

Ocupaciones-riesgo para la anorexia nerviosa

M.T. Ordeig, J. Toro y P. Pérez

INTRODUCCIÓN

La gran proliferación durante la última década y media en el mundo occidental de trastornos de la ingesta y en particular de la anorexia, ha promovido el estudio de sus posibles causas. Actualmente se está de acuerdo en analizar el trastorno anoréxico partiendo de un modelo etiológico multicausal que analiza la interacción entre un conjunto de factores biológicos, psicológicos y culturales que actúan como elementos que predisponen, desencadenan, y mantienen el trastorno. Dentro de este enfoque se va perfilando el importante papel que juegan una serie de factores (estereotipo, normas, valores) y presiones presentes en nuestra cultura occidental y se empiezan a relacionar dichas influencias con el incremento de anorexia en los países del mundo occidental desarrollado. Se llevan a cabo estudios que confirman la existencia de indicadores externos que son tanto el reflejo de un nuevo estereotipo corporal de delgadez como de la difusión del mismo y adopción por parte de amplios grupos de población.

A medida que se realizan estudios con amplios grupos de población juvenil se confirma la alta frecuencia de un conjunto de actitudes y comportamientos ante la ingesta y el propio cuerpo propios de personas que sufren anorexia, tales como: preocupación exagerada por el propio cuerpo, sobrevaloración del propio peso, desear estar más delgado, iniciar comportamientos dirigidos a alcanzar dicho objetivo...

Si la alta incidencia de estos comportamien-

tos y actitudes son el reflejo de la actuación de un estereotipo corporal femenino de delgadez ampliamente difundido que actúa como criterio que moldea las actitudes, percepciones, cogniciones y comportamientos de las jóvenes, parece lógico suponer (como hicieron Garner y Garfinkel, 1980) que cuanto más intensa, directa y cercana sea la presión del estereotipo, más intensa será también la respuesta. Este sería el caso de personas jóvenes que realizan actividades relacionadas con el cuerpo, y más concretamente con un cuerpo delgado y esbelto, caso de bailarinas y gimnastas (Garner y Garfinkel, 1980).

OBJETIVOS

En primer lugar demostrar que los factores de riesgo de presentar actitudes y comportamientos propios del trastorno anoréxico son mayores en sujetos que se dedican a actividades relacionadas con un cuerpo delgado (modelos, estudiantes de danza y personas que se dedican de forma recreativa a la gimnasia) que en sujetos que no se dedican a las mismas.

En segundo lugar, demostrar que existen diferencias entre grupos considerados de riesgo en función del tipo de actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Hemos recogido una muestra total de 1.812 sujetos divididos en dos grupos independientes (Tabla 1):

TABLA I
Distribución de las variables: sexo, edad y peso en el Grupo de Estudio y Grupo Comparación

	Grupo de Estudio		Grupo de Comparación		
	N	%	N	%	
<i>Sexo</i>					
Chicas	(118)	88,7	(784)	46,7	
Chicos	(15)	11,3	(895)	53,3	
N. Total	(133)		(1.679)		
<i>Edad</i>					
12-14 años	(14)	10,6	(627)	37,4	
15-18 años	(31)	19,3	(932)	55,5	
19-25 años	(63)	47,4	(115)	6,9	
Superior a 26 años	(25)	19,1	(4)	0,4	
\bar{x} Edad	21,1		15,3		
<i>Peso</i>					
Inferior a 75 %	(1)	0,8	(33)	2,1	
76-85 %	(13)	10	(133)	8,3	
86-115 %	(115)	88,5	(1.236)	76,9	
116-125 %	(1)	0,8	(133)	8,3	
Superior a 126 %	(1)	0,8	(73)	4,5	
<i>Actividad</i>					
Danza	(30)	22,6	(502)	29,9	E.G.B.
Modelos	(15)	11,3	(646)	38,5	B.U.P.
Gimnasia	(88)	66,2	(406)	24,2	F.P.
			(101)	60	1.º Medicina
			(23)	1,4	1.º Psicología

1. *Grupo de Estudio:* Reúne a 133 sujetos, 118 mujeres y 15 varones entre 12 y 44 años (\bar{x} edad = 21 a). El grupo de Estudio está

integrado por tres grupos de actividad:

Danza: Estudiantes de danza clásica y contemporánea del Instituto del Teatro de Barcelona.

