

## Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios

### Weight self-perception and risks behaviours related to eating disorders

Irene López Ferrerueta, Carmen Anarte Ruíz, Antonio Lorenzo Piqueres, Ángel Masoliver Forés, Noelia Martínez Sebastía y María Perelló

*Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Castellón*

*Manuscrito recibido: 05-08-2017  
Manuscrito aceptado: 01-08-2017*

#### Cómo citar este documento

López Ferrerueta I, Anarte Ruíz C, Lorenzo Piqueres A, Masoliver Forés Á, Martínez Sebastía N y Perelló M. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Noviembre; 5(4): 49-60

#### Resumen

##### Objetivo

Conocer el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA): describir la autovaloración del peso y su comparación con el índice de masa corporal, conocer la insatisfacción corporal e identificar las conductas precursoras de estos trastornos, en escolares y adolescentes de los centros educativos de Benicàssim (Castellón).

##### Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que fue valorado el riesgo de trastorno alimentario mediante el cuestionario Eating Attitudes Test (ChEAT-26), del cual se seleccionaron preguntas para la autovaloración del peso y la insatisfacción corporal. Las conductas de riesgo se analizaron mediante preguntas seleccionadas de la Encuesta mundial de salud a escolares (módulo de alimentación).

Usando técnicas de antropometría medimos las variables peso y talla, y con ello el índice de masa corporal.

La muestra fue de 143 alumnos que cursaban entre 6º de primaria y 2º de bachillerato pertenecientes al colegio público Santa Águeda, instituto público Violant de Casalduch y privado LICEO de Benicassim.

##### Resultados principales

Se obtuvo una prevalencia del riesgo de TCA de un 4,9%. Los cursos en los que se detectó mayor riesgo fueron 6º primaria, 3º y 4º ESO. Fueron detectadas diferencias significativas entre sexos para el riesgo de TCA ( $p=0,0471$ ), no obstante cabe destacar el aumento del riesgo en varones.

Se apreció una tendencia a realizar una autovaloración del peso superior, además de una elevada insatisfacción corporal (41% alumnos) y un frecuente deseo de delgadez (50%), lo cual impulsa a conductas de riesgo: consumo de pastillas (3,5%), dietas (25%) o excesivo ejercicio (60%).

### **Conclusiones**

Se encontró un número destacable de alumnos con riesgo de TCA. Con el aumento del riesgo en varones consideramos la necesidad de abordar a toda la población escolar en próximos estudios. Se observó una tendencia a valorar el peso de forma superior a la real, no coincidiendo con el IMC y llevando a los alumnos a adoptar conductas inadecuadas y de riesgo. Los profesionales de atención primaria deberían ser un pilar fundamental para la modificación de estas conductas capaces de prevenir estos y otros muchos trastornos.

### **Palabras clave**

*Trastornos conducta alimentaria; Autoimagen; Imagen corporal; Salud del adolescente; Prevención primaria; Enfermería escolar.*

### **Abstract**

#### **Objective**

To know the risk of eating disorders (ED) and their precursor risk behaviours in both children and teenagers schooled in Benicàsim (Castellón).

#### **Methods**

A descriptive, observational and cross-sectional study will be carried out in order to assess the risk of eating disorders through the Children eating attitude test (ChEAT-26), from which questions were selected for measure weight self-assessment and body dissatisfaction.

Risk behaviours will be analyzed using selected questions from the World Health Organization survey (diet section).

By using anthropometry techniques, weight and height will be measured and therefore, body mass index (BMI).

The sample involved 143 students ranging from the last course of primary education (6<sup>o</sup>) to the last course of upper secondary education (2<sup>nd</sup> *bachillerato*) in both private and public schools of Benicàsim.

