

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

SEMINARIO DE TITULO:

PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

**“COMPORTAMIENTO DEL MRFS IV EN POBLACIÓN ADOLESCENTE EN
RELACIÓN AL RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO”**

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TITULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR:

UBERLINDA DÍAZ E., CONSTANZA MASOLI L., CAROLINA MEZA R.,

EVELYN VERA E.

PROFESORAS GUÍA:

CLAUDIA CALDERÓN, LILIANA CONTRERAS

VALPARAISO, CHILE

ENERO 2005

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla de Contenidos.....	ii
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras y Gráficos	vii
	Pág.
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO I	4
INTRODUCCIÓN	4
Antecedentes Generales.....	7
1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
1.1 Anorexia Nerviosa	9
1.2 Bulimia Nerviosa.....	11
1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado	13
2. Etiología.....	14
2.1 Teorías Biológicas	14
2.2 Teorías Psicológicas.....	15
2.3 Teorías Socioculturales	17
3. Epidemiología	20
4. Curso e Inicio.....	21
5. Pronóstico.....	22

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Prevención.....	23
1.1. Prevención Primaria.....	24
1.2. Prevención Secundaria	26
1.3. Prevención Terciaria.....	27
1.4. Programas de Prevención	28
2. Factores De Riesgo En Los TCA	30
2.1. Factores Predisponentes.....	31
2.2. Factores Precipitantes o Desencadenantes.....	32
2.3. Factores de Mantenición	34
3. Los TCA y su relación con el Estrato socioeconómico	36
4. Modelos Explicativos de los TCA	37
4.1. Modelo de Riesgo (Smolak y Levine)	37
5. Factores de Riesgo De La Fundación Mcknight.....	40
5.1. Descripción Teórica de los Factores y Subescalas MRFS-IV	44
5.1.1 Descripción Teórica de los Factores MRFS-IV.....	44
5.1.2 Descripción Teórica de las Subescalas sin Agrupación Factorial.....	56

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	62
Objetivos de la Investigación	64
Pregunta de Investigación.....	64
Hipótesis.....	65
1. Metodología	

1.1 Diseño de Investigación	66
1.2 Tipo de Estudio	66
1.3 Población	66
1.4 Descripción y Selección de la Muestra	67
1.5 Caracterización de la Muestra	69
1.6 Procedimientos de Recolección de Información	77

CAPITULO IV

RESULTADOS	82
1. Pruebas Estadísticas Utilizadas	82
2. ANALISIS DE DATOS.....	84
2.1 Niveles de Riesgo de TCA en los distintos estratos Socioeconómicos según cuestionarios MRFS-IV y EAT-40.....	88
2.2 Análisis comparativo de los Instrumentos MRFS-IV y EAT-40.....	89
2.3 Distribución Nivel Socio Económico.....	91
2.4 Establecimiento de Puntos de Corte del MRFS-IV.....	93

CAPITULO V

CONCLUSIONES	99
REFERENCIAS	107
ANEXOS.....	114

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 1: Factores Predisponentes	32
Tabla Nº 2: Factores Desencadenantes	33
Tabla Nº 3: Factores de Mantenición	35
Tabla Nº 4: Subescalas con agrupación factorial.....	42
Tabla Nº 5: Subescalas sin agrupación factorial.....	43
Tabla Nº 6: Relación entre abuso de sustancias y TCA.....	45
Tabla Nº 7: Establecimientos de Viña del Mar con requisitos para la muestra	67
Tabla Nº 8: Promedio de Mensualidades.....	69
Tabla Nº 9: Establecimientos final	69
Tabla Nº 10: Caracterización de la muestra (Nivel escolaridad materna y paterna y situación conyugal de los padres)	70
Tabla Nº 11: Menarquia.....	72
Tabla Nº 12: Primera Cita.....	73
Tabla Nº 13: Historia Familiar de Trastornos Alimentarios.....	73
Tabla Nº 14: Escala Stunkard Madre.....	74
Tabla Nº 15: Escala Stunkard Padre	75
Tabla Nº 16: Análisis descriptivo general por instrumentos y por grupos de riesgo y no riesgo según EAT-40.	85
Tabla Nº 17: Análisis descriptivo de los valores MRFS-IV y EAT-40 en los distintos estratos socioeconómicos.....	87
Tabla Nº 18: Relación entre EAT-40 y MRFS-IV	90
Tabla Nº 19: Diferenciación de los grupos de riesgo y no riesgo	90
Tabla Nº 20: Comparación general de los NSE	91
Tabla Nº 21: Comparación de puntajes MRFS-IV entre los NSB y NSA.....	91
Tabla Nº 22: Comparación de puntajes MRFS-IV entre los NSB y NSM	92