Modelos: Alumnos de una escuela y agencia de modelos de Barcelona.

Gimnasia: Agrupa a personas que asisten a cuatro gimnasios de distinta ubicación socioeconómica de Barcelona para realizar unas horas a la semana de gimnasia, jazz, aerobio...

2. *Grupo de Comparación:* Integrado por 1.679 sujetos, de los cuales 784 son mujeres y 895 varones, entre 12 y 30 años (\bar{x} edad = 15 años) que cursan estudios de E.G.B., B.U.P.,

F.P., 1.º de Medicina y 1.º de Psicología en distintos centros públicos y privados de Barcelona.

PROCEDIMIENTOS

Se han comparado el Grupo de Estudio y el Grupo de Comparación así como los subgrupos de actividad entre sí en las siguientes variables:

— Peso (porcentaje de peso real en relación al ideal según las tablas que relacionan, edad, talla y peso).

— Autoimagen corporal (respuestas a la pregunta «¿Cómo te encuentras tú?»: obeso/a, Normal, delgado/a).

— Deseo de imagen corporal (respuestas a la pregunta «¿Cómo te gustaría estar?»: más

delgado/a, me encuentro bien así, más lleno/a).

— Dieta (respuesta a la pregunta «¿Haces dieta para adelgazar o la has hecho durante el último año?» Si/No).

— Respuesta al E.A.T. (Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979).

— Respuesta al B.D.I. (Beck Depression Inventory, Beck, 1961).

INSTRUMENTOS

Se han administrado tres cuestionarios:

Cuestionario que recoge las variables relacionadas con el peso y la ingesta (peso, autoimagen corporal, deseo de imagen corporal y realización de dieta). Cuestionario desarrollado por la Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Central de Barcelona (Toro y col., 1985).

El E.A.T. (Eating Attitudes Test) (Garner y Garfinkel, 1979). Cuestionario de 40 ítems que evalúa actitudes y comportamientos ante la ingesta característicos de personas que sufren anorexia. El punto de corte a partir del cual se situaría (según los autores del test) la población anoréxica corresponde a una puntuación de 30. El E.A.T. es tanto un cuestionario válido para la evaluación clínica de los síntomas del trastorno, para evaluar su seguimiento, como «...útil como instrumento de screening para identificar casos actuales o incipientes de anorexia nerviosa en poblaciones con alto riesgo para desarrollar la enfermedad» (Garner y Garfinkel, 1979). Es un instrumento que ya ha sido empleado en estudios de características similares al que aquí se describe (Garner y Garfinkel, 1980; Button y Whitehouse, 1981; Leichner y col., 1986).

El B.D.I. (Beck Depression Inventory) (Beck, 1961). Escala autoadministrada que evalúa los síntomas de depresión. La justificación de administrar esta escala en el presente trabajo se basa en los resultados obtenidos en diversos trabajos (citados en Garfin-

kel y Garner, 1982) que señalan que la sintomatología depresiva es la que más frecuentemente acompaña el cuadro de la anorexia y de las preocupaciones excesivas por el peso y la ingesta.

RESULTADOS

Variables relacionadas con el peso de la ingesta

En las tablas 1 y 2, aparecen las diferencias más importantes en la distribución de las respuestas del Grupo de Estudio y Grupo de Comparación a las variables del cuestionario sociodemográfico.

Peso: En el Grupo de Estudio el 99 % de los sujetos tienen un peso por debajo o dentro del que les corresponde por edad y talla mientras que en el Grupo de Comparación un porcentaje inferior (87 %) de personas reúne estas mismas características. El Grupo de Estudio está integrado por un porcentaje mayor de personas delgadas. En el Grupo de Comparación el porcentaje de personas con un peso corporal por encima del que les corresponde por edad y talla (12 %) es superior al de personas del Grupo de Estudio (1 %).

Autoimagen corporal: La distribución de porcentajes en las respuestas de sendos grupos a la pregunta «¿Cómo te encuentras tú?» son bastante similares. Sin embargo, si relacionamos esta variable con el peso encontramos que en ambos grupos, y en el Grupo de Estudio de forma más acusada, existen discrepancias entre el peso y la percepción del mismo. Es decir, el porcentaje de personas que se considera obeso/a es siempre superior al número de personas con un peso superior al que les corresponde por edad y talla.