#### **Results**

We obtained a prevalence of risk of 4.9%. The highest risk was detected in 6<sup>o</sup> primary, 3<sup>o</sup> and 4<sup>o</sup> ESO. Significant differences between sexes can be seen as for the risk of ED ( $p=0,0471$ ). However, it should be pointed out the fact that the risk in males has increased considerably

There seems to be a tendency to self-evaluate overweight, an excessive concern about gaining weight (41% of students) and also a frequent desire for being skinny (50% of students), which leads to a risk behaviour: pills consumption (3,5%), diet (25%) and excessive exercise (60%).

#### **Conclusions**

We found a remarkable number of students at risk for eating disorders. With increased risk in males we consider the need to address the entire school population in future studies.

There was a tendency to assess the weight higher than the real one, which did not coincide with BMI and led the students to adopt inappropriate and risky behaviors. Primary care professionals should be a fundamental pillar for the modification of these behaviors capable of preventing these and other disorders.

### **Keywords**

*Eating disorders; Self-concept; Body image; Adolescent health; Primary prevention; School nursing.*

## Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen en la actualidad un problema de Salud Pública debido a su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento especializado y frecuente hospitalización. Dentro de ellos, los que se consideran de mayor importancia son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) (1).

La incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, se han incrementado en las dos últimas décadas, calculando en España una prevalencia diagnóstica en torno al 1% y el 4,7%, siendo cada vez un motivo más frecuentes de consulta en los centros de salud. Además, cabe señalar la importancia de la creciente prevalencia del riesgo, que se encuentra entre el 4-12% (en algunos estudios hasta 25%) (1,2).

Diversos estudios han observado en España dos picos de edad con mayor incidencia. Un primer pico máximo a los 14,5 años de edad y otro a los 18 años, aunque el 25% presenta menos de 13 años en el momento del diagnóstico (1-3).

Según Vellisca González, las actuaciones preventivas de estos trastornos deberían diseñarse conociendo los factores de riesgo de TCA y en función de la edad de la población, siendo necesarias intervenciones en edades muy tempranas.

Se pone así de manifiesto la necesidad vital de educar en materias de promoción de la salud y prevención a nuestros niños y jóvenes por parte de profesionales de atención primaria en colaboración con escuelas e institutos (4)

Los factores de riesgo más frecuentes, como la insatisfacción corporal y el deseo de delgadez, se han encontrado presentes en el 55% de niñas españolas entre 7 y 12 años, llegando en la adolescencia al 80% (1, 4-5).

La insatisfacción corporal es un importante precipitante del inicio de conductas inadecuadas para bajar peso, como dietas, restricción alimenticia, vómitos, consumo de pastillas y ejercicio excesivo entre otros (6,7).

Para alcanzar la delgadez deseada un 20% de las adolescentes recurren a conductas restrictivas y a la modificación de los hábitos alimenticios, aumentando hasta un 60% los que consideraban que sería adecuado restringir o modificar sus hábitos (4).

Otros factores de riesgo como la presencia anterior de obesidad infantil y burlas, junto con comportamientos alimentarios no saludables en la infancia, puede conducir al trastorno.

En relación al entorno social, la presión de los medios de comunicación -al analizar las 10 revistas más leídas en España, una cuarta parte de los anuncios, invitaba a perder peso-, el ideal de belleza inalcanzable, la influencia de la familia y los amigos o su opinión sobre el propio cuerpo puede generar conductas inadecuadas (6-8).

Tomando como ejemplo de influencia social, el estudio de Magallares, estableció que la mala consideración social de las personas obesas (responsables de su sobrepeso, vagas), influenciaba la decisión de restringir la ingesta (1).

Con respecto a los factores psicosociales, la alta autoestima es considerada por Asuero y otros como un factor protector para el desarrollo de TCA.

Sin embargo, la baja autoestima predispone a preocuparse por el físico y autodesvalorizarse al comparar la silueta a la de otros, además de generar una mayor discrepancia entre el IMC real y deseado (8).

El perfeccionismo es considerado un predictor de mal ajuste y estrés. Ha demostrado generar un impulso hacia la delgadez y realización de dietas o conductas de riesgo aún sin padecer el trastorno (1).

