

## INFLUENCIA DE VARIABLES PERSONALES Y FAMILIARES EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA<sup>(\*)</sup>

Paula Frieiro (1) [ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5888-6674>], Rubén González-Rodríguez (1) [ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1806-1103>] y José Domínguez Alonso (1) [ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1844-000X>]

(1) Universidade de Vigo. Facultade de Educación e Traballo Social. Ourense, España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(\*) **Financiación:** Investigación realizada con la ayuda de la Universidade de Vigo para la contratación de personal investigador predoctoral en formación.

### RESUMEN

**Fundamentos:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se inician normalmente durante la pubertad y la adolescencia, momento en el que se debe prestar atención a los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad. El objetivo de este trabajo fue evaluar las actitudes hacia la alimentación y el riesgo de padecer TCA, teniendo en cuenta las variables personales y familiares en una población de estudiantes de educación secundaria.

**Métodos:** Participaron un total de 790 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) matriculados en el curso 2019/2020 en institutos de la comunidad autónoma de Galicia, de los cuales 410 eran varones y 380 mujeres (M=13,84; DT=1,37). En este estudio descriptivo-transversal los TCA fueron valorados mediante el *Eating Attitudes Test* (EAT-26) de Garner, en la versión adaptada a sujetos españoles. El tratamiento estadístico de los datos se desarrolló mediante un análisis multivariado de varianza (MANOVA), que se plasmó a través de análisis de frecuencias y tablas de contingencia.

**Resultados:** Atendiendo a las variables personales analizadas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de conducta alimentaria en el género de los adolescentes ( $p>0,05$ ), pero sí en la edad ( $p<0,001$ ), curso escolar ( $p<0,001$ ) y uso de redes sociales ( $p<0,05$ ). Del mismo modo, los datos sí presentaron diferencias estadísticamente significativas en los trastornos de conducta alimentaria según el nivel de estudios de las familias ( $p<0,01$ ) y su relación familiar ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en la investigación verifican una influencia de las variables personales y familiares sobre las actitudes asociadas a los TCA. Continuar ahondando en estas variables puede facilitar una mejor intervención, así como mejorar el diseño de estrategias preventivas.

**Palabras clave:** Adolescentes, Trastornos de la conducta alimentaria, Familia, Redes sociales.

### ABSTRACT

#### Influence of personal and family variables on eating disorders

**Background:** Eating disorders (EDs) usually begin during puberty and adolescence, a time when attention should be paid to the factors that influence the development of the disease. The aim of this study was to assess attitudes towards eating and the risk of developing EDs, taking into account personal and family variables in a population of secondary school students.

**Methods:** A total of 790 Compulsory Secondary School students enrolled in the 2019/2020 academic year in secondary schools in the Autonomous Community of Galicia participated, of whom 410 were male and 380 female (M=13.84; SD=1.37). In this descriptive-cross-sectional study, eating disorders were assessed using Garner's Eating Attitudes Test (EAT-26), adapted to Spanish subjects. The statistical treatment of the data was carried out by means of a multivariate analysis of variance (MANOVA), which took the form of frequency analysis and contingency tables.

**Results:** With regard to the personal variables analysed, no significant differences in eating disorders were found across adolescents' gender ( $p>0.05$ ), but there were significant differences in age ( $p<0.001$ ), school year ( $p<0.001$ ) and use of social networks ( $p<0.05$ ). Similarly, the data do showed significant differences in eating disorders according to the level of studies of the families ( $p<0.01$ ) and their family relationship ( $p<0.001$ ).

**Conclusions:** The results obtained in this research confirm an influence of personal and family variables in attitudes associated with EDs. Further investigation of these variables may facilitate better intervention, as well as improve the design of preventive strategies.

**Key words:** Teenagers, Eating disorders, Family, Social networks.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son considerados enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en todo el mundo y que tienen repercusiones en el plano personal, familiar y social<sup>(1,2)</sup>. La última conceptualización establecida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en el manual de diagnóstico DSM-5, establece la siguiente clasificación de los TCA: trastornos por anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón, trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), pica, rumiación y trastorno de restricción/evitación de la alimentación<sup>(3)</sup>.

Diferentes estudios indican que los TCA suelen iniciarse entre el comienzo de la pubertad y el final de la adolescencia, siendo éste un momento sensible del desarrollo y una fase de transición de la vida caracterizada por modificaciones físicas, psicológicas y sociales<sup>(4,5)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incide en el hecho de que los TCA aparecen durante la adolescencia y que son más comunes entre las mujeres, ya que algunas de ellas centran la preocupación por su imagen en la pérdida de peso<sup>(6,7)</sup>. Aunque existe concordancia sobre que las mujeres jóvenes constituyen la mayoría de las personas con anorexia y bulimia nerviosa, se ha podido demostrar que otras patologías como el trastorno por atracón pueden darse y ser igual de comunes en ambos sexos<sup>(8)</sup>. Al mismo tiempo, se producen cada vez más en diferentes contextos socioculturales, debido en gran parte a la globalización de los medios, aunque continúa predominando su desarrollo en países occidentales y con ingresos más altos<sup>(9,10,11)</sup>.

