

**Diferencias  
por género de  
los trastornos  
de la conducta alimentaria  
en adolescentes españoles**

GENDER DIFFERENCES  
ON SPANISH ADOLESCENT  
EATING DISORDERS

PEDRO MANUEL RUIZ LÁZARO,  
MARÍA ÁNGELES PELÁEZ-FERNÁNDEZ\*,  
DAVID CALVO MEDEL, JESÚS PÉREZ HORNERO\*\*,  
ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO\*\*\*,  
MARÍA CALADO OTERO \*\*\*\*

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza.  
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS

\*Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

\*\*Unidad TCA Hospital Conxo. Santiago de Compostela

\*\*\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

\*\*\*\*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.



## RESUMEN

Este trabajo revisa las diferencias epidemiológicas en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre adolescentes españoles con un discurso cultural y de género (feminista). La epidemia global de los TCA y la insatisfacción corporal especialmente entre las mujeres jóvenes y adolescentes refleja las consecuencias de la cultura popular dominante que a menudo centra su atención en las mujeres y sus cuerpos.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), epidemiología, género, cultura, mujeres.

## INTRODUCCIÓN

Una aproximación cultural y de género, una perspectiva feminista aporta una visión complementaria necesaria al modelo biomédico para aproximarse a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Ruiz-Lázaro, 2002 a, 2002 b; Calado, 2011).

La epidemia global de los TCA y la insatisfacción corporal entre las adolescentes y mujeres jóvenes refleja las consecuencias de la cultura popular dominante que a menudo centra su atención en las mujeres y sus cuerpos.

Este trabajo aborda el contexto sociocultural y revisa las diferencias epidemiológicas en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre adolescentes españoles con un discurso cultural y de género (feminista).

La lipofobia y el modelo estético corporal excesivamente delgado donde la esbeltez es un valor social a conseguir se mantiene pese al paso de los años. Y se generaliza por las pantallas en un mundo globalizado que ha hecho suyo este mito occidental (Ruiz-Lázaro, 2002 b). Con una mayor presión hacia el género femenino. Aunque no en exclusiva, pues los TCA también se encuentran entre los varones adolescentes y jóvenes, con una significativa menor prevalencia, eso sí.

Hace ya años publicamos que la epidemiología de los TCA en España era un área de investigación que había avanzado en poco tiempo del cero al infinito con avances considerables. De no poseer apenas datos rigurosos y fiables hemos pasado en una década a ser probablemente la nación europea con más grupos de

## ABSTRACT

This study revises the epidemiological differences on Spanish adolescent eating disorders (ED's) with a feminist and cultural discourse. The global epidemic of ED's and body dissatisfaction among adolescent and young women reflects the consequences of a dominant popular culture that often has focused a great deal of attention on women and their bodies.

**Keywords:** Eating disorders (ED's), epidemiology, gender, culture, women.

trabajo y estudios con rigor metodológico en población general adolescente y juvenil.

Más que repetir estudios similares en todas las comunidades autónomas, lo más adecuado será avanzar en las zonas más oscuras: infancia, adultos, varones y en el estudio de los factores de riesgo. No hay muchos estudios españoles en dos fases que incluyan adolescentes tempranos y de ahí nuestro interés en investigar en este grupo de edad (Ruiz-Lázaro, 2003; Ruiz-Lázaro et al, 2005).

En la *Tabla 1* se resume algunos de los más recientes estudios de prevalencia de TCA nacionales. Existe disparidad en la metodología y la edad poblacional de las diferentes investigaciones epidemiológicas pero se puede admitir unas horquillas de prevalencia de riesgo de TCA entre el 4 y el 12% y de prevalencia de TCA entre el 1 y el 5% en mujeres y menor del 1% en hombres, con una prevalencia de sobrepeso-obesidad entre el 25 y el 30%, con claras diferencias por género (Calvo, 2012).

