

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA INCIDENCIA  
DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
(TCA) EN LOS FACTORES DE PERSONALIDAD  
DEL ALUMNADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

*Differences from gender about the impact of Eating  
Behaviour Disorder on personality factors of students  
at secondary level*

*Différences de genre dans l'incidence des Dérangements  
de la Conduite Alimentaire dans les facteurs de  
personnalité de l'ensemble des élèves d'éducation secondaire*

Daniel GARROTE ROJAS\* y Ascensión PALOMARES RUIZ\*\*

\* *Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor de la Facultad de Educación de la UCLM. Plaza de la Universidad, n.º 3. 02071 Albacete.*

*Correo-e: Daniel.Garrote@uclm.es*

\*\* *Catedrática del Área de Didáctica y Organización Escolar de la UCLM. Plaza de la Universidad, n.º 3. 02071 Albacete. Correo-e: Ascension.Palomares@uclm.es*

Recibido: 15/09/2010; Aceptado: 30/10/2010; Publicado: 01/06/2011

BIBLID [0212-5374 (2011) 29, 1; 95-109]

Ref. Bibl. DANIEL GARROTE ROJAS y ASCENSIÓN PALOMARES RUIZ. Diferencias de género en la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los factores de personalidad del alumnado de educación secundaria. *Enseñanza & Teaching*, 29, 1-2011, 95-109.

**RESUMEN:** El presente trabajo tiene como objetivos: conocer la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la delgadez, como característica esencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); comprobar si existen diferencias significativas según el sexo; analizar la tendencia del alumnado a tener pensamientos o a darse comilonas –o atracones– incontrolables; y averiguar el grado de insatisfacción con la forma general de su cuerpo o con las partes del mismo que más preocupan a quienes padecen TCA (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). Para ello, se va a hacer uso de una metodología ecléctica. El número total de alumnos que han realizado la prueba EPQ-J han sido 700.

Los alumnos de los centros escolares analizados en la muestra presentan carencias en algunas áreas, a nivel personal, que les exponen a padecer un TCA. Habría que subrayar que, respecto a la emocionalidad, el 7,73% de los hombres y el 9,63% de las mujeres se muestran ansiosos, preocupados, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimidos, duermen mal, etc., obteniendo su mayor representatividad a los 13 años. Se ha comprobado que el 12,26% de los varones y el 6,85% de las mujeres están insatisfechos con su propio cuerpo.

*Palabras clave:* Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, adolescencia, personalidad, depresión, delgadez, educación integral.

**SUMMARY:** This paper tries to know the obsession for the thinness or incessant search of the thinness, as essential characteristic of Eating Disorders, verify if significant differences exist according to the sex, to analyze the trend of students to have thoughts or to give them heavy meals –or gluttonies– uncontrollable, and verify the degree of dissatisfaction with the general form of their body or with the parts of the same one that more worried those who suffer Eating Disorders (stomach, hips, thighs, buttocks, etc). For it, we have used an eclectic methodology. The samples of students who have done the test EPQ-J is 700.

The students analyzed in the sample show lacks in some areas at the personal level that they exhibit to suffer an Eating Disorders. There would be necessary to underline that, with regard to the emocionalidad, 7.73% of the men and 9.63% of the women prove to be anxious, worried, with fast changes of humor, frequently depressed, they sleep badly, etc., obtaining their representation, at the age of 13. There has been verified that, 12.26% of the males and 6.85% of the women are unsatisfied with their own body.

*Key words:* Eating Disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, personality, depression, slinness, integral education.

**RÉSUMÉ:** Le travail présent a comme objectifs: connaître l'obsession par la minceur ou une recherche incessante de la minceur, comme caractéristique essentielle des Dérangements de la Conduite Alimentaire; vérifier si des différences significatives existent selon le sexe; analyser la tendance de l'ensemble des élèves d'avoir des pensées ou de lui donner les ripailles –ou des gavages– incontrôlables; et vérifier le degré d'insatisfaction avec la forme générale de son corps ou avec les parties de

même qu'ils préoccupent plus ceux qui souffrent TCA (l'estomac, les hanches, les cuisses, les fesses, etc.). Pour cela, il part pour utiliser d'une méthodologie éclectique. Il y a eu 700 nombre total d'élèves qui ont réalisé la preuve EPQ-J.

