

Original

## Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla

I. Jáuregui Lobera<sup>1,3</sup>, J. Romero Candau<sup>2</sup>, P. Bolaños Ríos<sup>3</sup>, C. Montes Berriatúa<sup>2</sup>, R. Díaz Jaramillo<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> T. Montaña González<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> T. Morales Millán<sup>2</sup>, P. León Lozano<sup>4</sup>, L. A. Martín<sup>2</sup>, I. Justo Villalobos<sup>2</sup> y N. Vargas Sánchez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de Experimentales. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. <sup>2</sup>Vocalía de Alimentación. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla. <sup>3</sup>Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla. <sup>4</sup>Vocalía de la Junta de Gobierno. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla. España.

### Resumen

**Objetivo:** En el presente trabajo se analiza la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes.

**Método:** Aplicando el Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), el Sick Control On Fat Food (SCOFF) y la subescala de insatisfacción corporal (BD) del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) a 841 estudiantes, de 12 a 19 años, se analizaron las conductas alimentarias de riesgo, se estudiaron las diferencias en función del sexo y la edad y se analizó la relación de dichas conductas con el grado de insatisfacción corporal.

**Resultados y discusión:** El 21,29% tuvo puntuaciones significativas en el SCOFF y el 7,13% en el EAT-40. Por sexos, hubo diferencias significativas (13,93% y 3,23% en SCOFF y EAT-40 para los varones, 29,38% y 10,70% para las mujeres). Con respecto a datos anteriores, se observa un descenso del riesgo en las mujeres y un incremento en los varones. Se observó una mayor insatisfacción corporal en las chicas de 12 a 17 años, si bien la diferencia entre chicas y chicos, en alteraciones alimentarias, se centra en los 14-16 años. La insatisfacción corporal correlacionó positiva y significativamente con el Índice de Masa Corporal, EAT-40 y SCOFF. Para implantar programas de prevención primaria en la población adolescente, es necesario conocer las conductas alimentarias de riesgo y el grado de insatisfacción corporal, para poder plantear específicamente las intervenciones a llevar a cabo, involucrando al profesorado como agente primario de trabajo en el contexto escolar.

(Nutr Hosp. 2009;24:568-573)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4486

Palabras clave: Conducta alimentaria. Adolescentes. Anorexia nerviosa. Prevención primaria. Insatisfacción corporal.

**Correspondencia:** Ignacio Jáuregui Lobera.

Virgen del Monte, 31.  
41011 Sevilla.

E-mail: ij@tcasevilla.com - igjl@upo.es

Recibido: 14-I-2009.

Aceptado: 9-II-2009.

### EATING BEHAVIOUR AND BODY IMAGE IN A SAMPLE OF ADOLESCENTS FROM SEVILLA

#### Abstract

**Objective:** This study examined the presence of disordered eating behaviours and the influence that on them could have the degree of body dissatisfaction among adolescents.

**Method:** By the Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), the Sick Control On Fat Food (SCOFF) and the subscale of body dissatisfaction (BD) of the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) a total of 841 students, aged 12-19, were studied. Eating behaviours, sex and age differences, and eating attitudes and behaviours related to the degree of body dissatisfaction were analyzed.

**Results:** We found that 21,29% had significant punctuations in the SCOFF and 7,13% in the EAT-40. There were significant sex-differences (13,93% and 3,23% in SCOFF and EAT-40 for males, 29,38% and 10,70% for women). With regard to previous studies, a decrease of the risk is observed in women and an increase in males. Major body dissatisfaction was observed among the 12 to 17-year-old girls, though sex-differences in eating alterations, can be mostly found between the ages of 14 and 16. Body dissatisfaction correlated positively and significantly to Body Mass Index, EAT-40 and SCOFF.

**Conclusion:** In order to implement primary programs in the adolescent population it is necessary to explore the eating behaviours of risky and the degree of body dissatisfaction to be able to raise specifically the interventions to be carried out, involving teachers as primary agents for the work in the school context.

