



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**DETECCIÓN DE ACTITUDES ALIMENTARIAS DE RIESGO ENTRE LOS
PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro

Psicopatol. salud ment. 2003, 1, 37-42

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA

www.fundacioorienta.com/revista.html

DetECCIÓN DE ACTITUDES ALIMENTARIAS DE RIESGO ENTRE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro*

RESUMEN

Objetivo: Determinar actitudes alimentarias alteradas entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. *Método:* profesionales de la educación y sociosanitarios son evaluados con el cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT-26). *Resultados:* participaron un total de 351 profesionales: 290 mujeres y 61 varones -tasa de participación del 100%-. Un 5,52% (IC 95%: 3,19% a 8,81%) de las mujeres y un 0,0% (IC 95%: 0,0% a 5,87%) de los hombres fueron clasificados con posible riesgo de trastorno alimentario. *Conclusiones:* el riesgo de trastorno alimentario entre las mujeres profesionales es similar al descrito en otras muestras de la comunidad. Este trabajo necesita ser replicado pero si nuestros resultados se confirman, supone importantes implicaciones para las intervenciones preventivas con niños y adolescentes. **PALABRAS CLAVE:** niño, adolescente, actitudes alimentarias, trastornos alimentarios.

ABSTRACT

Objective: Determinate disturbed eating attitudes in different children and adolescents' professionals. *Method:* Education and sociosanitary professionals were evaluated using a questionnaire: the Eating Attitudes Test (EAT-26). *Results:* A total number of 351 participated: 290 women and 61 men (100% participation rate). A 5.52% (95% CI: 3.19% to 8.81%) of the women and a 0.0% (95% CI: 0.0% to 5.87%) of the men were classified at risk of eating disorder. *Conclusions:* The morbidity risk of eating disorders in females professionals is similar to those reported for other community samples. This paper make replication necessary but if our results can be confirmed they carry important implications for the preventive interventions in children and adolescents. **KEY WORDS:** child, adolescent, eating attitudes, eating disorders.

RESUM

Objectiu: Determinar actituds alimentàries alterades entre els professionals que treballen amb nens i adolescents. *Mètode:* professionals de l'educació i sociosanitaris són avaluats amb el qüestionari *Eating Attitudes Test* (EAT-26). *Resultats:* van participar un total de 351 professionals: 290 dones i 61 homes -tassa de participació del 100%-. Un 5,52% (IC 95%: 3,19% a 8,81%) de les dones i un 0,0% (IC 95%: 0,0% a 5,87%) dels homes van ser classificats amb possible risc de trastorn alimentari. *Conclusions:* el risc de trastorn alimentari entre les dones professionals és similar al descrit en altres mostres de la comunitat. Aquest treball necessita ser replicat però si els nostres resultat es confirmen, suposa importants implicacions per a les intervencions preventives amb nens i adolescents. **PARAULES CLAU:** nens, adolescent, actituds alimentaries, trastorns alimentaris.

* *Psiquiatra infanto-juvenil. Coordinador Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. D.G.A. Teruel. Coordinador Grupo ZARIMA - Prevención. U.M.I. H.C.U. Universidad. Zaragoza.*

Correspondencia: pmruiz@aragob.es/pruizl@intersep.org

Introducción

Las actitudes alteradas, poco saludables, acerca del cuerpo y la alimentación, que pueden considerarse como un factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se transmiten por diversos medios. Al plantearse la prevención de los TCA parece conveniente considerar el papel que pueden jugar los modelos adultos más cercanos como figuras de referencia, junto a la familia, la publicidad, los medios de comunicación de masas y los iguales coetáneos (Ruiz-Lázaro, 2001 a, 2002 a).

