

# EDUCACIÓN ALIMENTARIA: UNA INVESTIGACIÓN CON PADRES DE ADOLESCENTES

**PÉREZ DE EULATE GONZÁLEZ, LOURDES<sup>1</sup> y RAMOS, PEDRO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Didáctica de las Matemáticas y las Ciencias Experimentales. Universidad del País Vasco

<sup>2</sup> Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco

lourdes.perezdeulate@ehu.es

pedromanuel.ramos@ehu.es

**Resumen.** La investigación ha mostrado que un porcentaje elevado de adolescentes presenta algún indicador de riesgo relacionado con los TCA. En esta investigación pretendemos ver si estos signos son también percibidos por los padres. Para ello, se recogió información de 1.105 padres de adolescentes comprendidos entre 13 y 18 años, escolarizados en la Comunidad Autónoma Vasca. Los resultados muestran que los padres no perciben la insatisfacción con la imagen corporal de sus hijos, ni la presión que puedan ejercer sus iguales por la delgadez, y no dan suficiente importancia a signos relacionados con el control de peso.

**Palabras clave.** Educación alimentaria, adolescentes, formación de padres.

## Eating education: a study of parents of teenagers

**Summary.** The investigation has shown that a high percentage of teenagers present some indicator of risk related to the TCA. In this research we try to see if these signs are perceived also by the parents. To do so, information was gathered from 1105 parents of teenagers between 13 and 18 years enrolled in school in the Autonomous Basque Community. The results show that the parents do not perceive their children's dissatisfaction with their body images, not even the pressure that their friends could exercise on them to be thin and, they do not give sufficient importance to signs related weight control.

**Keywords.** Eating education, teenagers, formation of parents.

## INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia, vigorexia, ortorexia) son hoy algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Los trastornos más comunes en los adolescentes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (AN y BN), siendo los otros dos de más reciente aparición. Existe acuerdo en definir la AN como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el paciente, y la BN como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el autocontrol del peso. La vigorexia es un trastorno que comparte con la anorexia la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Los que padecen vigorexia, generalmente hombres, están obsesionados por verse musculosos, por lo que, además de

ser adictos al gimnasio, suelen seguir una dieta con un fuerte contenido proteico. En la ortorexia, el problema no es la cantidad de comida, sino la calidad; los que la padecen están obsesionados por la comida pura o sana, convirtiéndose la alimentación en el principal objetivo de su vida. La base de los TCA se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal, de un miedo intenso a la obesidad y de un afán desmedido por el control de la dieta (Raich, 1994).

Aunque los trastornos de AN y BN diagnosticados arrojan cifras entre un 1% y un 4% de la población (Romay, 2002). En las mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados, la incidencia se ha incrementado de 2 a 5 veces en las últimas tres décadas (Peláez, et al., 2005). La

Asociación de Prevención de la AN (ADANER) refiere un aumento de casos de desmayo y de alumnado que va en ayunas al colegio, es decir, que son muchos más los casos de adolescentes que presentan algunos de los síntomas típicos (síntomas parciales o «subclínicos») de tales trastornos pero no cumplen los criterios de diagnóstico en su totalidad (Del Rio et al., 2002; Rojo et al., 2003). Asimismo, no todos los jóvenes que hacen dietas de control del peso desarrollan un TCA (trastorno de la conducta alimentaria). En una investigación llevada a cabo en el curso escolar 2002-2003 sobre hábitos de la conducta alimentaria en los adolescentes vascos (Ramos et al., 2003) se mostraba que un porcentaje significativo de nuestros adolescentes sufría algún factor de riesgo de adquirir un TCA. Es precisamente la elevada prevalencia y el amplio rango de gente joven afectada (Peláez, et al., 2004), así como las dificultades de su tratamiento, lo que justifica el interés por la prevención de los TCA (Raich et al., 2007).

No todos los factores de riesgo en los TCA se observan con igual facilidad; a veces es difícil identificarlos, por eso suelen pasar desapercibidos a educadores y padres. Dado que una detección oportuna ofrece mayores posibilidades de curación, resulta relevante que los padres perciban los problemas nutricionales de sus hijos en forma de comportamientos de riesgo psicológicos, familiares y sociales, así podrán ser agentes activos en la prevención de los TCA de sus hijos. Si no es así, ellos mismos pueden actuar como factores desencadenantes o predisponentes de estos trastornos alimentarios. Los programas de formación de padres tratan de que éstos reconozcan los indicadores que muestran que sus hijos padecen o presentan riesgo de desarrollar TCA. Pero no basta con que se informe a los padres de los factores de riesgo, además es necesario ayudarles a discriminar entre los niveles sanos y los desadaptativos, y a diferenciar entre sus percepciones y los comportamientos y creencias confesadas por sus hijos.