En cuanto a la causa de los trastornos alimentarios resulta compleja, multifactorial y todavía no se ha llegado a alcanzar su plena comprensión. Hasta el momento se ha podido comprobar que existe una predisposición genética así

como factores de riesgo ambientales implicados<sup>(12,13)</sup>. Concretando un poco más la etiología, puede afirmarse que el subtipo de trastornos de tipo restrictivo está mediado por factores biológicos (como la predisposición genética)<sup>(14)</sup>, factores psicológicos (como son los rasgos de la personalidad con tendencias obsesivas, el control excesivo del peso, la rigidez cognitiva o el aislamiento social)<sup>(7,15)</sup> y por factores sociodemográficos (de entre los que se consideran cruciales los niveles socioeconómico y cultural, así como las relaciones familiares)<sup>(16)</sup>.

El constructo de la autoestima es uno de los más estudiados en este ámbito, dada su inferencia con los TCA<sup>(17)</sup>. Así, la formulación interpersonal de los TCA postula que pueden iniciarse en un intento de reparar la autoestima después de tener interacciones sociales fallidas, al mismo tiempo que los desórdenes alimentarios aumentan los problemas interpersonales<sup>(18,19)</sup>. En este sentido, el uso de las redes sociales y la exposición a pares atractivos puede producir una percepción negativa de la propia imagen corporal, llegando a ser un factor determinante en su desarrollo o pudiendo perpetuar la enfermedad<sup>(20,21)</sup>.

El grado de apoyo social y profesional que los estudiantes adolescentes perciben es un factor fundamental para sobrellevar o prevenir problemas personales, académicos o de salud. Cuanto más amplio es el rango de apoyo social (incluyendo a padres, familia, amistades y profesorado), menos probable es que los adolescentes participen en actividades de riesgo para su salud e incrementen su estabilidad personal<sup>(22)</sup>. Paralelamente, los TCA y los síntomas psicopatológicos en la adolescencia pueden producir un funcionamiento familiar problemático<sup>(23,24)</sup>.

Debido a su prevalencia, a su pronóstico y a sus características, los TCA siguen suponiendo un reto de Salud Pública. En una amplia revisión europea se pudo determinar que la

prevalencia de los TCA más comunes son en primer lugar la anorexia (<1–4%), seguida del trastorno por atracón (<1–4%) y por la bulimia nerviosa (<1–2%)<sup>(25)</sup>. En otro análisis de revisión sistemática entre los años 2000 y 2018 se puso de manifiesto un claro aumento de la prevalencia de los TCA en los últimos años. Las medias ponderadas de prevalencia en el período 2000-2006 fueron del 3,5%, pasando a ser del 7,8% en el período 2013-2018, lo que puso de relieve un desafío para la Salud Pública y para los proveedores de recursos de atención<sup>(26)</sup>. Asimismo, la morbilidad y gravedad de la anorexia y bulimia se caracteriza por complicaciones médicas que provocan gran parte de la tasa de mortalidad y por un descenso de entre diez a veinte años de la esperanza de vida, destacando también la alta tasa y riesgo de suicidio<sup>(27,28)</sup>. En concreto, la tasa de mortalidad es casi dos veces más alta para las personas con TCA que para la población general, siendo la mortalidad en la AN más alta que en otros TCA<sup>(8,28,29)</sup>.

Por lo anteriormente mencionado, el uso de instrumentos ágiles que identifiquen posibles síntomas y conductas de riesgo frente a los TCA contribuyen al diagnóstico precoz y al desarrollo de programas de prevención que, sin duda, reportan mejoras en la intervención psicosocial<sup>(18)</sup>. Sin un diagnóstico y tratamiento temprano eficaz, el curso de estos trastornos se prolonga a través de/conllevando morbilidad física, psicológica, social y con una alta mortalidad<sup>(2)</sup>.