Tabla Nº 23: Comparación de puntajes MRFS-IV entre los NSM y NSA	92
Tabla Nº 24: Comparación de puntajes EAT-40 entre los NSB y NSA	93
Tabla Nº 25: Distribución de valores para establecer puntos de corte	95
Tabla Nº 26: Relación puntos de corte MRFS-IV y detección de riesgo EAT-40, en muestra seleccionada	97
Tabla Nº 27: Relación puntos de corte MRFS-IV y detección de riesgo EAT-40, en muestra general	97

INDICE DE GRAFICOS y FIGURAS

Gráfico Nº 1: Distribución de ítem MRFS-IV	43
Gráfico Nº 2: Nivel escolaridad materna	71
Gráfico Nº 3: Nivel escolaridad paterna	71
Gráfico Nº 4: Separación conyugal	72
Gráfico Nº 5: Primera Cita	73
Gráfico Nº 6: Historia de TCA	74
Gráfico Nº 7: Stunkard Madre	75
Gráfico Nº 8: Stunkard Padre.....	76
Gráfico Nº 9: Niveles de riesgo según EAT-40.....	84
Gráfico Nº 10: Niveles de riesgo MRFS-IV.....	85
Gráfico Nº 11: Niveles de riesgo MRFS-IV según NSE.....	88
Gráfico Nº 12: Niveles de riesgo EAT-40 según NSE	89
Gráfico Nº 13: Curva grupo no riesgo, para estipulación de puntos de corte	96
Gráfico Nº 14: Curva grupo no riesgo, para estipulación de puntos de corte	96
Figura Nº 1: Modelo de riesgo (Smolak y Levine)	39
Figura Nº 2: Modelo explicativo de escala Stunkard Madre.....	80
Figura Nº 3: Modelo explicativo de escala Stunkard Padre	81
Figura Nº 4: Establecimientos puntos de corte.....	98

ABSTRACT

En la presente investigación se ha explorado respecto de la distribución de los valores del MRFS-IV en población femenina adolescente de riesgo y no riesgo, a partir del puntaje obtenido por el EAT 40. Esta búsqueda se realiza con el propósito de aproximarse al uso de herramientas que permitan afinar diagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de TCA. Para el logro de este objetivo, se han comparado ambos instrumentos (MRFS IV- EAT 40), estableciéndose una correlación directa significativa que ha permitido, a su vez, definir puntos de corte, a partir de los cuales se ha logrado determinar niveles de riesgo, probable riesgo y no riesgo, en tanto, se busca precisar la utilidad en el uso del instrumento MRFS, en cuanto aporte para aproximarse a la prevención, abriendo nuevos espacios de intervención.

En este mismo análisis se exploran las diferencias de estos niveles en los distintos estratos socioeconómicos, arribando a resultados que no coinciden con lo planteado en otros estudios, en el sentido de establecer predominancia de factores de riesgo de TCA, en el nivel socioeconómico alto. Se destaca, también, en esta investigación, que los resultados obtenidos en el EAT- 40 no revelan diferencias a nivel de estrato socioeconómico; sin embargo, los datos proporcionados por el instrumento MRFS IV arrojan presencia de un nivel mayor de riesgo en el estrato socioeconómico bajo. Según los niveles socioeconómicos los resultados son los siguientes: en estrato bajo 23,3% se encuentran en situación de riesgo, 49,3% en probable riesgo y el 27,4 % no riesgo; en nivel medio, los resultados indican 14% de riesgo, 40,6% probable riesgo y 45,4% no riesgo; en el alto, los resultados son : riesgo 14%, probable riesgo 47,3% y no riesgo 38.7%.