De aquí la importancia de conocer lo que saben los padres sobre los comportamientos alimentarios de sus hijos. Por ello, nos preguntamos si los padres son capaces de identificar en sus hijos estos signos indicadores de riesgo de los TCA. De ahí, surge el problema que da lugar a esta investigación: ¿Qué percepción tienen los padres sobre los comportamientos e ideas indicativas de TCA de sus hijos?

Para responder a esta pregunta la dividiremos en cuatro cuestiones:

- ¿Qué grado de conocimiento tienen los padres de adolescentes sobre los trastornos de la alimentación?
- ¿Cuáles son las principales creencias de los padres de adolescentes respecto a los comportamientos de sus hijos relacionados con el control de peso?
- ¿Qué percepciones tienen los padres de los factores de riesgo: psicológicos (insatisfacción corporal), familiares (la presión de los padres) y sociales (la presión del grupo)?
- ¿En qué medida las percepciones y creencias de los padres coinciden con los comportamientos e ideas manifestadas por sus hijos?

## LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen un origen multifactorial. Hay factores de riesgo de origen psicológico, familiar y social que favorecen el desarrollo de trastornos alimentarios.

Dentro de los factores psicológicos que pueden favorecer el desarrollo de los TCA la insatisfacción corporal es uno de los más importantes. La importancia del cuerpo viene definida por el hecho de que su percepción explica al menos el 25% de nuestra autoestima. Hay personas que sufren por su imagen corporal; se perciben mal, sintiendo pena, rabia, ansiedad, asco, etc. Piensan de sí mismas cosas horribles y evitan hacer muchas cosas por disimular o mejorar su defecto. Y esto es independiente de lo que los demás les digan, aun y cuando sea comprobable. En los TCA los comportamientos relacionados con la apariencia se acentúan, y realizan un estilo de vida alrededor de su preocupación corporal: mirarse al espejo; arreglarse mucho tiempo; «camuflar» defectos: siempre de negro o una ropa determinada, etc.; centros de estética; mucho ejercicio físico; continuas mediciones; alteraciones alimentarias: dietas. La preocupación por la imagen trae como consecuencia el deseo de adelgazar, en definitiva conductas de control del peso. Tener una buena o mala imagen corporal influirá decisivamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y en la manera en cómo nos respondan los demás. La imagen corporal no es fija ni inamovible, sino que puede variar a lo largo de la vida. Así, cuando mayor anclaje toma es en la infancia y adolescencia. Por ello son edades consideradas de riesgo para los TCA. De hecho, la mayoría de los estudios indican que la bulimia se inicia al final de la adolescencia y la anorexia al principio (Raich, 1994). También, las investigaciones han mostrado la importancia de la internalización del ideal femenino como factor de riesgo (Raich et al., 2007), ya que las influencias socioculturales que idealizan modelos de hombre y mujer, difíciles de conseguir, llevan a distorsiones cognitivas respecto al propio peso y a deseos de cambio.

Otro factor también destacado por la literatura científica es la presión de los amigos y la influencia de la madre. Se observa que las mujeres con amigas o madres que siguen dietas son más propensas a sufrir trastornos alimentarios. Aunque no existen causas directas para los trastornos de la alimentación, se puede confirmar el papel de los estereotipos de género, considerando el hecho de que el 90% de los casos de trastornos de la conducta alimentaria se dan en mujeres (Morris, 1985).

Por último, hay que apuntar que en la mayoría de los programas de prevención y detección precoz de los TCA (Andrés et al., 2002) se trabajan diferentes factores de riesgo como los relacionados con la actitud ante la comida o la preocupación por el peso y los de carácter cognitivo, emocional y social. Estas mismas autoras, respecto a la facilidad o dificultad de reconocer estos factores, apuntan que los factores de origen psicológico suelen ser más difíciles de detectar que los familiares o sociales. Los profesores tienen más facilidad para observar los indicadores sociales, y los padres, debido a la proximidad, detectan mejor los factores psicológicos.