Deseo de imagen corporal: A pesar de que la mayoría de sujetos del Grupo de Estudio tiene un peso inferior o igual al que les corresponde por edad y peso, el 63 % no está satis-

TABLA II

Distribución en el Grupo de Estudio y Grupo de Comparación de las respuestas a las siguientes preguntas:

	Grupo de estudio		Grupo de Comparación	
	N	%	N	%
<i>Autoimagen corporal:</i>				
¿Cómo te encuentras tú?				
Estoy obeso/a	(31)	23,5	(461)	27,5
Estoy normal	(80)	60,6	(853)	50,9
Estoy delgado/a	(21)	15,9	(362)	21,7
<i>Deseo de imagen corporal:</i>				
¿Cómo te gustaría estar?				
Más delgado/a	(81)	62,8	(726)	43,4
Me encuentro bien así	(40)	31,0	(726)	43,3
Más lleno/a	(8)	6,2	(218)	13,0
<i>Realización de dieta:</i>				
¿Haces dieta para adelgazar o la has hecho durante el último año?				
Afirmativo	(39)	29,3	(158)	9,5
Negativo	(94)	70,7	(1512)	90,5
<i>Dieta en familiares y amigos:</i>				
¿Alguno de tus familiares y amigos hace dieta para adelgazar?				
Únicamente un familiar	(15)	11,3	(314)	15,9
Únicamente un amigo	(47)	34,6	(325)	19,4
Varios de los anteriores	(54)	40,7	(429)	41,6
Ninguno	(18)	13,5	(335)	20,0

fecho con su imagen corporal y desea estar más delgado frente a un 43 % de sujetos del Grupo de Comparación. Este último grupo expresa asimismo más satisfacción con su imagen corporal: 43 % no desean modificarla frente a un 31 % de personas del Grupo de Estudio.

Dieta: Más de una cuarta parte de los sujetos que integran el Grupo de Estudio realizan o han realizado dietas de adelgazamiento frente a sólo un 9 % de personas del Grupo de Comparación.

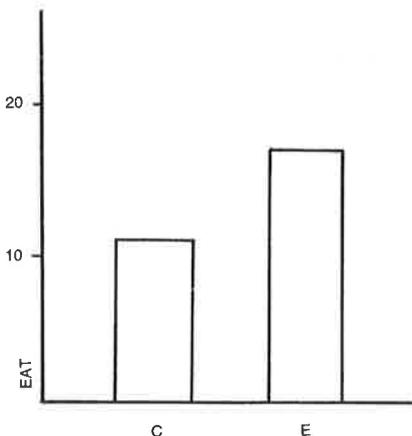
Dieta en familiares y amigos: Un porcentaje mayor (35 %) de personas del grupo de Estudio tienen un amigo que realiza restricción de alimentos con el fin de adelgazar.

Puntuaciones en el E.A.T.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio. (Tabla 3). La media obtenida por el

TABLA III
Puntuaciones en el E.A.T. Grupo de Estudio y Grupo de Comparación

Grupo de Estudio		Grupo de Comparación
17,4	\bar{X}	11,0
13,2	SD	8,9



Grupo de Estudio es significativamente más elevada ($\bar{x} = 17,4$) que la obtenida por el Grupo de Comparación ($x = 11$) ($<0,001$).

Subgrupos de Actividad. (Tabla 4). La puntuación media obtenida por el grupo de estudiantes de danza ($\bar{z} = 30$) es significativamente ($P < 0,001$) más elevada que la obtenida por los dos grupos restantes, modelos ($\bar{x} = 14$) y gimnastas ($\bar{x} = 18,6$).

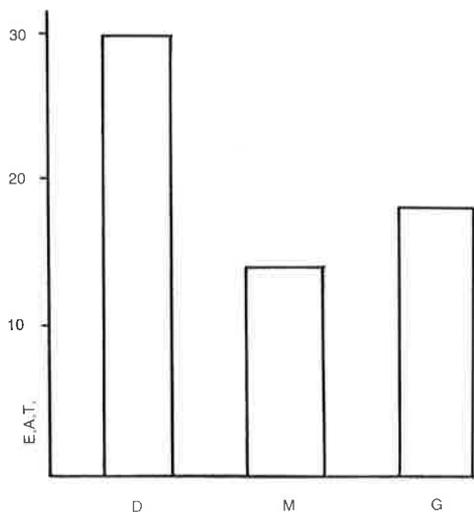
La media del grupo de bailarinas coincide con el punto de corte a partir del cual se considera la respuesta al E.A.T. como susceptible de incluirse dentro de lo patológico.