TABLA 1 ESTUDIOS ESPAÑOLES DE PREVALENCIA DE TCA DEL SIGLO XXI

Autor	Muestra	Criterio	Resultado
Pamies, Quiles 2011 <sup>54, 369</sup>	2142 ♀ y ♂ 13,9 a	EAT-40	Riesgo TCA 11,2% (♀ 7,79% y ♂ 3,34%)
Veses 2011 <sup>166</sup>	195 ♀ y ♂ 13-18 a	SCOFF	Riesgo TCA ♀ 24,7% y ♂ 17,3%
Mateos 2010 <sup>64</sup>	1364 ♀ y ♂ 12-17 a	EAT-40	Riesgo TCA 13,4%
* Ruiz-Lázaro 2010 <sup>370</sup>	701 ♀ y ♂ 12-13 a	EAT-26 SCAN	TCANE 0,7%
Jauregui 2009 <sup>218</sup>	318 ♀ y ♂ 12-18 a	EAT-40 SCOFF	Riesgo de TCA (SCOFF) 22,8% (EAT-40) 9,43%
Babio 2009 <sup>167</sup>	2967 12-18 a	EAT-40 Youth's Inventory	Riesgo TCA 425/2967 14,32%
Sepúlveda 2008 <sup>371</sup>	2551 ♀ y ♂ 18 a 26 años	EDI BSQ SCL-90R SER	Riesgo TCA ♀ 20,8% y ♂ 14,9%
*Pelaez-Fernandez 2008 <sup>372</sup>	559 ♂ y ♀ 14 a 18 a	(1) EDE (2) EDE +EAT+i DSM-IV	TCA en (1) fase 6,2% y en (2) fase 3%
Olesti Baiges 2008 <sup>373</sup>	551 ♂ y ♀ 12-21a	EAT, BAT, CIMEC DSM-IV	AN 0,9% BN 2,9% TCANE 5,3%
Gil García 2007 <sup>374</sup>	1667 ♀ y ♂ 12 a	EAT-26	Riesgo TCA 11%
González 2007 <sup>125</sup>	2195 12-18 a	EAT-26	Riesgo TCA ♀ 11,8% y ♂ 4,6%
*Sancho 2007 <sup>375</sup>	1336 ♀ y ♂ 11 a	ChEAT EAT DICA-A DICA- C BITE EDI	(DICA-C) TCA 3,44% (DICA-A) TCA 3,81%
*Pelaez-Fernandez 2007 <sup>376</sup>	1545 ♀ y ♂ 12-21 a	EAT-40 EDE-Q EDE	TCA 3,43% ♀ 5,34% (TCANE 2,72% BN 2,29% AN 0,33%) ♂ 0,64% (TCANE 0,48% BN 0,16%, AN 0%)
*Muro-Sans 2007 <sup>377</sup>	1155 ♀ y ♂ 10-17 a	EDI-2 EDI-12	♀ TCANE 2,31% ♂ TCANE 0,17%





Nuestro primer estudio epidemiológico de TCA de corte o transversal es ya del siglo pasado y no figura en esta tabla. En 1997 en Zaragoza en una muestra amplia representativa estratificada representativa comunitaria de 4.047 adolescentes españoles de 12-18 años con métodos estandarizados (en dos fases). Encontramos una prevalencia del 4,51% (IC 95% método exacto Mid-P 3,7% a 5,4%) de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre las mujeres estudiadas con un 3,83% (IC 95% método exacto Mid-P 3,1% a 4,7%) de TCA no especificados o atípicos TCANE. **Con un riesgo de TCA entre las mujeres del 16,32% (IC 95% método exacto Mid-P 14,8% a 17,9%) y del 3,3% (IC 95% método exacto Mid-P 2,6% a 4,2%) para los varones. (Ruiz-Lázaro, 2003; Ruiz-Lázaro et al, 2005). Y una obesidad entre las mujeres del 11,39% (IC 95% método exacto Mid-P 10,1% a 12,8%) y del 13,48% (IC 95% método exacto Mid-P 12,0% a 15,1%) para los varones. (Ruiz-Lázaro et al, 2005).**

Nuestros resultados confirmaban la teoría sociocultural y de género. La población con riesgo era indiscutiblemente superior entre el género femenino. Las variables psicológicas relacionadas con los TCA determinadas mediante cuestionarios autoadministrados se distribuían de forma significativamente diferente entre uno y otro sexo, excepto en la subescala Bulimia del EDI. Las subescalas Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal y Miedo a la Madurez tenían una media más elevada en los varones, lo que puede reflejar los valores culturales que se inculcan a género masculino. Que debe ser más competitivo, con mayor exigencia de logro, con la obligación de ocultar sus sentimientos. Y por esa presión ante las arrolladoras demandas de la vida adulta puede desear regresar a la seguridad de la infancia o no abandonarla. Los varones leían revistas deportivas y las mujeres de “fémimas”, ya desde

adolescentes, con mensajes diferentes que influyen de forma distinta y contribuyen a la construcción social del género (Ruiz-Lázaro, 2012 b).

El grupo ZARIMA Prevención, equipo multidisciplinar que trabaja en TCA desde 1995, ha desarrollado un programa de acción comunitario que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria (incluido en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, M.H.E. financiado por la Comisión Europea) (Ruiz-Lázaro PM, 2001), en colaboración con la asociación de familiares de TCA (ARBADA) y el Consejo Nacional Juventud Aragón (CJA), declarado de interés sanitario y financiado por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón y el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III FIS. PI 05/2533.

Este programa se ha aplicado en centros de secundaria públicos y privados del Norte de España en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander. Y en 2006 en Fuerteventura se aplica asimismo nuestro programa ZARIMA por el Grupo multidisciplinar Sáciate y acepta participar una muestra amplia y representativa de 798 alumnos de 8 centros en Fuerteventura (44 aulas).

Dentro de este proyecto continuado en el tiempo, en 2007 se realizó el estudio multicéntrico de detección temprana de TCA en adolescentes de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) del Norte de España parte de cuyos datos presentamos a la luz del modelo de género.

Este estudio valora las diferencias epidemiológicas por sexo/género de nuestro programa de criba que busca la detección temprana y prevención secundaria de los TCA.

