

## Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años

M<sup>a</sup> Carmen Guirado Martínez y Rafael Ballester Arnal\*

Universitat Jaume I de Castellón

**Resumen:** El objetivo del presente trabajo es analizar la relación existente entre conductas alimentarias anómalas y entre estas conductas alimentarias y otros comportamientos, como los hábitos de sueño, el absentismo escolar, el consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y la conducta sexual. Para ello, administramos a una muestra de 819 adolescentes, cuyas edades estaban comprendidas entre los 11 y los 14 años, el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-II). Los resultados nos sugieren la existencia de importantes relaciones entre determinados comportamientos alimentarios anómalos, como la evitación de alimentos considerados de gran aporte calórico, controlarse el peso, hacer ejercicio con el fin de quemar calorías y provocarse el vómito después de una comida abundante. Del mismo modo, también hemos encontrado correlaciones significativas entre determinados comportamientos alimentarios problemáticos y conductas como tener dificultades para dormirse por las noches, el absentismo escolar, sentirse triste cuando se cree que se han herido los sentimientos de los demás, la dificultad para controlar los impulsos, consumir alcohol los fines de semana o desear cambiar muchas cosas de uno mismo.

**Palabras clave:** Conductas alimentarias anómalas; niños de 11-14 años; hábitos de salud.

**Title:** Relation between anomalous eating behaviors and other health behaviors in children 11-14 years old.

**Abstract:** The aim of this work is to analyze the existing relation among anomalous eating behaviors and among these eating behaviours and other behaviors, such as sleep habits, school absenteeism, consumption of alcohol and other drugs, poor self-esteem, emotional welfare, control of impulses, physical exercise and sexual behaviour. We have administered to a sample of 819 adolescents 11-14 years old, the Questionnaire of Information, Attitudes and Behaviors related to Health (CIACS II). The results evidence important relations among specific anomalous eating behaviors, as avoidance of fat food, weight control, to do exercise in order to burning calories and vomiting after an abundant meal. Also, we have found significant correlation among specific problematic eating behaviors and other behaviors as having difficulties to get to sleep, school absenteeism, to feel sad when they believe to have injured the feelings of the others, difficulty to control impulses, consumption of alcohol or the desire to change many things of oneself.

**Key words:** Anomalous eating behaviors; children 11-14 years old; health behaviors.

### Introducción

A pesar de haber sido descritos hace siglos, los trastornos del comportamiento alimentario parecen ser un fenómeno reciente y propio de nuestros días. Esta afirmación se justifica por el notable y alarmante incremento que durante los últimos años se ha producido de las alteraciones del comportamiento alimentario, siendo motivo de gran preocupación para los profesionales y científicos que trabajan en esta área.

Esta preocupación tiene su razón de ser, si consideramos que estamos haciendo referencia a unos trastornos que dan lugar a la muerte del paciente en casi un diez por ciento de los casos, que mantienen en situación de cronicidad a casi una cuarta parte de las personas afectadas, que hacen muy probable la desadaptación laboral, social y familiar de las personas que lo sufren, y que, mientras duran, producen un intenso y dramático padecimiento en los pacientes y en quienes les rodean (Guirado, 2001).

La anorexia nerviosa, más concretamente, es un trastorno que afecta básicamente a las mujeres, sobre todo jóvenes adolescentes (siendo la edad de mayor riesgo de los 14 a los 24 años), de nivel sociocultural medio-alto y alto, aunque también se da en una pequeña proporción entre chicos,

aproximadamente un varón por cada once mujeres, en fase puberal o prepuberal (Garner y Garfinkel, 1985; Vandereycken y Meermann, 1984; Toro y Vilardell, 1987). Su incidencia ha pasado de valores del 0.37 (Kendell, 1973) en la década de los años 60 y 0.64 en la década de los 70 (Jones, Fox, Babin, y Hutton, 1980), a valores de 6.3 en la década de los 80 (Hoek, 1991). En el caso de la bulimia nerviosa, a pesar de que tan sólo hace 13 años que adquirió entidad diagnóstica (Russell, 1979; DSM-III), este trastorno presenta unos valores en su incidencia en la década de los 80 superiores a los de la anorexia, pues ha pasado de 6 a 9.9 nuevos casos por año por 100.000 habitantes (Hoek, 1991). Los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas, han revelado un porcentaje del 1% para los cuadros clínicos de anorexia nerviosa que cumplen todos los criterios diagnósticos, mientras que esta prevalencia se ve aumentada en el caso de la bulimia nerviosa, llegando a ser de un 1% - 3% (Toro y Vilardell, 1987). Pero es más frecuente encontrar a personas que no presenten el trastorno completo con lo que las cifras aumentarían considerablemente entre la población general. En la población española, podemos determinar la frecuencia de aparición de esta patología en la población general, haciendo referencia a un estudio reciente (Martín *et al.*, 1999) realizado entre 630 niños de edades comprendidas entre 14 y 18 años en el que se detectaron conductas anoréxicas en el 46.3% de la muestra (292), con predominio del sexo femenino con una ratio de 2:1.

También en un estudio reciente de nuestro grupo (Ballester y Guirado, 2003) llevado a cabo entre niños de 11 a 14

\* **Dirección para correspondencia** [Correspondence address]: Rafael Ballester Arnal. Depto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I de Castellón. Campus Borriol. Apartado de Correos 224. 12080 Castellón (España). E-mail: [rballest@psb.uji.es](mailto:rballest@psb.uji.es)

años hemos observado una alta prevalencia de conductas alimentarias cuanto menos poco saludables, como que un 40% de niños ya a esta edad evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% alguna vez ha intentado vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia del malestar ante su figura física.

Aunque con manifestaciones diferenciadas, los trastornos del comportamiento alimentario tienen como puntos comunes el que afectan principalmente a mujeres, así como la insatisfacción que todos los individuos que los padecen muestran por la forma y tamaño de su cuerpo. La explicación a esto vendría dada por la creciente presión social por la imagen estética de delgadez, reclamada especialmente para la mujer (Ballester y Guirado, 2004), y que está afectando tanto a la aparición cada año de un mayor número de nuevos casos de estos trastornos, como a la mayor preocupación de las personas de la población general por perder peso. La identificación de delgadez con éxito social, la equiparación entre autocontrol y adelgazamiento, relacionar autoestima y aceptación social con determinados cánones de belleza arbitrariamente fijados, constituyen aspectos fundamentales de la problemática de los trastornos del comportamiento alimentario.

