

Ruiz Lázaro PM

Actitudes alimentarias alteradas en profesionales (modelo para niños y adolescentes)

Grupo ZARIMA-Prevención.
Coordinador Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. D.G.A.
TERUEL. Coordinador Grupo ZARIMA. U.M.I. H.C.U. - Universidad. ZARAGOZA.

Disturbed eating attitudes in professionals (children and adolescents's model)

Correspondencia:

P. M. Ruiz Lázaro
C/ Luis Vives, 8-3ªA.
50.006 ZARAGOZA.
pmruiz@aragob.es/pruizl@intersep.org

RESUMEN

Objetivo: la meta de los autores es realizar un estudio de las actitudes alimentarias alteradas en los profesionales modelo para niños y adolescentes.

Método: un psiquiatra investigador administra la versión española del Eating Attitudes Test (EAT-26) en profesionales de la educación, sociosanitarios.

Resultados: un total de 225 participa voluntariamente (tasa de respuesta del 100%): 176 mujeres y 49 varones. Un 5,68% (IC 95%: 2,75% a 10,2%) de las mujeres y un 0,0% (IC 95%: 0,0% a 7,25%) de los hombres fueron clasificados como con riesgo de trastorno alimentario (puntuación por encima de punto de corte). La diferencia fue estadísticamente significativa (Diferencia: 5.68%, IC 95%: 2,26% a 9,10%).

Conclusiones: se detectan diferencias genéricas. El riesgo de presentar trastornos alimentarios es mayor en mujeres que en varones, también en los profesionales modelo para niños y adolescentes. Este estudio precisa ser replicado pero si nuestros resultados se confirman conlleva importantes implicaciones para las intervenciones preventivas con niños y jóvenes.

PALABRAS CLAVE

Niño, adolescente, actitudes alimentarias, trastornos alimentarios.

ABSTRACT

Objective: The author's goal was to conduct a study of disturbed eating attitudes in different professionals (children and adolescents's model).

Method: a research psychiatrist administered the Spanish version of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in education and sociosanitary professionals.

Results: A total number of 225 (response rate: 100%) participated voluntarily: 176 women and 49 men. A 5.68% (95% CI: 2.75% to 10.2%) of the women and a 0.0% (95% CI: 0.0% to 7.25%) of the men were classified at risk of ED (high scorers). The difference was significant (Difference: 5.68%, 95% CI: 2.26% to 9.10%).

Conclusion: gender differences in disturbed eating attitudes are detected. The morbidity risk of eating disorders are higher in females than in males also in

professionals (children and adolescents's model). This study make replication necessary but if our results can be confirmed they carry important implications for the preventive interventions in children and youths.

KEY WORDS

Child, adolescent, eating attitudes, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

La etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se considera multifactorial^(1,2). Las actitudes, valores, creencias erróneas, poco saludables, acerca del cuerpo y la alimentación se transmiten no sólo por la publicidad, los medios de comunicación, los pares sino también por parte de las figuras de referencia adultas, modelos más cercanos.

Objetivo: detectar actitudes alimentarias alteradas en profesionales modelo para la población infanto-juvenil.

MÉTODO

Administrar el Eating Attitudes Test (EAT-26) como cuestionario de autoinforme a distintos profesionales de la enseñanza, educación no formal, sociosanitarios, de orientación psicopedagógica que trabajan con niños y adolescentes el primer día de diferentes cursos (ocho) de prevención de trastornos alimentarios, problemas en la adolescencia.

El Eating Attitudes Test es un cuestionario autoaplicable, de fácil administración y puntuación, desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) en su versión de 40 ítems y validado en España en su versión castellana por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) con una sensibilidad de 67,9% y una especificidad de 85,9% para el punto de corte de 30 recomendado por sus autores originales⁽³⁾ y una sensibilidad de 91,0% con una especificidad de 69,2% con el punto de corte de 20 propuesto por los españoles^(3,4). Es una medida que sirve para sondear un rango de síntomas comunes en la anorexia nerviosa, evaluar conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio. Con formato autoevaluativo puede servir como instrumento de búsqueda en grupos no clínicos. Puede ser usado para detectar casos incipientes de anorexia nerviosa que no han sido todavía diagnosticados, como un eficiente instrumento de criba para actitudes y conductas alimentarias alteradas, para identificar una población cuyos hábitos alimentarios requieren de nueva valoración⁽⁵⁾.

Este inventario autoadministrado está compuesto por 40 ítems tipo Likert que cuentan seis posibilidades de respuesta, entre un rango de "nunca" a "siempre", de las que se debe escoger una puntuando de 0 a 3^(3,4). Cualquiera que sea el sentido de presentación cada respuesta extrema de tipo patológico, anoréxico, recibe tres puntos, los dos grados siguientes en orden decreciente dos puntos y un punto. La razón de este sistema de puntuación de 0-3 (en vez de un sistema de puntuación de 1 a 6) es más teórico-racional que empírica. Se basa en la suposición de que la escala de los ítems del EAT es continua únicamente para las respuestas que se puntúan del 1 al 3. Por tanto la respuesta en la dirección asintomática no agregaría nada a las puntuaciones de la escala total que refleja la psicopatología. Con un sistema de puntuación 1-6 es posible que dos respuestas en la dirección asintomática reciban un peso específico en la puntuación empírica (por ejemplo 3 más 3 = 6) equivalente al de una respuesta extrema en la dirección sintomática⁽⁶⁾.