TABLA IV

Puntuaciones en el E.A.T. Subgrupos de actividad

	Danza	Modelos	Gimnasia
\bar{X}	30	14,8	18,6
SD	13,6	10,1	11,5
Máximo	53	38	51
Mínimo	14	5	2
N	(19)	(19)	(81)
	(P < 0,001)		

	Danza	Modelos	Gimnasia
Danza			
Modelos	P < 0,001		
Gimnasia	P < 0,01	N.S.	



Puntuaciones en el E.A.T. en función de variables relacionadas con la ingesta y el peso. Grupo de Estudio

Autoimagen corporal: Cuando relacionamos la respuesta al E.A.T. del Grupo de Estudio globalmente considerado con la variable autoimagen corporal (Tabla 5), observamos que los sujetos que obtienen puntuaciones significativamente más elevadas ($P < 0,001$) son los que se ven a sí mismos obesos ($\bar{x} = 29,2$). Los sujetos que se encuentran «normales» obtienen asimismo una puntuación media significativamente ($P < 0,01$) más elevada que los que se ven a sí mismos delgados ($\bar{x} = 12$).

TABLA V

Respuestas al E.A.T. en función de la variable autoimagen corporal. Grupo de Estudio

	Obeso/a	Normal	Delgado/a
\bar{X}	29,2	18,5	12,4
SD	14,5	10,51	6
Máximo	53	46	26
Mínimo	7	3	2
N	(27)	(70)	(17)
	(P < 0,001)		

	Obeso/a	Normal	Delgado/a
Obeso/a			
Normal	P < 0,001		
Delgado/a	P < 0,001	< 0,01	

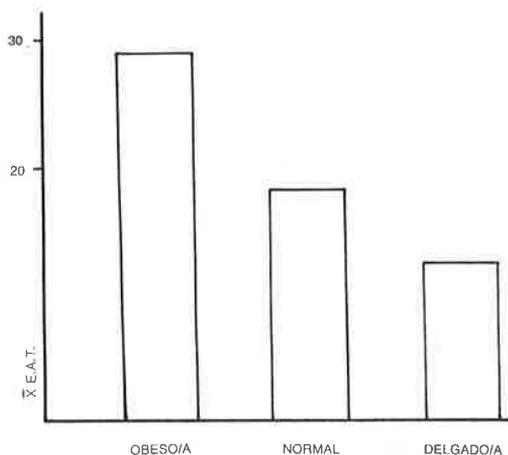


TABLA VI

Respuesta al E.A.T. en función de la variable Deseo de Imagen Corporal. Grupo de Estudio

	Más delgado/a	Como ahora	Más lleno/a
\bar{X}	23,4	14,7	12
SD	13	9,8	8
MAX.	53	46	28
MÍN.	3	2	5
N	(70)	(39)	(9)

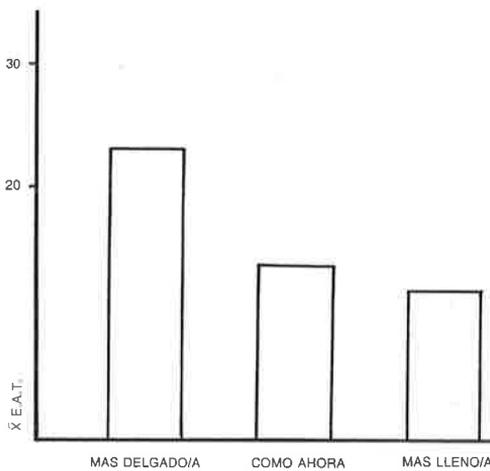
(P < 0,001)

Más delgado/a Como ahora Más lleno/a

Más delgado/a

Como ahora P < 0,01

Más lleno/a P < 0,01 N.S.