El objetivo del estudio fue evaluar las actitudes hacia la alimentación y el riesgo de padecer TCA en una muestra comunitaria. A través del uso del EAT-26 se contemplaron diferentes variables personales y familiares que pudieran ser determinantes en el desarrollo de la enfermedad. Para conseguir este objetivo se fijaron dos hipótesis:

i) Que las variables personales *edad, género, curso académico y uso de redes sociales*

inflúan significativamente en las actitudes y riesgo de padecer TCA.

ii) Que las variables familiares *nivel de estudios y grado de relación familiar* eran determinantes para el desarrollo de actitudes y riesgo de padecer TCA.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Participantes y procedimiento.** Para contrastar las hipótesis formuladas se llevó a cabo una investigación con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), matriculados durante el curso escolar 2019/2020 en la comunidad autónoma de Galicia (noroeste de España). En relación a la obtención de la muestra se tuvo en cuenta al alumnado matriculado en Secundaria durante el curso escolar 2018/2019 en Galicia, que se correspondió con 92.285 alumnos/as. Tras consultar la base de datos pública de los centros educativos de la *Consellería de Cultura, Educación e Universidade*, se contactó con ellos mediante correo electrónico. Los centros que manifestaron su voluntad de participar recibieron una comunicación telefónica para concretar, en mayor medida, la investigación y así acordar una visita presencial al centro. De entre todos ellos se procedió a una selección intencional, determinando que las cuatro provincias estuviesen representadas y garantizando que el 50% de los centros se situasen en medio urbano y rural, respectivamente.

La muestra total estuvo compuesta por 790 sujetos que, con el tamaño de población descrito (92.285 alumnos/as), supuso un margen de error del 3,47% para un 95% de nivel de confianza. La media de edad de la muestra fue de 13,84 años, con una desviación típica de 1,37. Se pretendió un equilibrio en su género, si bien existió un ligero predominio de los varones (410, que representaron el 51,9%) sobre las mujeres (380, 48,1%).

La recogida de datos se desarrolló entre los meses de septiembre y marzo del curso escolar 2019/2020. Para esta, se solicitó la colaboración de los centros educativos participantes, a los cuales se les entregó la carta de presentación de la investigación. En la misma se les explicó la relevancia del estudio, los objetivos a alcanzar y se les solicitó su colaboración para la autorización del consentimiento informado por parte de los tutores legales del alumnado menor de edad, informándoles de los procedimientos que se llevarían a cabo a lo largo de todo el proceso. La aplicación del cuestionario se realizó durante las horas lectivas del centro educativo, estando siempre presente una de las personas investigadoras. En el aula se incidió nuevamente en el carácter voluntario de las preguntas, teniendo la opción de no contestar dicho cuestionario. Todos los datos personales incluidos en el estudio fueron tratados y gestionados conforme a la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*. El procedimiento del estudio se desarrolló, en todo momento, en concordancia con la Declaración de Helsinki.

**Instrumentos y Análisis estadístico.** Se utilizó un cuestionario estructurado *ad hoc* relativo a las siguientes variables personales y familiares: edad, género (femenino y masculino), curso escolar (1º, 2º, 3º o 4º de ESO), relación familiar (mala, regular, buena o muy buena), nivel académico de los tutores legales (estudios primarios, secundarios o universitarios) y uso general de redes sociales (con perfil en redes sociales o sin perfil en redes sociales). Como medida directa sobre los riesgos en relación a trastornos de la conducta alimentaria se administró el *Eating Attitudes Test* (EAT), optándose en este caso por su versión reducida de 26 ítems (EAT-26)<sup>(29)</sup> con cualidades psicométricas óptimas (*Alfa* de Cronbach de entre 0,83 y 0,90). La validación factorial inicialmente propuesta por Garner *et al*<sup>(29)</sup> se compone de 3 factores (dieta; bulimia y preocupación por la comida; control

oral). Sin embargo, estudios posteriores, como el de Constaín *et al*<sup>(30)</sup> han postulado la existencia de 4 factores (bulimia nerviosa; dieta; preocupación por la comida; control oral).

Este cuestionario es una herramienta de detección particularmente útil para evaluar el “riesgo de trastorno alimentario” en la Escuela Secundaria, la Universidad y otras muestras de riesgo especial, como en atletas<sup>(31)</sup>. El EAT-26 no está diseñado para hacer un diagnóstico o ser evaluador de un trastorno alimentario y no debe usarse en lugar de un diagnóstico o consulta profesional. Los ítems se presentan en una escala Likert de elección forzada de 6 puntos que va desde 1 (“Nunca”) a 6 (“siempre”). La puntuación total se obtiene operativizando las puntuaciones de la siguiente manera: las puntuaciones del 1 al 3 se vuelven a codificar como 0, la puntuación de 4 se codifica como 1, 5 como 2 y la 6 se codifica como 3. La única excepción es el ítem 25 cuyas respuestas puntúan de forma invertida: 1 como 3, 2 como 2, 3 como 1 y de 4 a 6 como 0. El rango del EAT-26 varía de 0 a 78, siendo la cifra mayor o igual a 20 la establecida por Castro *et al*<sup>(32)</sup> como puntuación de corte a partir de la cual existen riesgos de padecer un trastorno alimentario.