El aumento en la incidencia de estos trastornos nos ha permitido constatar que todavía se sabe muy poco acerca de ellos. Sobre todo existe una enorme carencia en el conocimiento de la génesis de los mismos, ya que la mayor parte de lo que se ha publicado sobre las causas de los trastornos de la alimentación (TCA), constituyen hipótesis que no han sido demostradas empíricamente. Hasta el momento no se ha identificado una causa concreta y única de estos trastornos, y no parece posible achacar su aparición a un solo factor. Actualmente se considera que sólo puede ayudarnos a comprender estos problemas una perspectiva multidimensional que incluya factores genéticos, biológicos, somáticos, psicológicos individuales, familiares y socioculturales, que interactúan entre sí tanto para desencadenar como para mantener los trastornos de la conducta alimentaria (Garfinkel y Garner, 1982; Hsu, 1983; Vandereycken y Meerman, 1984; Toro y Vilardell, 1987). Lo que parece claro es que tanto en la génesis como en el curso de estos comportamientos influyen y son influidos otros aspectos de la vida de los sujetos.

El objetivo de este trabajo es precisamente presentar datos acerca de la relación entre algunos comportamientos alimentarios de niños entre 11-14 años con otros hábitos de salud y comportamientos de los niños referidos a problemas en el sueño, absentismo escolar, baja autoestima, ejercicio físico y el control de impulsos entre otros, con el fin de saber si los comportamientos alimentarios problemáticos se dan de manera aislada e independiente o por el contrario confluyen con otros problemas que afectan a otras áreas de funcionamiento del niño.

## Método

### Muestra

Para la realización de este trabajo, hemos utilizamos una muestra formada por un total de 819 adolescentes, cuyas edades están comprendidas entre los 11 y los 14 años (147 sujetos tenían 11 años constituyendo el 17.9 % de la muestra; 213 sujetos, es decir, el 26%, tenían 12 años; 203 sujetos, el 24.7%, tenían 13 años; y por último, 256 sujetos, el 31.2% tenían 14 años). En lo referente al sexo, 395 sujetos de la muestra eran chicas, es decir, el 48.2%, mientras que los 424 restantes, el 51.8 %, eran chicos. Procuramos tener en cuenta aspectos como el sexo de los sujetos, el curso en el que estaban estudiando, la provincia en la que vivían, así como el emplazamiento de la localidad del centro educativo (el entorno rural y urbano, costa e interior), para que la población explorada fuera lo más representativa posible. Así mismo, también hicimos un gran esfuerzo en recoger información de las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

### Instrumentos de evaluación y procedimiento

Los resultados que expondremos en este trabajo, forman parte de un estudio epidemiológico de amplio espectro en el que se exploran los hábitos de salud de la población comprendida entre los 4 y los 25 años de edad, en la Comunidad Valenciana. El instrumento utilizado a tal efecto, es el CIACS ( Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la salud) (Ballester y Gil, en preparación), el cual consta de diferentes versiones en función de la edad de aplicación. Concretamente para las edades que nos interesan, y a las que nos referimos en el presente trabajo, se utilizó el CIACS-2 que incluye un total de 139 ítems referidos a distintos hábitos de salud. La información que aquí ofrecemos la extrajimos de 16 ítems relacionados tanto con el comportamiento/actitudes alimentarios, como con la realización de ejercicio físico (la razón de que incluyamos en el presente trabajo los ítems relacionados con el ejercicio físico es que, como conocemos, el ejercicio excesivo puede estar al servicio de algunos de los objetivos de las personas con patrones de conducta alimentaria anormales), y de otros 17 ítems relacionados con otros aspectos como los hábitos de sueño, el absentismo escolar, el consumo de alcohol y drogas, la higiene, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y el comportamiento sexual.

De los 16 ítems utilizados sobre comportamientos alimentarios, 8 aluden al comportamiento de los adolescentes respecto a la alimentación, 4 se refieren a sus actitudes, 1 hace referencia al comportamiento alimentario de sus amigos, 1 habla del comportamiento alimentario de los padres, 1 de las actitudes de los padres respecto a los hijos y 1 alude a las actitudes de los demás. Las opciones de respuesta eran diferentes en función del contenido del ítem. En lo referente a los ítems relacionados con conductas alimentarias, la mayor parte de ellos se respondían por medio de una escala Likert en la que 1 significaba nunca o nada de acuerdo y 4, siempre/habitualmente o totalmente de acuerdo; las respuestas a cuatro de los ítems tenían un formato abierto; y finalmente, uno de los ítems era de respuesta cerrada teniendo el sujeto que señalar categorías de respuesta no excluyentes. Por lo que respecta a los ítems relacionados con otros aspectos, también la mayoría (10 de ellos) se respondían por medio de la escala Likert en la que 1 significaba nunca o nada de acuerdo y 4, siempre/habitualmente o totalmente

de acuerdo; 6 de ellos se respondían por medio de un formato abierto; y finalmente, uno de los ítems era de respuesta cerrada.

En la Tabla 1 presentamos los 16 ítems que componen la escala de conductas alimentarias del CIACS-2, clasificados en función de su contenido y en la Tabla 2, los ítems relacionados con otros aspectos.