■ **Objetivo general:**  
Epidemiología de TCA y sobrepeso en adolescentes tempranos varones

y mujeres (Primero de Enseñanza Secundaria Obligatoria, E.S.O.).

■ **Objetivos específicos:**

- 1.- Evaluar la población con riesgo de TCA en 1º de E.S.O. en varones y mujeres.
- 2.- Calcular la tasa de prevalencia puntual de TCA (CIE-10, DSM-IVTR) y sobrepeso/obesidad en varones y mujeres.
- 3.- Valorar las diferencias por género en las variables psicológicas estudiadas mediante autocuestionarios.

■ **Hipótesis de trabajo:**

- La población con riesgo de TCA y los casos prevalentes encontrados de TCA, sobrepeso y obesidad entre los adolescentes tempranos del norte de España (aragoneses, cántabros y gallegos) de nuestra muestra comunitaria no diferirán de forma significativa de anteriores resultados en otros trabajos de investigación españoles e internacionales con diferencias por género con mayor prevalencia de riesgo y de casos con TCA entre las mujeres.
- La mayoría de los casos de TCA encontrados serán TCANE, no especificados o atípicos.
- Se espera encontrar diferencias entre varones y mujeres, la población sana, con riesgo para TCA y con TCA con los instrumentos utilizados

## METODOLOGÍA

■ **Diseño:**

Se establece un diseño de estudio multicéntrico de corte o prevalencia en dos estadios o fases.

■ **Muestra:**

Se determinó el tamaño muestral con los siguientes parámetros. Se hizo un muestreo por conglomerados, que fueron los colegios, y se determinaron las aulas necesarias a priori. Con respecto a las aulas se estimó 20 alumnos por clase, pero finalmente se consideró una media de 27, porque teníamos más aulas de las necesarias. Los criterios de inclusión fue-



ron tener una edad entre 12 y 18 años (también se cogió a alumnos que tenían 11 años) y que estuvieran matriculados en un centro público o no (concertado) en las comunidades autónomas de Aragón, Cantabria y Galicia en 1º de la E.S.O. en 2007 y haber firmado consentimiento informado los padres y el menor. Los criterios de exclusión eran no comprender el idioma o padecer discapacidad mental que no permita la comprensión del estudio. La población española que cursaba 1º de la ESO en España en 2007 nos la facilitó el Ministerio de Educación. La muestra original aleatoria por conglomerados (aulas) consiste en 1.460 alumnos de centros de secundaria públicos y privados concertados del Norte de España con al menos dos aulas de 1º E.S.O. en cada escuela. Para el cálculo del tamaño muestral queríamos estimar la medición con una precisión (e) de error máximo del 2% y tener una confianza del 99% (1-alfa). El tamaño poblacional es de 493.597 alumnos. El efecto diseño es 2.0 con unas pérdidas estimadas del 10-15%. La prevalencia estimada de TCA por nuestro estudio anterior en Zaragoza es de 4,5%. El tamaño muestral necesario sería de 1.460 sujetos. Al tener de media 20 alumnos cada aula son necesarias 73 aulas, de 37 colegios públicos y no, que suponen una muestra de 1.460 alumnos. Y que se seleccionan de forma aleatoria con los datos del Departamento de Educación de cada comunidad con un muestreo estratificado por conglomerados.

#### Evaluación estándar:

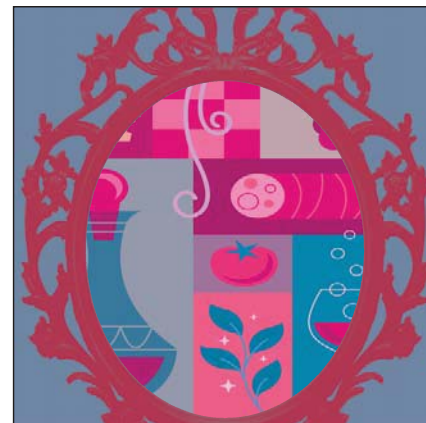
Se emplean medidas psicológicas estandarizadas. Se usa un procedimiento en doble fase para identificar casos prevalentes de TCA con criterios diagnósticos CIE-10, DSM IVTR.

Se hace una criba con cuestionarios validados (Eating Attitudes Test, EAT-26) (Castro et al, 1991, Peláez et al, 2014) y posteriormente entrevistas semi-estructuradas (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsy-

chiatry, SCAN) (Vázquez-Barquero JL, 1994). Se emplea un diseño de corte en dos estadios, con cribado y posteriores entrevistas de sujetos positivos y negativos. En la primera fase: se emplea cuestionarios autoadministrados para detectar población con riesgo de TCA. Investigadores entrenados administran la versión española del Eating Attitudes Test (EAT-26). También se completa un Cuestionario de Conocimientos de Nutrición, el Dibujo de la figura humana ideal, la Escala de Satisfacción con el propio cuerpo (SPC) (Gismero, 1996) y dos subescalas del Eating Disorder Inventory (EDI) (tendencia a adelgazar, IA, e insatisfacción corporal, IC) (Guimerá, 1987; Calvo, 2012). En la segunda fase: se efectúa una evaluación con entrevista semi-estructurada de quienes se considera con riesgo en la primera fase y una muestra de los negativos. Un psiquiatra o psicólogo clínico investigador experto en TCA y formado en esta entrevista administra el SCAN ciego para la condición del alumno evaluado al inicio.