El análisis de la información se correspondió con resultados de carácter cuantitativo, transversal y descriptivo a partir de análisis de frecuencias y tablas de contingencia. También se llevó a cabo un análisis multivariado de varianza (MANOVA), tomando como variable el nivel de riesgo en relación a trastornos de la conducta alimentaria y como factores fijos el género, la edad, el curso escolar, la relación familiar, el nivel académico de los tutores legales y el uso general de redes sociales. Se empleó el valor Lambda de Wilks para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre todas las variables. Para su realización se empleó el programa informático SPSS V.23 para Windows. Los análisis realizados se presentan seguidamente en el bloque de resultados.

## RESULTADOS

**Análisis multifactorial de las variables personales y familiares.** En las variables personales, las medias y desviaciones típicas obtenidas por los distintos grupos (femenino y masculino en el género; 12-13 años, 14-15 años, 16-17-18 años en la edad; Curso Escolar: 1º ESO, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO; Redes sociales: con y sin) en las puntuaciones de las distintas subescalas que conforman el *Eating Attitudes Test* (EAT) [Dieta (DI), Preocupación por la comida (PC), Bulimia (BU), y Control oral (CO)] se encuentran en la [tabla 1](#).

A nivel multivariado (MANOVA) los resultados revelaron que existían diferencias significativas entre los trastornos alimentarios y la edad [Lambda de Wilks=0,94,  $F(8, 784)=7,77$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta_p^2=0,03$ , potencia=1], el curso escolar [Lambda de Wilks=0,93,  $F(4, 783)=4,73$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta_p^2=0,02$ , potencia=1] y las redes sociales [Lambda de Wilks=0,98,  $F(4, 785)=3,05$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta_p^2=0,015$ , potencia=0,807]. Asimismo, mostraron que no existían diferencias significativas entre el riesgo de trastornos alimentarios y el género [Lambda de Wilks=0,99,  $F(4, 785)=1,46$ ,  $p>0,05$ ,  $\eta_p^2=0,07$ , potencia=0,46]. Desde una perspectiva univariante ([tabla 2](#)) se mostró la existencia de diferencias significativas en edad, curso escolar y redes sociales con las diferentes subescalas del cuestionario EAT-26 (DI, PC, BU, CO). Las diferencias de edad no fueron significativas para la bulimia [ $F(2, 787)=2,07$ ,  $p>0,05$ ,  $\eta_p^2=0,005$ , potencia=0,43]; pero sí existían diferencias significativas en la dieta [ $F(2, 787)=5,47$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta_p^2=0,014$ , potencia=0,85], preocupación por la comida [ $F(2, 787)=8,76$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta_p^2=0,022$ , potencia=0,97] y control oral [ $F(2, 787)=10,23$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta_p^2=0,025$ , potencia=0,99]. El análisis *post hoc* de Scheffé reveló que los individuos con menor edad (12-13 años) tenían mayor preocupación por su dieta ( $M=17,05$ ;  $SD=6,32$ ) que los individuos de mediana edad

(14-15 años:  $M=5,83$ ;  $SD=6,37$ ) y mayor edad (16-17-18 años:  $M=15,06$ ;  $SD=4,85$ ); los individuos de menor edad tenían mayor preocupación por la comida ( $M=11,85$ ;  $SD=5,25$ ) que los individuos de mediana edad (14-15 años:  $M=110,47$ ;  $SD=4,58$ ) y mayor edad (16-17-18 años:  $M=10,16$ ;  $SD=4,27$ ); y finalmente, los individuos de menor edad ( $M=17,06$ ;  $SD=5,32$ ) también presentaban mayor control oral que los individuos de mediana edad (14-15 años:  $M=15,72$ ,  $SD=6,08$ ) y mayor edad (16-17-18 años:  $M=14,36$ ;  $SD=5,23$ ). Las diferencias en el curso escolar fueron significativas para la dieta [ $F(3, 786)=7,68$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta_p^2=0,028$ ; potencia=0,99], preocupación por la comida [ $F(3, 786)=8,11$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta_p^2=0,030$ ; potencia=0,99], bulimia [ $F(3, 786)=4,08$ ,  $p<0,01$ ;  $\eta_2p=0,015$ , potencia=0,85] y control oral [ $F(3, 786)=9,46$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta_p^2=0,035$ ; potencia=0,99]. El análisis *post hoc* de Scheffé reveló que los individuos que cursaban 1º de ESO ( $M=16,93$ ;  $SD=6,21$ ), 2º de ESO ( $M=17,11$ ;  $SD=0,6.40$ ) y 3º de ESO ( $M=16,53$ ;  $SD=6,73$ ) tenían una preocupación mayor por la dieta que los de 4º de ESO ( $M=14,41$ ;  $SD=5,10$ ); los que cursaban 1º de ESO ( $M=11,92$ ;  $SD=4,93$ ) y 2º de ESO ( $M=11,63$ ;  $SD=5,42$ ) mostraban una mayor preocupación por la comida que los que cursaban 4º de ESO ( $M=9,72$ ;  $SD=4,13$ ); los que cursaban 3º de ESO ( $M=10,59$ ;  $SD=4,47$ ) presentaban mayor riesgo de bulimia que los de 4º de ESO ( $M=9,19$ ;  $SD=2,92$ ); y finalmente, los que cursaban 1º de ESO ( $M=17,29$ ,  $SD=5,34$ ) y 2º de ESO ( $M=16,69$ ,  $SD=5,81$ ) tenían un mayor control oral que los de 4º de ESO ( $M=14,44$ ;  $SD=5,36$ ). Finalmente, atendiendo a las redes sociales, las diferencias no fueron significativas para la dieta [ $F(1, 788)=0,22$ ;  $p>0,05$ ,  $\eta_p^2=0,002$ ; potencia=0,197], preocupación por la comida [ $F(1, 788)=1,68$ ,  $p>0,05$ ,  $\eta_p^2=0,002$ , potencia=0,255] y bulimia [ $F(1, 788)=0,38$ ,  $p>0,05$ ,  $\eta_p^2=0,0001$ ; potencia=0,095]; sin embargo, sí existieron diferencias estadísticamente significativas en control oral [ $F(1, 788)=3,85$ ;  $p<0,05$ ;  $\eta_p^2=0,009$ ;