Para mejorar la comprensión, detección y prevención del trastorno es necesario conocer los múltiples factores a los que están ligados estos trastornos en la adolescencia, como la pubertad, cambios físicos, menarquía precoz, etc.

Teniendo en cuenta que la imagen corporal comienza a gestarse en la niñez y es en la adolescencia cuando tiene un gran peso en el desarrollo psicosocial, intervenir en este ámbito podría tener grandes efectos preventivos para la no aparición del trastorno y para su abordaje (5).

Diversos estudios han considerado que la escuela es el emplazamiento ideal para que los equipos enfermería de atención primaria promuevan estilos de vida saludables, mediante charlas y otras actividades de educación para la salud, en las edades más propicias, tratando de prevenir no sólo TCA, sino enfermedades crónicas importantes de la etapa adulta como diabetes, hipertensión, obesidad (1)

Así se considera que se debería reconocer la necesidad por parte del equipo de atención primaria, y sobre todo de enfermería, de realizar educación, prevención y promoción de la salud tratando de inculcar hábitos de vida saludables a nuestros escolares, así como conocimientos sobre autoestima, imagen personal y otros factores más relacionados con los trastornos alimentarios (1).

Con nuestro estudio pretendemos detectar la edad de aparición de conductas de riesgo para este tipo de trastornos y la relación de hábitos inadecuados con el riesgo de trastorno. Tras haber referenciado distintos factores de riesgo, nos centraremos en las conductas alimentarias y en la autovaloración del peso y la imagen corporal, así constataremos la pertinencia de crear programas de prevención y educación para la salud en escolares y adolescentes.

*"Con nuestro estudio pretendemos detectar la edad de aparición de conductas de riesgo para este tipo de trastornos y la relación de hábitos inadecuados con el riesgo de trastorno"*

## Objetivos

### Objetivo general

- Conocer el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

### Objetivos específicos

- Describir la autovaloración del peso y su comparación con el índice de masa corporal
- Conocer la insatisfacción corporal.
- Identificar la presencia de conductas de riesgo precursoras de estos trastornos.

## Metodología

### 1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal.

### 2. Muestra

A partir de los 857 alumnos escolarizados durante el año 2014-2015 en Benicasin, en los cursos de 6º de primaria a 2º de bachillerato (datos obtenidos de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte), calculamos nuestro tamaño muestral.

Tomando como precisión la prevalencia del riesgo bibliográfica del 25% y una confianza del 5% para la población finita de 857 alumnos, con un 20% de pérdidas, calculamos con el programa EPIDAT una muestra de 216 alumnos.

Mediante el programa EPIDAT se seleccionó de forma aleatoria 1 clase de cada curso. Descontando las pérdidas, que no pudieron ser cuantificadas, de aquellos alumnos que no acudieron a clase, no obtuvieron el consentimiento o no desearon cumplimentarlas, se estudió una muestra final de 143 alumnos.

### 3. Variables

Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, curso académico y centro educativo.

- **Riesgo de TCA:** Para valorar la variable riesgo de trastorno alimentario se utilizó el cuestionario Children Eating Attitudes Test (ChEAT-26) (3). Este cuestionario fue desarrollado por Manoney MJ, para facilitar la comprensión de las preguntas por los niños.

El cuestionario consta de 26 ítems. Cada ítem tiene seis opciones de respuesta: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Se da una puntuación de cero a las tres primeras posibles respuestas, y un valor de 1, 2 y 3 respectivamente a las siguientes tres opciones. Los ítems 19 y 25 tenían una puntuación invertida a los ya mencionados. Se considera población de riesgo aquellos con una puntuación igual o mayor a los 20 puntos.

Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, VPP del 23%, VPN del 99% y porcentaje de bien clasificados del 92%

- **Autovaloración del peso e IMC:** se analizaron mediante la pregunta 2 de la Encuesta mundial de salud a escolares (módulo de alimentación) (4). Y con el uso de técnicas de antropometría se midieron las variables peso y talla, y con ello el índice de masa corporal.
- **Insatisfacción corporal:** se valoró mediante los ítems 1 y 11 del cuestionario ChEAT, que reflejaban el miedo a engordar y el deseo de delgadez.
- **Conductas de riesgo:** se analizaron mediante las preguntas 3, 6-13 de la Encuesta mundial de salud a escolares (módulo de alimentación).