**Tabla 1:** Listado de ítems extraídos del CIACS-2 referidos al comportamiento/actitudes alimentarias.

Nº	ITEM
1	Hago desayunos muy completos (leche, zumo, cereales, bollería..)
2	Tiendo a evitar algunos alimentos porque pienso que engordan.
3	Me controlo el peso
4	Tengo problemas de exceso de apetito
5	Hago ejercicio para quemar calorías
6	Tomo laxantes
7	Intento vomitar después de haber comido mucho
8	Señala los cuatro motivos principales por los que haces/harías deporte:
8.1	Para distraerme o divertirme
8.2	Para estar más fuerte
8.3	Para conseguir un cuerpo más bonito
8.4	Para adelgazar
8.5	Para estar en forma
8.6	Para estar más sano/a
8.7	Para conocer gente de ese ambiente
9	¿Te consideras grueso/a, delgado/a o normal?
10	¿Qué importancia le das al peso y a tu apariencia de 0 a 10?
11	Idem al peso y a la apariencia de los demás de 0 a 10
12	Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar
13	¿Tus amigas han hecho algo para adelgazar?
14	Mi madre ha hecho dieta para adelgazar
15	Mis padres me riñen por mi falta de apetito
16	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a

La fiabilidad de la escala de problemas de conducta alimentaria, medida a través de su consistencia interna (alfa de Cronbach) es del 0.55, cifra aceptable sobre todo teniendo en cuenta que esta fiabilidad ha sido calculada sobre un total de 11 ítems (aquéllos cuyas respuestas seguían el modelo de una escala Likert). La fiabilidad (alfa de Cronbach) del cuestionario en su conjunto, del que fueron extraídos los ítems no alimentarios es de 0.85.

Administramos el cuestionario a la muestra mencionada con anterioridad, de forma colectiva y voluntaria, y tras mantener una entrevista con el director y el psicólogo del centro en la que se exponía el objetivo del estudio. La duración total de la administración del CIACS-2 es de entre 45 y 60 minutos.

## Resultados

Hemos realizado, por una parte, el análisis de las correlaciones de Pearson entre las variables referidas al comportamiento alimentario, y por otro, el mismo análisis pero esta vez entre otras variables que desde el punto de vista clínico se con-

sideran significativas y las variables alimentarias utilizadas en esta investigación.

**Tabla 2:** Listado de ítems relacionados con otros aspectos extraídos del CIACS-2.

Nº	ITEM
17	Tengo dificultad para dormirme por las noches
18	Suelo faltar a clase porque me encuentro mal físicamente
19	Me siento triste cuando creo que he herido los sentimientos de alguien
20	Me cuesta controlarme cuando estoy enfadado
21	Mis amigos y yo tomamos alcohol los fines de semana
22	Mis padres insisten en que hay que hacer ejercicio
23	En general suelo caer bien a los demás
24	Hay muchas cosas de mí que me gustaría cambiar
25	Creo que mis padres me quieren mucho
26	Podría decir que en general soy feliz
27	¿Cuántas veces te duchas o bañas a la semana?
28	¿Has tenido relaciones sexuales?
29	¿No has tenido relaciones sexuales porque crees que te daría vergüenza?
30	¿Te han forzado a hacer algo relacionado con el sexo?
31	¿Has probado alguna vez una droga?
32	¿Cuántos cigarrillos fumas al día?
33	¿Cuántos días a la semana practicas deporte?

## Análisis de las correlaciones entre variables referidas a comportamientos alimentarios

Como comentario general del análisis de las correlaciones entre variables alimentarias podemos decir que de un total de 78 correlaciones realizadas, 45 esto es el 58 % aparecen como significativas lo que nos permite decir que las variables estudiadas en general parecen estar bastante relacionadas entre sí.

En principio, comentaremos todas las correlaciones que han resultado significativas, aunque hay que hacer notar que algunas de ellas alcanzan esta significación con un índice pequeño (inferior a 0.10), como efecto del tamaño de la muestra.

Así, siguiendo con los resultados expuestos en la Tabla 3, en el ítem 7 “Intento vomitar después de haber comido mucho” de las 12 correlaciones realizadas, han resultado significativas el 75 %; concretamente correlaciona significativamente y con signo positivo con: el ítem 5 “Hago ejercicio para quemar calorías” ( $r=0.12$ ,  $p<.001$ ), el ítem 3 “Me controlo el peso” ( $r=0.21$ ,  $p<.001$ ), el ítem 2 “Tiendo a evitar ciertos alimentos porque pienso que engordan” ( $r=0.25$ ,  $p<.001$ ), el ítem 12 “Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar” ( $r=0.39$ ,  $p<.001$ ), el ítem 6 “Tomo laxantes” ( $r=0.11$ ,  $p<0.05$ ), el ítem 15 “Mis padres me riñen por mi falta de apetito” ( $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito” ( $r=0.11$ ,  $p<.001$ ), el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.10$ ,  $p<.01$ ), y el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.12$ ,  $p<.001$ ).

Siguiendo con el ítem 5 “Hago ejercicio para quemar calorías”, de las 11 correlaciones realizadas, el 45.45 % han resultado significativas. Correlaciona significativamente y con signo positivo, con: el ítem 3 “Me controlo el peso” ( $r=0.34$ ,  $p<.001$ ), el ítem 2: “Tiendo a evitar ciertos alimentos porque pienso que engordan” ( $r=0.24$ ,  $p<.001$ ), el ítem 12 “Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar” ( $r=0.15$ ,  $p<.001$ ), y el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.11$ ,  $p<.001$ ), y con signo negativo, con el ítem 16 “Los demás piensan que estoy muy delgado/a” ( $r=-0.14$ ,  $p<.001$ ).

En el siguiente ítem, el ítem 3 “Me controlo el peso”, han resultado significativas el 70% de las 10 correlaciones realizadas. Hemos encontrado una correlación significativa y de signo positivo, con: el ítem 2: “Tiendo a evitar ciertos alimentos porque pienso que engordan” ( $r=0.49$ ,  $p<.001$ ), el ítem 12 “Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar” ( $r=0.28$ ,  $p<.001$ ), el ítem 15 “Mis padres me riñen por mi falta de apetito” ( $r=0.10$ ,  $p<.001$ ), el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito” ( $r=0.14$ ,  $p<.001$ ), el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.09$ ,  $p<.01$ ), el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.24$ ,  $p<.001$ ), y el ítem 11 “¿Qué importancia das al peso y apariencia de los demás?” ( $r=0.07$ ,  $p<.05$ ).