Realización de Dieta: (Tabla 7). Los sujetos que hacen dieta para adelgazar obtienen una puntuación significativamente más alta ($\bar{x} = 29$) ($P < 0,001$) y muy próxima al punto de corte (30) a partir del cual se puede considerar la respuesta al cuestionario como patológica, que los sujetos que no realizan dieta ($\bar{x} = 16,5$).

Puntuaciones ≥ 30 en el E.A.T.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio. (Tabla 8.)

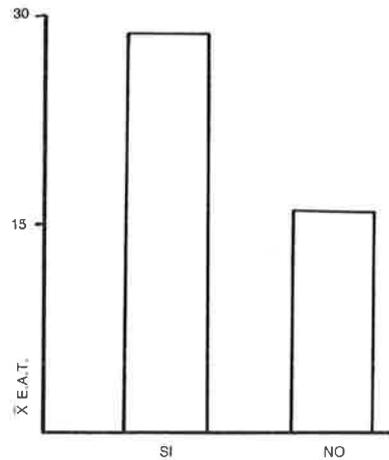
El porcentaje de sujetos del Grupo de Es-

TABLA VII

Respuesta al E.A.T. en función de la variable Realización de dieta. Grupo de Estudio.

	Realizan dieta	No realizan dieta
\bar{X}	29,0	16,5
SD	11,1	11,2
MAX.	53	50
MÍN.	11	2
N	31	88

(P < 0,001)



tudios (20 %) que obtienen una puntuación en el E.A.T. susceptible de incluirse dentro de lo patológico es casi siete veces superior al porcentaje de personas del Grupo de Estudio (3,5 %) que puntúa por encima de 30.

Subgrupos de Actividad:

El porcentaje de sujetos del grupo Danza (30 %) que obtiene una puntuación por encima del punto de corte es significativamente superior ($p < 0,01$) al de los dos grupos restantes; modelos (13 %) y gimnastas (18 %).

Puntuaciones en el B.D.I.

Grupo de Comparación y Grupo de Estudio: La puntuación media alcanzada por ambos grupos (Grupo E, $\bar{x} = 6,1$, Grupo C, $\bar{x} = 5,7$) no son estadísticamente diferentes.

Subgrupos de Actividad: Las modelos ($\bar{x} = 7,9$) son las que obtienen una puntuación

significativamente ($P < 0,05$) que las estudiantes de baile ($\bar{x} = 7,5$) y las gimnastas ($\bar{x} = 5,2$).

Puntuaciones ≥ 16 en el B.D.I.

Grupo de Comparación, Grupo de Estudio y Subgrupos de Actividad. (Tabla 10)

Más sujetos del Grupo de Estudio (6 %) en comparación con los sujetos del grupo C (4 %) obtienen una puntuación por encima del punto de corte. En los tres subgrupos de actividad, las modelos son las que más puntúan por encima de 16 (26 % de las modelos, 2 % de las gimnastas y 10 % de las bailarinas) siendo la diferencia estadísticamente significativa $P < 0,01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de estar más delgadas, las perso-

nas que se dedican a actividades relacionadas con un cuerpo delgado se diferencian de las personas de su misma edad que no realizan tales actividades en el siguiente perfil actitudinal y comportamental:

- No estar satisfechas con su peso y desear estar más delgadas.
- Realizar dietas restrictivas para adelgazar.
- Mostrar una incidencia superior de un conjunto de actitudes y comportamientos ante la ingesta y el peso (miedo intenso a pesar demasiado, preocupación por la comida y consumo calórico de los alimentos, comportamientos muy selectivos ante la ingesta, control de la sensación de hambre...) propios de personas que sufren el trastorno anoréxico.

Dentro del factor de riesgo para la anorexia nerviosa que supone dedicarse a actividades relacionadas con un cuerpo delgado se

TABLA VIII

Porcentaje de E.A.T. ≥ 30 . Grupo de Estudio y Grupo de Comparación.

Grupo de estudio		Grupo de comparación	
N	%	N	%
(27)	20	(70)	3,5

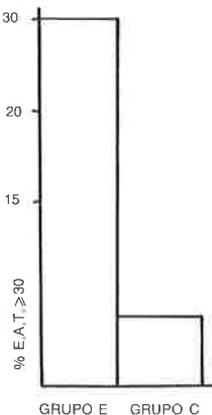


TABLA IX

Porcentaje de E.A.T. ≥ 30 . Subgrupos de actividad.

