Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Med Clin (Barc). 2011;**136(4)**:139–143

MEDICINA CLÍNICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Original

Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes

Lidia Pamies-Aubalat *, Yolanda Quiles Marcos y Miguel Bernabé Castaño

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 11 de febrero de 2010
Aceptado el 11 de mayo de 2010
On-line el 5 de noviembre de 2010

Palabras clave:
Trastorno de la conducta alimentaria
Conducta alimentaria
Eating Attitude Test
Adolescentes
Prevalencia

RESUMEN

Fundamento y objetivo: El objetivo de este trabajo fue estimar el porcentaje de adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), analizando las diferencias en función del género, la edad y su índice de masa corporal (IMC).
Sujetos y método: Se utilizó una muestra representativa de 2.142 adolescentes (47,2% chicos; 52,8% chicas) de diferentes centros educativos de Alicante. El proceso de cribado se realizó mediante el cuestionario EAT-40, utilizando como punto de corte 30, y se calculó su IMC.
Resultados: Un 11,2% de los adolescentes presentó conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA, de los que un 7,79% fueron chicas y un 3,34% chicos. Los adolescentes de 12 años presentaban puntuaciones superiores en el EAT-40 que el resto de compañeros. Los adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA tenían un IMC superior al de los que presentaban en menor medida este tipo de conductas.
Conclusiones: El porcentaje de chicas con conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA fue inferior al de estudios previos; no ocurrió lo mismo en el caso de los chicos. La edad en la que se manifiestan estas conductas alteradas respecto a la alimentación apoya la necesidad de desarrollar estrategias de prevención en edades tempranas.
© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents

Keywords:
Eating disorder
Eating behaviours
Eating Attitude Test
Adolescents
Prevalence

ABSTRACT

Background and objectives: The aim of this study was to estimate the percentage of adolescents with risk eating behaviours for developing an eating disorder (ED), analyzing the differences in gender, age and body mass index (BMI).
Subject and methods: We used a representative sample of 2,142 adolescents (47.2% boys, 52.8% girls) from different schools in Alicante. The screening procedure was performed using the EAT-40, with a cutoff point of 30, and the BMI was calculated.
Results: 11.2% of adolescents presented risk behaviours of developing an ED, 7.79% were girls and 3.34% boys. Adolescents of 12 years had higher scores on the EAT-40 than other classmates. Teenagers with higher risk eating behaviours had a BMI greater than those with lower scores.
Conclusions: The percentage of girls who presented more risk eating behaviours was lower than previous studies. The age in which these behaviours are manifested, supports the need to develop prevention strategies at younger ages.
© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad existe una preocupación creciente de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales por la promoción de una alimentación saludable entre los niños y jóvenes[1]. Esta preocupación está relacionada tanto con la ascendente evolución de la obesidad en los últimos años, como con el incremento en el número de adolescentes que realizan dieta[2,3]. Este último dato es preocupante si se tiene en cuenta que la dieta es un importante factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que están asociados al control extremo del peso y otros comportamientos no saludables[4–6]. En los últimos años ha habido un incremento en el interés social y científico en los TCA. Esto se debe, principalmente, a que se trata de una patología

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lpamies@umh.es (L. Pamies-Aubalat).

0025-7753/$ – see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medcli.2010.05.023

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

caracterizada por la gravedad de sus síntomas, su elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, así como al alto grado de comorbilidad y mortalidad que presenta[7–9]. Los TCA constituyen en la actualidad la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentales[10].