Les élèves des centres scolaires analysés dans l'échantillon, présentent des manques dans quelques aires, au niveau personnel qu'ils exposent à souffrir un TCA. Il faudrait souligner que, par rapport à l'émotionnel, 7,73% des hommes et 9,63% des femmes se montrent anxieux, préoccupés, avec des changements rapides d'humeur, fréquemment déprimés, ils dorment mal, etc., en obtenant sa plus grande représentativité, à 13 ans. On a vérifié que 12,26% des hommes et 6,85% des femmes sont insatisfaits avec son propre corps.

*Mots clés:* Dérangement de la Conduite Alimentaire, anorexie nerveuse, boulimie nerveuse, adolescente, personnalité, dépression, maigreur, éducation intégral.

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han comenzado a ser conocidos. En los últimos 25 años, la anorexia y la bulimia nerviosas y el trastorno por atracones –y sus variantes– han dado la cara, como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural, en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez, así como graves carencias de orientación educativa en éste y otros ámbitos de Educación para la Salud.

El culto al cuerpo, la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo, en función de unos cánones arbitrariamente fijados, constituyen un contexto que favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal.

Una correcta evolución de la sociedad y de sus miembros debe estar cimentada sobre unas bases sólidas; por tanto, si los jóvenes de hoy serán los dirigentes del mañana, se les debe ayudar holísticamente para que tengan un correcto desarrollo y sean capaces de desplegar todo su potencial. De ahí, la importancia de una etapa tan crucial como la adolescencia, que influirá en el resto de su vida, ayudarles a que tengan un desarrollo integral.

## 2. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para poder ayudar al alumnado ante cualquier dificultad o problema, debemos conocerlo, en todas sus dimensiones, y averiguar qué le conduce a dejarse embauca por dichas ideas. Conocer la experiencia de algunas áreas, como la Educación Física, para paliar la mella que hacen en los jóvenes los TCA o la importancia de que, en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital de Día, los diferentes

profesionales (psicólogos, psiquiatras, endocrinos, maestros, etc.) estén coordinados para buscar y hacer llegar a nuestros jóvenes una solución para su problema.

La palabra anorexia proviene del griego *ανορεξία* (carencia o privación) y *όρεξις* (deseo), haciendo referencia a una falta de apetito.

La palabra bulimia, procedente del griego *βουΐς* (buey) y *βουλιμία* (limos, hambre), significa «tener el apetito de un buey». Caracterizada por periodos de atracones de comida, seguidos de ingesta de comida normal o ayuno, pero sin la pérdida extrema de peso de la anorexia nerviosa.

Sin embargo, resulta aún más preocupante el hecho de que actualmente se ha desarrollado una cultura pro *Ana* (termino utilizado para hacer referencia a la Anorexia) y *Mia* (vocablo utilizado como sinónimo de la Bulimia), en donde existe toda una oda a la delgadez, y el sobrepeso es visto como un enemigo a vencer. Para estos grupos de personas, la anorexia y la bulimia son todo un estilo de vida, y han desarrollado páginas en Internet, donde se promueven las conductas anoréxicas y bulímicas, a través del abuso de dietas sin controles médicos, la ingesta de laxantes y diuréticos, así como formas de esconder los síntomas de la enfermedad ante los familiares, compartir experiencias sobre el desarrollo de la enfermedad y motivarse –entre el grupo– a seguir adelgazando.

Internet resulta un medio donde es fácil divulgar la información y los jóvenes tienen acceso a páginas webs y se apoyan en iniciativas para disminuir la ingesta. Se animan unos a otros e –incluso– hacen competiciones para averiguar quién pierde más peso, es capaz de estar más tiempo sin comer o desarrollar diferentes estrategias, para que los padres o profesores no se den cuenta de que uno realmente no ingiere la comida que se les ofrece.

### 3. OBJETIVOS

Debido a la cantidad de problemas que acarrea este tipo de enfermedad, una intervención adecuada es crucial para mantener una correcta salud, tanto mental como física, en nuestros centros escolares. Los *objetivos* de esta investigación son:

1. Analizar la obsesión por la delgadez o búsqueda incesante de la delgadez, como característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Estudiar si existen diferencias significativas respecto al sexo, en los TCA.
3. Conocer la tendencia de los alumnos a desear o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.
4. Averiguar la insatisfacción de los alumnos con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).