#### 4. Estrategia de análisis

Para calcular la prevalencia del riesgo de trastorno de la conducta alimenticia, autovaloración del peso y conductas de riesgo, fue utilizado un análisis univariante con un intervalo de confianza del 95%.

Mediante un análisis bivariante, se realizó una comparación de las variables en función de sexo y curso académico.

Para las variables cuantitativas, IMC y la puntuación del cuestionario ChEAT, en comparación con la variable cualitativa sexo se utilizó la prueba estadística t de student, la comparación de estas mismas variables con respecto al curso fue realizada con la comparación de varianzas.

Para la comparación de las variables cualitativas, opinión con respecto al peso y sexo, se empleó la prueba estadística chi cuadrado ( $\chi^2$ ).

#### 5. Aspectos éticos

Las encuestas fueron anónimas, no se recogió ningún dato identificativo, por lo que no hubo peligro de pérdida de la confidencialidad. No hay bibliografía que constate que esto pudiese causar daño posterior a los alumnos.

Previamente, se contó con el apoyo de las direcciones de los centros educativos que accedieron a participar en el estudio. Se informó a padres y alumnos para que otorgaran o manifestaran su consentimiento para la participación en el estudio.

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses y no haber recibido apoyo becado para la realización del proyecto.

### Resultados

Los datos expuestos a continuación son los obtenidos a partir de la muestra final de 143 sujetos.

La distribución por sexos fue un 49,6% mujeres respecto a un 50,3% de hombres. Los alumnos estudiados se encontraban en la franja de edad de los 11 a los 19 años.

El centro educativo con más representatividad fue el instituto Violant de Casalduch (71,3%), debido a que sólo había dos centros educativos que cursasen la Educación Secundaria Obligatoria en Benicassim y sólo uno el bachillerato.

El resto de alumnos pertenecían al Santa Águeda (13,3%) y LICEO (15,4%).

Los cursos seleccionados comprendían de 6º de primaria a 2º de Bachillerato, siendo su distribución la siguiente: 6 de primaria (13%), 1º ESO (17%), 2º ESO (18%), 3º ESO (17%), 4º ESO (15%), 1º Bachillerato (3,5%) y 2º Bachillerato (15%).

Para el riesgo de TCA se obtuvieron los siguientes resultados con el cuestionario Eating Attitudes Test versión para niños (ChEAT-26):

- La media global de puntuación fue de un 8,1 (IC 95%:  $\pm 1$ ).
- Los cursos en los que se obtuvieron las puntuaciones más altas fueron 6º primaria, 3º y 4º ESO. Se obtuvo una prevalencia del riesgo de un 4,9%.

Se realizó una comparación del riesgo de TCA por sexos y por cursos, obteniendo en el primero diferencias significativas ( $p= 0,0471$ ) (**Tabla 1**).

**Tabla 1: t de Student ChEAT-sexo**

| SEXO   | N   | MEDIA | DESVIACIÓN | IC 95%    | P      |
|--------|-----|-------|------------|-----------|--------|
| TOTAL  | 143 | 8,1   | 6,1        | $\pm 1$   | 0,0471 |
| HOMBRE | 72  | 7,8   | 6,8        | $\pm 6,2$ |        |
| MUJER  | 71  | 8,4   | 5,4        | $\pm 7,1$ |        |

En cuanto a la autovaloración del peso, cabe destacar que la gran mayoría de alumnos se situaban dentro del peso normal 62,9% (IC 95%:  $\pm 8,3$ ). Sin embargo, un 28,7% (IC 95%:  $\pm 7,8$ ) se situaba por encima de la normalidad.

Realizando una comparación de la autovaloración del peso entre ambos sexos, se constató que no existían diferencias significativas ( $p= 0,4978$ ) (**Tabla 2**).