## ¿QUÉ INDICADORES DE RIESGO SUELEN PRESENTAR LOS ADOLESCENTES RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN?

Las investigaciones sobre hábitos alimentarios, normalmente, tratan de precisar aquellas conductas que se repiten con una frecuencia diaria y/o semanal, y que puedan tener una incidencia en la aparición de los TCA. A este respecto, los estudios nutricionales relacionados con los TCA (Aran-ceta et al., 1985; Garner y Garfinkel, 1979; Del Rio et al., 2002; Romay, 2002) resaltan la importancia de los hábitos del desayuno y aspectos relacionados con la escenificación de las comidas, como la forma, el lugar y la compañía. Específicamente, apuntan que tienen más riesgo de sufrir TCA los adolescentes que comen solos y en menos de 10 minutos. Curiosamente, el hecho de comer solos es el único factor asociado a los varones en el estudio de Arrufat (2006). En el estudio de Romay (2002) con adolescentes entre 11-16 años, casi 4 de cada 10 creían que a los demás les gustaban los que pesaban menos que él o ella, y a un 14,2 % les agobia la idea de engordar. Otros estudios (Díaz y Blázquez, 2001; Baile y Garrido 2002; Rodríguez y Beato 2002) muestran que existe un mayor porcentaje de mujeres respecto al de hombres que no acepta su imagen corporal y se siente insatisfecho con la misma. En la revisión llevada a cabo por Peláez y colaboradores (2004) sobre diversos estudios epidemiológicos en distintas comunidades españolas, se destaca el hecho de que no se encuentra una vinculación entre las variables sociodemográficas y la incidencia de los TCA.

En una investigación que se llevó a cabo en el País Vasco durante el curso escolar 2002-2003 sobre hábitos de la conducta alimentaria en adolescentes (Ramos et al., 2003), se destacó que:

1. Respecto a la actitud hacia la comida: el 60% no consideraba como un placer el acto de comer y además para el 19% representaba una obligación. El 9% no realizaba habitualmente las tres principales comidas del día; el 15% no desayunaba regularmente; el 66% dedicaba menos de diez minutos a desayunar y el 58% lo hacía en solitario; un 14% comía fuera de casa; casi el 30% no merendaba.
2. Respecto al control del peso: el 21% de los encuestados habían realizado alguna vez dieta para perder peso, el 29% había practicado ejercicio con este mismo fin y el 55% seleccionaba los alimentos que consumía en función de su aporte calórico.
3. Respecto a la imagen corporal: el 26% se encuentran insatisfechos con su imagen corporal; al 47% les gustaría estar más delgados; el 16% considera que la ropa le estaría mejor con una talla menos; el 37% considera que los jóvenes de su entorno pesan menos que ellos; de hecho un 29% de los adolescentes se ven gordos cuando en los datos reales esto no es así. Hay un mayor porcentaje de mujeres que no aceptan su imagen corporal (37% muy insatisfechas/insatisfechas frente al 15%), el 54% de mujeres creen estar mejor con una talla menos, frente al 35%.
4. Respecto a la presión familiar y social hacia la delgadez: el estar delgados es tan importante que más de la mitad (un

53%) estaría dispuesto a bajar peso para mejorar su imagen física (siendo más las mujeres -63%- que los hombres -44%-). Gran presión sobre la delgadez especialmente femenina. Un factor de presión son los padres (79% de los adolescentes han sentido alguna o muchas veces presión).

5. Cerca de un 25% de los encuestados se encuentran en peligro de sufrir un TCA.
6. Durante la campaña se han detectado y orientado al tratamiento 13 casos (9 bulimias y 4 anorexias).

## EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y PADRES

Son muchas las evidencias epidemiológicas que apuntan a un avance en los últimos treinta años de los TCA en la adolescencia (Morando y Casas, 1997). Pero no se ha identificado una causa única como origen de estos trastornos. Más bien, como ya hemos apuntado, el origen se explica desde una óptica multicasual, en la que los factores de riesgo familiar interactúan con los psicológicos y sociales. Hasta 1975 se relacionaba con familias de clase media o media-alta, pero actualmente se va difuminando esta exclusividad. Para algunos autores (Rodríguez y Beato, 2002), los factores familiares (familia disfuncional, control y nivel de exigencia de la madre o del padre) son variables consideradas como precipitantes de la conducta de dieta y preocupación por la figura corporal, siendo la más importante el sentir una elevada exigencia por parte de la madre. Para otros, la familia actúa como un factor predisponente en la aparición de estas enfermedades, y no es raro encontrar antecedentes de trastornos nutricionales entre otros miembros familiares o excesivo interés por el alimento, la dieta, el peso o la apariencia física (Serrano, 1997). Si bien la madre juega un papel muy importante, no hay duda de que los TCA son un problema familiar. La distancia emocional de los padres varones puede crear un vacío que las hijas tienden a cubrir desarrollando anorexia (Tiemeyer, 2007). Asimismo, el poco contacto entre padres e hijos y las discusiones entre los padres aparecen como factores de riesgo de bulimia y atracones (Martínez-González e Irala, 2003).