(Nutr Hosp. 2009;24:568-573)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4486

Key words: Eating behaviour Adolescents. Anorexia nervosa. Primary prevention. Body dissatisfaction.

## Introducción

Se admite que, en nuestro contexto, aproximadamente el 1% de las mujeres entre 15 y 30 años tienen conductas del espectro de la anorexia y alrededor del 5% del espectro de la bulimia<sup>1</sup>, siendo la prevalencia de anorexia, entre las chicas adolescentes y jóvenes, del 0,5-1%. De los afectados, son varones entre el 3 y el 10%, habiéndose obtenido un valor de 5,84% en un estudio previo<sup>2</sup>. La edad de mayor riesgo, parece situarse entre los 10 y 24 años, estimándose que el 85% desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años<sup>1</sup>. La bulimia también afecta más a mujeres, aunque con menor proporción respecto a los varones que en la anorexia (aproximadamente 5:1) y tiene un comienzo más tardío (entre 15 y 20 años), que suele situarse en torno a los 17 años.

Los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen ser de cuatro tipos según la metodología empleada: a) utilización de cuestionarios, siendo el instrumento más usado el Eating Attitudes Test (EAT)<sup>3</sup>; b) registros de casos o registros hospitalarios, mediante los que se ha observado, por ejemplo, una mayor incidencia de anorexia en las mujeres de 10 a 19 años y un pico máximo en la bulimia entre los 20 y 29 años<sup>4</sup>; c) estudios en dos fases, que resultan los más fiables, con los que se han observado prevalencias para anorexia del 0,2 al 0,5% y del 2 al 3% para bulimia<sup>5</sup>; d) estudios en población general, con los que se ha comunicado, por ejemplo, una prevalencia total de TCA del 8,65%<sup>6</sup> y del 2,8% para la bulimia<sup>7</sup>.

En cuanto a la muestra, los estudios epidemiológicos, suelen centrarse en dos tipos de poblaciones: a) estudios en muestras clínicas, como el de Zaragoza<sup>1</sup>, en el que se encontraba que el 91,3% de los afectados eran mujeres; b) estudios en muestras comunitarias, como el llevado a cabo, en dos momentos distintos, en escolares (hombres y mujeres), con una edad media de 15 años, usando el Eating Attitudes Test (EAT) como instrumento, que detectó 0,3% de anorexia y 1,2% de bulimia<sup>8</sup>.

Los estudios epidemiológicos para la detección de población de riesgo y el establecimiento de programas de prevención primaria han dado lugar a una línea de investigación que, hasta ahora, ha venido arrojando datos bastantes dispares. Así, se ha encontrado desde ausencia o escaso efecto de los programas de prevención hasta importantes reducciones en la patología alimentaria actual y futura<sup>9-11</sup>. A pesar de los muchos estudios llevados a cabo, parece que, comparado con los esfuerzos preventivos en otros problemas de salud, el trabajo realizado para la prevención de trastornos alimentarios es todavía bastante limitado<sup>11</sup>. El ámbito escolar parece ser el ideal para los estudios epidemiológicos y los programas de prevención. En dicho ámbito se encuentra la población de máximo riesgo, tanto de conductas alimentarias anómalas como de patología específicamente alimentaria y es un lugar de fácil acceso e ideal para la promoción de la salud en general<sup>12</sup>. Hoy en día, el interés por la prevención de los tras-

tornos de la conducta alimentaria parece ir en aumento, especialmente por la prevención primaria y secundaria, involucrando al profesorado<sup>13</sup>. El pesimismo de años atrás (se ha llegado a considerar que los programas de prevención primaria eran ineficaces) ha dado paso a una perspectiva que parte de la base de la necesidad de llevar a cabo buenos programas, haciendo más hincapié en el cambio de actitudes que en los meros contenidos informativos<sup>14</sup>. Para establecer cualquier tipo de programa es necesario conocer la población diana sobre la que recaerá el esfuerzo preventivo, estableciendo, en primer lugar, la prevalencia de conductas de riesgo en dicha población.