Cuando se considera entre los docentes los prejuicios a cerca del sobrepeso, estos suelen asociar la delgadez con la inteligencia, la motivación o la fuerza de voluntad. Los profesores han llegado a reconocer que la cultura general, y su propia capacitación, han afectado su percepción del peso y que estos prejuicios quizás han influido en sus conductas y actitudes hacia los estudiantes (Piran, 2000). Entre 216 maestros australianos de economía doméstica y educación física, en el último mes de su periodo de formación universitaria, el 14% de las mujeres informaron, a través de un cuestionario autocumplimentado, que padecían un trastorno alimentario habitual, aunque sólo un 6% habían recibido tratamiento. Las mujeres de este estudio, maestras en formación, tenían una pobre imagen corporal y una alimentación alterada similar a la de otras mujeres jóvenes en los países occidentales (O'Dea y Abraham, 2001). En ocasiones, desde el medio sociosanitario, se ha realizado una indiscriminada persecución del sobrepeso, que contribuye a una estigmatización que puede considerarse iatrógena.

Los profesionales sanitarios no parecen escapar de las actitudes alimentarias que posee la población general. Entre noventa y tres mujeres auxiliares de enfermería que estudiamos, con una media de edad 29 años y una moda de 24 años -un mínimo de 17 y un máximo de 60 años-, el 11,8% puntuaron por encima del punto de corte (30) en el cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT-40) (Ruiz et al.1996).

Según nuestro conocimiento, no se ha estudiado adecuadamente, hasta la fecha, la repercusión que ocasionan las actitudes alimentarias de los profesionales, en contacto con los niños y adolescentes, a los que sirven de modelo de socialización. Así pues, el objetivo del estudio es detectar actitudes alimentarias alteradas en profesionales modelo para niños y adolescentes, que trabajan en el ámbito educativo o sociosanitario.

Método

Se aplicó la versión española del *Eating Attitudes Test* (EAT-26) de modo colectivo, anónimo y como cuestionario de autoinforme entre los profesionales de la enseñanza, la educación no formal (monitores), sociosanitarios o de la orientación psicopedagógica que trabajan con población infantil y juvenil, el primer día de los once cursos de prevención de trastornos alimentarios o de problemas en la adolescencia, celebrados en diferentes localidades de las tres provincias aragonesas, durante el periodo comprendido entre los años 1999 y 2002. Se eligió el primer día para evitar la influencia en las respuestas de los contenidos de conocimiento y actitudinales de dichos cursos.

El *Eating Attitudes Test* es un cuestionario autoadministrable que ha sido ampliamente utilizado como instrumento de cribado en la población general (Pérez-Gaspar et al, 2000). Es de fácil uso y puntuación. Fue desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) en su versión autoaplicada 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 y una sensibilidad de 91,0% con una especificidad de 69,2% con el punto de corte de 20 propuesto por los españoles (Garner y Garfinkel, 1979; Castro et al, 1991). En numerosos estudios realizados a lo largo de los últimos años este instrumento ha demostrado tener una buena sensibilidad pero una escasa especificidad (Ruiz-Lázaro, 2000). Sirve para sondear un rango de síntomas comunes en la anorexia nerviosa, evaluar conductas y actitudes respecto a la

comida, peso y ejercicio. Por su formato autoevaluativo puede emplearse para la búsqueda en grupos no clínicos, para detectar casos incipientes de TCA todavía sin diagnosticar, como un eficiente instrumento de criba para las actitudes y conductas alimentarias alteradas, así como para identificar una población cuyos hábitos alimentarios requieren de nueva valoración (Cervera y Quintanilla, 1995; García-Camba, 2001).

El cuestionario está compuesto por 40 ítems tipo Likert, que cuentan con seis posibilidades de respuestas, entre un rango de “nunca” a “siempre”, de las que se debe escoger una con una puntuación de 0 a 3 (Garner y Garfinkel, 1979; Castro et al, 1991).

El análisis factorial del EAT-40 proporcionó una medida abreviada, el EAT-26 con una escala de 26 ítems resultado de suprimir 14 ítems de la escala original que parecieron redundantes (Garner et al, 1982; Cervera y Quintanilla, 1995; Garner, 1996; Nathan y Allison, 1998). 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 (Ruiz-Lázaro, 2000).

El EAT es, pues, 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 (Garner, 1996).

Para calcular los intervalos de confianza de la muestra, se emplearon el programa Confidence Interval Analysis C.I.A. Versión 1.0 (Gardner y Altman, 1989) y el programa CONFINT del Computer Programs for Epidemiologic Analysis PEPI Versión 2 (Gahlinger y Abramson, 1995).