#### 4. METODOLOGÍA

Diversos autores, como Arnal, Del Rincón, Latorre y Sans (1995: 20), argumentan que «La investigación es una actividad humana orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemática».

Se va a hacer uso de una metodología ecléctica que conjuga la investigación, tanto descriptiva y centrada en el análisis cuantitativo, a través de dos Cuestionarios, como interpretativa de esos datos estadísticos, mediante el empleo de entrevistas, que permitan contextualizar la realidad concreta de este trastorno en los centros de la capital granadina.

##### 4.1. Contexto

Se ha trabajado con la población escolar de Educación Secundaria, en concreto con alumnos de primero, segundo, tercero y cuarto de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) de los IES Juan XXIII de Granada capital. La selección de la muestra responde al criterio normativo de la edad, en este caso, 11 a 17 años, momento decisivo para estas personas, al encontrarse ante la toma de decisiones importantes de cara a su futuro profesional y personal, al finalizar la escolarización obligatoria. El número de personas que conforman la muestra es de 700 alumnos. La representación de hombres en el Cuestionario EDI-2 es del 53,57%; de mujeres, el 45,86%; e invalidados, el 0,57%. Mientras que en, el EPQ-J, los hombres representan el 51,85% (363) y las mujeres el 48% (336), resultando invalidado uno, el 0,14%.

##### 4.2. Instrumentos

En los trastornos de etiología y patogenia compleja, como los de la alimentación, son de vital importancia una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y un registro estandarizado de las distintas áreas conflictivas. Para realizar esta evaluación, se llevarán a cabo distintos cuestionarios:

- *Hábitos alimentarios, cogniciones y psicopatología. Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*. Este Cuestionario proporciona información útil respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios. Esta prueba presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez.
- *Cuestionario de Personalidad (EPQ-J)*. En la evaluación de la personalidad se utilizó el Cuestionario EPQ-J de H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (1975) que es un instrumento de 81 ítems cuyo objeto es evaluar –en los alumnos– las tres dimensiones básicas de la personalidad.

Se han empleado técnicas cuantitativas y cualitativas:

- a) Técnicas cuantitativas: *Cuestionarios*: Las dos pruebas que se pasaron en los tres centros Juan XXIII durante dos meses fueron: Cuestionario de Personalidad (EPQ-J) e Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
- b) Técnicas cualitativas: *Entrevista*: Se centra la entrevista en el análisis del trabajo motivacional y la decisión terapéutica. En estos pacientes han de ser clarificados y especialmente tenidos en cuenta aspectos como motivación, objetivos del paciente y relación terapéutica.

#### 4.3. Análisis de datos

En el análisis de los resultados aportados por el cuestionario, se va a utilizar el paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, versión 15). En cuanto a la información de las entrevistas, se llevará a cabo un sistema de categorización para realizar un correcto análisis de contenido.

Como limitaciones más significativas de la investigación, habría que destacar:

- *Escasa motivación de los sujetos.*
- *Dificultad en la comprensión del vocabulario de los cuestionarios.*
- *Edades de los sujetos.* En algunas clases, se encontraban alumnos que habían repetido, lo que ampliaba el intervalo de edad del estudio.
- *El tiempo,* debido a la proximidad de los exámenes de los alumnos.

Respecto a los resultados cuantitativos, analizaremos ambos cuestionarios:

##### A) EPQ-J (Cuestionario de Personalidad)

El número total de alumnos que han realizado la prueba han sido 700, de los cuales fueron válidos 692, dándose por invalidados los que no fueron rellenados adecuadamente o aquellos que estaban incompletos. La puntuación de los centiles, en *E* (Extraversión), *S* (Sinceridad) y *CA* (Conducta Antisocial) utilizan un rango entre 0 y 99. Mientras que *N* (Emocionalidad) está situado entre 1 y 99. La subescala *P* (Dureza) se encuentra entre 5 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en 11-19, con una media de 14,04 años y una desviación típica de 1,385.

##### B) EDI-2 (Varones y mujeres sin TCA)

El número total de alumnos que realizaron la prueba y resultaron válidos fue de 686. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado.