En esa línea, con el EAT, se han desarrollado diversos estudios en nuestro país<sup>15-22</sup> encontrándose por encima del punto de corte (habitualmente 30 puntos) porcentajes entre un 0,6 y 8,3 en los varones y 7,3 y 17,3 en las mujeres. En otro trabajo reciente<sup>23</sup>, en dos fases, realizado sobre una población de 12 a 18 años, utilizando el EAT y aplicando, en la segunda fase, criterios DSM IV "estrictos" (anorexia, bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado) se ha encontrado una tasa bruta de morbilidad por TCA del 2,91% (5,17% en mujeres, 0,77% en varones). La morbilidad más alta se alcanza a los 16 años en las chicas y los 14 en los varones. Con criterios DSM IV "amplios" (incluyendo síndromes parciales y formas subclínicas), la tasa bruta de morbilidad es del 5,56% (1,07% en hombres, 10,3% en mujeres). La mayor morbilidad se alcanza a los 13 años en las chicas y a los 14 en los chicos. Otro estudio, con mujeres adolescentes escolarizadas, de 12 a 18 años, da una prevalencia del 4,51% (0,14% de anorexia, 0,55% de bulimia y 3,83% de trastornos no especificados)<sup>24</sup>. Una importante aportación de este trabajo es la que hace en cuanto a la detección de población de riesgo, usando el EAT-40 (punto de corte  $\geq 30$ ). Dicha población, entre las chicas, es del 16,32% y del 3,3% en los varones.

Hace unos años se sugería un nueva herramienta de *screening* en los trastornos alimentarios conocida como SCOFF (Sick Control On Fat Food)<sup>25</sup>. Con un punto de corte de 2 o más respuestas afirmativas (de un total de 5), se encontraba un 100% de sensibilidad y un 87% de especificidad en la prueba. Parece comprobado que el SCOFF es una herramienta valiosa para el despistaje de conductas alimentarias anómalas, aunque el diagnóstico debería ser confirmado con otros cuestionarios o con entrevistas estructuradas<sup>26</sup>. En nuestro medio<sup>27</sup> se ha comprobado un 97,7% de sensibilidad y un 94,4% de especificidad usando el punto de corte antes mencionado.

Finalmente<sup>28</sup>, se ha observado una correlación positiva con la edad en las chicas y negativa en los chicos. En este sentido conviene recordar que la proporción de trastornos alimentarios en hombres y mujeres, en la niñez, parece muy distinta de la que se observa en edades posteriores<sup>29</sup>. Recientemente<sup>30</sup>, con el uso del EAT-40 y el citado SCOFF, el 2,66% de los varones resultaron positivos en el EAT-40 frente al 15,47% de las

mujeres. En el SCOFF fueron positivos el 6,66% de los hombres y el 29,66% de las mujeres.

Los objetivos del presente trabajo han sido: a) analizar la evolución de las conductas de riesgo, en el contexto escolar, mediante el uso del EAT-40 y el citado SCOFF b) estudiar las diferencias en cuanto a la situación de riesgo en función del sexo y la edad, y c) analizar la relación de las conductas alimentarias de riesgo con el grado de insatisfacción corporal.

## Material y método

### a) Población a estudio

Fueron encuestados 841 adolescentes, de siete institutos públicos de enseñanza secundaria y bachillerato de Sevilla. Se consideró un rango de edad (12-19 años) considerado de elevado riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias anómalas, según la mayoría de los estudios sobre el tema, antes citados. De las 841 personas encuestadas, 402 fueron varones (47,8%) y 439 eran mujeres (52,2%).

### b) Material

Se utilizaron los cuestionarios *Sick Control On Fat Food* (SCOFF), *Eating Attitudes Test-40* (EAT-40) y la subescala de insatisfacción corporal del *Eating Disorders Inventory-2* (BD-EDI-2)<sup>31</sup>.