Comparándolo a su vez con el IMC que realmente se presentaban, se puede observar cómo la mayoría presenta un peso dentro de la normalidad o incluso por debajo de ella, aun considerándose por encima del peso normal, es decir, hay una tendencia de los alumnos a considerar su peso por encima de lo que en realidad es (**Tabla 2**).

**Tabla 2: Descripción de peso-Media IMC**

| PESO               | n  | %    | IC 95%    | MEDIA IMC | S   | IC 95%    | p según sexo |
|--------------------|----|------|-----------|-----------|-----|-----------|--------------|
| Superior al normal | 41 | 28,7 | $\pm 7,8$ | 22,5      | 3,5 | $\pm 0,6$ | 0,4978       |
| Normal             | 90 | 62,9 | $\pm 8,3$ | 19,2      | 2,5 | $\pm 0,4$ |              |
| Inferior al normal | 12 | 8,4  | $\pm 4,9$ | 16,2      | 1,3 | $\pm 0,2$ |              |

Con respecto a la variable índice de masa corporal (IMC) se obtuvo una media de 20,9 (IC 95%:  $\pm 0,9$ ) con una desviación típica de 3,8 para los chicos y de 18,9 (IC 95%:  $\pm 0,6$ ) con una desviación típica de 2,4 para las chicas.

Se realizó una comparación de las medias obtenidas en función del sexo, obteniendo una  $p=0,0003$ , reflejando que existían diferencias estadísticamente significativas para el IMC con respecto al sexo. (**Tabla 3**).

Tabla 3: IMC según sexo

| IMC    | MEDIA | DESVIACIÓN | N  | IC 95% | P      |
|--------|-------|------------|----|--------|--------|
| HOMBRE | 20,88 | 3,77       | 72 | ±0,89  | 0,0002 |
| MUJER  | 18,87 | 2,43       | 71 | ±0,58  |        |

Con una representación de estos resultados por cuartiles, encontrábamos aspectos destacables. Aunque el IMC se encontraba dentro de la normalidad, para los chicos encontramos el primer cuartil situado en un IMC de 18, dejando el 25% de los lados por debajo, siendo esto que un 25% de los alumnos tenían un IMC comprendido entre 14-18. Para las chicas, la mediana se sitúa en 18, dejando así el 50% de los lados por debajo de esta, es decir, el 50% de las chicas tenían un IMC entre 14-18. (Figura 1).

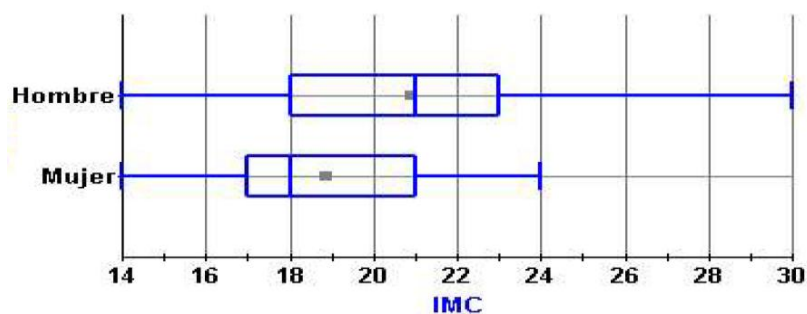


Figura 1: Cuartiles IMC según sexo

También se realizó una comparación de las medias de IMC con respecto al curso. Se obtuvo una  $p = 0,002$ , que reflejaba también diferencias estadísticamente significativas.

Para los datos relacionados con la insatisfacción corporal de los alumnos, obtenidos por las preguntas desglosadas del cuestionario ChEAT, tuvimos los siguientes resultados. El 40,6% de los alumnos tenía miedo a estar gordo, un 49,6% tenía un constante deseo de delgadez y un 33,6% pensaba a menudo en las partes "gorditas" de su cuerpo (Tabla 4).