De todo lo anterior, se desprende que el instrumento EAT 40, mide actitudes de riesgo; factores específicos en relación al trastorno, y el MRFS 40; da cabida a la

complejidad del fenómeno, a través de la medición de factores generales que incidirían en el desarrollo de TCA.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Aunque las características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) fueron descritas desde épocas antiguas, la rigurosidad de su investigación clínica sólo surge hace unas décadas, focalizando su estudio en mujeres adolescentes, pertenecientes a la cultura de tipo occidental (Toro, 2004)

Los trastornos alimentarios y la alimentación distorsionada, se relacionan con un deterioro social, psicológico, y físico significativo. Estos trastornos son enfermedades graves, en ocasiones letales, que presentan diversas complicaciones médicas (Kaplan y Garfinkel, 1993 cit en Vandereycken, Noordenbos 2000).

La investigación de los TCA, hoy se enfoca en una perspectiva distinta a sus inicios, ampliándose la mirada unicausal hacia una explicación multifactorial del trastorno. Este nuevo enfoque, ha permitido detectar factores comunes de riesgo, surgiendo a partir de éstos, la inquietud por controlarlos para disminuir la incidencia del trastorno. El interés preventivo, sin embargo, ha sido cuestionado por considerarse que la entrega de información de conductas y cogniciones asociadas al trastorno, pudiese tener un efecto iatrogénico en la población.

No obstante lo anterior, y apostando a las fortalezas de la prevención, surge el Mcknight Risk Factor Survey IV (MRFS IV), con el propósito de constituirse en una herramienta más abarcativa de identificación de factores de riesgo para el TCA. Este instrumento, elaborado tras un estudio longitudinal de diez años entre la Universidad de Arizona y Stanford, tiene como principal objetivo identificar tanto los factores de riesgo como de protección de TCA y reducir su aparición, mediante el desarrollo de programas de prevención en escolares (McKnight; Gray cit en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Considerando la elevada validez y confiabilidad de este instrumento en otras poblaciones, el año 2004, la Universidad de Valparaíso, realizó una adaptación transcultural y validación psicométrica para Chile, en el marco de un Seminario de Prevención de Trastornos Alimentarios.

Este cuestionario, basado en el modelo de Smolak y Levine, se ha utilizado en esta investigación, considerando que ha sido construido desde una perspectiva multifactorial que intenta dar cabida a la complejidad de los TCA, teniendo, por tanto, la potencialidad de aportar un screenig fino, pues se trata de un instrumento sensible y específico de detección de diversos factores de riesgo.

Pese a lo anterior, la versión traducida y validada para Chile el año 2004 no cuenta con una puntuación general ni factorial, que permita discriminar niveles de riesgo, situación que inhabilita su aplicación y uso como herramienta diagnóstica de detección de niveles y factores de riesgo. (Bravo et al 2004)

Considerando la limitación expresada anteriormente, esta investigación se ha abocado a comparar los resultados que obtienen las adolescentes de la comuna de Viña del Mar en la aplicación de los cuestionarios MRFS-IV y EAT -40, este último, validado y ampliamente utilizado en Chile, en la medición específica de actitudes alimentarias de riesgo. Esta comparación tiene por objetivo detectar parámetros que pudiesen aportar información para la obtención de puntos de corte acerca de los niveles de desarrollo de los factores de riesgo de TCA.

La comparación de éstos, no sólo amplía las herramientas psicométricas de detección de factores de riesgo de TCA, sino que incorpora acuciosidad en el intento de aproximarse a un diagnóstico preventivo de la distribución de factores de riesgo, tipificando factores generales y específicos con el fin de fortalecer la promoción de factores protectores, la prevención de factores de riesgo y la detección precoz de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

En este sentido, el instrumento MRFS IV permitiría la aplicación de sistemas diferenciados de intervención, alternativa que pudiese disminuir el riesgo de iatrogenia. De esta manera, en lugar de conceptualizar la prevención y el tratamiento como una dicotomía, sería útil considerarla dentro de un continuo que comprende desde la prevención, la identificación del caso y las intervenciones mínimas, hasta el tratamiento (Striegel-More; Steiner-Adair cit en Vandereycken; Noordenbos. 2000).