**Tabla 1**  
**Medias y Desviaciones Típicas de las subescalas del cuestionario EAT-26**  
**(DI, PC, BU, CO) atendiendo al género, edad, curso académico y redes sociales.**

Subescalas		DI	PC	BU	CO
<b>Género</b>	Femenino	16,64 (6,68)	11,11 (4,96)	10,25 (4,32)	16,56 (5,87)
	Masculino	15,99 (5,76)	11,03 (4,87)	9,81 (3,66)	15,82 (5,54)
	Total	16,30 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,17 (5,71)
<b>Edad</b>	12-13 años	17,05 (6,32)	11,85 (5,25)	10,01 (3,94)	17,05 (5,32)
	14-15 años	15,83 (6,37)	10,47 (4,58)	10,24 (4,21)	15,72 (6,08)
	16-17-18 años	15,06 (4,83)	10,16 (4,27)	9,29 (3,31)	14,36 (5,23)
	Total	16,30 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,17 (5,71)
<b>Curso académico</b>	1º ESO	16,93 (6,20)	11,92 (4,93)	10,21 (3,98)	17,29 (5,34)
	2º ESO	17,11 (6,40)	11,62 (5,42)	10,02 (4,31)	16,69 (5,81)
	3º ESO	16,53 (6,73)	10,75 (4,79)	10,59 (4,47)	15,93 (6,01)
	4º ESO	14,41 (5,10)	9,72 (4,13)	9,19 (2,92)	14,44 (5,36)
	Total	16,31 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,17 (5,71)
<b>Redes sociales</b>	Con redes	16,37 (6,26)	11,01 (4,93)	10,04 (4,04)	16,06 (5,71)
	Sin redes	15,45 (5,83)	11,87 (4,72)	9,71 (3,42)	17,55 (5,64)
	Total	16,30 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,17 (5,71)

DI=Dieta; PC=Preocupación por la comida; BU=Bulimia; CO=Control oral,

**Tabla 2**  
**Diferencias de edad, curso escolar y redes sociales en la dieta, preocupación por la comida, bulimia y control oral.**

Variables independientes	Subescalas EAT-26	F	p	$\eta_p^2$	Potencia
<b>Edad</b>	DI	5,47	0,004	0,014	0,85
	PC	8,76	0,0001	0,022	0,97
	BU	2,07	0,127	0,005	0,43
	CO	10,23	0,0001	0,025	0,99
<b>Curso escolar</b>	DI	7,68	0,0001	0,028	0,99
	PC	8,11	0,0001	0,030	0,99
	BU	4,08	0,007	0,015	0,85
	CO	9,46	0,0001	0,035	0,99
<b>Redes sociales</b>	DI	1,22	0,269	0,002	0,19
	PC	1,68	0,194	0,002	0,25
	BU	0,38	0,536	0,0001	0,09
	CO	3,85	0,047	0,009	0,61

DI=Dieta; PC=Preocupación por la comida; BU=Bulimia; CO=Control oral,

potencia=0,615]. Así pues, los individuos sin redes sociales (M=17,55; SD=5,64) presentaban un mayor control oral que los que usaban redes sociales (M=16,06; SD=5,71).