El primero indica la presencia de señales de alarma y consta de cinco ítems a los que se responde SI o NO. Por cada SI se considera 1 punto y 2 o más puntos indican con alta probabilidad un caso de anorexia o bulimia nerviosas. Dichos ítems indican vómitos autoinducidos, temor a la ingesta descontrolada, pérdida de peso, alteraciones de la imagen corporal y dependencia de la comida, respectivamente. El EAT-40, consta de 40 cuestiones, sobre síntomas y conductas alimentarias anómalas. Cada una de ellas tiene 6 posibles respuestas, en escala tipo Likert (desde nunca hasta siempre), de las que tres se puntúan con 1, 2 o 3 y el resto con 0. La puntuación máxima posible es de 120, de forma que a mayor puntuación mayor gravedad del trastorno. Se considera el punto de corte clínico en 30 puntos. Los factores que agrupan a los diferentes ítems son conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

El EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

En cuanto a la subescala BD-EDI-2, consta de 9 ítems, con 6 posibles respuestas en escala tipo Likert

(desde nunca hasta siempre), referidos al grado de insatisfacción corporal.

Además de los citados cuestionarios, se recogieron peso y talla de los participantes (descalzos y en ropa interior) mediante balanza-estadiómetro (modelo ANO SAYOL Atlántida S 13) adecuadamente calibrados. Con ello se calculó el índice de masa corporal (IMC).

### c) Método de estudio

La Vocalía de Alimentación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla cursó invitación a los institutos públicos, de Sevilla y área metropolitana, para la continuación de una campaña de prevención de TCA, iniciada en el curso 2006-2007, que incluía la valoración de conductas de riesgo en los cursos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato. De los once centros interesados, se eligieron los siete que reunían unas características sociodemográficas similares, según la Dirección de los mismos. Con el preceptivo permiso de la Dirección y la aprobación de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) se decidió que la contestación a los cuestionarios pudiera hacerse de forma nominal o anónima, según deseo expreso de los entrevistados. Entre marzo y junio de 2008 fueron recogidos 912 protocolos, de los que se desecharon 71 debido a que algunos sujetos no realizaron todas las pruebas, no las realizaron de forma adecuada o no se pudieron obtener adecuadamente los datos antropométricos. La realización de las pruebas (en grupos de 25, en su aula) fue dirigida por cinco licenciados en psicología, que, previamente, habían realizado su *practicum* de 5º curso sobre trastornos de la conducta alimentaria, junto con 4 alumnos de la diplomatura de nutrición humana y dietética, de último curso. Dichos licenciados y estudiantes supervisaron también la recogida de los datos antropométricos.

### d) Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva se usaron las medias (desviación estándar), y números absolutos (porcentajes) para las variables cualitativas. Se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar el ajuste a la distribución normal. Para las comparaciones se usó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y para la comparación de variables categóricas (obtenidas a partir de la consideración de los puntos de corte en los instrumentos aplicados) se llevó a cabo la prueba de  $\chi^2$ . El grado de asociación entre variables cuantitativas se determinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman. Los valores de  $p$  inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Los datos se analizaron mediante la aplicación estadística SPSS (v.16).

**Tabla I**  
*Datos descriptivos y diferencias por sexos. Cursos 2006/2007 y 2007/2008*

	Varones		p	Mujeres		p
	Curso 2006/2007	Curso 2007/2008		Curso 2006/2007	Curso 2007/2008	
Edad	14,07 (1,41)	14,21 (1,30)	0,387	14,21 /1,53)	14,60 (1,62)	0,240
IMC	20,57 (4,23)	21,44 (4,10)	0,353	19,89 (3,67)	21,44 (3,85)	0,194
SCOFF	0,45 (0,74)	0,62 (0,86)	0,083	1,05 (0,88)	0,93 (1,05)	0,089
EAT 40	14,19 (7,07)	15,84 (7,77)	0,081	19,13 (10,99)	16,94 (9,99)	0,068

Nota: prueba U de Mann-Withney.