Finalmente y con el propósito de aportar mayor información y especificidad a la caracterización del riesgo de TCA en esta población, se comparará el comportamiento de los instrumentos MRFS-IV y EAT-40 en los niveles socioeconómicos bajo, medio y alto. A partir de estos resultados, se contrastará la hipótesis planteada por diversos autores (Chinchilla, 1995; Toro y Vilardel, 1987), que establecen la pertenencia a los niveles socioeconómicos medio y alto, como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.

ANTECEDENTES GENERALES

1.- Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El auge de los Trastornos de la Conducta Alimentaria acontece en los años 70, tiempo en que se impone una peligrosa cultura antiobesidad, y que destaca un modelo corporal femenino muy delgado, que no corresponde con los promedios naturales y anatómicos de la mujer. Por ende, este nuevo modelo se hace de difícil alcance para la mayoría de la población femenina” (Toro, 1999). Desde entonces hasta ahora, existe una mayor significación del modelo femenino delgado, como medio de competitividad, de afirmación y de reconocimiento, especialmente en la cultura occidental, en donde se exagera el “culto al cuerpo”, que tiende a sobre valorar la delgadez por sobre otras características (Chinchilla, 1995)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se entienden como realidades clínicas importantes en el ámbito socio sanitario por su gravedad, implicaciones etiopatogénicas; por las dificultades en su diagnóstico y tratamiento e incluso por su aparición en edades cada vez más tempranas (Chinchilla, 1995). Esto último debido especialmente a fenómenos culturales relacionados con el culto a la esbeltez y a las dietas, y a la falta de una buena educación sanitaria en este tema (Chinchilla, 1995)

La definición de estos trastornos se basa en una alteración de los hábitos de alimentación o de las conductas del control del peso, lo que se traduce en un significativo deterioro, tanto a nivel de salud física, como de funcionamiento psicosocial. La alteración no se debe ni a una enfermedad médica, ni a otro trastorno psiquiátrico (Fainburn et al, 2003 cit en Bravo et al 2004)

Etimológicamente, los TCA harían referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario del afectado (Caballo; Simón, 2001), presentándose una compleja patología que incluye aspectos tales como desequilibrios emocionales, trastornos de la personalidad, conductas autolíticas, distorsiones perceptivas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas y todo un sinfín de componentes que dan una idea de lo complejo del trastorno (Caballo; Simón, 2001) Sin embargo, hay dos características en general, que mantienen y complican a los TCA que son la preocupación por el peso y la insatisfacción fisionómica patológica (Chinchilla, 1995)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) existen dos trastornos específicos: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, incluyendo también una categoría del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un TCA específico.

1.1 Anorexia Nerviosa

Anorexia, como término aislado significa la falta o disminución del apetito. En el caso de la AN el cuadro se caracteriza, por presentar un pensamiento normal, el que se torna irracional en todo lo relativo a la masa corporal (González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000)

Sin embargo, en el caso de la AN más que una disminución del apetito, la característica central es el rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para la talla y edad del sujeto, (Marsellach, 2000 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000) pudiendo ser conceptualizada en un continuo relacionado con un excesivo autocontrol de la ingestión de alimentos, y que al producirse una ruptura en este mecanismo, se restaura mediante ciertos medios como por ejemplo el vómito o la restricción de la ingesta alimenticia (Ollendick & Hersen, 1993 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000) En este deseo por adelgazar, las personas Anoréxicas se fijan un margen de seguridad, estableciendo un peso límite a mantener, el que suelen bajar con el objeto de evitar cualquier aumento que se escape de sus cálculos. Así, una vez que logran el peso deseado continúan reduciendo la cantidad de calorías que consumen diariamente (Belloch & cols. 1995 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000).