La puntuación de los centiles de las escalas, en BT, B, BD, I, P, ID, IA, MF, A, IR y SI, varía entre 2 y 99. El rango de edad de los sujetos se sitúa en el 11-17, con una media de 13,93 años y una desviación típica de 1,384. La estatura media se sitúa en 1,64, moviéndose por un rango situado entre 1,40 y 1,90. El peso medio de la muestra es de 55,67 kilogramos, entre un rango que varía desde los 28 kg hasta los 100 kg.

## 5. RESULTADOS

Como comentan Herrero y Viña (2005), los datos respecto de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria distan de ser definitivos (Miotto, De Coppi, Frezza y Preti, 2003), la mayoría de los autores señalan un claro aumento de la misma (Chinchilla, 2003; American Psychiatric Association, 2002; García-Gamba, 2001; Polivy y Herman, 2002), entendiendo los grandes esfuerzos que se dedican a determinar su grado de extensión.

En la *Escala DT (Obsesión por la delgadez)*, se presentan los porcentajes de adolescentes de ambos géneros que están en situación de riesgo, en función de los criterios señalados por algunos autores, a partir de las puntuaciones obtenidas en el EDI. Los porcentajes de adolescentes que se encuentran en situación de riesgo son mucho más altos en las mujeres que en los hombres, como el presente estudio ratifica.

Utilizando el criterio de riesgo de Morandé (1999), tanto en la submuestra masculina como en la femenina, sus porcentajes son mayores. En la submuestra masculina, obtenemos un 11,4% frente al 24,9%. La diferencia es menor en la submuestra femenina, del 2,8% frente al 3,4%. Respecto al criterio de Gandarillas y Febrel (2000), el porcentaje de mujeres en situación de riesgo es del 11,4%, siendo el porcentaje menor obtenido junto con Garfinkel y Garner (1983) y el 11,0% de los presentes estudios, mientras que –en los hombres– es del 2,8%. Al utilizar el criterio de Garner (1998), en las mujeres encontramos un porcentaje de riesgo del 5,7%, que es el porcentaje menor obtenido. El porcentaje de hombres en riesgo es del 1,8%. Utilizando el criterio de Norring y Sohlberg (1988), las mujeres en situación de riesgo es del 2,4% y en hombres del 0,8% (Garrote, 2009).

En la Tabla 1, mostramos la puntuación media y la desviación típica obtenida en la muestra de estudio, tanto varones como mujeres, y las puntuaciones obtenidas en otros estudios.

En mujeres, la puntuación media es de 4,98 y equivale a un percentil de 52,92, con una desviación típica de 24,37. En los varones, la media de las puntuaciones es de 2,48, equivaliendo a un percentil de 65,27 con una desviación típica de 22,64.

TABLA 1

Puntuaciones medias y desviaciones típicas en obsesión por la delgadez

Autores	Obsesión por la delgadez			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación Típica
Garner <i>et al.</i> (1983)	5,0		1,6	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)			5,1	5,5
Garner (1998)	5,5	5,5	2,2	0,4
Gandarillas y Febrel (2000)	5,4		1,5	
Cruz y Maganto (2002)	5,2	5,8	1,8	2,9
Herrero y Viña (2005)	5,4	5,6	3,1	4,0
Este estudio	4,98		2,48	

En la Tabla 2, mostramos el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma, a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 24% de los varones y el 12,46% de las mujeres responden a este criterio. En los hombres, la incidencia es máxima a los 14 años y en las mujeres a los 15 años.

Tabla 2

Sujetos que han superado el centil 85 en las tres escalas estudiadas (en %)

	Edad	11	12	13	14	15	16	17
Escala DT	Varones	3,33	23,33	20	28,88	12,22	11,11	1,11
	Mujeres	2,50	10	20	25	30	10	2,50
Escala B	Varones	4,83	24,19	24,19	17,74	17,74	9,67	1,61
	Mujeres	2,77	16,66	22,22	25	25	2,77	5,55
Escala BD	Varones	2,17	28,26	19,56	28,26	23,91	2,17	2,17
	Mujeres	4,54	13,63	18,18	27,27	27,27	9,09	0



La *Escala B (bulimia)* evalúa las actitudes y conductas relacionadas de forma más directa con la anorexia y la bulimia. Según el manual del *EDI-2* hace referencia a la tendencia a tener deseos o a darse comilonas –o atracones– de comida incontrolables.