#### Recogida de datos, Trabajo de campo:

Se obtiene consentimiento informado escrito del joven y su padre-madre/tutor. Se obtienen las aprobaciones institucionales éticas relevantes del Comité Ético de Investigación Clínica en Aragón (CEICA), Cantabria y Galicia. Se sigue los principios de la Declaración Helsinki e Informe Belmont. Todos los cuestionarios son anónimos, empleando un código numérico con una tarjeta con los datos personales si el adolescente resulta elegido para la segunda fase. Si se diagnostica un TCA en esta fase, se provee diagnóstico y tratamiento en nuestras unidades especializadas de referencia para la Comunidad de Aragón, Cantabria o Galicia. Preparamos un detallado manual de instrucciones y estandarizamos el procedimiento de los equipos que acuden a los colegios (de septiembre a diciembre de 2006). Se



trata de unificar la información dada en las aulas y la forma de administrar colectivamente los cuestionarios y la medida del peso y talla con básculas y tallímetros portátiles de alta precisión de forma individual para cada alumno, separado del resto de compañeros. Y entrenarse en la entrevista clínica individual semiestructurada. El trabajo de campo es de enero a abril de 2007 al ser el más apropiado por el calendario escolar.

#### Análisis de datos:

Calculamos las características socio-demográficas, prevalencia de TCA con sus intervalos de confianza al 95% (IC) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). Usamos el método recomendado (Wilson) con menos de 30 en cada grupo o si las proporciones observadas están fuera del rango 0,1 a 0,9.

#### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En 2007 se estudia 1.846 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, con una media de edad de chicos y chicas, en centros de secundaria públicos y privados (73 aulas) en Zaragoza, Santander, Santiago de Compostela, Vigo y Ourense (Spain, España).

Participan voluntariamente 1.846 alumnos de 37 centros (73 aulas) en la primera fase: 897 mujeres y 949 varones. Supone un 93,7% de participación con un 6,3% pérdidas. En la *Tabla 2* se detalla la distribución por género.



En la primera fase 176/1.846, el 9,5% de los adolescentes tempranos se clasifican con riesgo de TCA (altas puntuaciones, por encima del punto de corte,  $> \text{ó} = 20$  en el EAT-26) con un IC al 95% con el método recomendado Wilson entre 8,3 y 11,0% y un error estándar (SE) de 0,7.

Se definió el riesgo de tener un TCA como una puntuación mayor o igual a 20 en la escala EAT 26. Se obtuvo una prevalencia muestral del 9,5% en los adolescentes estudiados, siendo claramente mayor la prevalencia en las mujeres (11,3%) frente a los hombres (7,9%).

La diferencia entre la población con riesgo de TCA entre los varones y las mujeres es de 3,4% con un IC 95% para la diferencia entre las dos proporciones poblacionales entre 0,0092 y 0,0588 que no incluye el 0, el valor de la igualdad y que es por tanto estadísticamente significativa. Con respecto al sexo, ya hemos visto que la prevalencia es mayor en mujeres, y al compararlo con chi cuadrado obtenemos que las mujeres tienen más riesgo que los hombres.

En la *Tabla 3* se detalla la prevalencia de riesgo de TCA por comunidad autónoma y género (hombres y mujeres). Tanto en Aragón, como en Cantabria y Galicia las mujeres adolescentes tempranas tienen un mayor riesgo para desarrollar un TCA medido con el cuestionario EAT-26. Se obtiene significación estadística en la muestra total y en Galicia. La ratio hombre/mujer es de 1,3.

En nuestra muestra de adolescentes tempranos 460 de 1.702 tenían sobrepeso. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, incluyendo todos los adolescentes que superan el percentil 85 de las curvas de crecimiento de la Fundación Orbegozo es del 27%.

Nuevamente encontramos diferencias genéricas con una mayor prevalencia en el caso de las mujeres, un 31,4%, frente al 22,9% de los hombres.

En la *Tabla 4* se detalla la prevalencia de sobrepeso por comunidad autónoma y género (hombres y mujeres). En todas hay diferencia por género.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