Otra de las características principales de la Anorexia Nerviosa es la distorsión de la imagen corporal, que tiene sus inicios en la adolescencia, en respuesta a los diversos cambios biopsicológicos desarrollados en esta etapa como son la aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento del peso a expensas del tejido adiposo, lo que se une a la falta de información en esta importante etapa de desarrollo. Asimismo, surge también una necesidad de establecer identidad y lograr la autonomía, que puede conseguirse a través de una transformación de los hábitos alimentarios

característicos de la tradición familiar (Behar, 1998 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000).

Las personas con este trastorno viven con un miedo intenso de ganar peso o de llegar a ser obesas y están exageradamente preocupadas por su figura. Además, la valoración que hacen de sí mismas como personas viene determinadas por la opinión que los demás hacen acerca de su cuerpo (Toro, 2004)

La AN conlleva, cambios fisiológicos y bioquímicos importantes, como el cese de la menstruación y síntomas de inanición, manifestados en anemia, piel seca y úlceras en la boca, que generan consecuencias graves como ritmos cardíacos anormales, descalcificación, problemas motores, del habla, audición y visión (González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000)

En resumen, los criterios diagnósticos actuales estandarizados para la Anorexia Nerviosa de acuerdo al DSM IV TR (APA 2002) son los siguientes:

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 por 100 esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 15% inferior al esperado.
- B.** Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aún estando emaciada.
- C.** Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
- D.** En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo, estrógenos).

Se debe especificar si la Anorexia Nerviosa es de tipo restrictivo o compulsivo/purgativo de acuerdo a las siguientes definiciones:

- Tipo Bulímico: durante el período de anorexia nerviosa, la persona presenta episodios recurrentes de atracones o purgas (o ambos)
- Tipo Restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de atracones o purgas. Y la pérdida de peso se consigue mediante dietas, ayunos o ejercicio intenso.

1.2 *Bulimia Nerviosa*

La Bulimia Nerviosa corresponde a episodios de ingesta excesiva de alimentos que después se intentan compensar con conductas anómalas como vómitos, abuso de laxantes y diuréticos, o dietas restrictivas intermitentes y que terminan por instalarse como una costumbre que modifica la conducta alimentaría habitual de la persona enferma (Toro, 2004)

A estos episodios de sobrealimentación, los han denominado como Binge Eating o atracón, que se une a los términos de descontrol y placer. Y es la presencia de esta característica lo que define este trastorno específico de la conducta alimentaría (Rausch; Bay, 1995) Durante estos eventos, la persona experimenta un sentimiento de pérdida de control, de no poder colocarle fin a lo que come, y tampoco se da cuenta de lo que esta comiendo y cuánto come. Asimismo, con frecuencia esta ingesta se acompaña de una sensación de placer. Al terminar esta exagerada ingesta comienza la sensación de malestar corporal, caracterizado por una distensión o hinchazón a nivel del abdomen, que junto a la sensación de disgusto, culpa y vergüenza, que siente la persona van aumentando la valoración negativa, como un

autodesprecio que previamente tienen de sí mismos. Son estos contextos de descontrol los que suelen originar las conductas dirigidas a neutralizar las consecuencias de la ingesta sobre su peso., por ejemplo, los vómitos autoinducidos (Chinchilla, 1995)

La base psicopatológica de este trastorno reside en la intensa preocupación por el peso y/o la imagen corporal que suele iniciarse después del intento continuo de la realización de dietas estrictas.

Los criterios diagnósticos actuales estandarizados para la Bulimia Nerviosa de acuerdo al DSM IV TR (APA 2002) son los siguientes:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se debe especificar tipo:

- Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes o enemas en exceso.

- Tipo No Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

El Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE) es considerado como un diagnóstico subumbral, donde se diagnostican los trastornos de la alimentación que no cumplen los criterios de un trastorno de la conducta específico. Sin embargo, las características básicas del TCA-NE son similares, aunque no tan extremas, a las características de la Anorexia y Bulimia Nerviosa, tales como: 1) temor excesivo a ganar peso; 2) preocupación excesiva por la silueta corporal, y 3) uso de métodos extremos para perder peso (Williamson, Gleaves y Savin, 1992; Williamson et al, 1996 cit.en Caballo; Simón, 2001)

Los criterios diagnósticos para el TCA-NE de acuerdo al DSM IV TR (APA 2002) son los siguientes:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón; el cual se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

2. Etiología de los Trastornos Alimentarios

Bajo el creciente auge e interés de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, existen diversas teorías que han intentado explicar el inicio de estas patologías, entre las cuales se encuentran las derivadas de teorías biológicas, psicológicas y socioculturales (Caballo; Simón, 2001).