Atendiendo al ámbito familiar, las medias y desviaciones típicas obtenidas por los distintos

grupos (Nivel académico: estudios primarios, secundarios, universitarios; Relación familiar: regular, buena, muy buena) en las puntuaciones de las distintas subescalas que conforman el *Eating Attitudes Test* (EAT) [Dieta (DI), Preocupación por la comida (PC), Bulimia (BU), y Control oral (CO)] se encuentran en la **tabla 3**.

**Tabla 3**  
**Medias y Desviaciones Típicas de las subescalas del cuestionario EAT-26 (DI, PC, BU, CO) atendiendo a los estudios de la familia y su relación familiar.**

Subescalas		DI	PC	BU	CO
<b>Nivel de estudios familia</b>	Primarios	17,60 (6,03)	11,79 (5,03)	10,81 (4,10)	17,37 (6,41)
	Secundarios	16,75 (6,05)	11,03 (4,81)	10,05 (4,07)	15,82 (5,41)
	Universitarios	15,36 (6,38)	10,89 (5,01)	9,74 (3,85)	16,22 (5,79)
	Total	16,30 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,18 (5,71)
<b>Relación familiar</b>	Regular	18,77 (7,88)	12,01 (6,08)	12,09 (5,32)	17,69 (7,16)
	Buena	16,37 (5,85)	11,08 (4,56)	9,98 (3,55)	15,71 (5,37)
	Muy buena	15,77 (5,96)	10,88 (4,85)	9,63 (3,82)	16,15 (5,54)
	Total	16,31 (6,23)	11,07 (4,91)	10,02 (4,01)	16,17 (5,71)

DI=Dieta; PC=Preocupación por la comida; BU=Bulimia; CO=Control oral,

Por lo general, el grado de las relaciones familiares fue percibida como “*muy buena*” en el 55,6% de los casos, “*buena*” por parte del 33,3% del alumnado y definida como “*regular*” en un porcentaje del 11,1%. A nivel multivariado (MANOVA) los resultados evidenciaron que existían diferencias significativas entre el riesgo de trastornos alimentarios con el nivel de estudios de la familia [Lambda de Wilks=0,97, F(4, 785)=3,29,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2_p = 0,014$ , potencia=0,944] y la relación familiar [Lambda de Wilks=0,96, F(4, 785)=4,49,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,022$ , potencia=0,997].

Desde una perspectiva univariante (tabla 4) se mostró la existencia de diferencias significativas según los estudios y la relación familiar con las diferentes subescalas del cuestionario EAT-26 (DI, PC, BU, CO). Atendiendo al nivel de estudios de la familia, las diferencias no fueron significativas para la preocupación por la comida [F(2, 787)=1,28,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2_p = 0,003$ , potencia=0,280] y bulimia [F(2, 787)=2,74,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2_p = 0,007$ , potencia=0,543]; sin embargo, sí existían diferencias estadísticamente significativas en la dieta [F(2, 787)=6,83,



$p < 0,01$ ,  $\eta_p^2 = 0,017$ , potencia=0,921] y control oral [ $F(2, 787) = 2,98$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta_p^2 = 0,009$ , potencia=0,670]. Así pues, los individuos de familias con estudios primarios ( $M = 17,60$ ;  $SD = 6,03$ ) y secundarios ( $M = 16,75$ ;  $SD = 6,05$ ) presentaron una mayor preocupación por la dieta que los de familias con estudios universitarios ( $M = 15,36$ ;  $SD = 6,38$ ). De igual manera, los individuos de familias con estudios primarios ( $M = 17,37$ ;  $SD = 6,41$ ) mostraron mayor control oral que los de familias con estudios secundarios ( $M = 15,82$ ;  $SD = 5,41$ ). En referencia

a la relación familiar, las diferencias no resultaron significativas en la preocupación por la comida [ $F(2, 787) = 1,94$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta_p^2 = 0,005$ , potencia=0,404]; pero sí mostraron diferencias estadísticamente significativas para la dieta [ $F(2, 787) = 8,70$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta_p^2 = 0,022$ , potencia=0,969], la bulimia [ $F(2, 787) = 14,29$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta_p^2 = 0,035$ , potencia=0,999] y el control oral [ $F(2, 787) = 3,99$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta_p^2 = 0,010$ , potencia=0,715]. Atendiendo a la dieta, las familias con una relación regular ( $M = 18,77$ ;  $SD = 7,88$ ) tenían mayor preocupación por la

**Tabla 4**  
**Diferencias del nivel académico de la familia y tipo de relación familiar en la dieta, preocupación por la comida, bulimia y control oral.**

Variables independientes	Subescalas EAT-26	F	p	$\eta_p^2$	Potencia
<b>Nivel académico familiar</b>	DI	6,83	0,001	0,017	0,92
	PC	1,28	0,277	0,003	0,28
	BU	2,74	0,065	0,007	0,54
	CO	2,98	0,048	0,010	0,65
<b>Tipo de relación familiar</b>	DI	8,70	0,0001	0,022	0,96
	PC	1,94	0,143	0,005	0,40
	BU	14,29	0,0001	0,035	0,99
	CO	3,99	0,019	0,010	0,71