	HOMBRE	MUJER	Total	Significación
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
<b>Edad</b>	12,47 (0,70)	12,28 (0,54)	12,38 (0,63)	p < 0,001*
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<b>11</b>	1 (0,1%)	2 (0,1%)	3 (0,2%)	
<b>12</b>	603 (32,7%)	679 (36,8%)	1282 (69,4%)	
<b>13</b>	248 (13,4%)	177 (9,6%)	425 (23,0%)	
<b>14</b>	88 (4,8%)	38 (2,1%)	126 (6,8%)	
<b>15</b>	9 (0,5%)	1 (0,1%)	10 (0,5%)	
<b>Tipo colegio</b>				
<b>Público</b>	533 (38,9%)	522 (28,3%)	1055 (57,2%)	
<b>No público</b>	416 (22,5%)	375 (20,3%)	791 (42,8%)	
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
<b>Nutrición</b>	6,23 (1,76)	6,30 (1,78)	6,27 (1,77)	
<b>EAT-26</b>	8,54 (7,21)	8,82 (9,20)	8,67 (8,24)	
<b>Factor I</b>	3,72 (4,60)	3,92 (5,86)	3,81 (5,25)	
<b>Factor II</b>	1,57 (1,89)	1,65 (1,93)	1,61 (1,91)	
<b>Factor III</b>	3,24 (3,05)	3,24 (3,40)	3,24 (3,22)	
<b>Satisfacción</b>	23,71 (4,24)	22,60 (4,70)	23,17 (4,51)	p < 0,001*
<b>EDI</b>	7,22 (8,42)	9,94 (11,24)	8,55 (9,98)	p < 0,001*
<b>IA</b>	3,11 (4,10)	4,22 (5,12)	3,65 (4,66)	p < 0,001*
<b>IC</b>	4,10 (5,39)	5,72 (6,95)	4,89 (6,25)	p < 0,001*
<b>Peso (Kg)</b>	52,72 (12,51)	50,85 (9,65)	51,81 (11,25)	p = 0,001*
<b>Talla (m)</b>	1,58 (0,08)	1,56 (0,06)	1,57 (0,08)	p < 0,001*
<b>IMC</b>	20,77 (3,75)	20,60 (3,31)	20,69 (3,54)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<b>Total</b>	949 (51,4%)	897 (48,6%)	1846 (100%)	

*La significación (\*) es para una p < 0,05 con los test  $\chi^2$  para variables cualitativas y t-Student para variables continuas.*

TABLA 3. PREVALENCIA DE RIESGO DE TCA

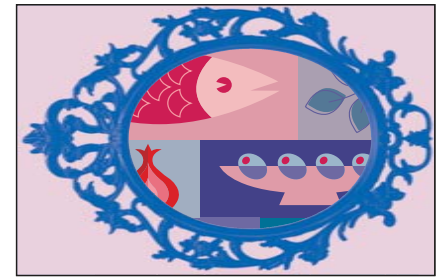
	Prev Ratio	Prev %	IC 95% Wilson %	Error estándar
<b>Aragón</b>	63/701	<b>9%</b>	(7,11-11,3)	1,1
<b>Hombre</b>	28/361	7,8%	(5,4-11,0)	1,4
<b>12</b>	15/231	6,5%	(4,0-10,4)	1,6
<b>13</b>	11/96	11,5%	(6,5-19,4)	3,3
<b>Mujer</b>	35/340	10,3%	(7,5-14,0)	1,6
<b>12</b>	21/260	8,1%	(5,3-12,0)	1,7
<b>13</b>	10/72	13,9%	(7,7-23,7)	4,1
<b>Cantabria</b>	38/434	<b>8,8%</b>	(6,4-11,8)	1,4
<b>Hombre</b>	17/226	7,5%	(4,7-11,7)	1,8
<b>12</b>	7/150	4,7%	(2,3-9,3)	1,7
<b>13</b>	6/58	10,3%	(4,8-20,8)	4,0
<b>Mujer</b>	21/208	10,1%	(6,7-14,9)	2,1
<b>12</b>	11/166	6,6%	(3,7-11,5)	1,9
<b>13</b>	9/34	26,5%	(14,6-43,1)	7,6
<b>Galicia</b>	75/711	<b>10,5%</b>	(8,5-13,0)	1,2
<b>Hombre</b>	30/362	8,3%	(5,9-11,6)	1,4
<b>12</b>	15/222	6,8%	(4,1-10,8)	1,7
<b>13</b>	10/94	10,6%	(5,9-18,5)	3,2
<b>Mujer</b>	45/349	12,9%	(9,8-16,8)	1,8
<b>12</b>	31/253	12,3%	(8,8-16,9)	2,1
<b>13</b>	11/71	15,5%	(8,9-25,7)	4,3
<b>TOTAL</b>	176/1846	<b>9,5%</b>	(8,3-11,0)	0,7
<b>Hombre</b>	75/949	7,9%	(6,4-9,8)	0,9
<b>12</b>	37/603	6,1%	(4,5-8,3)	1,0
<b>13</b>	27/248	10,9%	(7,6-15,4)	2,0
<b>Mujer</b>	101/897	11,3%	(9,4-13,5)	1,1
<b>12</b>	63/679	9,3%	(7,3-11,7)	1,1
<b>13</b>	30/177	16,9%	(12,1-23,2)	2,8