También nos encontramos con que en el ítem 2: “Tiendo a evitar ciertos alimentos porque pienso que engordan”, han resultado significativas el 77.8 % del total de 9 correlaciones realizadas. En concreto, correlaciona significativamente y con signo positivo, con el ítem 12 “Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar” ( $r=0.41$ ,  $p<.001$ ), el ítem 15 “Mis padres me riñen por mi falta de apetito” ( $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito” ( $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.16$ ,  $p<.001$ ), y el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.25$ ,  $p<.001$ ); y correlaciona con signo negativo con el ítem 16 “Los demás piensan que estoy muy delgado/a” ( $r=-0.08$ ,  $p<.05$ ) y el ítem 1 “Hago desayunos muy completos” ( $r=-0.09$ ,  $p<.01$ ).

Continuamos con el ítem 12 “Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar”, que de entre un total de 8 correlaciones realizadas presenta un 50 % que son significativas. En concreto correlaciona significativamente y con signo positivo con: el ítem 15 “Mis padres me riñen por mi falta de apetito” ( $r=0.19$ ,  $p<.001$ ), el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito” ( $r=0.18$ ,  $p<.001$ ), y el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.12$ ,  $p<.001$ ); y con signo negativo con el ítem 1 “Hago desayunos muy completos” ( $r=-0.12$ ,  $p<.001$ ).

Siguiendo con el ítem 6 “Tomo laxantes”, éste presenta un 28.57 % de correlaciones significativas, de entre un total de 7 realizadas. Correlaciona significativamente y con signo positivo con: el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.15$ ,  $p<.01$ ) y con el ítem 11 “¿Qué importancia das al peso y apariencia de los demás?” ( $r=0.16$ ,  $p<.01$ ).

El ítem 15 “Mis padres me riñen por mi falta de apetito”, presenta el 83.33 % de correlaciones significativas de un total de 6 correlaciones realizadas. Correlaciona significativamente y con signo positivo con: el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito” ( $r=0.10$ ,  $p<.001$ ), el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.07$ ,  $p<.05$ ), el ítem 16 “Los demás piensan que estoy muy delgado/a” ( $r=0.23$ ,  $p<.001$ ), y el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.10$ ,  $p<.01$ ); y con signo negativo con el ítem 1 “Hago desayunos muy completos” ( $r=-0.07$ ,  $p<.05$ ).

En el siguiente ítem, el ítem 4 “Tengo problemas de exceso de apetito”, de las 5 correlaciones realizadas, el 60 % han resultado significativas. Así, correlaciona significativamente y con signo positivo con: el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar” ( $r=0.11$ ,  $p<.001$ ), el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.10$ ,  $p<.01$ ), y el ítem 11 “¿Qué importancia das al peso y apariencia de los demás?” ( $r=0.09$ ,  $p<.01$ ).

En el ítem 14 “Mi madre ha hecho dieta para adelgazar”, de las 4 correlaciones realizadas un 25 % han resultado significativas. Correlaciona significativamente y con signo positivo con el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?” ( $r=0.12$ ,  $p<.001$ ).

Por último, el ítem 10 “¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?”, correlaciona significativamente y con signo positivo con el ítem 11 “¿Qué importancia das al peso y apariencia de los demás?” ( $r=0.44$ ,  $p<.001$ ).

Podemos concluir de estos resultados que los chicos que tienden a realizar más la conducta de vomitar después de haber comido mucho, también realizan en mayor medida las conductas de hacer ejercicio para quemar calorías, controlarse el peso, evitar ciertos alimentos que engordan, y tomar laxantes. También son los que más afirman: haberse sentido tan mal con su cuerpo que han llegado incluso a llorar, que sus amigas han hecho algo para adelgazar y que sus madres han realizado dietas. Finalmente, las personas que más tienden a realizar la conducta de vomitar, también suelen pensar en mayor medida que tienen problemas de exceso de apetito, y otorgan una mayor importancia a su peso y apariencia que los demás.

Los chicos que se controlan más el peso, también son los que más tienden a evitar alimentos que consideran que engordan, al mismo tiempo, son los que suelen sentirse peor por su figura y los que manifiestan en mayor medida tener problemas de exceso de apetito. De igual modo, también suelen afirmar que sus padres les riñen por su falta de apetito y que sus madres han hecho dieta para adelgazar.

Como era de esperar, los chicos que realizan más la conducta de evitación de alimentos que engordan, también suelen descuidar más sus desayunos, se sienten peor por su figura llegando incluso a llorar, y son los que mayor importancia otorgan a su peso y apariencia, y a la de los demás. Del mismo modo, también manifiestan en mayor medida, tener problemas de exceso de apetito, que sus madres han hecho dieta para adelgazar, y que sus padres les riñen por su falta de apetito.

Finalmente, el último ítem que comentaremos hace referencia al hecho de que, los chicos cuyos padres les riñen en mayor medida por su falta de apetito, también son los que menos desayunos completos realizan, los que suelen manifestar tener problemas de exceso de apetito, suelen dar más importancia a su peso y apariencia, y también afirman que los demás no consideran que estén muy delgados.

En resumen, podemos decir que definitivamente los comportamientos alimentarios que hemos analizado en este trabajo se encuentran bastante relacionados entre sí, ya que los chicos con este tipo de conductas problemáticas relacio-

nadas con la alimentación, no realizan una única de estas conductas, sino que realizan un conjunto de ellas. Comportamientos como la evitación de alimentos considerados de gran aporte calórico, controlarse el peso, hacer ejercicio con el fin de quemar calorías, provocarse el vómito después de una comida abundante, otorgar una gran importancia al peso y a la imagen corporal, así como, la presencia de una gran angustia y descontento por la propia figura corporal, son comportamientos que correlacionan significativamente entre sí.