DI=Dieta; PC=Preocupación por la comida; BU=Bulimia; CO=Control oral,

dieta que los de relaciones buenas ( $M=16,37$ ;  $SD=5,85$ ) y muy buenas ( $M=15,77$ ;  $SD=5,96$ ). De igual manera, los individuos de familias con una relación regular ( $M=12,09$ ;  $SD=5,32$ ) presentaron mayor riesgo de bulimia que los de relaciones buenas ( $M=9,98$ ;  $SD=3,55$ ) y muy buenas ( $M=9,63$ ;  $SD=3,82$ ). Finalmente, las familias con una relación regular ( $M=17,69$ ;  $SD=7,16$ ) mostraron mayor control oral que las de buenas relaciones ( $M=15,71$ ;  $SD=5,37$ ).

## DISCUSIÓN

Como se ha expuesto previamente, el presente estudio ha pretendido identificar si determinadas variables personales y familiares del alumnado de ESO influyen significativamente en las actitudes y conductas de riesgo para padecer TCA. Respecto a las variables personales, incluidas en la primera de las hipótesis, los resultados evidencian que se confirma parcialmente, dado que existen diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes de riesgo hacia los TCA y las variables de edad, curso escolar y redes sociales, pero no respecto al género.

En consecuencia, teniendo en cuenta el género, aunque en este estudio no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los trastornos de conducta alimentarios, sí se alcanzan resultados ligeramente más elevados para el género femenino. Diferentes estudios concuerdan en que las mujeres jóvenes constituyen la mayoría de las personas que presentan anorexia y bulimia nerviosa<sup>(8,26)</sup>. Se debe considerar que, históricamente, el estudio de los TCA se ha centrado en las mujeres, por lo que la nosología de los trastornos alimentarios ha evolucionado a partir de estudios en los que se carece de una representatividad alta respecto a investigaciones que contemplen el género masculino.

Los resultados, respecto de la variable *edad*, indican que esta variable supone diferencias

estadísticamente significativas respecto a las subescalas de DI, PC y CO. Así, los individuos con menor edad (12-13 años) tienen mayor preocupación por la dieta, por la comida y respecto al control oral que los individuos de mayor edad o de edades intermedias. Se evidencia que es al inicio de la adolescencia cuando se manifiestan mayores preocupaciones por los trastornos en las conductas alimentarias. En este sentido, en distintos estudios se ha podido observar que los TCA se producen de forma más temprana que en otras patologías de salud mental, siendo la pubertad un momento crítico para esta problemática<sup>(4,16)</sup>. Las diferencias de edad no son estadísticamente significativas para la dimensión bulimia, concordando con estudios que identifican la aparición de conductas bulímicas antes de la adolescencia como muy poco frecuentes<sup>(33)</sup>.

Vinculada a la edad, se observa que en la variable *curso escolar* también se aprecian resultados significativos en todas las subescalas (DI, PC, BU y CO). Los estudiantes más jóvenes, que cursan 1º y 2º de ESO, presentan mayor preocupación por la comida y control oral que el alumnado de 4º. De igual modo, los estudiantes de los tres primeros cursos presentan mayor preocupación por la dieta que el alumnado de último curso. Finalmente, respecto a la dimensión bulimia, los estudiantes de 3º presentan valores superiores a 4º curso. Así pues, los primeros cursos de ESO son determinantes para la prevención-intervención en los trastornos de conducta alimentaria.

En cuanto al uso de las *redes sociales*, entre el estudiantado que disponía de redes se apreciaban actitudes de preocupación, sin llegar a ser estadísticamente significativas, en las subescalas DI, PC y BU. Sin embargo, el alumnado sin redes sociales muestra diferencias estadísticamente significativas sobre el control oral respecto a los que sí tenían redes sociales. En este aspecto, debemos tener presente que el uso de redes sociales puede generar preocupación por

la imagen corporal, al mismo tiempo que contribuye al riesgo de desarrollo y mantenimiento de patologías alimentarias<sup>(20,21)</sup>.

Si atendemos a la segunda de las hipótesis, que analizaba las variables de tipo familiar, puede afirmarse que se constata en su totalidad. Así, los resultados evidencian que existen diferencias significativas entre las actitudes de riesgo hacia los TCA respecto al “*nivel de estudios de la familia*” y al “*grado de relación familiar*”.

