares y culturales. En cuanto a los factores precipitantes son aquellos que inician el trastorno, relacionados con la derrota del individuo en adaptarse a ciertas circunstancias en momentos determinados como es el caso de antecedentes de sobrepeso, cambios físicos en la pubertad, las críticas por el aspecto o cambios bruscos en la vida.

El comienzo de un TCA coincide habitualmente con la experiencia real o subjetiva de algún fracaso personal. Este puede ocurrir en el rendimiento académico, los estudios de danza, en la práctica de deporte y en las relaciones personales, etc. (19).

Haciendo referencia a los factores de mantenimiento, se dice que son factores perpetuantes debido a las secuelas físicas y psicológicas de la limitación alimentaria.

Estos son los factores que conservan o alargan la evolución del trastorno una vez se ha desencadenado.

Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria son de gran relevancia en el campo sociosanitario por su gran complejidad, gravedad, dificultad, tratamiento y repercusión social.

Por todo esto, los trastornos de conducta alimentaria se han convertido en objetivo de estudio y preocupación de la Salud Pública, introduciendo programas preventivos para promover conductas de alimentación saludables en niños y adolescentes. La necesidad de destinar programas para contribuir en la prevención de los TCA en los adolescentes es apoyada por los estudios donde se observa el incremento de prevalencia que existe (1).

Prevención primaria

Es el primer de los tres niveles de prevención, en este nivel se intenta acercar a la población para conseguir un primer contacto, tiene como finalidad reducir o eliminar todos aquellos factores que contribuyen o causan la aparición del trastorno (23).

Según Turón (24), un programa de prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria debería plantear los siguientes aspectos: información, modificación de conductas precursoras de la enfermedad, identificación de los grupos de riesgo, acción sobre los estereotipos culturales y educación escolar.

Prevención secundaria

Este nivel de prevención está encaminado al diagnóstico precoz de la enfermedad en personas que aparentemente se encuentran sanas, pero que cumplen determinados requisitos para cierta enfermedad (25).

Prevención terciaria

Es el último nivel de prevención, en el cual su finalidad es restablecer la salud de la persona una vez haya aparecido la enfermedad (26).

Objetivos

Facilitar a los alumnos de ambos sexos y de edades comprendidas entre 12 y 14 años (1º ESO y 2º ESO) unos conocimientos sobre los TCA, sus tipos y características, dotándoles de pautas para prevenir su aparición y detectar la presencia de la misma. Todo ello evaluando las actitudes de los alumnos de secundaria, entrecruzando las variables de sexo y edad sobre las creencias de su apariencia física y la influencia de los factores socioculturales a los que están sometidos mediante instrumentos de evaluación.

Tipo de estudio

Por una parte el tipo de estudio que se realiza es un diseño descriptivo, observacional y transversal, se basa en situaciones que ocurren en condiciones naturales para conocer las características de los individuos, describiendo todas sus dimensiones,

describiendo el objetivo a estudiar, cómo identificar casos y examinando a la población según las variables del estudio en un momento determinado.

Muestra

La muestra a estudio está compuesta por 100 alumnos con edades susceptibles de padecer un trastorno de conducta alimentaria debido a su vulnerabilidad, pertenecientes a un centro educativo de la Comunidad Valenciana en el ciclo de educación secundaria obligatoria (ESO), con una población diana comprendida entre 1º y 2º ESO.

Se excluirán a todos los alumnos de educación primaria debido a que en su edad no está indicada la prevención en los trastornos de conducta alimentaria, ya que según su nivel de entendimiento y su desarrollo psicosocial no dan tanta importancia a su aspecto físico como los adolescentes.

VARIABLES A ESTUDIO

Las variables de estudio se encuentran recogidas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Variables de estudio

VARIABLE	ESTUDIO	TIPO DE VARIABLE
Sexo	Chicos y chicas	Cualitativa dicotómica
Edad	1º y 2º ESO	Cualitativa dicotómica
Imagen corporal	Sexo y edad	Cualitativa politómica
Autoestima	Sexo y edad	Cualitativa politómica
Conducta alimentaria	Sexo y edad	Cualitativa politómica

PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA

Para la implantación del programa se realizaron diversas sesiones donde se habló de temas que pueden producir susceptibilidad a la hora de desarrollar uno de los trastornos alimentarios conocidos (temas como la autoestima, la publicidad, la autoimagen, la alimentación y unos hábitos de vida saludable), sin informar de que este taller va dirigido a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria para no sesgar las respuestas de los cuestionarios.