Resultados

En el estudio participaron voluntariamente los 351 profesionales en activo asistentes a los once cursos durante los cuales –entre 1999 y 2002- se realizó el estudio. La tasa de participación fue del 100%.

La distribución por sexo fue de 290 mujeres (82,6%) y de 61 varones (17,4%). En cuanto a la actividad profesional de los participantes, la composición fue de 202 docentes (57,55%) y 149 sociosanitarios (42,45%), estos últimos distribuidos de la manera siguiente: 44 diplomados universitarios de enfermería, 36 psicólogos, 31 trabajadores sociales, 28 médicos, 7 terapeutas ocupacionales y 3 farmacéuticos. Entre la población estudiada el rango de edad se situaba entre los 17 y los 59 años, con una media de 32 años. Para las mujeres, la media de edad fue de 31 años (17-59) y de 35 años para los varones (19-59 años).

En cuanto al peso declarado de la población estudiada la media fue de 62,02 Kg. (40-98) Entre las mujeres la media de peso fue de 58,82 Kg. (40-86), inferior a los 77,25 Kg. de media registrado entre los varones (54-98 Kg.). El rango de talla de la población estudiada estaba entre los 1,47 metros y los 1,90 metros, con una media de 1,66 m. Para las mujeres la estatura media era de 1,64 m. (1,47-1,81) y para los hombres de 1,75 m. (1,52-1,90).

Por lo que respecta al Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet declarado, el rango de la población estudiada se situaba entre los 16,33 Kg./m² y los 37,66 Kg./m², con una media de 22,49 Kg./m². Entre las mujeres, la media del IMC era de 21,94 Kg./m² (16,33-33,03), mientras que para los varones era de 25,14 Kg./m² (19,83-37,66).

La media de puntuación en el EAT-26 va ser de 4 con un rango de 0 a 54. Para las mujeres la media fue de 5 (0-54) y de 2 para los varones (0-18).

El 0,0% de los varones (0/61) (Intervalo de Confianza del 95% método exacto de Fisher: 0,0% a 5,87%) (IC del 95% método exacto Mid-P: 0,0% a 4,79%) y el 5,52% de las mujeres (16/290) (IC del

95% método exacto de Fisher: 3,19% a 8,81%) (IC del 95% método exacto Mid-P: 3,3% a 8,62%) se consideraron con posible riesgo, con actitudes alimentarias anómalas (puntuación = o > 20 en el EAT-26).

De acuerdo con el programa Confidence Interval Analysis (CIA Versión 1.0) la diferencia de 5,52% entre los profesionales varones y las profesionales mujeres con posible riesgo es significativa (IC del 95%: 2,89% a 8,15%; error estándar de la diferencia: 0,0134; valor normal: 1,96) ya que el intervalo de confianza de la diferencia entre las proporciones no incluye el cero, el valor de la igualdad. Pero, la prueba exacta de Fisher bilateral no permite descartar la hipótesis nula ($P=0,85$).

El 4,46% (9/202) de los profesionales de la educación (IC del 95% método exacto de Fisher: 2,06% a 8,29%) (IC del 95% método exacto Mid-P: 2,19% a 8,02%) se consideraron con posible riesgo, con actitudes alimentarias anómalas (puntuación = ó > 20 en el EAT-26). El 4,7% (7/149) de los profesionales sociosanitarios (IC del 95% método exacto de Fisher: 1,91% a 9,44 (IC del 95% método exacto Mid-P: 2,08% a 9,07%) también se consideraron con posible riesgo, con actitudes alimentarias anómalas (puntuación = ó > 20 en el EAT-26).

Discusión

Tenemos a nuestro alcance cuestionarios, como el EAT, mediante los cuales se pueden detectar aquellos sujetos que están en situación de riesgo de padecer un TCA. Estos grupos con riesgo suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso y tamaño, pero sólo una minoría cumple los criterios diagnósticos (Velasco y Pozo, 2001). Su uso entre los profesionales que trabajan, a nivel educativo o sanitario, con niños y adolescentes puede descubrir actitudes alimentarias no saludables en este colectivo.