## Resultados y discusión

Considerando las puntuaciones medias obtenidas con ambos instrumentos, se observa una tendencia a aumentar en los varones y disminuir en las mujeres si se comparan los datos del presente estudio con los encontrados un año y medio antes en estudiantes de características socioculturales similares (tabla I). No obstante, esa tendencia no alcanza significación estadística.

En relación con las puntuaciones de riesgo o casos situados por encima de los punto de corte (SCOFF  $\geq$  2; EAT-40  $\geq$  30), se recoge un claro incremento entre los varones, con diferencias significativas tanto en el SCOFF como en el EAT-40. En el caso de las mujeres no hay diferencias en el SCOFF, pero resultan estadísticamente significativas en el EAT-40, en este caso apreciándose un menor porcentaje de chicas en situación de riesgo (tabla II). En conjunto, se encontró un 21,29% de estudiantes con puntuaciones significativas en el SCOFF y un 7,13% en el EAT-40. En un estudio previo se encontró un 22,80% y 9,43% respectivamente, diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Las diferencias establecidas en relación con el sexo no se dan por igual en todas las edades consideradas. Mientras que las diferencias, entre varones y mujeres, en el grado de insatisfacción corporal, medidas con la subescala BD del EDI-2, resultan significativas entre los 12 y 17 años, las diferencias en cuanto a conductas de riesgo, medidas a través del SCOFF y el EAT-40,

parecen centrarse entre los 14 y 16 años fundamentalmente. Serían estas edades las de mayor riesgo para las chicas en comparación con el riesgo de los varones, coincidiendo con una mayor insatisfacción corporal en aquéllas (tabla III).

En relación con el grado de insatisfacción corporal, medido con la subescala BD del EDI-2, se obtiene una media de 3,93 (DT = 5,21) en los varones y de 7,33 (DT = 6,74) en las mujeres, diferencia que resulta estadísticamente significativa ( $U = 58293,00$ ;  $p < 0,0001$ ). En un estudio anterior en nuestro contexto<sup>32</sup>, en adolescentes de 15 años de edad media, se han encontrado puntuaciones medias de 3,05 a 3,42 en los varones y de 9 a 10,96 en las mujeres, en función de la forma de administración de la subescala, concluyendo que ello no da lugar a variaciones significativas en las puntuaciones finales. La medida del grado de insatisfacción corporal correlaciona de manera positiva y significativa ( $p < 0,01$ ) con las puntuaciones en el SCOFF y en el EAT-40, así como con el IMC (tabla IV).

En el presente trabajo se recogen edades similares a las de otros estudios previos<sup>15-22</sup> y el porcentaje de positivos en las mujeres (10,70%), usando el EAT-40, es menor que el hallado en estudios anteriores<sup>18-22</sup>, resultando muy similar al encontrado en el pionero trabajo de 1989<sup>15</sup>. En relación con lo recogido hace casi dos

**Tabla II**  
*Prevalencia de conductas de riesgo. Cursos 2006/2007 y 2007/2008*

	Curso 2006/07	Curso 2007/08	p
SCOFF $\geq$ 2			
Varones	6,66%	13,93%	< 0,05
Mujeres	29,66%	29,38%	ns
EAT-40 $\geq$ 30			
Varones	2,66%	3,23%	< 0,05
Mujeres	15,47%	10,70%	< 0,05

Nota: prueba  $\chi^2$ .

**Tabla III**  
*Diferencias en las puntuaciones del SCOFF, EAT-40 y BD-EDI2, entre varones y mujeres en las distintas edades. Curso 2007/2008*

Edad	SCOFF	EAT-40	BD-EDI2
12	692,00	798,50	518,00*
13	2.270,00	2.309,50	1.488,00*
14	5.972,00*	5.593,50**	5.312,00**
15	4.293,00**	4.580,00**	3.691,00**
16	874,00*	827,00*	584,00**
17	121,00	99,50	72,50*
18	20,50	19,00	14,50
19	7,00	9,50	6,50

Nota: prueba U de Mann-Withney.  
 \* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ .



**Tabla IV**  
Correlaciones entre grado de insatisfacción corporal (BD-EDI2), IMC, SCOFF y EAT-40

	SCOFF	EAT-40	BD-EDI2
IMC	0,33	0,16	0,39
SCOFF		0,49	0,53
EAT-40			0,46

Nota: Coeficiente *Rho* de Spearman. Todas las correlaciones significativas para  $p < 0,01$ .

años<sup>30</sup>, se aprecia un descenso en las conductas de riesgo que habrá de confirmarse, en todo caso, en años posteriores. También con el EAT-40, se encuentra un aumento en el porcentaje de casos positivos entre los varones (3,23%) en relación con el estudio anterior. No obstante la cifra es similar a la comunicada por otros trabajos previos, por ejemplo en Castilla y León<sup>21</sup>. De igual modo, se habrá de confirmar el citado aumento, en estudios posteriores, a fin de comprobar si se trata de una tendencia entre los varones.

En cuanto a SCOFF, confirma el aumento de varones en situación de riesgo al comparar los datos actuales con los del Curso 2006-2007 (6,66% vs 13,93%). Cabe destacar que, con este instrumento, los datos encontrados en el estudio actual coinciden con los de un reciente estudio llevado a cabo en Alemania con una muestra de 7.498 sujetos de 11 a 17 años<sup>28</sup>. En el estudio alemán se encuentran un 28,9% de positivos entre las chicas y un 15,2% entre los chicos. En el caso del presente estudio, los datos son 29,38% en las chicas y 13,93% en los varones.

En cuanto a las edades de riesgo, los datos apuntan a un riesgo similar para varones y mujeres a edades inferiores, aun cuando a esas edades la insatisfacción corporal ya es mayor entre las chicas. Este dato resulta coherente con el hecho de que la proporción de trastornos alimentarios en hombres y mujeres, en la niñez y en la etapa prepuberal, es muy distinta de la que se observa en edades posteriores<sup>34</sup>. De algún modo parece representar el hecho de que la pubertad puede ser un factor de riesgo para las chicas y tal vez de protección para los varones. En la actualidad, a la vista de los datos obtenidos mediante la subescala de insatisfacción corporal, ésta parece claramente mayor en las chicas, especialmente entre los 12 y 17 años y más claramente entre los 14 y 16 años. De nuevo, la etapa puberal y de la adolescencia en los primeros años parece ser clave en la explicación del mayor riesgo entre las chicas. En comparación con un estudio anterior de nuestro entorno<sup>32</sup>, con la misma subescala, se encuentran unas puntuaciones ligeramente superiores entre los varones y menores entre las chicas. De nuevo aparece la citada tendencia que habrá de confirmar, en su caso, en los próximos años.

Los nueve ítems de la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2 miden el grado de insatisfacción con algunas partes del cuerpo (“estómago”, “muslos”,

“trasero” y “caderas”) y con la “figura” en general. En este trabajo se encuentran correlaciones entre las puntuaciones en los diferentes ítems y la puntuación del EAT-40 que oscilan entre 0,218 y 0,418. Es esta última la correlación entre el EAT-40 y el ítem que hace referencia al grado de insatisfacción con la “figura” en general. Ello implica que cerca del 20% de la varianza en las puntuaciones del EAT-40 vendría explicada por el grado de insatisfacción global con la figura, con la imagen corporal. Con las puntuaciones del SCOFF se repite el dato: las correlaciones entre la subescala del EDI-2 y la puntuación total en el SCOFF oscilan entre 0,241 y 0,499. Esta última es la correlación entre el SCOFF y el ítem que hace referencia a la insatisfacción con la “figura”. En este caso, explica casi el 25% de la varianza de las puntuaciones del SCOFF. Estos datos son coherentes con los recientemente encontrados en otra zona geográfica de nuestro entorno y que se resumen en una insatisfacción centrada en el doble deseo de poseer mayor masa muscular y menor grasa corporal entre chicas de 20 a 28 años de edad. Al igual que en el presente trabajo, en dicho estudio también se recoge una correlación positiva entre el IMC y el grado de insatisfacción corporal, especialmente referido a la cantidad de grasa<sup>33</sup>.