Instrumentos

Inventario de Esquemas acerca de la Apariencia (ASI, Cash y Labarge, 1996)

El ASI (*Appearance Schemas Inventory*) es un instrumento que evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal. Consta de 14 afirmaciones que se puntúan de 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). A mayor puntuación, mayor valoración del aspecto físico. Las puntuaciones del inventario presentan una consistencia interna de .84 y una fiabilidad test-retest de .71 (28).

Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994)

El Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal es un instrumento con dos versiones diferentes, una para mujeres y otra para hombres, que se encarga de evaluar la relación entre el individuo y la cultura.

El CIMEC es un cuestionario que mide el impacto que determinados productos sociales (como puedan ser anuncios, revistas o televisión) tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. Está compuesto por 40 ítems.

Por otra parte, el CIMEC-26 presenta una aceptable consistencia interna tanto en población clínica como en población normal con una sensibilidad del 83,1% y una especificidad de 66,4% establecidos para un valor de corte de 16/17 puntos (29).

EAT- Cuestionario de actitudes ante la alimentación. *Eating Attitudes Test*. Versión española, (Gandarillas A, et al., 2003)

El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. El EAT es una herramienta autoaplicada de 26 ítems (EAT-26). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que va desde nunca a siempre. El rango de puntuación es de 0 a 78. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA. Con el punto de corte de 22 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7%, con un VPP del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8% (5).

Desarrollo del programa Cuadro 2.

Cuadro 2. Sesiones del programa

Sesión 1	La autoestima	Enseñar a mantener una adecuada autoestima
Sesión 2	La autoimagen	Aprender a no sobrevalorar la idea de la imagen corporal destruyendo las cualidades de la persona, facilitarles un conocimiento adecuado sobre la imagen y la influencia en su estado de ánimo
Sesión 3	La publicidad	Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y de su entorno
Sesión 4	La alimentación	Facilitar unos conocimientos adecuados sobre los problemas que conlleva en el organismo una incorrecta alimentación
Sesión 5	Hábitos de vida saludables	Facilitar información adecuada sobre la nutrición saludable
Sesión 6	Las dietas milagro	Descubrir la realidad de las dietas milagro y los problemas que conduce este tipo de dietas
Sesión 7	El ejercicio físico	Dar a conocer los problemas que puede llevar el exceso de ejercicio físico junto a una errónea alimentación

Resultados

Tras la aplicación de los cuestionarios realizados y los alumnos que participan en el programa que se implanta, se puede observar que de los 100 alumnos a estudio, el 52% son chicos (N= 52), y el 48% son chicas (N= 48). Se observa que se cuenta con 55,77% de alumnos chicos de 1º ESO (N= 29) y el 44,23% de 2º ESO (N= 23); y el 56,25% de alumnas chicas de 1º ESO (N= 27) y el 43,75% de 2º ESO (N= 21).

Según los datos obtenidos separando los sexos, las chicas son un total de N= 48, según los resultados obtenidos en el CIMEC tienen un rango de influencia del 33,3% (N= 16); y en los chicos con un total de N= 52 se obtiene unos resultados del 1,92% (N= 1), viendo un valor de influencia mayor en las chicas que en los chicos sin importar la edad (Tabla 1).

Además, esta diferencia alcanzó el nivel de significación estadística ($p= 0$) (Tabla 2).

En cuanto a los valores obtenidos en el cuestionario ASI, las chicas tienen una influencia alta del 6,25% (N= 3), y los chicos tienen una influencia alta del 1,92% (N= 1). Por eso se puede decir que las chicas tienen mayor influencia que los chicos, observando que se alcanzó un nivel de significación estadística ($p= 0,578$) (Tabla 3 y 4).