Estos factores han provocado que en las últimas décadas se hayan realizado estudios epidemiológicos con el objetivo de estimar el alcance de los TCA, tanto en España como fuera de nuestras fronteras. Los diseños utilizados en estas investigaciones han sido principalmente de dos tipos; por un lado, estudios de una fase (como el presente trabajo), que estiman el porcentaje de sujetos que presenta conductas alimentarias de riesgo, y por otro lado, estudios de doble fase, en los que además de evaluar el porcentaje de población que presenta conductas de riesgo, posteriormente, a través de una prueba diagnóstica, estiman el número de casos reales que presenta un TCA, indicando en algunos caso el tipo concreto. El primer estudio de una fase en nuestro país fue realizado por Toro et al (1989)[11]. Este trabajo estimó la prevalencia de chicos y chicas entre 12 y 19 años que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA. Sus resultados indicaron que un 11% de los adolescentes presentaba esta condición. Posteriormente se han realizado otros trabajos cuyos resultados varían en función de la metodología desarrollada, los instrumentos utilizados para la detección de casos y la puntuación de corte utilizada. Otro factor que influye en la variabilidad de resultados encontrados son las características de la muestra, principalmente si ésta está compuesta sólo por chicas, o por chicos y chicas, así como la edad de la misma. Así, por ejemplo, estudios como los de Pérez-Gaspar et al (2000)[12] y Gandarillas et al (2003)[13] fueron realizados sólo con chicas, y en cuanto a la edad, no sólo consideraron adolescentes, sino también adultos jóvenes. Los índices de prevalencia mostrados por esta variedad de trabajos son muy dispares. Éstos pueden oscilar, en el caso de los chicos, entre un 1,1%-14,8%, como propusieron Saiz et al (1999)[14] con jóvenes entre 13 y 21 años, y Sepúlveda et al (2008)[15] con adultos entre 18 y 26 años, respectivamente, en sus trabajos, mientras en el caso de las chicas se indicaron porcentajes entre un 7,3% y un 31,2%, como muestran Raich et al (1991)[16] con jóvenes entre 14 y 17 años, y Morandé et al (1999)[17] con chicas entre 15 y 16 años, respectivamente, en sus investigaciones.

La bibliografía revisada pone de manifiesto que, en España, existen pocos estudios epidemiológicos que hayan abordado el problema de forma global, al no emplear estos estudios un procedimiento de muestreo probabilístico que garantice la representatividad y al contar en algún caso sólo con un reducido tamaño muestral, o sólo con mujeres[18,19]. Por lo tanto, es necesario conocer con la mayor exactitud posible la frecuencia de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA en nuestro país, con muestras representativas de adolescentes de ambos géneros, con el fin de guiar la investigación y la programación en salud mental, así como la planificación y provisión de recursos sanitarios. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue estimar el porcentaje de adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA, analizando las diferencias en función del género, la edad y su índice de masa corporal.

Sujetos y métodos

Sujetos

La población de interés estuvo formada por todos los centros educativos de secundaria (privados, concertados y públicos) de la provincia de Alicante. De los 71.334 adolescentes escolarizados, se seleccionó a partir de un muestreo por conglomerados monoetápico a 2.323 adolescentes, de los que 2.142 participaron en el estudio.

Finalmente en el estudio participaron 9 centros educativos de la provincia de Alicante (5 públicos, 1 privado y 3 concertados). De los adolescentes evaluados, el 47,2% (n = 1.012) fueron chicos y el 52,8% chicas (n = 1.130). El 28,4% era alumno de primer curso de la ESO (sistema que rige la enseñanza secundaria en España y tiene como objetivo preparar al alumnado para los estudios de secundaria no obligatorios o para el mundo laboral, abarcando en general de los 12 a los 16 años), el 28,2% de 2°, el 23,7% de 3° y el 19,7% de 4°. La edad media fue 13,96 años (desviación típica [dt] 1,34). Por medio de la prueba de la Ji al cuadrado de homogeneidad de la distribución de frecuencias se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ochos grupos de género por curso (χ^2 = 5,80, p = 0,12). El tamaño del efecto (*Phi* = 0,05) confirmó que la diferencia no era significativa.

Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas, mediante el que se obtuvo información sobre edad, género y curso escolar.

Índice de masa corporal (IMC), también conocido como índice de Quetelet, se define como el cociente obtenido al dividir el peso en kilogramos (Kg) por la talla en metros al cuadrado (m^2). Es una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional. Todos los participantes fueron pesados y medidos sin calzado y con la ropa puesta.