Desde el punto de vista del tratamiento de los TCA, un mayor conocimiento de los síntomas por parte de los padres tiene repercusión directa en la detección del problema, ya que las pacientes pueden ser llevadas por sus familiares al médico (Aguinaga et al., 2000). Para eso, los padres tienen que observar cambios en los hábitos de la alimentación de sus hijos, como: comer poco y con lentitud, trocear la comida en porciones pequeñas y extenderla por el plato, dificultad de mantener el reposo después de comer. Pero se ha constatado una ausencia de percepción del problema por los progenitores. De hecho, en un estudio para detectar TCA a partir de la información de los padres, un 11% de hijas y un 7,9 % de hijos con sintomatología no fueron detectados por sus padres (Rivas et al., 2001). También, se ha apelado a la falta de formación de los padres, ya que éstos parecen estar cargados de mitos y errores, como quitar importancia al desayuno y ofrecer unas raciones excesivas, lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar programas dirigidos conjuntamente a padres e hijos (Gussinyer, 2008).

Las propuestas europeas sobre el desarrollo de los programas de educación nutricional recomiendan abordarlos desde una perspectiva interdisciplinar, de forma que incluyan a todos los componentes de la escuela, comprendidos los padres y la comunidad (Harrison, 2005). Harrison recomienda que los docentes y los demás agentes implicados trabajen más estrechamente con los investigadores para reconocer problemas, evaluar intervenciones y utilizar los resultados de las mismas. A pesar de esto y de la importancia de los padres en el origen de los TCA, la mayoría de los programas de prevención y detección precoz son desarrollados, generalmente, en contextos educativos desde donde se llega con dificultad a los padres. En estos programas, los talleres para padres se centran en trabajar los factores de riesgo psicológicos presentes en los hijos, porque son más accesibles a su evaluación y les generan menos sentimientos de culpa (Andrés et al., 2002).

Desde las teorías constructivistas del aprendizaje, se resalta que para conseguir aprendizajes significativos se deben conocer las ideas y hábitos de los aprendices respecto al tema, en este caso la alimentación, para que luego pueda llevarse a cabo su reestructuración. Así, los padres deben conocer los hábitos alimentarios de sus hijos. Cuántas veces los padres se dan cuenta de que su hijo no desayuna o realiza dieta, y se paran a pensar si eso es esporádico o habitual. Es más, cuántas veces le preguntan a su hijo adolescente la razón por la que lo hace. Es fundamental que los padres tengan sensibilidad ante estos comportamientos para que puedan ejercitar una labor preventiva.

En esta investigación se estudian las ideas previas que tienen los padres de los comportamientos e ideas de sus hijos sobre algunos indicadores psicológicos, familiares y sociales, que señalan si sus vástagos presentan o pueden desarrollar problemas en la alimentación.

Desde nuestro punto de vista, la percepción de los padres sobre estos indicadores de riesgo de los TCA, que incluyen aspectos psicológicos y sociales, es interesante para conocer la capacidad que tienen de actuar como agentes de prevención primaria de los TCA, que es el objetivo de todo programa de prevención y detección precoz de los trastornos alimentarios.

**METODOLOGÍA**

La muestra objeto de estudio son 1.105 padres de adolescentes (13-18) procedentes de las provincias del País Vasco.

Los datos se recogen mediante un cuestionario personal relleno en presencia del formador de padres. Para la confección del cuestionario se decidió tener en cuenta el utilizado con adolescentes (Ramos et al., 2003), que estaba basado en el BSQ (Body Shape Questionnaire), que mide la insatisfacción con la imagen corporal y el EAT (Eating Attitudes Test), que evalúa el riesgo de padecer trastornos de alimentación. A este test se le añaden unas preguntas sobre el conocimiento de los padres acerca de las enfermedades alimentarias más usuales.