TABLA 4. PREVALENCIA DE SOBREPESO				
	Prev Ratio	Prev %	IC 95% Wilson	Error estándar
<b>Aragón</b>	165/647	<b>25,5%</b>	(22,3-29,0)	1,7
Hombre	67/335	20,0%	(16,1-24,6)	2,2
12	42/217	19,4%	(14,6-25,1)	2,7
13	20/89	22,5%	(15,0-32,2)	4,4
Mujer	98/312	31,4%	(26,5-36,8)	2,6
12	77/247	31,2%	(25,7-37,2)	2,9
13	17/58	29,3%	(19,2-42,0)	6,0
<b>Cantabria</b>	110/384	<b>28,6%</b>	(24,4-33,4)	2,3
Hombre	46/198	23,2%	(17,9-29,6)	3,0
12	24/130	18,5%	(12,7-26,0)	3,4
13	17/52	32,7%	(21,5-46,2)	6,5
Mujer	64/186	34,4%	(28,0-41,5)	3,5
12	47/146	32,2%	(25,2-40,1)	3,9
13	13/32	40,6%	(25,5-57,7)	8,7
<b>Galicia</b>	185/671	<b>27,6%</b>	(24,3-31,1)	1,7
Hombre	88/343	25,7%	(21,3-30,5)	2,4
12	56/211	26,5%	(21,0-32,9)	3,0
13	23/87	26,4%	(18,3-33,6)	4,7
Mujer	97/328	29,6%	(24,9-34,7)	2,5
12	79/241	32,8%	(27,2-38,9)	3,0
13	9/65	13,8%	(7,5-24,3)	4,3
<b>TOTAL</b>	460/1702	<b>27,0%</b>	(25,0-29,2)	1,1
Hombre	201/876	22,9%	(20,3-25,8)	1,4
12	122/558	21,9%	(18,6-25,5)	1,7
13	60/228	26,3%	(21,0-32,4)	2,9
Mujer	259/826	31,4%	(28,3-34,6)	1,6
12	203/634	32,0%	(28,5-35,7)	1,9
13	39/155	25,2%	(19,0-32,5)	3,5

TABLA 5. PREVALENCIA DE TCA				
	Prev Ratio	Prev %	IC 95% Wilson	Error estándar
<b>Aragón</b>	5/701	<b>0,7%</b>	(0,3-1,7)	0,3
Hombre	0/361	0,0%	(0,0-1,1)	0,0
12	0/231	0,0%	(0,0-1,6)	0,0
13	0/96	0,0%	(0,0-3,8)	0,0
Mujer	5/340	1,5%	(0,6-3,4)	0,7
12	3/260	1,2%	(0,4-3,3)	0,7
13	1/72	1,4%	(0,2-7,5)	1,4
<b>Cantabria</b>	1/434	<b>0,2%</b>	(0,0-1,3)	0,2
Hombre	0/226	0,0%	(0,0-1,7)	0,0
12	0/150	0,0%	(0,0-2,5)	0,0
13	0/58	0,0%	(0,0-6,2)	0,0
Mujer	1/208	0,5%	(0,1-2,7)	0,5
12	0/166	0,0%	(0,0-2,3)	0,0
13	1/34	2,9%	(0,5-14,9)	2,9
<b>Galicia</b>	7/711	<b>1,0%</b>	(0,5-2,0)	0,4
Hombre	1/362	0,3%	(0,0-1,5)	0,3
12	1/222	0,5%	(0,1-2,5)	0,4
13	0/94	0,0%	(0,0-3,9)	0,0
Mujer	6/349	1,7%	(0,8-3,7)	0,7
12	3/253	1,2%	(0,4-3,4)	0,7
13	2/71	2,8%	(0,8-9,7)	2,0
<b>TOTAL</b>	13/1846	<b>0,7%</b>	(0,4-1,2)	0,2
Hombre	1/949	0,1%	(0,0-0,6)	0,1
12	1/603	0,2%	(0,0-0,9)	0,2
13	0/248	0,0%	(0,0-1,5)	0,0
Mujer	12/897	1,3%	(0,8-2,3)	0,4
12	6/679	0,9%	(0,4-1,9)	0,4
13	4/177	2,3%	(0,9-5,7)	1,1



El número de casos de TCA es de 13/1.846. La prevalencia de TCA en adolescentes tempranos mujeres y varones que cursan 1º de la ESO en España es del 0,7%, diagnosticado de forma estricta a través de entrevista SCAN.

Las diferencias genéricas son demededoras. La prevalencia de TCA en mujeres es del 1,3% y en hombres del 0,1%. Los TCA son cosa de mujeres (y de algunos hombres).

La prevalencia de TCA por género con sus intervalos de confianza al 95% se muestra en la *Tabla 5*. En la *Tabla 5* se detalla asimismo la prevalencia de TCA por comunidad autónoma. En Aragón y Cantabria no encontramos ningún caso de TCA entre los varones estudiados, sí en Galicia.