Eating Attitude Test (EAT-40)[20] adaptado a la población española por Castro et al[21] y posteriormente validado como prueba cribado de los TCA en población general por Irala et al (2008)[22]. Se trata de un cuestionario autoadministrado diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Consta de 40 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 6 puntos (0 = nunca, 0 = casi nunca, 0 = algunas veces, 1 = a menudo, 2 = muy a menudo y 3 = siempre; la puntuación de los ítems en negativo es en sentido contrario). La puntuación total oscila entre 0 y 120. La adaptación española del cuestionario establece tres factores: restricción alimentaria y preocupación por los alimentos, presión social percibida y malestar ante la ingesta y trastornos psicobiológicos. El EAT-40 es utilizado habitualmente como instrumento de cribado; Garner y Garfinkel (1979)[20] recomiendan un punto de corte de 30, a partir del cual se infiere la posibilidad de que exista un riesgo potencial a desarrollar una patología alimentaria. La fiabilidad de la escala en el trabajo original de la adaptación española fue igual a 0,93, y en el presente estudio de 0,81.

Análisis estadístico

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS V.16.0 (2008). Se realizaron los análisis descriptivos de las variables de estudio. Para las diferencias entre medias se utilizó la t-Student como prueba paramétrica para dos muestras independientes, ANOVA de un factor como prueba paramétrica de K muestras independientes y procedimiento Bonferroni para comparaciones múltiples. Siguiendo las recomendaciones de Cohen (1998)[23], se consideró el tamaño del efecto para evitar el sesgo de los tamaños muestrales. Se utilizó el índice *d*, que indica hasta qué punto una significación estadística es relevante eliminando el efecto del tamaño muestral. Cohen clasifica el tamaño del efecto como pequeño si $d \cong 0{,}20$, medio si $d \cong 0{,}50$ y grande si $d \cong 0{,}80$. En este trabajo se consideró una diferencia significativa (frente al criterio exclusivamente estadístico de la prueba t-Student) cuando el tamaño del efecto superaba el 0,40.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Procedimiento

Una vez realizada la selección de los centros educativos se llevó a cabo una entrevista con sus directores y orientadores para exponer los objetivos de la investigación y solicitar permiso y colaboración para realizar el estudio. Tras la aceptación por parte de los centros educativos para participar en la investigación, se envió una circular a los padres de los estudiantes en la que se les informaba de la investigación que se iba a realizar, y se solicitaba el consentimiento informado por escrito autorizando a sus hijos a participar en el estudio. Los cuestionarios fueron administrados de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de los cuestionarios para proporcionar ayuda si era necesaria y para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos. No se pudo obtener la respuesta de aquellos estudiantes que no trajeron el consentimiento informado firmado por sus padres, que no estaban presentes el día de la administración de las pruebas o que no cumplimentaron los cuestionarios correctamente o los dejaron incompletos.

Resultados

Las puntuaciones en el EAT-40 de los estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante oscilaron entre 0 y 81, con una puntuación media igual a 15,94 (dt = 11,01). En la tabla 1 se muestran estas puntuaciones, así como las puntuaciones en cada uno de los factores que componen este cuestionario. Además, también se indican las diferencias en función del género. Como se puede observar, la puntuación total en el EAT-40 fue superior en las chicas, al igual que la puntuación en cada uno de los factores. No obstante, si observamos el valor de la *d*, fue inferior a 0,4 en todos los casos, por lo que no podemos concluir que las diferencias fuesen significativas. La tabla 2 indica las diferencias en actitudes y comportamientos alimentarios en función del curso. Los análisis mostraron cómo los estudiantes de 1° de la ESO presentaban puntuaciones significativamente superiores a los de 3° y 4° en la puntuación total del EAT-40, así como puntuaciones significativamente superiores a los de 2° y 3° en el factor II "presión social percibida y malestar ante la ingestión".

Si se considera la variable edad, los análisis estadísticos mostraron que los estudiantes de menor edad (12 años) presentaban puntuaciones significativamente superiores en el EAT-40 (media 17,91, dt = 11,11) frente a los de 14 (media 15,60, dt = 10,61), 15 (media 15,11, dt = 10,96) y 16 años (media 14,95, dt = 11,81) ($F = 2{,}99$, $p < 0{,}01$).

Para conocer el porcentaje de adolescentes que presentaba conductas alimentarias de riesgo se utilizó un punto de corte ≥ 30 del EAT-40. Como se observa en la tabla 3, un 11,2% de los estudiantes presentaba conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA. De ese 11,2%, el 7,79% eran chicas y el 3,34% chicos. Si se considera el grupo de las chicas en total, un 15% presentaba estas conductas, tratándose de un 6,8% en el caso de los chicos. Si se considera el curso, los resultados del análisis de frecuencias mostraron un mayor porcentaje de estudiantes con conductas alimentarias de riesgo (EAT-40 ≥ 30) en 1° de la ESO (31,6%) que en 2° (29,7%), 3° (21,8%) y 4° (15,9%).