El cuestionario contempla las siguientes variables:

1. Variables sociodemográficas.
2. Conocimientos de los padres sobre enfermedades de la conducta alimentaria (anorexia, vigorexia, bulimia y ortorexia).
3. Creencias de los padres sobre los siguientes factores relacionados con la comida y el control del peso de sus hijos:
  - a) Hábitos alimentarios (compañía, lugar).
  - b) Preocupación por el peso y la silueta (realizar las tres comidas, dietas, restricciones del aporte calórico, hacer ejercicio físico para perder peso, deseo de bajar peso).
4. Percepción de los padres sobre los siguientes aspectos relacionados con factores de origen psicológico, familiar y social:
  - a) Psicológico: insatisfacción corporal, deseo de estar más delgados y de tener una talla menos, creencia de que los demás tienen menos talla.
  - b) Familiar: presión de sus padres sobre su imagen corporal.
  - c) Social: tipo de amistades y opiniones de sus amigos respecto a su talla, delgadez y gordura.

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos. Comenzaremos por ofrecer los resultados relativos al conocimiento de los TCA; seguidamente analizaremos las creencias y percepciones que tienen los padres sobre las conductas de sus hijos relacionadas con la preocupación por el peso. A continuación, se mostrará las apreciaciones que respecto a sus hijos hacen los padres sobre factores psicológicos, familiares y sociales importantes en el desarrollo de los TCA.

**1. Conocimientos de los padres sobre los diferentes TCA (Tabla 1)**

Cerca de un tercio de los padres han conocido a alguien que ha padecido bulimia o anorexia. Esto se puede considerar un porcentaje bastante elevado, si pensamos que sólo la padecen alrededor de un 4% de adolescentes. La mitad de los padres conocen los otros dos trastornos alimentarios. La vigorexia es algo más conocida que la ortorexia. Esto es normal, ya que la primera esta más extendida.

Tabla 1  
Conocimientos de los padres sobre los diferentes TCA en %.

	SÍ	NO
Conoce casos cercanos de bulimia	21	79
Conoce casos cercanos de anorexia	29	71
Vigorexia	59	41
Ortorexia	45	55

**2. Percepción de comportamientos de riesgo de sus hijos relacionados con la comida y la preocupación por el peso y la silueta (Tabla 2)**

Los padres varones afirman estar presentes en un 39% de los desayunos de sus hijos, y las madres en el 42% de los mismos. Asimismo, todos dicen que sus hijos no desayunan fuera de casa. De lo anterior se puede deducir que los padres son conscientes de que sus hijos desayunan con frecuencia; en más de la mitad de los casos, solos o sin su compañía.

Respecto a las conductas que pueden ser indicativas de un control de peso: más de la mitad (58%) percibe el deseo de sus hijos por bajar de peso. Pero para conseguirlo, no creen que se salten las comidas, ya que casi 9 de cada 10 padres creen que sus hijos realizan las tres comidas principales. Casi un tercio (31%) cree que sus hijos realizan algún tipo de dieta, y un escaso 16% responde que no comen alimentos que engordan. Otros, un

26%, creen que sus hijos realizan ejercicio físico para perder peso.

**3. Percepciones de los padres sobre los factores de riesgo de sus hijos: psicológicos, familiares y sociales (Tabla 3)**

El 42% de padres perciben que sus hijos creen que estarían mejor con una talla menos; a un 26% les gustaría estar más delgados; a un 31% les agradaría pesar menos. El 21% de los padres perciben en sus hijos insatisfacción con su imagen corporal

Sólo un 26% de los padres confiesan que no creen que sus hijos se sienten presionados por ellos acerca de su imagen, los demás (74%) piensan que en mayor o menor frecuencia lo hacen. Es decir, que los progenitores sienten con mucha frecuencia ejercer presión hacia la delgadez. Sin embargo, creen en menor medida (un 62%) que los amigos ejercen presión sobre sus vástagos.

Tabla 2  
Percepción del comportamientos de riesgo de sus hijos en %.

RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES ANTE LA COMIDA: LOS PADRES CREEN QUE SUS HIJOS			
Comen con el padre	Desayuno 39	Comida 75	Cena 86
Comen con la madre	Desayuno 42	Comida 63	Cena 77
Comen fuera de casa	Desayuno 0	Comida 17	Cena 1
RELACIONADOS CON LA PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA SILUETA: LOS PADRES CREEN QUE SUS HIJOS			
	Sí	No	A veces
No comen alimentos que engordan	16	55	29
Realizan las tres comidas	86	7	7
Realizan dietas	31	69	
Desayunan todos los días	86	10	4
Hacen ejercicio físico para perder peso	26	74	
Quieren bajar peso por mejorar la imagen corporal	58	42	

Tabla 3  
Percepciones (en %) de los padres sobre los factores de riesgo de sus hijos.