En cuanto al *nivel de estudios de la familia*, existen diferencias estadísticamente significativas en la dieta y control oral. Así pues, la muestra de estudiantes de familias con estudios primarios y secundarios presentan una mayor preocupación por la dieta que la de familias con estudios universitarios. De igual manera, los individuos de familias con estudios primarios muestran mayor control oral que las familias con estudios secundarios. A este respecto, algunos estudios han revelado que en las familias con mayor nivel de estudios se dispone de mayor capacidad de afrontamiento ante el desarrollo de TCA<sup>(15)</sup>.

En referencia a la relación familiar, las diferencias no resultan estadísticamente significativas en la preocupación por la comida; pero sí muestran diferencias significativas para la dieta, la bulimia y el control oral. Atendiendo a la dieta, las familias con una relación regular tienen mayor preocupación por la dieta que las de relaciones buenas y muy buenas. De igual manera, los individuos de familias con una relación regular presentan mayor riesgo de bulimia y control oral que los de relaciones buenas. Este resultado es coincidente con los estudios que evidencian la influencia del funcionamiento familiar sobre los TCA. Así, cuando las relaciones y las dinámicas familiares son complejas y se producen relaciones rígidas y muy estrictas, éstas influyen prediciendo posibles síntomas psicopatológicos que, a su vez, pueden ser uno

de los desencadenantes de trastornos de la alimentación<sup>(16,22,23,24)</sup>.

A la vista de los resultados puede concluirse que las actitudes y conductas de riesgo asociadas a TCA se ven influenciadas por variables de tipo personal (edad, curso escolar y uso de redes sociales) y familiar (nivel de estudios de la familia y grado de relación familiar). Conocer e identificar la relación estadísticamente significativa de estas variables es de especial relevancia en estas problemáticas de salud que debutan en edades tan tempranas. Sin duda, disponer de buenos instrumentos para la identificación de actitudes y conductas de riesgo es importante, pero también lo es conocer el grado de interferencia de las variables de tipo individual y familiar en este tipo de conductas<sup>(10,19)</sup>. Todo ello posibilita la mejora en la intervención y también en el diseño de estrategias preventivas, las cuales ayudan a evitar el desarrollo de TCA, así como la morbilidad física, psicológica, social y la alta mortalidad asociadas a estas problemáticas<sup>(7)</sup>. Por todo lo mencionado, subrayamos la necesidad de tener presente que la creciente prevalencia de los TCA exige un estudio periódico y actualizado que continúe ahondando en las diferentes variables personales y familiares que interfieren en la aparición y persistencia de estos trastornos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA *et al.* The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25:432-450.
2. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A *et al.* Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2015 Nov:1-22.
3. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

4. Klump KL. Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Horm Behav.* 2013;64:399-410.
5. Monacis L, De Palo V, Griffiths M D, Sinatra M. Exploring individual differences in online addictions: The role of identity and attachment. *Int J Ment Health Addict.* 2017;15:453-468.
6. OMS. Nota de prensa Salud mental del adolescente. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. [Citado septiembre de 2020].
7. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020; 395:899-911.
8. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S *et al.* Eating disorders: The big issue. *Lancet.* 2016;3:313-315.
9. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One.* 2008;3:1-5.
10. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li, T, Wu M, Ren Z *et al.* Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2013;25:212-223.
11. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:406-414.
12. Cancela JM, Ayán C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:499-505.
13. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet.* 2003 Feb;361:407-416.
14. Herle M, Abdulkadir M, Hübel C, Ferreira DS, Bryant-Waugh R, Loos R *et al.* The genomics of childhood eating behaviours. *Nat Hum Behav.* 2021En:1-6.
15. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol.* 2017;73:1301-1326.
16. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord.* 2015;3:1-7.
17. Brechan I, Kvaalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav.* 2015;17:49-58.
18. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30:400-410.
19. Paniagua H, García S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:411-422.
20. Hogue JV, Mills JS. The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body image.* 2019;28:1-5.
21. Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord.* 2014;47:516-523.
22. Abbott-Chapman J, Denholm C, Wyld C. Gender differences in adolescent risk taking: are they diminishing? An Australian intergenerational study. *Youth Soc.* 2008;40:131-154.
23. Amianto F, Ercole R, Marzola E, Abbate Daga G, Fassino S. Parents’ personality clusters and eating disordered daughters’ personality and psychopathology. *Psychiatry Res.* 2015;230:19-27.
24. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: Family

- functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10: 305-312.
25. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29:340-345.
26. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109:1402-1413.
27. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med.* 2016;129:30-37.
28. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry.* 2014;13:153-160.
29. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2016;49:391-401.
29. Garner DM, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychol Med.* 1982;12:871-878.
30. Constaín GA, Ramírez C R, Rodríguez-Gázquez MA, Gómez M Á, Múnera CM, Acosta CA. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria.* 2014;46:283-289.
31. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test an index of. *Psychol Med.* 1979;9:273-279.
32. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluacion Psicol.* 1991;7:175-189.
33. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: Definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18:17-30.