En la figura 1 se presenta la distribución de adolescentes con puntuaciones en el EAT-40 ≥ 30, en función de la edad y género.

Se clasificaron las puntuaciones en el EAT-40 en función de que indicasen una mayor o menor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo para desarrollar un TCA (tabla 3). Se analizaron las diferencias en el IMC entre los tres grupos formados. Los resultados del ANOVA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($F = 46{,}10$, $p < 0{,}001$). La media del IMC del grupo con menor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo (media 20,52, dt = 3,06) fue inferior a la del grupo de riesgo moderado (media 21,63, dt = 3,94) y al de mayor riesgo (media 22,58, dt = 4,11). Además, la media del IMC del grupo con mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo fue estadísticamente superior que la del grupo de riesgo moderado.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue estimar el porcentaje de la población adolescente que presentaba conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA, considerando las diferencias en función del género, la edad y el IMC. Los resultados mostraron que un 11,2% presentaba estas conductas. Este resultado fue similar al encontrado en el trabajo pionero de una fase de Toro et al (1989)[11] y en la primera fase de otro más actual (Rojo et al, 2003)[24], en muestras similares, utilizando el mismo cuestionario de cribado con el mismo punto de corte. Toro et al (1989)[11], con adolescentes entre 12 y 19 años, encontraron que el 11% presentaba conductas alimentarias de riesgo, mientras Rojo et al (2003)[24], en la primera fase de su trabajo con adolescentes entre 12 y 18 años, señalaron un 10,7%. Sin embargo, estos resultados son algo inferiores a los presentados en otros estudios de características similares. Por ejemplo, Ruiz-Lázaro et al (1998)[25], en la primera fase de su estudio con adolescentes entre 12 y 18 años, encontraron que un 19,62% presentaba conductas alimentarias de riesgo, mientras que Vega et al (2005)[26], en su estudio de una fase con adolescentes con las mismas edades que en el estudio anterior, indicaron un 15,5%.

En lo que respecta a las diferencias en función del género, resalta que los porcentajes de chicas son claramente superiores a los de los chicos en todos los estudios considerados, incluido el que aquí se presenta. Del 11,2% de adolescentes que presentaba conductas alimentarias de riesgo, el 7,79% fueron chicas y el 3,34% chicos. Con respecto a las chicas, estudios previos que han utilizado muestras similares y el mismo instrumento de cribado con el mismo punto de corte indican porcentajes superiores. Así, por ejemplo, el trabajo reciente de una fase de Jáuregui et al (2009)[27], con adolescentes sevillanos entre 12 y 18 años, indicó que un 18% de las chicas presentaba conductas alimentarias de riesgo. Una posible explicación a esta diferencia de resultados puede radicar en las muestras utilizadas en ambos estudios. En el caso del presente trabajo se trata de una muestra representativa de adolescentes seleccionada al azar, mientras que en el estudio de Jáuregui et al

Tabla 1
Puntuaciones EAT-40 en función del género

Género	N	Total EAT		FI		FII		FIII	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Total	2.142	15,94	11,01	9,87	9,26	1,97	2,83	1,21	1,50
Chicos	1.012	14,27	9,18	8,45	7,68	1,53	2,29	1,02	1,47
Chicas	1.130	17,43	12,24	11,13	10,32	2,36	3,18	1,37	1,52
Diferencias; *d*		$t = -6{,}68^*$; $d = 0{,}3$		$t = -6{,}74^*$; $d = 0{,}3$		$t = -6{,}9^*$; $d = 0{,}10$		$t = -5{,}31^*$; $d = 0{,}23$	

DT: desviación típica; EAT: Eating Attitude Test; FI: restricción alimentaria y preocupación por los alimentos; FII: presión social percibida y malestar ante la ingestión; FIII: trastornos psicobiológicos; M: media.
* $p < 0{,}001$.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 2
Puntuaciones EAT-40 en función del curso