Tabla 1. Tabla cruzada de las variables genero * influencia CIMEC

		CIMEC		TOTAL
		Influencia	No influencia	
Sexo	Chica	16	32	48
	Chico	1	51	52
Total		17	83	100

Tabla 2. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	17,453 ^a	1	,000	,000	,000
Correlación de la continuidad ^b	15,298	1	,000		
Índice de probabilidad	20,189	1	,000	,000	,000
Prueba exacta Fisher				,000	,000
Nº casos válidos	100				

Tabla 3. Tabla cruzada de las variables genero * influencia ASI

		ASI			TOTAL
		Influencia alta	Influencia baja	Influencia media	
Sexo	Chica	3	23	22	48
	Chico	3	23	22	48
Total		4	48	48	100

Tabla 4. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	MONTE CARLO SIG. (DOBLE CIEGO)		
				Sig.	95% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Pearson Chi-cuadrado	1,259 ^a	2	,533	,670b	,578	,762
Índice de probabilidad	1,304	2	,521	,670b	,578	,762
Prueba exacta Fisher	1,204			,670b	,578	,762
Nº casos válidos	100					

Para finalizar, respecto a las variables del sexo y los cuestionarios realizados, el último es el EAT-26, las chicas obtienen unos valores con un alto riesgo ante la conducta en la alimentación de un 16,66% (N= 8) y los chicos presentan un riesgo alto del 5,76% (N= 3), alcanzando el nivel de significación estadística ($p= 0,112$). De este modo, se puede afirmar que las chicas tienen mayor riesgo que los chicos ante una conducta de riesgo alimentaria, pudiendo guardar una relación entre los diversos cuestionarios utilizados para poder verificar que existe una relación entre la imagen corporal, la apariencia y la conducta alimentaria para desarrollar en un futuro uno de los TCA (Tabla 5 y 6).

Tabla 5. Tabla cruzada de las variables genero * riesgo EAT-26

		AET26		TOTAL
		Alto riesgo	No riesgo	
Sexo	Chica	8	40	48
	Chico	3	49	52
Total		11	89	100

Tabla 6. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	3,028 ^a	1	,082	,112	,077
Correlación de la continuidad ^b	2,017	1	,156		
Índice de probabilidad	3,110	1	,078	,112	,077
Prueba exacta Fisher				,112	,077
Nº casos válidos	100				

A continuación se exponen los resultados obtenidos en cuanto a la edad, pero sin mantener la variable de sexo en cada momento.

Tras la evaluación de los resultados obtenidos en el CIMEC según la edad de los participantes, se puede observar que de 1º ESO tienen una influencia del 14,28% (N= 8) y los alumnos de 2º ESO presentan una influencia del 20,45% (N= 9), en este caso los alumnos de 13 a 14 años tienen mayor influencia en este aspecto (Tabla 7).

Tabla 7. Tabla cruzada de las variables edad * influencia CIMEC

		CIMEC1		TOTAL
		Influencia	No influencia	
Edad	12 a 13	8	48	56
	13 a 14	9	35	44
Total		17	83	100

Además, esta diferencia alcanzó el nivel de significación estadística ($p= 0,435$) (Tabla 8).

En cuanto a la influencia en el cuestionario ASI respecto a los alumnos de 1º ESO, tienen una influencia alta en un 0% ($N= 0$) y los alumnos de 2º ESO, del 9,09% ($N= 4$). Tras los resultados obtenidos se observa que los alumnos de 13 a 14 años presentan mayor influencia que los de 12 a 13 años, obteniendo el valor de significación estadística ($p= 0,02$) (Tabla 9 y 10).

Tabla 8. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	,665 ^a	1	,415	,435	,291
Correlación de la continuidad ^b	,299	1	,584		
Índice de probabilidad	,660	1	,417	,435	,291
Prueba exacta Fisher				,435	,291
Nº casos válidos	100				

Tabla 9. Tabla cruzada de las variables edad * influencia ASI

		ASI			TOTAL
		Influencia alta	Influencia baja	Influencia media	
Edad	12 a 13	0	29	27	56
	13 a 14	4	19	21	44
Total		4	48	48	100

Tabla 10. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	MONTE CARLO SIG. (DOBLE CIEGO)		
				Sig.	95% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Pearson Chi-cuadrado	5,472 ^a	2	,065	,070b	,020	,120
Índice de probabilidad	6,952	2	,031	,070b	,020	,120
Prueba exacta Fisher	5,114			,070b	,020	,120
Nº casos válidos	100					

Como último apartado de esta variable de edad con respecto a los cuestionarios llevados a cabo, se puede observar la correlación entre la edad y el EAT-26:

Los alumnos de 1º ESO presentan un alto riesgo ante la conducta alimentaria del 14,28% ($N= 8$) y los alumnos de 2º ESO, del 6,81% ($N= 3$). Se puede decir, por tanto, que la edad con mayor influencia en el rechazo a la conducta alimentaria son los alumnos de 12 a 13 años, alcanzando un valor de significación estadística ($p= 0,338$) (Tabla 11 y 12).