**Tabla 3:** Análisis de las correlaciones entre variables alimentarias.

edad	EDAD	V.7	V.5	V.3	V.2	V.12	V.6	V.15	V.4	V.14	V.16	V.1	V.10	V.11
v.7	0.004													
v.5	0.018	<b>0.122***</b>												
v.3	-0.062	<b>0.212***</b>	<b>0.343***</b>											
v.2	0.028	<b>0.252***</b>	<b>0.247***</b>	<b>0.493***</b>										
v.12	<b>0.087**</b>	<b>0.392***</b>	<b>0.152***</b>	<b>0.280***</b>	<b>0.413***</b>									
v.6	-0.026	<b>0.119*</b>	-0.089	0.025	-0.024	0.031								
v.15	0.050	<b>0.130***</b>	0.000	<b>0.102***</b>	<b>0.133***</b>	<b>0.199***</b>	0.007							
v.4	0.026	<b>0.110***</b>	0.049	<b>0.145***</b>	<b>0.132***</b>	<b>0.187***</b>	0.080	<b>0.108***</b>						
v.14	-0.064	<b>0.102**</b>	0.038	<b>0.095**</b>	<b>0.165***</b>	<b>0.125***</b>	-0.008	<b>0.077*</b>	<b>0.117***</b>					
v.16	0.061	0.014	<b>-0.143***</b>	-0.062	<b>-0.083*</b>	-0.014	0.043	<b>0.237***</b>	0.035	-0.061				
v.1	-0.026	-0.058	0.051	-0.019	<b>-0.099**</b>	<b>-0.120***</b>	0.041	<b>-0.077*</b>	0.045	-0.066	0.054			
v.10	0.031	<b>0.122***</b>	<b>0.111***</b>	<b>0.246***</b>	<b>0.252***</b>	<b>0.264***</b>	<b>0.156**</b>	<b>0.100**</b>	<b>0.102**</b>	<b>0.123***</b>	0.021	-0.037		
v.11	0.024	-0.008	0.057	<b>0.076*</b>	0.070	0.063	<b>0.166**</b>	0.030	<b>0.096**</b>	0.044	-0.021	0.026	<b>0.443***</b>	

*Nota:* Ítem 7: "Intento vomitar después de haber comido mucho", Ítem 5: "Hago ejercicio para quemar calorías", Ítem 3: "Me controlo el peso", Ítem 2: "Tiendo a evitar alimentos porque pienso que engordan", Ítem 12: "Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar", Ítem 6: "Tomo laxantes", Ítem 15: "Mis padres me riñen por mi falta de apetito", Ítem 4: "Tengo problemas de exceso de apetito", Ítem 14: "Mi madre ha hecho dieta para adelgazar", Ítem 16: "Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a", Ítem 1: "Hago desayunos muy completos", Ítem 10: "¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?", Ítem 11: "Idem al peso y apariencia de los demás de 0 a 10".

### Análisis de las correlaciones entre las variables relacionadas con el comportamiento alimentario y otras variables clínicas

Con el fin de observar las relaciones entre las variables de los comportamientos alimentarios de los chicos y otras variables de interés clínico, hemos realizado análisis de correlaciones de Pearson entre las anteriores variables y las que aparecen en la Tabla 4 extraídas así mismo, de entre los ítems del CIACS-2. que como hemos mencionado anteriormente incluyen comportamientos referidos a los hábitos de sueño, el absentismo escolar, el consumo de alcohol y drogas, la higiene, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y el comportamiento sexual.

Así, si observamos la Tabla 4, podemos decir que las variables más relacionadas con la alimentación son: la variable 24 "Hay muchas cosas de mí que me gustaría cambiar" con un total de 9 correlaciones, la variable 26 "Podría decir que en general soy feliz" con un total de 8 correlaciones, la variable 17 "Tengo dificultad para dormirme por las noches" con 7 correlaciones y la variable 19 "Me siento triste cuando creo que he herido los sentimientos de alguien" con un total de 6 correlaciones. Nos encontramos seguidamente con un grupo de variables que tienen un número significativo de correlaciones (en total 5) y son: variable 18 "Suelo faltar a clase porque me encuentro mal físicamente", la variable 20 "Me cuesta controlarme cuando estoy enfadado", variable 21 "

Mis amigos y yo tomamos alcohol los fines de semana", la variable 25 "Creo que mis padres me quieren mucho", y por último, la variable 31 "¿Has probado alguna vez una droga?".

Entrando en el contenido de los ítems específicos que se han visto más relacionados con las variables alimentarias, observamos, como los chicos/as a los que les gustaría cambiar muchas cosas de ellos (ítem 24), también intentan vomitar después de haber comido mucho (ítem 7,  $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), suelen hacer ejercicio para quemar calorías (ítem 5,  $r=0.09$ ,  $p<.01$ ), se controlan el peso (ítem 3,  $r=0.23$ ,  $p<.001$ ), evitan alimentos que consideran que engordan (ítem 2,  $r=0.26$ ,  $p<.001$ ), se sienten tan mal por su figura que incluso llegan a llorar por ello (ítem 12,  $r=0.27$ ,  $p<.001$ ), sus padres suelen reñirles por la falta de apetito (ítem 15,  $r=0.12$ ,  $p<.001$ ), consideran que tienen problemas de exceso de apetito (ítem 4,  $r=0.20$ ,  $p<.001$ ), informan que sus madres han hecho dieta para adelgazar (ítem 14,  $r=0.14$ ,  $p<.001$ ) y otorgan mucha importancia a su peso y apariencia (ítem 10,  $r=0.24$ ,  $p<.01$ ).

En cuanto a los chicos/as que manifiestan que en general no son felices (ítem 26), nos encontramos con que son chicos/as que realizan en mayor medida la conducta de vomitar después de haber comido mucho (ítem 7,  $r=-0.18$ ,  $p<.001$ ), realizan ejercicio para quemar calorías (ítem 5,  $r=-0.18$ ,  $p<.001$ ), evitan en mayor medida alimentos que consideran que engordan (ítem 2,  $r=-0.09$ ,  $p<.01$ ), manifiestan sentirse muy

angustiados con su figura (ítem 12,  $r=-0.18$ ,  $p<.01$ ), sus padres suelen reñirles por su falta de apetito (ítem 15,  $r=-0.15$ ,  $p<.001$ ), afirman tener problemas de exceso de apetito (ítem 4,  $r=-0.10$ ,  $p<.05$ ) y manifiestan que dan mucha importancia a su peso y apariencia (ítem 10,  $r=-0.10$ ,  $p<.01$ ).