Curso	N	Total EAT		FI		FII		FIII	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
1° ESO	608	17,55	11,23	10,90	9,62	2,35	3,08	1,25	1,42
2° ESO	604	16,13	10,67	10,07	8,92	1,90	2,72	1,27	1,50
3° ESO	507	14,92	10,62	9,16	8,88	1,65	2,62	1,16	1,46
4° ESO	423	14,59	14,58	8,93	9,52	1,89	2,78	1,11	1,67
Comparación grupos		1° > 3°, 4°		1° > 3°, 4°		1° > 2°, 3°			
F		$F = 8{,}02^{*}$		$F = 5{,}1^{**}$		$F = 6{,}03^{*}$		n.s.	

DT: desviación típica; EAT: Eating Attitude Test; FI: restricción alimentaria y preocupación por los alimentos; FII: presión social percibida y malestar ante la ingestión; FIII: trastornos psicobiológicos; M: media; n.s.: no significativa.
* $p < 0{,}001$; ** $p < 0{,}01$.

Tabla 3
Conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en función del género

	Punt EAT-40 < 20	Punt EAT-40 = 20-29	Punt EAT-40 ≥ 30
Chicos	798 (78,9%)	145 (14,3%)	69 (6,8%)
Chicas	751 (66,5%)	209 (18,5%)	170 (15%)
Total	1.549 (72,3%)	354 (16,5%)	239 (11,2%)

EAT: Eating Attitude Test.

(2009) los centros educativos seleccionados no fueron al azar; además, el tamaño muestral fue muy inferior (n = 313) al del presente trabajo. En el caso de los chicos, los resultados de este trabajo son superiores a los del estudio pionero de Toro et al (1989)[11] y a los ofrecidos por el estudio mencionado anteriormente de Jáuregui et al (2009)[27], que encontraron ambos que un 1,2% de los chicos presentaba conductas alimentarias de riesgo. Los resultados de esta investigación fueron similares a los del estudio de la primera fase de Ruiz-Lázaro et al (1998)[25] y al de una fase de Vega et al (2005)[26], que señalaron un 3,3 y un 3,2%, respectivamente. No parece, pues, que haya un aumento progresivo de la proporción de chicas con resultado positivo y, en el caso de los chicos, los resultados no son concluyentes.

Respecto a la edad, es importante destacar cómo los adolescentes más jóvenes presentaban puntuaciones significativamente superiores en el cuestionario de cribado. Estos resultados son coherentes con la bibliografía que evidencia que la preocupación por el peso y la insatisfacción con la imagen corporal, así como la realización de conductas alimentarias anómalas, ya es frecuente en niños y preadolescentes[28–30]. Este resultado también apoya la necesidad de desarrollar programas eficaces de prevención desde edades muy tempranas. En cuanto al IMC, los resultados indicaron que el grupo de adolescentes con una puntuación en el EAT-40 ≥ 30 presentaban un IMC superior al de los otros dos grupos. Estos resultados son consistentes con la bibliografía que señala el sobrepeso como posible factor de riesgo en el desarrollo de los TCA, ya que los adolescentes con estas características perciben más comentarios y presiones para adelgazar[31].

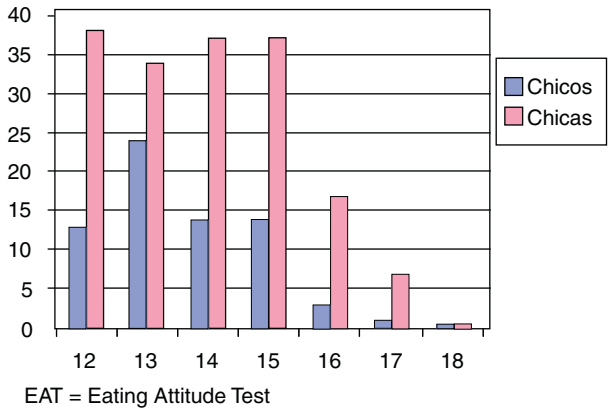

Figura 1. Distribución de los adolescentes con puntuaciones EAT ≥ 30 en función de la edad y el género.