De origen psicológico: imagen corporal los padres piensan que sus hijos /o a sus hijos:			
Con su imagen corporal se sienten	Muy insatisfechos e insatisfechos 21	Satisfechos 74	Muy satisfechos 1
Les gustaría estar más delgados	Sí 26	No 74	
Creen que les sentaría mejor una talla menos	Sí 42	No 58	
Creen que los de su misma edad tienen la talla	La misma 58	Más que tú 16	Menos que tú 26
De origen familiar: presión de los padres los padres creen que a sus hijos			
Les presionan sobre su imagen	Ninguna 26	De vez en cuando 56	Muchas veces 18
De origen social: presión de sus iguales (opiniones de amigos...)			
los padres piensan que sus hijos/ o a sus hijos			
Creen que a las chicas les gustaría chicas con menos peso	Sí 31	No 69	
Les sentaría bien si les dijeran que han adelgazado un poco	Sí 62	No 38	
Si les dijeran que han engordado se sentirían mal	Sí 46	No 54	
Tiene con sus amigos una amistad	Íntima 70	Superficial 21	No tienen 1

## CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Desde un modelo de intervención multidisciplinar, se ha planteado la importancia de los padres en la prevención de los TCA y la conveniencia de prestar atención a las percepciones que éstos tienen de sus hijos. A continuación, se resumen las creencias de los padres respecto a las ideas y comportamientos de sus hijos acerca de los indicadores de riesgo de los TCA.

### 1. Respecto al conocimiento de los TCA

El conocimiento acerca de la anorexia y la bulimia se puede considerar alto, por lo que se les supone sensibles al tema. Sin embargo, es menor el que poseen sobre la vigorexia, lo que se puede explicar por ser un trastorno menos extendido y limitado a adolescentes varones.

### 2. Respecto a los factores relacionados con la preocupación por el peso

Según los padres, sus hijos adolescentes desayunan con bastante frecuencia, pero esta declaración choca con el hecho de que casi la mitad manifiesta no estar presente en esa ingesta. Esta contradicción se puede entender por la escasa importancia que los padres atribuyen al desayuno, o por la confianza que tienen en el comportamiento de sus hijos. Se debe informar a los padres de la importancia del desayuno, y de que comer solo es un factor de riesgo asociado a los TCA, especialmente en los hombres.

Entre los síntomas del control de peso, el más extendido entre sus hijos adolescentes es el deseo de bajar peso para mejorar la imagen. Éste es el síntoma que declaran percibir y el que se atreven a confesar más frecuentemente los padres. La dificultad viene a la hora de percatarse de las conductas ligadas a este «deseo». Así, el porcentaje de adolescentes que realiza dietas, que no come alimentos que engordan y que hace ejercicio físico para perder peso, según los padres, es muy inferior.

Esta descompensación entre deseos y conductas percibidas por los padres puede tener varias explicaciones. Unos padres no creen que los deseos de sus hijos se traduzcan en comportamientos de riesgo. Otros no son suficientemente francos para confesar síntomas más específicos ligados al control del peso. También cabe pensar que no sepan que la probabilidad de ingesta inadecuada es mayor en adolescentes con deseo de pérdida de peso, por lo que estos comportamientos no serán suficientemente valorados, y por lo tanto, detectados por los padres. Sin embargo, si tenemos en cuenta que la ocultación de síntomas es una característica de los TCA, parece lógico que la mayoría de los padres no hayan descubierto conductas ligadas al control del peso en sus hijos.

### 3. Respecto a las alteraciones relacionadas con la imagen corporal

La percepción de los padres de las alteraciones ligadas a la imagen corporal en sus hijos disminuye con la gravedad de

éstas. De ahí que la insatisfacción corporal sea detectada con menor frecuencia. En general, más de la mitad de los padres tiende a pensar que sus hijos preferirían tener una talla menor, pero en menor medida creen que esto les produce una insatisfacción grave con su imagen. Por ello, la formación de padres debería recordar que los aspectos relacionados con las distorsiones respecto a su peso no se limitan a «desear» una talla menor, sino que trae como consecuencia insatisfacción, baja autoestima y conductas de control de peso.

Poco más de la cuarta parte de los padres percibe que a sus hijos les gustaría estar más delgados, lo que parece mostrar que están ignorando la importancia de la internalización del ideal de delgadez promovido por los medios y la publicidad.