Haciendo referencia a los chicos que presentan dificultades para dormirse por las noches (ítem 17), también suelen vomitar en mayor medida después de haber comido mucho (ítem 7,  $r=0.16$ ,  $p<.001$ ), evitan alimentos que consideran que engordan (ítem 2,  $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), informan sentirse muy angustiados por su figura (ítem 12,  $r=0.19$ ,  $p<.001$ ), afirman que sus padres les riñen por su falta de apetito (ítem 15,  $r=0.08$ ,  $p<.01$ ), manifiestan tener problemas de exceso de apetito (ítem 4,  $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), también informan que sus madres han hecho dieta para adelgazar (ítem 14,  $r=0.08$ ,  $p<.01$ ) y dan mucha importancia a su peso y apariencia (ítem 10,  $r=0.09$ ,  $p<.01$ ).

Finalmente y por lo que respecta a los chicos/as que afirman sentirse tristes cuando creen que han herido los sentimientos de alguien (ítem 19), éstos también hacen más ejercicio para quemar calorías (ítem 5,  $r=0.11$ ,  $p<.001$ ), evi-

tan en mayor medida alimentos que engordan (ítem 2,  $r=0.11$ ,  $p<.001$ ), llegan a llorar por sentirse mal con su figura (ítem 12,  $r=0.13$ ,  $p<.001$ ), informan en mayor medida que sus madres han hecho dieta para adelgazar (ítem 14,  $r=0.13$ ,  $p<.001$ ) y manifiestan otorgar mucha importancia a su peso y apariencia (ítem 10,  $r=0.09$ ,  $p<.01$ ).

Resumiendo, podemos decir que las conductas problemáticas referidas a la alimentación parecen guardar una relación bastante importante con comportamientos como: tener dificultades para dormirse por las noches, el absentismo escolar, sentirse triste cuando se cree que se han herido los sentimientos de los demás, la dificultad para controlar los impulsos, consumir alcohol los fines de semana, desear cambiar muchas cosas de uno mismo, no percibir el afecto de los padres, y por último, manifestar que en general no se es feliz. Estos resultados nos están mostrando a chicos bastante descontentos e infelices con ellos mismos y con lo que les rodea, hecho este muy preocupante y que se ve agravado si recordamos que estamos haciendo referencia a niños de 11 a 14 años.

Tabla 4: Análisis de las correlaciones entre variables relacionadas con el comportamiento alimentario y otras variables.

	V.7	V.5	V.3	V.2	V.12	V.6	V.15	V.4	V.14	V.16	V.1	V.10	V.11	NºCORR
v.17	<b>0.16***</b>	0.005	0.08	<b>0.13***</b>	<b>0.19***</b>	0.05	<b>0.08**</b>	<b>0.13***</b>	<b>0.08**</b>	0.05	0.02	<b>0.09**</b>	0.01	7
v.18	<b>0.17***</b>	<b>0.07*</b>	0.11	<b>0.11***</b>	<b>0.16***</b>	0.10	0.03	<b>0.13***</b>	0.04	0.03	-0.00	0.04	0.01	5
v.19	0.06	<b>0.11***</b>	0.14	<b>0.11***</b>	<b>0.13***</b>	-0.02	0.05	0.06	<b>0.13***</b>	-0.01	<b>0.07*</b>	<b>0.09**</b>	-0.00	6
v.20	<b>0.07*</b>	0.01	0.03	<b>0.11***</b>	<b>0.08*</b>	0.08	<b>0.08*</b>	<b>0.07*</b>	0.01	0.01	-0.05	0.01	0.06	5
v.21	<b>0.10**</b>	0.04	0.05	<b>0.12**</b>	<b>0.16***</b>	0.09	<b>0.08*</b>	<b>0.09*</b>	-0.06	0.04	-0.05	<b>0.11**</b>	-0.01	5
v.22	0.02	<b>0.22***</b>	<b>0.09**</b>	<b>0.10**</b>	<b>0.10**</b>	-0.07	-0.05	0.00	<b>0.09**</b>	-0.03	0.03	0.00	0.03	4
v.23	0.01	0.06	0.03	0.00	-0.02	-0.01	<b>-0.07*</b>	-0.01	-0.05	0.03	0.01	0.00	-0.05	1
v.24	<b>0.13***</b>	<b>0.09**</b>	<b>0.23***</b>	<b>0.26***</b>	<b>0.27***</b>	0.09	<b>0.12***</b>	<b>0.20***</b>	<b>0.14***</b>	0.00	-0.04	<b>0.24**</b>	-0.00	9
v.25	<b>-0.14***</b>	0.02	-0.01	-0.05	<b>-0.10**</b>	<b>-0.05</b>	<b>-0.07*</b>	-0.03	0.04	0.00	-0.01	-0.01	<b>-0.10**</b>	5
v.26	<b>-0.18***</b>	<b>-0.18***</b>	-0.02	<b>-0.09**</b>	<b>-0.18**</b>	<b>-0.07</b>	<b>-0.15***</b>	<b>-0.10*</b>	-0.00	-0.01	0.02	<b>-0.10**</b>	0.01	8
v.27	0.00	0.00	<b>0.08*</b>	-0.00	-0.022	0.02	-0.014	-0.06	-0.02	0.03	0.06	0.01	-0.03	1
v.28	-0.00	-0.00	-0.10	<b>-0.13*</b>	-0.04	0.08	0.07	0.01	0.01	-0.06	-0.04	-0.02	<b>0.13*</b>	2
v.29	-0.00	-0.00	<b>0.07*</b>	<b>0.09**</b>	0.06	-0.05	0.01	<b>0.07*</b>	0.03	0.06	-0.00	0.05	-0.00	3
v.30	-0.03	-0.03	0.01	0.04	0.08	-0.02	-0.03	0.04	-0.06	0.01	0.01	-0.07	0.01	0
v.31	<b>0.11**</b>	<b>0.11**</b>	0.06	0.05	<b>0.10***</b>	-0.04	<b>0.08*</b>	0.06	-0.00	0.04	-0.02	<b>0.08*</b>	-0.00	5
v.32	0.01	0.01	-0.4	<b>0.09*</b>	0.05	0.04	0.01	0.03	0.00	-0.02	-0.04	-0.05	-0.01	1
v.33	-0.00	-0.00	0.03	-0.00	<b>-0.15***</b>	-0.07	-0.01	0.00	-0.05	-0.05	<b>0.10*</b>	-0.07	-0.03	2