Encontramos 13 casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TCANE), atípicos o subclínicos, entre los 1.846 alumnos estudiados tras realizar las entrevistas con riesgo y sin riesgo. Un hombre en Galicia y 12 mujeres. La prevalencia puntual de TCA hallada entre esta muestra poblacional de adolescentes tempranos es de 13/1.846, el 0,7% de TCANE, TCA atípicos o subclínicos, 13 casos que cumplen los criterios diagnósticos de un F 50.9 CIE-10, DSM-IVTR (Intervalo de confianza CI 95% calculado con el método recomendado Wilson con el CIA disk versión 2.00: 0,4%-1,2%). El error estándar es de 0,2. La diferencia entre la población con TCA entre los varones y las mujeres es de 1,2% con un IC 95% para la diferencia entre las dos proporciones poblacionales entre 0,0008 y 0,0232 que no incluye el 0, el valor de la igualdad y que es estadísticamente significativa.



Hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre varones y mujeres en la Escala de Satisfacción con el propio cuerpo (SPC) (mayor satisfacción en varones) y dos subescalas del Eating Disorder Inventory (EDI) (tendencia a adelgazar, IA, e insatisfacción corporal, IC) (mayor insatisfacción y tendencia a adelgazar en mujeres). Todas estas diferencias son comunes a las tres comunidades, salvo la SPC, que en Cantabria no obtiene significación.

## DISCUSIÓN

Se han llevado a cabo considerables avances en la investigación de la epidemiología de los TCA en España. De la revisión de estudios recientes (*Tabla 1*) (Calvo, 2012, Ruiz-Lázaro et al, 2003; Ruiz-Lázaro et al, 2010), pese a sus limitaciones metodológicas (Peláez et al, 2004), se sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados. Nuestro estudio viene a sumarse a estos hallazgos y confirma las diferencias genéricas encontradas en todos, que apoya la utilidad del enfoque cultural y de género para aproximarse a los TCA.

No se han efectuado buenos estudios epidemiológicos con poblaciones infantiles, adolescentes tempranas o poblaciones masculinas. En población preadolescente destaca el trabajo en Barcelona de Pilar Muro con un 13,16% de su muestra de 1.155 participantes varones y mujeres con una edad entre 10 y 11 años (Muro, 2008; Muro y Amador, 2007). En este estudio como en el nuestro sólo se encuentran TCANE, trastornos subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos (Sancho et al, 2007). Nuestro estudio anterior en Zaragoza (Ruiz-Lázaro et al, 2005) y el de Pérez-Gaspar en Navarra en 1997 (Pérez-Gaspar, 2000), los de Rojo en Valencia (Rojo et al, 2003) e Imaz en Valladolid (Imaz, 2003, Imaz et al, 2008) en

1999, el de Peláez en Madrid en 2002 y el de Sancho en 2007 (Sancho et al, 2007) en Tarragona son los únicos españoles en dos fases hasta la fecha que incluyen adolescentes tempranos dentro de la población estudiada. Las cifras de prevalencia encontradas de TCANE no difieren en exceso de nuestros resultados si se tienen en cuenta las diferencias metodológicas para la detección de casos.

Limitaciones: se puede cuestionar el empleo del EAT-26 como cuestionario de criba aunque se emplee una versión validada al español (Peláez et al, 2014), dada la tendencia a la negación y al secreto de las pacientes con TCA, que pueden ocultar sus actitudes y conductas alimentarias anómalas en un cuestionario autocumplimentado.

Los cuestionarios para la evaluación de los TCA en la práctica clínica y la investigación como el EAT y el EDI están pensados para el género femenino y esto puede influir en los resultados de los varones y acentuar las diferencias genéricas.

Dada la baja prevalencia de TCA entre los varones no es de extrañar que no hallamos encontrado casi ningún caso con este tamaño muestral, que debería incrementarse mucho para aumentar la probabilidad de hallar algún varón con patología alimentaria (Peláez et al, 2005)

## CONCLUSIONES

Nuestros resultados epidemiológicos confirman de nuevo con este trabajo comunitario la teoría sociocultural y de género. La población con riesgo y con TCA establecido es indiscutiblemente superior entre el género femenino en la población adolescente temprana escolarizada estudiada en el Norte de España en este siglo XXI.

Los estudios empíricos demuestran por tanto que la epidemia global de los TCA y la insatisfacción corporal entre las adolescentes y mujeres jóvenes refleja las consecuencias de la cultura popular dominante que a menudo centra su atención en las mujeres y sus cuerpos.

En el trabajo hemos abordado el contexto sociocultural y revisado las diferencias epidemiológicas en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre adolescentes españoles con un discurso cultural y de género (feminista).

Se ha demostrado que la lipofobia y el modelo estético corporal excesivamente delgado donde la esbeltez es un valor social a conseguir se mantiene pese al paso de los años. Y se generaliza por las pantallas en un mundo globalizado que ha hecho suyo este mito occidental (Ruiz-Lázaro, 2002 b). Con una mayor presión hacia el género femenino. Aunque no en exclusiva, pues los TCA también se encuentran entre los varones adolescentes y jóvenes, con una significativa menor prevalencia. La prevalencia de TCA en mujeres es del 1,3% y en hombres del 0,1 %. Los TCA son cosa de mujeres (y de algunos hombres).