Tres cuartas partes de los padres reconocen presionar a sus hijos para que estén más delgados. Puesto que la madre tiene un papel determinante en este problema, será necesario profundizar en este aspecto, ya que con esta investigación no tenemos datos que aporten una diferenciación entre la presión materna y paterna.

Por último, podemos decir que los padres muestran una escasa percepción de bastantes comportamientos de riesgo de los TCA en sus hijos adolescentes. Se constata que la conducta percibida es menor que el deseo percibido. De hecho, los síntomas más detectados son el deseo de bajar peso, tener una talla menor y mejorar la imagen. Los menos frecuentemente confesados son los referidos a no comer alimentos que engordan y realizar dietas. En definitiva, los padres tienden a quitar importancia a las conductas de riesgo, posiblemente porque les genera menos preocupación.

Una apreciación parcial del problema provoca el retraso en la toma de medidas preventivas en los TCA, lo que pone de manifiesto la necesidad de acciones educativas sobre alimentación dirigidas a padres de adolescentes. Entre ellas nos parece fundamental que los padres conozcan las diferencias entre sus ideas y las de sus hijos, especialmente las existentes sobre los indicadores de la imagen corporal y la presión social y familiar. Esto exige que padres e hijos hablen explícitamente sobre estos indicadores para que los padres se den cuenta de los deseos y prioridades de sus hijos. Asimismo, se les debería informar de la incidencia que pueden llegar a tener conductas de riesgo poco valoradas por ellos, como el desayunar solos, sin compañía, y el hacer ejercicio físico en exceso. Por último, mostrarles la importancia de que tras un deseo viene asociada una conducta: si su hijo anhela mejorar su imagen hará, seguramente, algún tipo de restricción alimentaria. De este modo, se favorecerá la capacidad de los padres para que puedan actuar como agentes activos en la prevención y detección precoz de los problemas de los TCA.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Susana Liberal y Miriam Latorre, becarias que han ayudado a pasar las encuestas y al tratamiento de datos. Esta investigación ha sido subvencionada para su realización por la Obra Social de la Caja Vital Kutxa

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUINAGA, M., FERNÁNDEZ, L.J. y VARO, J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2), pp. 279-292
- ANDRÉS, V., CARIÑANOS, A., DÍAZ-MERINO, L., MARTÍN, R., MARTOS, M.V., VÁZQUEZ, M.J. y VILLANUEVA, B. (2002). *Programa de Prevención y Detección precoz de los Trastornos de la Alimentación*. Madrid: EOS.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- ARANCETA, J., BONET, T., SANTOLAYA, J., DELGADO, A. y GOUDRA, J. (1985). *Evaluación del consumo y hábitos alimentarios en los comedores escolares de los colegios públicos de la villa de Bilbao*. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.
- ARRUFAT, F.J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*, Tesis doctoral, Psiquiatría i Psicobiología Clínica, UB.
- BAILE, J.I. y GARRIDO, E. (2002). Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. <www.cfnavarra.es/salud>.
- DEL RÍO, C., BORDA, M., TORRES, I. y LOZANO, J.F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1(2), pp. 1-10.
- DÍAZ, J. y BLÁNQUEZ, M.P. (2001). Corporalidad y Síntomas depresivos en adolescentes. *Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1(3), pp. 16-25.
- GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
- GUSSINYER, S. (2008). Tratamiento de la obesidad infantil. *Jano: medicina y humanidades*, 1680, pp. 35-37.
- HARRISON, J.K. (2005). Science Education and Health Education: Locating the Connections. *Studies in Science Education*, 41, pp. 51-90.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M.A. e IRALA, J. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?. *Gac Sanit.* [online], 17(5), pp. 347-350.
- MORANDO, G. y CASAS, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, pp. 243-260.
- MORRIS B.J. (1985). The phenomena of Anorexia Nervosa: a feminist perspective. *Feminist Issues*, 5, p. 2.
- PELÁEZ, M.A., LABRADOR, F.J. y RAICH, R.M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, pp. 33-41.
- PELÁEZ, M.A., LABRADOR, F.J. y RAICH, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), pp. 135-148.
- RAICH, R. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- RAICH, R.M., SÁNCHEZ-CARRACEDO, D., LÓPEZ GUIMERA, G., PORTELL, M. y FAUQUET, J. (2007). Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 81, pp. 47-71.
- RAMOS, P., PÉREZ DE EULATE, L., LIBERAL, S. y LATO- RRE, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica* 15-16, pp. 65-74.
- RIVAS T., BERSAVE, R. y CASTRO, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. *Salud Mental*, 24(2), pp. 25-31.
- RODRÍGUEZ, T. y BEATO, L. (2002). Factores relacionados con la imagen corporal. Un estudio longitudinal. *Interpsiquis*, <www.psiquiatría.com>.
- ROJO, L., LIVIANOS, L., CONESALL, GARCÍA, A., DOMÍNGUEZ, A., RODRIGO, G., SANJUÁN, LL. y VILLA, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, pp. 281-291.
- ROMAY, R. (2002). Estudio sobre la anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años. *Interpsiquis*, <www.Psiquiatría.com>.
- SCIENCE DAILY (2007). «Study Finds Gender Differences Related to Eating and Body Image», <www.sciencedaily.com>.
- SERRANO, M.I. (1997). *La educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- TIEMEYER, M. (2007). The influence of fathers on daughters with eating disorders. <www.about.com>.