Como conclusión se puede señalar que los resultados encontrados indican que un elevado porcentaje de los adolescentes presenta conductas y actitudes alteradas con respecto al peso y la alimentación, tales como la sobrevaloración y preocupación excesiva por el peso, insatisfacción corporal y comportamientos dirigidos a reducir el peso, bien realizando dietas restrictivas, bien ejercicio físico. Estas actitudes y conductas de los adolescentes son, sin duda, factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. Es por ello que se puede concluir que se trata de un problema de salud relevante en un sector de edad clave, la adolescencia, y especialmente en el género femenino.

Entre las limitaciones que presenta este trabajo cabe señalar el uso de autoinformes como método para la detección de conductas alimentarias de riesgo, ya que es bien conocida la inclinación de los adolescentes con trastornos alimentarios a ocultar sus síntomas. No se puede asegurar que esto no haya ocurrido en este estudio, aunque el hecho de que el autoinforme se cumplimentase de forma anónima nos lleve a pensar que, si ha ocurrido, haya sido en grado mínimo. Respecto al tipo de diseño, al tratarse de una investigación transversal en una sola fase mediante cuestionario autoadministrado, sólo permite conocer poblaciones con conductas de riesgo, pero no las prevalencias de la enfermedad. Son necesarios estudios que incluyan una segunda fase de detección basada en entrevistas, así como la realización de estudios longitudinales que permitan un seguimiento de la población de posible riesgo y que incluyan otras variables que puedan ser críticas en el desarrollo de estos trastornos, como la comparación con el grupo de iguales, la autoestima y/o la influencia de los modelos sociales.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Instituto Alicante de Cultura Juan Gil-Albert.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lobo F. Políticas de salud pública para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:437–41.
2. Acosta MV, Gómez G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. Int J Clin Health Psychol. 2003;3:9–21.
3. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. Int J Clin Health Pychol. 2003;3:23–33.
4. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Davies B. Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective population-based study. Am J Psychiatr. 2005;162:2249–55.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

5. Patton GC, Johson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls-a prospective epidemiological study: Outcome at twelve months follow-up. Psychol Med. 1990;20:383–94.
6. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. Brit Med J. 1999;318: 765–8.
7. Birmingham C, Su J, Hlynsky J, Goldner E, Gao M. The mortality rate from anorexia nervosa. Int J Eating Disord. 2005;38:143–6.
8. Herzog DB, Greenwood DN, Darer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. Int J Eating Disord. 2000;28: 20–6.
9. Stroeber M. Managing the chronic treatment-resistant patient with anorexia nervosa. Int J Eating Disord. 2004;36:245–55.
10. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. Int J Psychol Psychol Ther. 2005;5: 135–48.
11. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. B J Med Psychol. 1989;62: 61–70.
12. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med Clin (Barc). 2000;114:481–6.
13. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, n° 85. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.
14. Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M, Bobes J. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. Actas Esp Psiquiatr. 1999;27:367–74.
15. Sepúlveda AR, Carboles JA, Gandarillas A. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. BMC Public Health. 2008;8:102–24.
16. Raich RM, Deus J, Muñoz J, Pérez O, Requena A. Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 1991;7:305–15.
17. Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. J Adolesc Health. 1999;24:212–9.
18. Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Actas Esp Psiquiatr. 2003;31:85–94.
19. Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Med Clin. 2000;114:543–4.
20. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: and index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979;11:263–84.
21. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. Psychol Assess. 1991;7:175–90.
22. Irala J, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Med Clin (Barc). 2008;130:487–91.
23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillsdale: Lawrence Earbaum; 1988.
24. Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. Int J Eat Disord. 2003;34:281–91.
25. Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Rev Psiquiatr Infanto-juvenil. 1998;3:148–62.
26. Vega AT, Rodríguez MA, Alonso JE, Carretero G, Martín M. Prevalence and risk profile among secondary school students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:980–7.
27. Jáuregui I, Romero J, Montaña MT, Morales MT, Vargas N, León P. Análisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. Med Clin (Barc). 2009;132:83–8.
28. Ballester R, Guirado MC. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. Psicothema. 2003;15:556–62.
29. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders in children. J Chile Psicol Psychiatry. 1995;36:191–302.
30. Hill AJ, Oliver S, Rogers PJ. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescents. Br J Clin Psychol. 1992;31:95–105.
31. Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004.