Nota: Ítem 7: "Intento vomitar después de haber comido mucho", Ítem 5: "Hago ejercicio para quemar calorías", Ítem 3: "Me controlo el peso", Ítem 2: "Tiendo a evitar alimentos porque pienso que engordan", Ítem 12: "Me he sentido tan mal por mi figura que he llegado a llorar", Ítem 6: "Tomo laxantes", Ítem 15: "Mis padres me riñen por mi falta de apetito", Ítem 4: "Tengo problemas de exceso de apetito", Ítem 14: "Mi madre ha hecho dieta para adelgazar", Ítem 16: "Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a", Ítem 1: "Hago desayunos muy completos", Ítem 10: "¿Qué importancia das a tu peso y apariencia de 0 a 10?", Ítem 11: "¿Idem al peso y apariencia de los demás de 0 a 10?", Ítem 17: "Tengo dificultad para dormirme por las noches", Ítem 18: "Suelo faltar a clase porque me encuentro mal físicamente", Ítem 19: "Me siento triste cuando creo que he herido los sentimientos de alguien", Ítem 20: "Me cuesta controlarme cuando estoy enfadado", Ítem 21: "Mis amigos y yo tomamos alcohol los fines de semana", Ítem 22: "Mis padres insisten en que hay que hacer ejercicio", Ítem 23: "En general suelo caer bien a los demás", Ítem 24: "Hay muchas cosas de mí que me gustaría cambiar", Ítem 25: "Creo que mis padres me quieren mucho", Ítem 26: "Podría decir que en general soy feliz", Ítem 27: "¿Cuántas veces te duchas o bañas a la semana?", Ítem 28: "¿Has tenido relaciones sexuales?", Ítem 29: "¿No has tenido relaciones sexuales por vergüenza?", Ítem 30: "¿Te han forzado a hacer algo relacionado con el sexo?", Ítem 31: "¿Has probado alguna droga?", Ítem 32: "¿Cuántos cigarrillos fumas al día?", Ítem 33: "¿Cuántos días a la semana practicas deporte?"

## Conclusiones y discusión

Una de las conclusiones a las que llegamos tras la realización de este trabajo, es que las conductas problemáticas referidas a la alimentación, guardan una importantísima relación entre ellas. Es decir, los datos obtenidos nos muestran que este ti-

po de conductas no son realizadas de forma aislada, sino que los chicos que suelen presentar estos problemas alimentarios, realizan un conjunto de ellas. Estos datos van en la línea de numerosas investigaciones realizadas, en donde la insatisfacción por el propio cuerpo junto con las conductas de restricción de alimentos y el hecho de percibirse con sobrepeso, serían tres de los factores que más a menudo y en común apa-

recen en los adolescentes con trastornos alimentarios (Slade, 1982; Kelly, Ricciardelli, Clarke, 1999; Schwartz *et al.*, 1999; Striegel-Moore *et al.*, 1999; Rosenvinge, Sundgot y Børresen, 1999; Davis, Claridge y Fox, 2000; Ackard y Peterson, 2001). La autoexigencia de modificar el cuerpo se produce sobre todo en estas edades de inicio de la adolescencia, y es atribuible a las especiales características biológicas y, aún más, psicológicas propias de esta etapa de desarrollo, que hacen de la misma una época propicia para su inicio. El adolescente busca su identidad en diversos ámbitos, uno de ellos es su aspecto físico, el cual precisa adecuarse a los modelos sociales valorados para sentirse más seguro. De este modo busca el cuerpo perfecto, llegando a sobrevalorar el peso (Hsu, 1996; Champion y Furnham, 1999) y ese ideal de belleza femenina instaurado arbitrariamente por la sociedad, al que atribuyen otras características físicas que desean alcanzar y que no están relacionadas con él, y surge así, más insatisfacción y mayor deseo de cambio (Conde *et al.*, 2001). Pero el hecho de que nosotros hallamos obtenido un adelanto en la edad de inicio de las conductas restrictivas de alimentos que persiguen la delgadez, nos hace necesario buscar otros componentes etiológicos diferentes de los propiamente biológicos y que son inherentes de la pubertad, señalando así la importancia de los aspectos familiares y sobre todo sociales que actúan desencadenando y manteniendo con posterioridad, el cuadro clínico.

Otra conclusión que hemos extraído, es que las variables relacionadas con el comportamiento alimentario también guardan relación con otras que desde el punto de vista clínico son significativas. En concreto, los resultados nos indican que los niños que manifiestan conductas alimentarias problemáticas, presentan también otra serie de comportamientos no saludables. Sobre todo, hemos encontrado que presentan dificultades para dormirse por las noches (esto nos puede estar indicando la existencia de pensamientos y preocupaciones relacionadas con la alimentación o con el propio cuerpo que no dejarían dormirse a los chicos), absentismo escolar, in-

forman sentirse tristes cuando creen que han herido los sentimientos de los demás, quieren cambiar cosas de ellos ya que están descontentos consigo mismos, tienen dificultad para controlar los impulsos, sobre todo su enfado (característica que nos recuerda a las personas que sufren de bulimia nerviosa) y presentan un mayor consumo de alcohol los fines de semana. Al respecto, señalaremos que nuestros resultados coinciden con numerosas investigaciones que relacionan las actitudes o conductas alimentarias de los adolescentes (sobre todo del sexo femenino), con el consumo de drogas, nicotina y sobre todo alcohol (von Ranson, Iacono y McGue, 2002; Holderness *et al.*, 1994; Garfinkel *et al.*, 1995; Kendler *et al.*, 1991; Killen *et al.*, 1987; Striegel-Moore & Huydic, 1993; Timmerman *et al.*, 1990). El consumo de tabaco por parte de las chicas adolescentes como una técnica para perder peso, es algo muy utilizado y generalizado debido a la creencia de que es un controlador del apetito (Garry, Morrissey y Whetsstone, 2003; Camp, Klesges y Relyea, 1993. Villarosa, 1994). Algunos estudios relacionan ese inicio temprano en el consumo de tabaco como táctica para la pérdida de peso, con el posterior consumo de píldoras adelgazantes o el uso de laxantes (French *et al.*, 1994, 1997; Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994; Barr Taylor *et al.*, 1998; Neumark-Sztainer *et al.*, 1996, 1998; Shisslak *et al.*, 1998).