[Artículo recibido en abril de 2008 y aceptado en octubre de 2008]

## Eating education: a research with parents of teenagers

PÉREZ DE EULATE GONZÁLEZ, LOURDES<sup>1</sup> y RAMOS, PEDRO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Didáctica de las Matemáticas y las Ciencias Experimentales. Universidad del País Vasco

<sup>2</sup> Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco

lourdes.perezdeulate@ehu.es

pedromanuel.ramos@ehu.es

### Summary

#### Introduction and approach to the problem

From an Eating Disorders (ED) treatment standpoint, greater awareness of symptoms by parents has a direct impact on the detection of the problem. For this reason, parents have to observe changes in their children's feeding patterns, such as eating little and slowly, cutting food into small portions and despreding around the plate, difficulty staying asleep after eating. But there is a lack of awareness of the problem by parents and a lack of parental education. It is necessary to help parents to discriminate between the healthy and the maladjusted, and to distinguish between their perceptions and beliefs, of those behaviours confessed by their children. Hence the importance of knowing what the parents know about their children's eating habits. Therefore, we wonder if the parents are able to identify these risk signs of ED in their children. Hence, the problem giving rise to this investigation: What are the parents' perceptions of the behaviours and ideas of ED indicators in their children?

#### Development

The sample under study was 1105 parents of adolescents (13-18) from the provinces of the Basque Country.

Data were collected through a questionnaire filled out personal trainers in the presence of parents. When making the questionnaire, the decision was made to keep in mind that it would be used with adolescents (Ramos et al., 2003), this was based on the BSQ (Body Shape Questionnaire), which measures body image dissatisfaction and the EAT (Eating Attitudes Test), which assesses the risk of eating disorders.

The results were as follows:

1. Nearly one third of parents have known someone who has suffered from anorexia or bulimia, and half of parents know the other two eating disorders (orthorexia and vigorexia).

2. Fathers say they are present at 39% of their children's breakfasts, and mothers at 42% of them, but did not know if they had breakfast every day and how they did.

3. More than half (58%), perceived the desire of their children to lose weight. But only one-third (31%) believe that their children carry out some kind of diet and 26% believe that their children do physical exercise to lose weight.

4. 42%, 26% and 31% of parents feel that their children believe that they would be better with a size smaller; would like to be thinner, and to weigh less respectively.

5. Only 21% of parents perceive body dissatisfaction in their children.

#### Conclusions and implications

The known cases of anorexia and bulimia presuppose a sensitivity of the parents to these problems.

According to parent, their adolescent children have breakfast frequently, but this statement conflicts with the fact that, nearly half say they are not present at the intake. Similarly, the parents believe that their adolescent children want to lose weight, but they do not detect how they do it. Overall, parents perceive less disturbance of body image of their children with the severity of these. Finally, more than half of parents tend to think that their children prefer to be shorter, but they do not believe this will lead to a serious dissatisfaction with their image.

From the above we recommend educational feeding activities aimed at parents of teenagers. Among them we believe that parents are aware of fundamental differences between their ideas and their children, especially those related to the indicators of body image and societal pressures and family. For parents to realize the wishes and priorities of their children, they should talk explicitly about risk indicators. Also, they should report the incidents that may have risk behaviours of little value to them, like the breakfast alone, without company, and exercising excessively. Finally, it would be desirable to show them, by example, the association between desire and behaviours, how a partner's conduct comes after a desire: if a daughter yearns to improve her image, to be thinner, she will surely carry out, some type of dietary restriction.