En el futuro inmediato parece necesario volver a valorar si esa tendencia, que parece observarse, hacia un aumento del riesgo de trastornos alimentarios en los varones se mantiene y si a la par, se mantiene igual que años anteriores o decrece entre las mujeres. Por otro lado, con el fin de incidir en programas de prevención primaria dirigidos a la población de mayor riesgo, es necesario conocer las conductas de riesgo en relación con los hábitos alimentarios y el grado de insatisfacción corporal en las distintas edades, para poder plantear del modo más específico posible las intervenciones de carácter preventivo a llevar a cabo en el ámbito escolar, involucrando al profesorado como agente primario de trabajo en dicho contexto<sup>13</sup>.

## Referencias

1. Ruiz Lázaro P. Bulimia y Anorexia, Guía para familias. 1ª ed. Zaragoza: Certeza; 2002, p. 101.
2. Jáuregui I. La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atarcones y obesidad. 1ª ed. Barcelona: Grafema; 2006, p. 140.
3. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.
4. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 705-12.
5. Hsu LKG. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19 (4): 681-700.
6. Gøtestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995; 18 (2): 119-26.
7. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (7): 1052-8.

8. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *J Adolesc Health* 1999; 24: 215-19.
9. Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2004; 130: 206-227.
10. Fingeret MC, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: A meta-analysis. *Eat Disord* 2006; 14: 191-213.
11. Levine MP, Smolak L. The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2006.
12. Swain PI. Trends in Eating disorders research. Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books; 2006.
13. Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 73-77.
14. Ruiz-Lázaro P. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 2000; 1: 18-31.
15. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Br J Med Psychol* 1989; 62: 61-70.
16. Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1991; 18 (7): 305-15.
17. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F y Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 481-86.
18. Canals J, Berceño R, Domènech, E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1990; 18 (7): 305-15.
19. Carbajo J, Canals J, Fernández J, Domènech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis* 1995; 16 (4): 21-6.
20. Loureiro V, Domínguez M, Gestal J.J. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría* 1996; 12 (6): 242-7.
21. Vega T, Rasillo MA, Lozano JE. Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En Junta de Castilla y León. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Castilla y León. San Sebastián: Lovader; 2001, pp. 27-62.
22. De Gracia M, Ballester D, Patiño J, Suñol C. Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. II Congreso Virtual de Psiquiatría 2001.
23. Rojo L, Cava G. *Anorexia nerviosa*. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2003, pp. 43-49.
24. Ruiz Lázaro P. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An Esp Pediatr* 1998; 49, pp. 435-6.
25. Morgan J, Reid F, Lacey H. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Br Med J* 1999; 319: 1467-8.
26. Siervo M, Boschi V, Papa A, Bellini O, Falconi C. Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eat Weight Disord* 2005; 10 (2): 76-82.
27. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2005; 59 (2): 51-5.
28. Hölling H, Schlack R. Eating disorders in children and adolescents. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2007; 50 (5-6): 794-9.
29. Catalá MA. Anorexia nerviosa de inicio en la niñez. En Rojo L, Cava G, editores. *Anorexia nerviosa*. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2003, p. 289.
30. Jáuregui Lobera I, Romero J, Montaña MT, Morales MT, Vargas N, León P. Análisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Med Clin (Barc)* 2008; 132 (3): 83-88.
31. Garner DM. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2*. Madrid: Tea Ediciones; 1998.
32. Baile JI, Raich RM, Garrido E. Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efectos de la forma de administración de una escala. *An Psicol* 2003; 19: 187-192.
33. Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, Rocandío A M. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutr Hosp* 2008; 23 (4): 366-372.