Actualmente, se le ha dado gran importancia al desarrollo de modelos explicativos multifactoriales, que resultan de la interacción entre factores de riesgo propios del individuo, de su familia y de la sociedad.

2.1 Teorías Biológicas

Entre los factores asociados a los TCA, están las alteraciones de la función hipotalámica y la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino de las personas con TCA. Esta función ordena la actividad de la hipófisis, y el daño en esta estructura; tiende a exhibir síntomas de anorexia, como amenorrea; y disminución del metabolismo basal. (Cervera; Quintanilla, 1995) Otro factor es la alteración del mecanismo serotoninérgico, que inhibe la ingesta induciendo la saciedad. La serotonina es parcialmente regulada por la disponibilidad de triptofano, la cual se encuentra disminuida en la Anorexia Nerviosa, lo que indica una posible disminución

en la disponibilidad de serotonina en el cerebro. A su vez, todas las funciones mediadas por la serotonina como la regulación del humor, dolor, sueño, apetito y control de algunas hormonas hipotalámicas e hipofisiarias, se encuentran alteradas en las personas con TCA (Cooper y cols 1995 cit. en Cervera; Quintanilla, 1995) Un tercer factor es el llamado sistema de recompensa cerebral, cuyos mecanismos que regulan el hambre o la saciedad, están relacionados con un sistema de recompensa sujeto a los mecanismos que producen placer o dolor. De esta manera los TCA dan como resultado un sistema donde el sentir hambre produce una sensación desagradable, pero las consecuencias que el hambre produce como la pérdida de peso, provocan una sensación de placer, y por ende, una recompensa significativa para la persona (Cooper y cols 1995 cit. en Cervera; Quintanilla, 1995)

No obstante, el factor más estudiado es el factor genético, en donde la tasa de concordancia entre gemelos (44%) es mayor que la observada en mellizos (12,5%), siendo la anorexia ocho veces más común en personas con parientes que presentan dicho trastorno, sin embargo, no se sabe precisamente cual es el peso del factor heredado.

2.2 Teorías Psicológicas

Las teorías psicológicas plantean, que los pacientes con TCA tienen una forma psicológica de respuesta emocional más lábil que otros trastornos (Raich, 1994) A su vez, existen algunas características que se han apreciado mayormente en las pacientes con TCA y que podrían estar asociados a la manifestación de los cuadros.

Las personas con Anorexia Nerviosa presentan características como inseguridad social, baja autoestima, excesiva dependencia, complacencia, falta de autonomía, pobres relaciones sociales, tendencia a la introversión, inhibición de la emotividad y tendencia a presentar rasgos obsesivos de personalidad (Rausch 1997;

Gardner 1997 & Crispo 1994 cit en Viveros, 2001) A su vez, se puede observar en un 33% un trastorno de personalidad evitativa y en un 10% dependiente (Raisch, 1994).

En la Bulimia Nerviosa se presentan características como baja autoestima, incompetencia social, necesidad de aprobación externa, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad afectiva, impulsividad y ansiedad (Gardner 1997 & Rausch 1997 cit en Viveros, 2001), tendencia a generar conflictos, y dificultades para identificar y expresar sus propias necesidades (Vandereycken; Noordenbos, 2000). Se observa en un 38% la presencia de trastorno de personalidad borderline y en un 13,1 % trastorno de personalidad histriónico (Raich, 1994). Principalmente para ambos trastornos, las características de baja autoestima e inseguridad se correlacionan con las actitudes negativas respecto del propio cuerpo (Vandereycken; Noordenbos, 2000).