En la muestra, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,715 (percentil 57,87). El 50,4% de los hombres (189 sujetos) obtuvieron un percentil 41, equivalente a una puntuación directa (PD) de 0, como se puede observar en la Tabla 3.

TABLA 3  
 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en bulimia

Autores	Bulimia			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación Típica
Garner <i>et al.</i> (1983)	2,0		1,0	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)			1,7	3,1
Garner (1998)	1,2	1,9	1,0	1,7
Gandarillas y Febrel (2000)	1,3		1,4	
Cruz y Maganto (2002)	1,6	2,6	1,7	2,4
Herrero y Viña (2005)	1,3	2,5	1,6	2,6
Este estudio	1,06		1,71	

Además, las mujeres obtuvieron una puntuación media de 1,06 (percentil 57,72). El 60,12% de las mujeres (193 sujetos) obtuvieron un percentil 47, equivalente a una puntuación directa (PD) de 0.

Al comparar nuestras puntuaciones con las obtenidas en el estudio de Herrero y Viña (2005), puede observarse que la puntuación en mujeres es menor que la obtenida en los hombres, al igual que ocurre en Herrero y Viñas (2005), con unas puntuaciones similares en los hombres, aunque en las mujeres es dos décimas inferior.

En la Tabla 2, se refleja igualmente el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas, lo que no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma, a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 16,53% de los varones y el 11,21% de las mujeres responden a este criterio.

En los varones el grupo de edad de máxima incidencia es entre los 12 y 13 años, mientras que –en las mujeres– aparece entre los 14 y 15 años.

En la Tabla 2 aparece la distribución de los sujetos que obtuvieron esta PD en función de la edad.

La *Escala BD (insatisfacción corporal)* mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA. Se considera una característica fundamental tanto en la anorexia como en la bulimia.

En la muestra, los hombres obtuvieron una puntuación media de 1,34 (percentil 51,83). El 32,88% de los hombres (121 sujetos) obtuvieron un percentil de 26, equivalente a una puntuación directa (PD) de 0. En la Tabla 2 se refleja la distribución de los sujetos que obtuvieron esta PD en función de la edad.

Resulta interesante destacar que, al comparar nuestros resultados con otros estudios, se comprueba que la media obtenida en las mujeres es de las menores (5,4). En el caso de los hombres, el estudio al que más se aproxima nuestra puntuación es al obtenido por Cruz y Maganto (2002) como observamos en la Tabla 4.

TABLA 4  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas en insatisfacción corporal

Autores	Insatisfacción corporal			
	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Garner <i>et al.</i> (1983)	10,2		3,9	
Garner y Olmsted (1984) (citado en Garner, 1998)			9,7	8,1
Garner (1998)	12,2	8,3	4,9	5,6
Gandarillas y Febrel (2000)	9,3		3,5	
Cruz y Maganto (2002)	9,4	8,0	2,1	3,6
Herrero y Viña (2005)	7,4	7,0	4,7	5,3
Este estudio	5,4		2,65	

En la Tabla 2, se reseña el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas. Esto no significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). El 12,26% de los varones y el 6,85% de las mujeres responden a este criterio.

El número de casos en hombres es el doble que en mujeres, siendo los 14 años el grupo de edad de máxima incidencia de esta característica.

## 6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

Se realizaron siete entrevistas a personas que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria. Las entrevistas estaban divididas en dos partes. Previamente, nos presentamos, y les explicamos la función investigadora de este estudio y su anonimato.

- a) *Primera parte.* Preguntamos al sujeto la edad, peso, estatura, curso escolar en el que se encontraba, profesión de los padres, si realizaba algún tipo de conducta purgativa, etc. Expondremos las ideas que nos hayan parecido más significativas.
- b) *Segunda parte.* Cumplimentar el Cuestionario EDI (Garner, Olmsterd y Polivy, 1983), que es el que se utiliza actualmente en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Psiquiatría del Hospital San Cecilio de Granada. En este caso, es el entrevistador el que va leyendo las preguntas del cuestionario y anotando las respuestas, parándose en algunas preguntas, para que el sujeto pudiera expresar sus sentimientos o por si quería explicar a qué se debía su respuesta. Esta forma de actuar con el sujeto se realiza para disminuir la tensión en las respuestas y para que éste coja confianza con el entrevistador, fomentando la sinceridad en las respuestas.