Al igual que los padres, los educadores que tienen bajo su responsabilidad la formación de alumnos/as preadolescentes o adolescentes deberían ayudarles a tomar conciencia de la capacidad de manipulación de la publicidad y a proveerles de mecanismos que les permitan resistir la presión para conseguir un “cuerpo perfecto”. La primera condición que tienen que cumplir las personas que deseen prevenir los TCA es no tener, ellos mismos, problemas con la comida. Las conductas alimentarias de los educadores y su preocupación por el peso pueden afectar profundamente a sus alumnas. Las dietas de las profesoras en el comedor escolar modelan una forma de comer insana y pueden promover la aparición de trastornos alimentarios en su centro. La segunda condición es estar libre de cualquier forma de “racismo-pesismo” hacia la apariencia corporal de las personas (Calvo, 2002).

Por lo que respecta a esta investigación creemos que presenta algunas limitaciones que conviene reseñar. Así, se puede cuestionar el uso de un instrumento autoevaluativo como el EAT, dado que las personas con TCA suelen negar su enfermedad. Es difícil determinar los efectos del sesgo que provoca la negación ya que resulta imposible establecer con objetividad la magnitud de la fenomenología que queda encubierta en muchos de los ítems (Garner y Garfinkel, 1979). En cualquier caso, es el test de cribado más extendido en los TCA y se ha utilizado en múltiples estudios epidemiológicos en distintas culturas, sociedades -industrializadas y no industrializadas- y en poblaciones tanto clínicas como generales. Aunque han sido encontrados pocos casos de anorexia y bulimia, se han identificado un número significativo de individuos con síndromes parciales de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA subclínicos o de riesgo (Cervera, Quintanilla, 1995; Ruiz et al, 1998; Ruiz-Lázaro, 1998; Ruiz-Lázaro, 1999; Ruiz-Lázaro, 2000; Ruiz-Lázaro, 2001 b; Ruiz-Lázaro 2002 a; Ruiz-Lázaro, 2002 b; Ruiz-Lázaro y Comet, 2000; Ruiz-Lázaro et al, 2001).

La muestra, dado el procedimiento de selección, no es necesariamente representativa de todos los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. Puede haber un error sistemático por el hecho de reclutarla entre los participantes que se han inscrito voluntariamente a los distintos cursos sobre

prevención de los trastornos alimentarios y otros problemas en la adolescencia. Puede ser que los profesionales asistentes tengan una mayor motivación a participar en un curso de estas características por tener unas actitudes alimentarias poco saludables o por presentar un trastorno alimentario -o haberlo presentado anteriormente en su adolescencia-. De hecho, en las evaluaciones de los cursos, algunos profesionales revelan su condición de antiguos pacientes y es conocida la preferencia vocacional por las profesiones de ayuda, sociosanitarias entre las personas que sufren o han sufrido un trastorno de la alimentación.

La muestra es mayoritariamente femenina (un varón por cada 4,75 mujeres), pues este género es el que demuestra más interés por los cursos de formación en estas áreas (y el de más riesgo para desarrollar trastornos alimentarios). Esta realidad, también, puede sesgar los resultados encontrados. Por otra parte, que la muestra proceda de once cursos diferentes -en distintos medios- y que sea suficientemente numerosa (351 sujetos), aporta alguna relevancia a nuestros datos. Al ampliar progresivamente la muestra, desde que empezamos este estudio, se confirman nuestros primeros hallazgos anteriormente presentados (Ruiz-Lázaro, 2001 b). Serían precisos más trabajos, en muestras más amplias y representativas entre los profesionales de ambos sexos y en sus lugares de trabajo, que pudieran replicar nuestras observaciones.

Un porcentaje no despreciable de las mujeres profesionales estudiadas, parece compartir algunas de las creencias inapropiadas normativas en nuestra sociedad, en particular dentro la subcultura femenina, las cuales pueden transmitir, por modelado, a niños y adolescentes. Las encuestas entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes de enseñanza secundaria y universitaria indican que sobre el quince por ciento puntúa por encima de 20 en el EAT-26 (Garner, 1997). Nuestros datos entre las profesionales mujeres son inferiores, dada la media de edad de la muestra, de 31 años, pero no difieren de lo esperado en la población general coetánea.