El análisis factorial del EAT-40 proporcionó una medida abreviada, el EAT-26, que consiste en una escala de 26 ítems al suprimir 14 ítems de la escala original que parecieron redundantes^(5,6,7). La puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca" = 3). En el Reino Unido el uso de las dos versiones del Eating Attitudes Test como técnica de detección en poblaciones de la comunidad ha encontrado similares resultados⁽⁸⁾.

El EAT es una herramienta psicométrica fiable, válida y económica aunque ni el EAT ni ningún otro instrumento se ha considerado tan eficiente como para identificar por sí sólo un trastorno alimentario⁽⁶⁾.

Se empleó el programa CIA Versión 1.0 (Gardner, BMJ, 1989) para calcular intervalos de confianza.

RESULTADOS

Un total de 225 profesionales en activo de la enseñanza, la educación no formal, sociosanitarios, de la orientación psicopedagógica que trabajan con niños y adolescentes participan voluntariamente (tasa de respuesta: 100%). La distribución por sexo es de 176 mujeres y 49 varones (Figura 1).

8

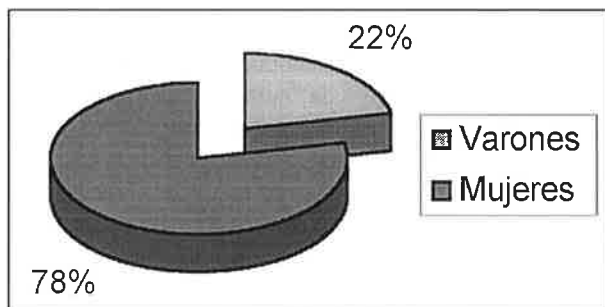


Figura 1. Distribución por sexo

El 0,0% de los varones (Intervalo de Confianza 95% método exacto: 0,0% a 7,25%) y el 5,68% de las mujeres (Intervalo de Confianza 95% método exacto: 2,75% a 10,2%) se consideraron con riesgo de trastorno alimentario, con actitudes alimentarias alteradas, anómalas (puntúan = $\delta > 20$ en el EAT-26).

La diferencia entre varones y mujeres de 5,68% es estadísticamente significativa pues el Intervalo de Confianza 95% es 2,26% a 9,10%, no incluye el 0%, el valor de la igualdad.

DISCUSIÓN

Este artículo tiene algunas limitaciones que pueden impedir generalizar los resultados. La muestra no es representativa de todos los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. Puede haber un sesgo por el hecho de reclutarla entre los profesionales asistentes a cursos en relación con la prevención de los trastornos alimentarios y otros problemas en la adolescencia. Estos profesionales pueden estar más motivados para participar en un curso de estas características por presentar un trastorno alimentario (o haberlo presentado en su adolescencia) o tener unas actitudes alimentarias poco saludables. La muestra es predominantemente femenina pues es el sexo femenino el que demuestra más interés por este tipo de cursos (y por casi todos) y este hecho condiciona también los datos encontrados.

Por otra parte, el reclutar la muestra en ocho diferentes cursos en distintos medios y el que sea suficientemente amplia (225 individuos) aporta relevancia a nuestros resultados. Serían precisos más estudios en muestras amplias y representativas entre los profesionales de ambos sexos y en sus lugares de trabajo que pudieran confirmar nuestros hallazgos.

Se puede cuestionar el empleo del EAT. La limitación que puede tener un formato autoevaluativo, como el del EAT, es que las anoréxicas suelen negar su enfermedad. Es difícil determinar los efectos del sesgo provocado por la negación ya que resulta imposible establecer objetivamente la magnitud de la fenomenología que queda encubierta en muchos de los ítems⁽³⁾. De todas formas es el instrumento más difundido hasta la fecha, habiendo sido utilizado en múltiples estudios, en distintos escenarios culturales, sociedades industrializadas y no industrializadas, tanto en poblaciones clínicas, como generales, en este caso de carácter epidemiológico y aunque han sido encontrados pocos casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se ha identificado un significativo número de individuos con síndromes parciales de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o anorexia, bulimia subclínicas, o con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria^(5, 8, 9, 10, 11, 12).

Se aprecian claras diferencias por género como era de esperar. Los profesionales pueden compartir muchas de las ideas inapropiadas normativas especialmente dentro del género femenino en nuestra cultura y transmitirlas a niños y adolescentes.

La profesión no parece proteger frente a las actitudes alimentarias alteradas. Puede ser útil analizar estas actitudes patológicas para tratar de corregirlas y evitar contribuir al caldo de cultivo que genera estos trastornos.

Este estudio precisa ser replicado pero si nuestros resultados se confirman conlleva importantes implicaciones para las intervenciones preventivas con niños y jóvenes. A la luz de estos datos parece necesario al diseñar las actividades preventivas trabajar con los mensajes, los valores que los profesionales envían a los niños y adolescentes al igual que se tiene en cuenta a los padres y a los pares o iguales coetáneos⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

9

1. Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. 2ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón, Arbadá; 2001.
2. Ruiz-Lázaro PM. Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Certeza, 2.001 (en prensa).
3. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9: 273-279.
4. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The "eating attitudes test": validation of the spanish version. *Evaluación psicológica. Psychological Assesment* 1991; 7 (2): 175-190.
5. Cervera S, Quintanilla B. Anorexia nerviosa: manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona: EUNSA, 1995.
6. Garner DM. Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. En: Buendía J, editor. *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, 1996. págs. 461-476.
7. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-878.
8. Ruiz Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2000.
9. Ruiz-Lázaro PM. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría* 1998; 49: 435-436.
10. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1998; 3: 148-162.
11. Ruiz-Lázaro PM. Trastornos alimentarios en varones. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1999; 3: 160-166.
12. Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2.000; 115 (7): 278.