## 7. TRIANGULACIÓN DE DATOS

Una vez realizada la presentación de los datos cualitativos y cuantitativos, se realizó la triangulación o contrastación de las fuentes empleadas (alumnos y alumnas de los diferentes Centros Escolares Juan XXIII de Granada) y metodológica (instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos utilizados en la investigación). Este proceso resulta de gran importancia, debido a que asegura los criterios de validez reconocidos, aportando credibilidad a los datos obtenidos en otras investigaciones. Esta información pretende conocer el nivel de incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, todo ello encaminado a dar respuesta a nuestros objetivos.

En la columna de los cuestionarios, se reseña el porcentaje de sujetos que, en función de su edad, han superado el centil 85, puntuación que se considera como punto de corte significativo de posibles problemas, lo que tampoco significa necesariamente que exista un trastorno o que la situación sea preocupante, pero sí que aparecen algunas señales de alarma, a las que es necesario prestar atención (TEA ediciones). De ahí el gran valor confirmatorio de la entrevista clínica y, no sólo propedéutico/diagnóstico, mientras que, en la columna de las entrevistas, se indica la puntuación, edad y sexo de los sujetos.

## 8. CONCLUSIONES

Después de analizar la muestra y conociendo que la búsqueda incesante de la delgadez es una característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria, obtenemos un porcentaje del 12,46% de las mujeres y un 24% de los hombres obsesionados por la delgadez. Además, las estadísticas señalan que la prevalencia de anorexia nerviosa fluctúa entre 0,2% y 0,5% y la bulimia entre 2-3%, mientras que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados es del 3-5%. Aunque los casos son más frecuentes en la adolescencia, se han detectado casos en niños, adultos y ancianos (Gómez, 1993; Unikel, 1999, 2002).

Los alumnos de los centros escolares analizados en la muestra presentan carencias en algunas áreas a nivel personal que les exponen a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Estas áreas o factores los especificamos seguidamente y son los que forman los objetivos específicos de nuestra investigación. A nivel de personalidad, respecto a la emocionalidad, el 7,73% de los hombres y el 9,63% de las mujeres se muestran ansiosos, preocupados, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimidos, duermen mal, etc., obteniendo su mayor representatividad a los 13 años. Todo ello nos indica el momento en que estos sujetos se muestran más débiles y propensos a verse envueltos en un trastorno alimentario. También se han analizado otras escalas que forman parte de las características de trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La insatisfacción corporal, el sentimiento de inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre su propia vida indican una pobre autoestima, una evaluación negativa, que conllevan sentimientos de soledad y de vacío. El perfeccionismo, pensar que sus resultados personales deberían ser mejores, aceptando sólo niveles de rendimiento personal excelente, convencidos de que los demás esperan de ellos tales resultados. De la misma forma, la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia, teniendo dificultad para expresar sus propios sentimientos y pensamientos. El miedo a madurar, a que su cuerpo cambie, a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con la condición de persona adulta.

Respecto a los objetivos marcados, las conclusiones serían:

- De acuerdo con los criterios de riesgo elaborados por Morandé (1999), Gandarillas y Febrel (2000), Garner (1998), Norring y Sohlberg (1988), en varones, se ven afectados desde un 2,8% hasta un 0,8% de la muestra y, en mujeres, desde un 11,4% hasta un 2,4% de la misma. Sin embargo, en función de la puntuación considerada por TEA como significativa de posibles problemas –no por ello resulta indicativa de un trastorno– se verían identificados el 24% de los varones y el 12,46% de las mujeres.
- El 16,53% de los varones y el 11,21% de las mujeres muestran una disposición a tener pensamientos o a darse comilonas –o atracones– de comida incontrolables. Esta conducta es una característica distintiva de la bulimia nerviosa.

- El 12,26% de los varones y el 6,85% de las mujeres están insatisfechos con su propio cuerpo. Esta insatisfacción corporal puede considerarse como una de las características centrales de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Esta insatisfacción corporal es una perturbación de la imagen corporal característica de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con TCA.
- Nos encontramos ante un problema social que requiere un planteamiento holístico, por lo que una educación de calidad desde la más temprana edad constituye el mejor medio para prevenir los diferentes TCA. En esta tarea deben trabajar colaborativamente no sólo los padres y docentes, sino la sociedad, en general (Palomares, 2009: 357).