**Tabla 4: Insatisfacción corporal**

|                          | N  | %     | IC 95% | TOTAL |
|--------------------------|----|-------|--------|-------|
| DIETA                    | 37 | 25,87 | ± 7,53 | 143   |
| PIENSAN PARTES GORDITAS  | 48 | 33,57 | ±8,09  |       |
| ASUSTA ESTAR GORDO       | 58 | 40,56 | ±8,4   |       |
| CONOCEN CALORIAS         | 37 | 25,87 | ±7,53  |       |
| QUIEREN ESTAR + DELGADOS | 71 | 49,65 | ±8,55  |       |
| QUIEREN QUEMAR CALORIAS  | 68 | 47,55 | ±8,54  |       |

Con respecto a las conductas de riesgo, se estudió la opción que los alumnos tomaban con respecto a su peso, así se destacó que aunque el 33,6% (IC 95%: ±8) trataba de mantener su peso o el 23,8% (IC 95%: ±7,3) no trataba de hacer nada, un 32,9% (IC 95%: ±8) trataba de disminuir su peso (Tabla 5).

**Tabla 5: Opciones respecto a peso**

| OPCIONES         | n  | %    | IC 95% |
|------------------|----|------|--------|
| No hacer nada    | 34 | 23,8 | ±7,3   |
| Perder peso      | 47 | 32,9 | ±8     |
| Ganar peso       | 14 | 9,8  | ±5,2   |
| Mantener el peso | 48 | 33,6 | ±8     |

*"De ese porcentaje cabe destacar, que un 2,1% de los que trataba de perder peso ya se situaba a sí mismo por debajo del peso normal, y un 36,2% se situaban dentro de la normalidad"*

Además de los que se encontraban por debajo del peso normal, un 12,5% deseaba mantener ese bajo peso.

Las conductas inadecuadas más habituales utilizadas para perder peso eran: realización de ejercicio 60,9% (IC 95%: ±8,4), consumo de pastillas 3,5% (IC 95%: 1,1 y 8) y realización de dieta hipocalórica 25,9% (IC 95%: ±7,5).

## Discusión

Con respecto a la prevalencia del riesgo de TCA encontrada en nuestro estudio, se observa que está dentro de los valores referenciados en la bibliografía (5,6). Los estudios de otras comunidades autónomas de España varían en su prevalencia del riesgo encontrando valores muy diversos, como el estudio de Pamies-Aubalat, con un 11,2% de prevalencia del riesgo (7) o el de Peláez-Fernández, Labrador y Raich con un riesgo del 6,2% (8).

Con respecto a las diferencias mínimas en la puntuación del cuestionario ChEAT por sexos, consideramos un aspecto a destacar la importancia de la inclusión de la población masculina en futuros estudios relacionados con el tema debido al creciente riesgo en varones de padecer este tipo de trastornos.

Con respecto a la percepción de la imagen corporal en otros estudios, como el de Soto Ruíz et al., un 55,6% de estudiantes tenían una percepción de su imagen que no correspondía con la realidad (9). La preocupación por su imagen corporal, por engordar (41%) y el deseo de delgadez (50%) comienza en edades tempranas (10-11 años), apareciendo ya el trastorno en alumnos de 14-16 años, edades que coinciden con las documentadas por la bibliografía (10), como el estudio de Acosta y Gómez que destacaba el inicio de preocupación por el peso y realización de dietas a los 12-14 años.

La adopción de conductas inadecuadas: consumo de pastillas (3,5%), dietas (25%), excesivo ejercicio (60%), también concuerda con los estudios consultados en la bibliografía (11,12).

## Limitaciones

Pese a las múltiples pérdidas que sufrió nuestro estudio entre los alumnos de 1º de bachillerato, sólo representan el 3,5% de nuestra muestra, consideramos que pese a poder haber influido en los resultados, no marca una diferencia significativa ya que cómo muestra el estudio de Pamies-Aubalat es en los estudiantes de menor edad donde se encontraban puntuaciones mayores para el riesgo de TCA (13).