Estos datos nos resultan tremendamente preocupantes, ya que el hecho de que sea la propia sociedad la que facilita el desarrollo de este tipo de trastornos en una proporción importante de sus miembros, sobre todo en niños/as de 11 años, nos estaría indicando que algo no funciona adecuadamente en esta sociedad y es posible que sea el momento de revisar algunos estándares sociales que están demostrando ser patógenos.

Con nuestro trabajo hemos pretendido aportar algo más de conocimiento sobre el tema, pero pensamos que es necesario seguir investigando para conocer en mayor profundidad las variables implicadas en estos problemas que afectan cada vez más, a una parte muy importante de nuestra sociedad.

## Referencias

- Ackard, D., y Peterson, C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187-194.
- Agras, S., Hammer, L., y McNicholas, F. (1999). A Prospective Study of the Influence of Eating-Disordered Mothers on Their Children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-262.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC : APA.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. y Guirado, M.C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 1, 556-562.
- Ballester, R. y Guirado, M.C. (2004). Diferencias sexuales en las conductas alimentarias de niños entre 11 y 14 años de edad. *Psicología Conductual*.
- Barr Taylor, C., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L.S., Gray, N., McKnight, K.M., Crago, M., Kraemer, H.C., y Killen, J.D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescents girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., y Pickering, A. (2000). Outcome of Anorexia Nervosa: Eating Attitudes, Personality, and Parental Bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 139-147.
- Camp, D.E., Klesges, R.C., y Relyea, G. (1993). The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12, 24-32.
- Champion, H. y Furnham, A. (1999). The effect of media on body satisfaction in adolescent girls. *Eating Disorders Review*, 213-228.
- Conde, V.J., Ballesteros, M., Blanco, J., Medina, G. e Imaz, C. (2001). Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario (I). *Interpsiquis*, (2).
- Crow, S., Praus, B., y Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders – A 5 to 10 year Record Linkage Study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.
- Davis, C., Claridge, G., y Fox, J. (2000). Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 67-73.

- French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R., y Fulkerson, J.A. (1994). Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 84, 1818-1820.
- French, S.A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M., y Blum, R. (1997). Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescents females. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 315-322.
- Garfinkel, P.E., y Garner, D. (1982). *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*. Brunner/Mazel, Nueva York.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S., y Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy of anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garry, J., Morrissey, S., y Whetstone, L. (2003). Substance use and weight loss tactics among middle school youth. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 55-63.
- Griffiths, R., Mallia-Blanco, R., Boesenberg, E., Ellis, C., Fisher, K., Taylor, M. y Wyndham, J. (2000). Restrained eating and sociocultural attitudes to appearance and general dissatisfaction. *Eating Disorders Review*, 394-402.
- Guirado, M.C. (2001). *Detección de problemas de conducta alimentaria en edades tempranas: 11-14 años*. Universidad Jaume I de Castellón. Trabajo de investigación no publicado.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Netherlands. Comunicación presentada en el Eating Disorders Congress; París, Abril.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 21, 455-460.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J., y Warren, M.P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: Review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 1-34.
- Hsu, L.K.G. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hsu, L.K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am*, 19, 681-700.
- Huon, G.F. y Walton, C.J. (2000). Initiation of Dieting Among Adolescent Females. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 226-230.
- Kelly, Ch., Ricciardelli, L., y Clarke, J. (1999). Problem eating attitudes and behaviors in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 281-286.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R.C., Heath, A.C., y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Robinson, T.N., Maron, D.J., y Saylor, K.E. (1987). Depressive symptoms and substance use among adolescents binge eaters and purgers: A defined population study. *American Journal of Public Health*, 77, 1539-1541.
- Lott, D. (1998). Eating disorders and the family: controversies and questions. *Psychiatric times*, XV (9).
- Martín, AR., Nieto, JM., Jiménez, MA., Ruiz, JP., Vázquez, MC., Fernández, YC., Gómez, MA., y Fernández, CC. (1999). Unhealthy eating behavior in adolescents. *European Journal of Epidemiology*, 15 (7), 643-648.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L.B., y Murray, D.M. (1998). Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: Are they at risk for other health-compromising behaviors?. *American Journal of Public Health*, 88, 952-955.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S., Cassuto, N., Jacobs, D.R., y Resnick, M.D. (1996). Patterns of health-compromising behaviors among Minnesota adolescents: Sociodemographic variations. *American Journal of Public Health*, 86, 1599-1606.
- Rosenvinge, J., Borgen, J., y Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-years-old students: a controlled epidemiological study. *Eating Disorders Review*, 382-391.
- Schwartz, D., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., y Thompson, J. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.
- Shisslak, C.M., Crago, M., McKnight, K.M., Estes, L.S., Gray, N., y Parnaby, O.G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 301-313.
- Striegel-Moore, R., y Huydic, E.S. (1993). Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 417-425.
- Striegel-Moore, R., Schreiber, G., Lo, Annie., Crawford, P., Obarzanek, E., y Rodin, J. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 49-66.
- Timmerman, M.G., Wells, L.A., y Chen, S.P. (1990). Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 118-122.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J., Castro, J., García, M. et al. (1985). Actitudes ante la ingesta alimenticia en una población de adolescentes. *V Mediterranean Congress of Social Psychiatry*. (Comunicación no publicada).
- Vandereycken, W. y Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa*. Berlin-NY: Walter de Gruyter.
- Villarosa, L. (1994). Dangerous eating. *Essence*, 24, 19-21.
- Von Ranson, K., Iacono, W., y McGue, M. (2002). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations Within Individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 389-403.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent populations in Norway. *Psychological Medicine*, 25, 567-579.

(Artículo recibido: 22-5-2003. aceptado: 21-6-2004)