La etapa escolar es un momento muy importante para el alumno, ya que no sólo forma y desarrolla su potencial intelectual, sino que es el momento de formar los pilares de su personalidad, donde vaya adquiriendo las herramientas necesarias para, en el futuro, hacer frente a los momentos de duda e incertidumbre y que no se deje llevar por el ritmo que marcan las modas, la sociedad, los iguales o cualquier grupo o situación que le merme en su desarrollo personal. Por tanto, hay una labor muy importante que realizar en los centros, mediante actividades formativas, en los que el alumno sea capaz de adquirir las habilidades personales necesarias para afrontar estas situaciones con éxito. Después de los resultados presentados, se pone de manifiesto una vía de agua en los alumnos, que nos puede llevar a que se hundan en esta sociedad o como una posibilidad de mejora con la adquisición de nuevas habilidades. Por tanto, el profesorado debe asumir que las características del alumnado –positivas o negativas– están configuradas, por la sociedad que le ha tocado vivir, resultando evidente que tiene el derecho a disponer de una escuela de calidad, garantizada por los poderes públicos y en la que no existan discriminaciones de ningún tipo. Dicha escuela debe propiciar posibilidades reales de desarrollo social, personal y profesional para todo el alumnado, como derecho básico e inalienable (Palomares y Garrote, 2009: 341).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Masson.
- Arnal, J.; Del Rincón, D.; Latorre y Sans, A. (1995). Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Dykinson.
- Borda, M.; Río, C.; Torres, I.; Avarguez, M.<sup>a</sup> L. y Pérez, M.<sup>a</sup> A. (2009). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes. Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Psicología conductual*, vol. 17 (3), 499-521.

- Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Ediciones Planeta.
- Carretero, A.; Sánchez, L.; Rusiñol, J.; Raich, R. y Sánchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, vol. 20 (2), 145-157.
- Chinchilla, A. (2003). ¿Es real la actual epidemia de trastornos de la conducta alimentaria? En A. Chinchilla (Ed.). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones (pp. 143-147). Barcelona: Masson.
- Colás, M.<sup>a</sup> P. y Buendía, L. (1992). Investigación educativa. Sevilla: Alfar.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 455-473.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). Manuel of Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Atoughton.
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- García-Camba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En E. García-Camba (Ed.). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (pp. 3-29). Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1983). Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York: Brunnel-Mazel.
- Garner, D. M. (1998). EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual. Madrid: TEA.
- Garner, D. M.; Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garrote Rojas, D. (2009). Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria. Granada: Publicaciones de la Universidad.
- Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-24.
- Gracia, M.; Ballester, D.; Patiño, J. y Suñol, C. (2001). Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 1-5.
- Herrero, M. y Viña, M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 5, 67-83.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana.
- Leitenberg, H.; Rosen, J. C.; Gross, J.; Nudelman, S. y Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Martín Murcia, F. M.; Cangas, A. J.; Pozo, E. M.<sup>a</sup>; Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, vol. 21 (1), 33-38.

- Miotto, P.; De Copi, M.; Frezza, M. y Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: Prevalence in area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*, 119, 145-154.
- Morandé, G.; Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in Sweden: Description, crosscultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575.
- Palomares Ruiz, A. (2009). El nuevo modelo docente en el paradigma formativo centrado en el alumnado. *Enseñanza & Teaching*, vol. 27 (2), 45-75.
- Palomares, A. y Garrote, D. (2009). Educación, Democracia e Interculturalidad. *Ensayos*, 23, 327-343.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Sánchez García, M.<sup>a</sup> F. (2010). La orientación en España: despegue de una profesión. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, vol. 21 (2), 231-239.
- Santana Vega, L.; Feliciano García, L. y Jiménez, A. B. (2009). Autoconcepto académico y toma de decisiones en el alumnado de Bachillerato. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, vol. 20 (1), 61-75.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Unikel, C.; Mora, J. y Gómez, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Internacional de Psicología*, 33 (1), 11-29.
- Unikel, C.; Saucedo-Molina, T.; Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-56.