Danza		Modelos		Gimnasia	
N	%	N	%	N	%
(9)	30	(2)	13,3	(16)	18,1

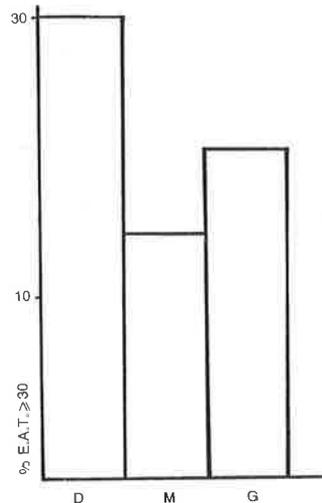
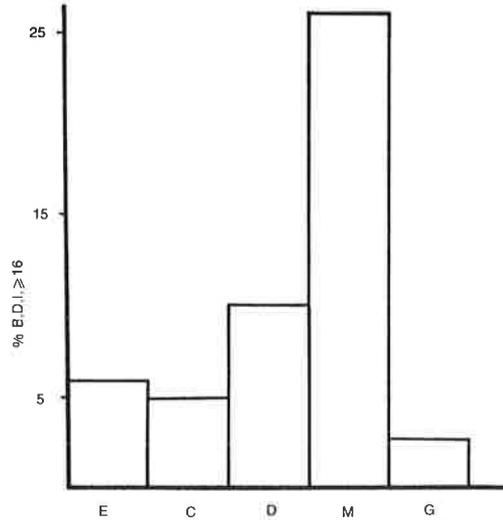


TABLA X
Porcentaje de B.D.I. \geq 16. Todos los grupos.

Grupo de estudio		Grupo de comparación		Danza		Modelos		Gimnasia	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
(9)	6,6	(82)	4,8	(3)	10	(4)	26,6	(2)	2,2

(P < 0,01)



puede aislar un tipo de actividad que incrementa el riesgo: dedicarse a la danza. Podríamos de este modo describir las características que definirían un prototipo asociado a mayor riesgo: ser chica joven, entre 12-18 años, estudiante de danza y a pesar de tener un peso normal o estar delgada no estar satisfecha con la propia imagen corporal, desear estar más delgada e iniciar la restricción de alimentos para conseguirlo.

Éste es un estudio piloto con un grupo de comparación no igualado con el de estudio y las comparaciones que se llevan a cabo entre ambos grupos son metodológicamente criticables. Teniendo en cuenta estas limitaciones que afectan el alcance y generabilidad de nuestros resultados las tendencias globales aquí descritas confirman las obtenidas por otros autores (Garner y Garfinkel, 1980; Davies y Furnham, 1986). Existen diferencias significativas entre poblaciones consideradas de mayor riesgo por la elección de su carrera y acti-

vidad y la población general en factores relacionados con la patología anoréxica. La incidencia de sintomatología depresiva no parece perfilarse como un factor que diferencie a sendos grupos, excepción hecha en lo que a subgrupos de actividad se refiere, de las modelos.

Los resultados aquí descritos contribuyen a reafirmar la influencia poderosa de una serie de factores de naturaleza sociocultural y grupal. Con ello no olvidamos, como han señalado diversos autores, que la anorexia es un trastorno plurideterminado en el cual interactúan una serie de factores socioculturales, biológicos y psicológicos. Los aquí descritos interactúan con influencias psicológicas de carácter individual que ayudarían a responder al interrogante de por qué en todas las personas que reúnen las características aquí descritas, algunas presentan un cuadro anoréxico y otras no.

Bibliografía

- DAVIES, E y FURNHAM, A.: *Body satisfaction in adolescent girls*. «British Journal of Medical Psychology», 59, 279-287, 1986.
- DAVIES, E. y FURNHAM, A.: *The dieting and body shape concerns of adolescent females*. «Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines», 27, 3, 417-428, 1986.
- DAVID, M. y GARNERY GARFINKEL, P. E.: *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 10, 647-656, 1980.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *Anorexia nervosa, a multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York Book Center, Montreal, 1982.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. «Psychological Medicine», 9, 273-279, 1979.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E.: *Cultural expectations of thinness in women*. «Psychological Reports», 47, 483-491.