Nuestros resultados confirmaban la teoría sociocultural y de género. La población con riesgo era indiscutiblemente superior entre el género femenino. Las variables psicológicas relacionadas con los TCA determinadas mediante cuestionarios autoadministrados se distribuían de forma significativamente diferente entre uno y otro sexo, excepto en la subescala Bulimia del EDI. Las subescalas Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal y Miedo a la Madurez tenían una media más elevada en los varones, lo que puede reflejar los valores culturales que se inculcan a género masculino. Que debe ser más competitivo, con mayor exigencia de logro, con la obligación de ocultar sus sentimientos. Y por esa presión ante las arrolladoras demandas de la vida adulta puede desear regresar a la seguridad de la infancia o no abandonarla. Los varones leían revistas deportivas y las mujeres de “fémimas”, ya desde adolescentes, con mensajes diferentes que influyen de forma distinta y contribuyen a la construcción social del género (Ruiz-Lázaro, 2012 b).





## BIBLIOGRAFÍA

- ALTMAN, D.G. MACHIN, D. BRYANT, T.N. GARDNER M.J. (2000) *Statistics with confidence*. 2nd edition. Bristol: BMJ.
- CALADO, M. (2011). *Liberarse de las apariencias. Género e imagen corporal* Madrid: Pirámide.
- CALVO, D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España. Estudio de dos fases en población adolescente temprana escolarizada* (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- CASTRO, J. TORO, J. SALAMERO, M. GUIMERÁ, E. (1991). The “eating attitudes test”: validation of the Spanish version, *Psychol Assess* 1991; 7 (2): 175-190.
- GISMERO, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas;
- GUIMERÁ, E. TORRUBIA, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *AN Psiquiatría*; 3 (5):185-190.
- IMAZ, C. *Trastornos del comportamiento alimentario en población estudiantil adolescente* (tesis doctoral). Valladolid: Universidad de Valladolid, 2003.
- IMAZ, C. BALLESTEROS, M. HIGUERA, M. CONDE V. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2): 75-81.
- MURO, P. *Estudio de los Hábitos Alimentarios y de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Adolescentes* (tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona, 2008.
- MURO-SANS, P. AMADOR-CAMPOS, J.A. Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders* 2007; 12; e1-e6.
- PÉREZ-GASPAR, M. GUAL, P. DE IRALA ESTÉVEZ, J. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M.A. LAHORTIGA, F. CERVERA, S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Bar)* 2000; 114 (14): 481-486.
- PELÁEZ, M.A. LABRADOR, FJ, RAICH RM (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*; 71/72: 33-41.
- PELÁEZ, M.A. LABRADOR, F.J. RAICH, R.M. (2005). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther* ; 5 (2): 135-148.
- PELÁEZ, M.A. LABRADOR, F.J. RAICH, R.M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescents and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosomatic Res*; 62 (6): 681-690.
- PELÁEZ-FERNÁNDEZ, M.A. RUIZ-LÁZARO, P.M. LABRADOR, F.J. RAICH, R.M. (2014). Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general. *Med Clin (Barc)*; 142 (4):153-155.
- ROJO, L. LIVIANOS, L. CONESA, L. GARCÍA, A. DOMÍNGUEZ, A. RODRIGO, G. SANJUAN, L. VILA, M. (2003). Epidemiology and Risk factors on Eating Disorders: A two-stage Epidemiological Study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*; 34: 281-291.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. (2001). Prevention of Eating Disorders in Adolescence: Zarima-Prevention. In: Mental Health Europe. Directory of Projects in Europe. Mental Health Promotion of Adolescents and Young People. Brussels: *Mental Health Europe*.pp. 76.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. (2002 a). *Bulimia y anorexia, Guía para familias*. Zaragoza: Certeza, 2002.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. (2002 b). Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En: *El rostro de la Violencia*. Barcelona: Icaria Editorial, 2002. p. 155-191.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España, *Actas Esp Psiquiatría*; 31 (2): 85-94.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. ALONSO, J.P. COMET, P. LOBO, A. VELILLA, M. (2005). Epidemiology of Eating Disorders in Spain. In: Swain PI, Editor. *Trends in Eating Disorders Research*. New York: Nova Publishers.pp.85-108.
- RUIZ-LÁZARO, P.M. COMET, M.P. CALVO, A.I. ZAPATA, M. CEBOLLADA, M. TRÉBOL, L. LOBO, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatría*; 38 (4): 204-211.
- SANCHO, C. ARIJA, M.V. ASOREY, O. CANNALS, J. (2007) Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 14.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. GAITE, J. ARTAL, J. ARENAL A, HERRERA, S. DÍEZ, J.F. CUESTA M.J. HIGUERA, A. (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica “Sistema SCAN” (“Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría”). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*; 22 (3): 109-120.

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria F.I.S. PI 05/2533

Con el agradecimiento por su colaboración al Grupo ZARIMA Prevención y a los IES Miguel Catalán, Corona de Aragón, Avempace y Tiempos Modernos y los colegios Santo Domingo, María Rosa Molas, Jesuitas, La Salle Montemolín y San Valero de Zaragoza y demás centros educativos de Cantabria y Galicia.