Por otra parte, en una investigación transversal, llevada a cabo por Leon & cols. 1993, se encontró que las mujeres con personalidad o temperamento caracterizadas por una pobre conciencia interoceptiva, presentaron alto riesgo de desarrollar Anorexia Nerviosa. Esta característica conlleva la dificultad en discriminar las señales de los propios impulsos corporales, convirtiéndose así, en un poderoso factor etiológico en el desarrollo de los desórdenes alimentarios, extendiéndose desde la Anorexia Nerviosa hasta la obesidad (Brunch 1969 cit en Leon & cols., 1995 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000). Este factor juega un papel importante en el desarrollo del trastorno, debido a que las adolescentes no son capaces de “escuchar a su propio cuerpo”, lo que trae como consecuencia el surgimiento de conductas de riesgo para su propia salud y vida, debido a sus deseos incontrolables e irracionales de lograr “la figura perfecta”.

En relación a las dinámicas familiares, es incorrecto decir que existe un tipo especial de familia y que ésta es la causa del trastorno alimentario. Sin embargo, existen determinadas características familiares que en conjunto con otros factores

pueden predisponer un TCA. En la Bulimia se plantea una predisposición familiar caracterizada por un clima tenso, agresivo, distante, escasamente afectuoso, sobreprotector, con poca comunicación, preocupación excesiva por el peso y las dietas del padre o la madre y obesidad de algún miembro de la familia. A su vez, en la Anorexia, se añaden características como altas expectativas familiares y cambios de roles familiares (Toro, 2004)

2.3 Teorías Socioculturales

Desde hace algún tiempo, han cobrado mayor relevancia los factores socioculturales debido a que la imagen de delgadez como ideal de belleza puede ser considerada como un factor de riesgo fundamental de los desórdenes alimentarios (Wiseman, et al. 1992 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000). Así, la influencia de la valoración sociocultural por la belleza como una forma de éxito social, la permanente asimilación entre autocontrol y adelgazamiento, y la búsqueda de aceptación social a través de la belleza han adquirido un rol activador en los TCA (Cervera; Quintanilla, 1997) A su vez, la cultura y los medios, han sido las principales influencias culturales en el desarrollo de los TCA pues de forma continua se proyecta una glorificación a la delgadez, lo que se traduce en una importante presión de la sociedad que induce a los jóvenes a estar delgados y esbeltos, vendiendo de esta manera un falso concepto de felicidad, éxito en lo laboral y relaciones sociales, y prometiendo una mejor calidad de vida (Toro, 2004), forzando a la persona a igualar una apariencia física ideada culturalmente, mediante una construcción cognitiva, a costo de poner en peligro tanto su salud física como mental (González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000).

Murray y cols (1996) en un estudio reveló que un 60-80 % de los pacientes con problemas de alimentación, habían sido influidos por los medios en su forma de

percibir sus propios cuerpos, deseando verse como los modelos ideales de la TV. Esta situación, adquiere mayor relevancia si se toma en cuenta que los adolescentes eligen y usan los medios de comunicación para entretenerse, buscar sensaciones, identificarse con las subculturas y explorar temas relacionados con la identidad, la sexualidad, y los roles de género (Levine; Smolak cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000). De esta manera, buscan respuestas y comienzan a interiorizarse de una normativa sociocultural que lleva a la adolescente o la mujer adulta a “constituirse en una prisionera de su propio cuerpo / objeto, creyéndose propietaria de él, cuando la verdad es que es poseída por él” (Toro & Villardel, 1987 cit en Cervera; Quintanilla, 1997)

La incesante búsqueda de la delgadez como clave de éxito no sólo se observa en los medios, sino en algo tan común como la moda, cuya ropa esta diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar que pocas personas puedan usarlas (Del Canto, 2000 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000) La música, video clips, revistas, TV; combinan una serie de mensajes que a los jóvenes les resulta fácil organizar y expresar, como un conjunto de creencias que pueden llegar a producir una inadaptación en los casos de problemas alimentarios. Ejemplos de estas creencias son: “la gordura revela una pérdida personal del control y es signo de fracaso” (Levine; Smolak cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000) De esta manera, se aprecia la importancia de los factores socioculturales, en donde los medios de comunicación, si bien por si solos, no producen un “lavado de cerebro”, sí provocan, un complejo proceso de atención e interpretación de parte de los individuos, colocando en acción sus motivaciones y estrategias de procesamiento de información, dependiendo de la personalidad, situación inmediata y diversos contextos socioculturales que rodean al individuo (Levine; Smolak cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000)