Se aprecian claras diferencias por género, como era de esperar. El ser mujer es un factor de riesgo para los TCA. No parece, sin embargo, haber diferencia como población de riesgo por el hecho de pertenecer al mundo de la docencia o al sociosanitario. La profesión no parece ser un factor de protección o resistencia frente a estas actitudes alimentarias alteradas. Analizar estas actitudes patológicas para intentar su corrección puede contribuir a prevenir estos trastornos.

Si nuestros resultados se confirman, tras ser replicados, pueden conllevar a importantes implicaciones relacionadas con las intervenciones preventivas entre niños y jóvenes. Parece conveniente, al diseñar las actividades preventivas, analizar y corregir los mensajes inapropiados, los valores patológicos que los profesionales de la enseñanza, la educación no formal o sociosanitarios pueden transmitir a los niños y adolescentes, al igual que se debe trabajar con los padres y con los pares o iguales coetáneos (Ruiz-Lázaro, 2001 b).

Bibliografía

- Calvo R (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona, Planeta.
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E (1991). The "eating attitudes test": validation of the spanish version. *Evaluación psicológica. Psychol Assess*, 7 (2), 175-190.
- Cervera S, Quintanilla B (1995). *Anorexia nerviosa: manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Pamplona, EUNSA.
- Gahlinger PM, Abramson JH (1995). *Programa CONFINT. Computer Programs for Epidemiologic Analysis PEPI Versión 2*. Stone Mountain (Georgia), USD. Incorporated.
- García-Camba E (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona, Masson.
- Garner DM (1996). *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, pp. 461-476.

- Garner DM (1997). *Psychoeducational principles in treatment*. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of treatment for Eating Disorders*. NY, The Guilford Press, pp. 145-177.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9, 273-279.
- Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12, 871-878.
- Gardner MJ, Altman DG (1989). *Statistics with Confidence*. London, British Medical Journal.
- Nathan JS, Allison DB (1998). *Psychological and Physical Assessment of Persons with Eating Disorders*. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editors. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester, John Wiley & Sons, pp. 47-96.
- O'Dea JA, Abraham S (2001). Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviours related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *J Nutr Educ*, 33 (6), 332-340.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*, 114, 481-486.
- Piran N (2000). *Un enfoque participativo para la prevención escolar de los trastornos alimentarios*. En: Vandereycken W, Noordenbos G, editores. *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona, Ediciones Granica, pp. 215-229.
- Ruiz PM, Corral C, González S, Velilla M, Seva A (1996). *Abnormal Eating Attitudes in Infirmary Assistant*. X World Congress of Psychiatry. Abstracts. Book. Volume 2. Madrid, World Psychiatric Association, p. 148.
- Ruiz-Lázaro PM (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *An Esp Pediatr*, 49, 435-436.
- Ruiz-Lázaro PM (1999). Trastornos alimentarios en varones. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*; 3, 160-166.
- Ruiz Lázaro PM (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza (tesis doctoral)*. Zaragoza, Universidad de Zaragoza.
- Ruiz-Lázaro PM, Comet P (2000). Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Med Clin (Barc)*, 115 (7), 278.
- Ruiz-Lázaro PM, González E, Doñoro N, Roca M (2001). Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*; 2, 7-13.
- Ruiz-Lázaro PM (2001 a). *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. Arbada, 2001.
- Ruiz-Lázaro PM (2001 b). Actitudes alimentarias alteradas en profesionales (modelo para niños y adolescentes). *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*, 3, 6-9.
- Ruiz-Lázaro PM (2002 a). *Bulimia y anorexia. Guía para familias*, Zaragoza, Certeza.
- Ruiz Lázaro PM (2002 b). *Trastornos alimentarios y género: una visión feminista*. En: Elósegui M, González Cortés MT, Gaudó C, editoras. *El rostro de la Violencia*. Barcelona, Icaria Editorial. pp. 145-181.
- Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*, 3, 148-162.
- Velasco JL, Pozo JV (2001). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sus recaídas*. En: Vega AT, Rasillo MA, Franco M, Rodríguez G, editores. *Trastornos de conducta alimentaria en Castilla y León*. Valladolid, Junta de Castilla y León. pp. 131-140.