Tabla 11. Tabla cruzada de las variables edad * riesgo EAT-26

		AET26		TOTAL
		Alto riesgo	No riesgo	
Edad	12 a 13	8	48	56
	13 a 14	3	41	44
Total		11	89	100

Tabla 12. Nivel de significación estadístico obtenido a través de la prueba χ^2

	VALOR	DF	ASYMP. SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (DOBLE CIEGO)	EXACT SIG. (1-CIEGO)
Pearson Chi-cuadrado	1,403 ^a	1	,236	,338	,196
Correlación de la continuidad ^b	,744	1	,388		
Índice de probabilidad	1,466	1	,226	,338	,196
Prueba exacta Fisher				,338	,196
Nº casos válidos	100				

Discusión

En el presente trabajo de investigación se ha analizado la influencia sobre los modelos sociales, la apariencia y la conducta frente a los alimentos en los adolescentes de entre 12 y 14 años de edad.

En los resultados obtenidos en el cuestionario del CIMEC sobre la influencia en el modelo social contrasta lo mencionado por Toro (9), donde señala que los adolescentes españoles se ven sometidos a una presión por adelgazar, y parte de esto es debido a la influencia social a la que se ven sometidos. Como se ha mencionado anteriormente, para la mayoría de las mujeres estos cánones de belleza son totalmente difíciles de alcanzar, llevando a compararse y a adoptar una insatisfacción y actitud negativa hacia su cuerpo (20).

Evaluando el cuestionario del ASI sobre la apariencia se puede observar que entre el sexo femenino existe un mayor número de casos tal y como indica López (3), siendo este uno de los aspectos que llaman la atención de los trastornos de conducta alimentaria, la importancia tanto de la apariencia física en la valoración global de la persona como en su autoestima.

Con respecto al último de los instrumentos utilizados en el estudio EAT-26, donde se evalúa la conducta que tienen los adolescentes frente a la comida, se observa que las chicas sufren un alto riesgo en el 16,66% de los casos, mientras que los chicos tienen una puntuación en porcentajes del 5,76%.

Tal y como indica Turón (13), se puede observar que existe un riesgo alto entre los adolescentes de padecer un trastorno de conducta alimentaria, siendo las mujeres las más afectadas en estos trastornos a una edad media de inicio de 17 años y existiendo un estado subclínico en edades inferiores, según nos indica el DSM-5 (10).

De este modo, se demuestra que las chicas tienen más riesgo de sufrir uno de estos trastornos de conducta alimentaria, ya que según este estudio el sexo femenino tiene mayor influencia en los modelos estéticos y ello produce una disminución en su autoestima y un mayor rechazo a los alimentos.

Todos estos datos mencionados anteriormente siguen la línea de estudios anteriores donde señalan que la población femenina tiene mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria, como indica Toro (9).

Una vez estudiada la relación de los instrumentos con la variable edad, según el cuestionario del CIMEC, se observa que los alumnos de 2º ESO presentan una mayor influencia sobre el modelo estético corporal, al igual que ocurre con el cuestionario ASI sobre apariencia.

Para finalizar, en el análisis del instrumento EAT-26 con relación a la variable de la edad se puede observar que los alumnos de 1º ESO presentan un mayor riesgo, y que los resultados hallados en el instrumento EAT-26 no siguen una correlación donde a mayor edad mayores casos.

En uno de los últimos estudios realizado por Peláez (5), en Madrid en 2007, se expone que existe un porcentaje del 0,00-0,33% de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 21 años independientemente de la variable edad.

Para concluir, decir que las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir uno de los trastornos de conducta alimentaria y que en este caso no se puede utilizar la variable de la edad para comprobar que los alumnos de 2º ESO tienen mayor riesgo que los alumnos de 1º ESO, aunque en estos se puede observar que tienen una mayor influencia en el modelo estético y en la apariencia, así como en su autoestima, ya que todo va entrelazado, donde un comportamiento dará paso al siguiente, pudiendo suceder en un futuro un rechazo en la alimentación y, finalmente, producir un trastorno de la conducta alimentaria.