## Aplicabilidad

Considerando estos resultados, pensamos que 1º ESO una buena edad para que los profesionales de atención primaria realicen programas de educación y prevención para estos trastornos, coincidiendo con una edad de cambios claves (paso al instituto, pubertad...).

La educación preventiva a realizar sería sobre todo en temas de alimentación saludable, realización de ejercicio físico y aumento de conocimientos acerca de la autoestima y autovaloración de la imagen corporal.

Educando a nuestros escolares a una edad adecuada podríamos ser capaces de prevenir este tipo de trastornos, así como muchas otras enfermedades de aparición en la edad adulta.

*"1º ESO una buena edad para que los profesionales de atención primaria realicen programas de educación y prevención para estos trastornos"*

### Futuras líneas de investigación

Sería interesante la realización de un meta-análisis comparando nuestros resultados con otros estudios, sobre todo debido a la escasez de estudios que incluyan a la población masculina.

Además, la comparación de las conductas entre personas que presentaron riesgo de trastorno con respecto al resto de la población, permitiría una mejor aproximación a los factores de riesgo desencadenantes de dicho trastorno.

### Conclusiones

En la población de Benicàssim existe un destacable número de alumnos que presenta riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimenticia. Aunque hubo diferencias entre ambos sexos, estas diferencias cada vez son menores, por los que los próximos estudios deberían abordar a toda la población estudiantil.

Se observa una tendencia a una valoración del peso superior a la real que no coincide con el IMC que presentan los alumnos, el cual se encuentra en casi la mitad de los casos dentro de los valores de delgadez y delgadez extrema.

Esta supervaloración del peso, así como la distorsión de su imagen corporal lleva a los alumnos a la adopción de conductas inadecuadas y de riesgo, presentes en nuestra muestra, que preceden al trastorno de la conducta alimenticia.

Consideramos a los profesionales de atención primaria un pilar fundamental para la identificación de alumnos en riesgo y para transmitir mensajes educativos tanto a los adolescentes como a sus padres, para la modificación de conductas de riesgo que sean capaces de prevenir estos y otros muchos trastornos (13,14).

## Bibliografía

1. Oliva Rodríguez R, Tous Romero M, Gil Barcenilla B, Longo Abril G, Pereira Cuñil JL, García Luna P. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutr Hosp.* 2013;28(5): 1567-7
2. González Jiménez E, Shmidt Río V, García López PA, García García CJ. Análisis de la ingesta alimentaria y hábitos nutricionales en una población de adolescentes de la ciudad de Granada. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):779-86
3. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(5):541-3.
4. Organización Mundial de la salud. Encuesta Mundial de salud a escolares. [Internet] Página web OMS. [2013; Enero 2016] Disponible en: [http://www.who.int/chp/gshs/GSHS\\_Core\\_Expanded\\_Questions\\_2013\\_Spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Core_Expanded_Questions_2013_Spanish.pdf?ua=1)
5. Calado M. Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica.* 2011; 13(4): 4-9.
6. Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trebol L, Lobo A. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010; 38(4):204-211.
7. Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castaño MB. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Med Clínica* 2011; 136(4):139-143.
8. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Comparison of Single- and Double-Stage Designs in the Prevalence Estimation of Eating Disorders in Community Samples. *The Spanish Journal of Psychology.* 2008; 11(2):542-550
9. Soto Ruiz MN, Marián Fernández B, Aguinaga Ontoso I, Guillén-Grima F. Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):2269-75.
10. 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 (1): 9-21.
11. Stice E, Bearman SK. Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Dev Psychol-* 2001; 37 (5): 597-607.
12. Arroyo M, Rocandio P, Ansótegui A. Percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Universidad del País Vasco. *Zainak* 2005; 27: 55-63.
13. Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria.* 2001; 27 (6): 428-31.
14. Ruiz P.J, Puebla R, Cano J, Ruiz PM. Proyecto de educación para la salud «promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes». *Aten Primaria.* 2000; 26 (1): 51-7.