Conclusiones

Con este trabajo se ha intentado implantar un programa para contribuir a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria e intentar modificar sus conductas en un futuro.

Aunque no se ha podido reevaluar sus modificaciones tras las sesiones del taller, sí se ha podido evaluar si las alumnas de secundaria tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno de conducta alimentaria, mediante los instrumentos que evalúan los factores socioculturales que influyen en el modelo estético y la apariencia, así como la edad y el sexo.

Se ha demostrado mediante los resultados obtenidos que las chicas tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), debido a que puntúan más alto en los instrumentos aplicados, obteniendo un número más elevado de casos en riesgo.

El sexo, por tanto, es uno de los factores que influyen en el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, junto con una influencia de los modelos estéticos, la importancia de la apariencia y la autoestima.

En cuanto a la edad puede llegar a ser un factor de riesgo, afectando en el inicio de la pubertad. La importancia de un modelo estético y la apariencia son factores que influyen en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

Por ello, sería necesario desde el punto de vista de la educación sobre la salud, implantar programas que ayuden a reforzar la autoestima de los adolescentes, que encuentren un modelo estético adecuado a unos valores importantes y que empiecen a entender la realidad de la apariencia, donde no es el pilar fundamental del triunfo en la vida.

Bibliografía

- [1] Jorquera Rodero M. Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad valenciana [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2009.
- [2] Castro Fornieles J, Toro Trallero J. Anorexia nerviosa: el peligro de adelgazar. Barcelona: Morales i Torres editoriales.; 2004.
- [3] López Castillo P. Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal: un estudio de series de casos [tesis master]. Castellón: Universitat Jaume I; 2013.
- [4] Osorio-Murillo O, Amaya-Rey MCP. La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. Aequichán [revista en Internet]. 2011 Agost [citado 6 oct 2016];11(2):199-216. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1657-59972011000200007

- [5] Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- [6] Del Bosque Chávez ML. Taller para la prevención de trastornos alimentarios [tesis doctoral]. México: Universidad Veracruzana; 2004.
- [7] Raich Escursell RM. Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Editorial Pirámide; 1999.
- [8] López GAF, Nachón García MG, Hernández Parra TG. Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y salud (Mex)*. 2003; (13):121-33.
- [9] Toro Trallero J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel; 1996.
- [10] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2014.
- [11] Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- [12] Chabroi H. La anorexia y la bulimia en la adolescencia. Francia: Editorial Davinci Continental; 2009.
- [13] Turón Gil VJ. Trastornos de alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Editorial Masson; 1997.
- [14] American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- [15] Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia Nerviosa: a multidimensional perspective; Vol (13). New York: Editorial Brunner-Mazel; 1982.
- [16] Toro Trallero J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1998.
- [17] Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997 Nov; 185(11).
- [18] Perpiña C. Trastornos alimentarios: Manual de psicopatología. Vol (1). Madrid: Editorial MacGraw-Hill; 1995.
- [19] Marco H, Botella C, Perpiña C. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: un estudio controlado sobre la importancia de la intervención en la imagen corporal. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
- [20] Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 6 oct 2016];27(2):391-401. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5573.pdf>
- [21] Hernández-Cortés LM, Londoño Pérez C. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anal. Psicol.* [revista en Internet]. 2013 Oct [citado 6 oct 2016];29(3):748-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013003300114
- [22] Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int* [revista en Internet]. 2011 Abr [citado 6 oct 2016];33(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es
- [23] Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria*. 2001 Abril; 27(6):428-31.
- [24] Turón Gil VJ. Historia, clasificación y diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial Masson; 1997.
- [25] Llanos Martín S. Prevención para la salud en el ámbito de la formación inicial de los profesionales de la educación en la E.U.E de Palencia: una propuesta de intervención. [Trabajo de grado en educación social]. Palencia: Escuela Universitaria de Educación de Palencia, Universidad de Valladolid; 2012.
- [26] Programa D.I.C.T.A., Conselleria de Sanitat [Internet]. Comunitat Valenciana: Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat [citado 6 oct 2016]. Disponible en: <http://www.ditca.net/index.asp>
- [27] Cash TF, Labarge AS. Development of the Appearance Schemas Inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*. 1996; 20(1):37-50.
- [28] Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.1994; 89:147-151.
- [29] Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez R. Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*. 2004; 22(1):247-55.