Considerando la gran variedad de teorías que intentan explicar el fenómeno y en coherencia con la actual conceptualización de los TCA, es que esta investigación ha elegido sustentarse sobre la base de las Teorías multifactoriales, consideradas hasta ahora como las más abarcativas en cuanto a la descripción de la interrelación de los distintos factores a la base de un TCA.

Se enfatizará especialmente en el Modelo de Riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios en la transición de la adolescencia temprana, de Smolak y Levine, que concibe el riesgo como una combinación de *factores específicos*, propios de la enfermedad, tales como seguimiento de dietas y presencia de purgas y *factores generales*, tales como depresión, apoyo social, autoestima, etc., que se relacionan además con otros trastornos. Este modelo propone a su vez, que el riesgo puede ocurrir en ambientes variados y que está influido por el momento evolutivo en el que ocurre, considerando la adolescencia temprana como etapa crítica de riesgo. (Vandereycken; Noordenbos, 2000). En este sentido y considerando la importancia de la prevención, cabe mencionar que a la edad de 13 – 14 años, las niñas ya han desarrollado las habilidades cognitivas y conductuales que les permitirían realizar cambios, de allí que sea posible ejercer una influencia potencial en sus actitudes antes de que éstas se arraiguen más profundamente en la adolescencia tardía (Stewart cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000)

3. Epidemiología

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años (Robb, A cit en Marín, 2002)

Los casos de TCA con síndrome completo ocurren en alrededor del 1-3 % de la población adolescente femenina, pero un porcentaje bastante mayor 5-10 % padece alguno o muchos síntomas (Vandereycken; Noordenbos, 2000). Por otra parte, se encuentran los casos sub clínicos (pautas debajo del umbral) los que cumplen con todos los criterios menos uno, y es aquí donde la prevalencia aumenta al doble. (Garfinkel y col., 1995, 1996; Kendler y col., 1991 cit. En Vandereycken; Noordenbos, 2000)

Alrededor del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis (Marín, 2002)

En Chile Behar (1998) publicó los resultados de un estudio en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, los que evalúan el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontrando en escolares de III y IV Medio de la V región de Chile que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%.

La prevalencia en la Anorexia Nerviosa entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1 % para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. La prevalencia entre los hombres es aproximadamente 1 a 10 en relación con las mujeres (APA 2000 cit en Caballo; Simón, 2001)

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Y entre los hombres es 1 a 10 de la prevalencia en las mujeres (APA 2000; Williamson et al., 1996 cit en Caballo; Simón, 2001)

Tanto la Anorexia como la Bulimia Nerviosa cursan con importantes índices de mortalidad, con porcentajes que varían del 5 al 10 % de fallecimientos como consecuencia de las alteraciones del propio trastorno o por conductas autolíticas (Chinchilla, 1995)

4. Curso e Inicio

La *Anorexia Nerviosa* aparece fundamentalmente en jóvenes adolescentes entre los 12 y los 25 años de edad, siendo más frecuente entre los 12 y 17 años. Dentro de las cuales, se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables tales como gimnastas, bailarinas y modelos de pasarela (Chinchilla, 1995) Generalmente este trastorno suele iniciarse después de que la adolescente recibe algún comentario, directo o indirecto, sobre un supuesto sobrepeso, lo que conduce a iniciar una restricción alimenticia tanto en calidad como cantidad, adhiriéndose a las más rígidas pautas, que las adolescentes han fijado como metas (Belloch & cols. 1995 cit en González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000).

Este trastorno, rara vez, se inicia en mujeres mayores de 40 años. Y el comienzo de la enfermedad se asocia, muy a menudo, a un acontecimiento estresante (APA, 1995)

Cuando los individuos están cursando una Anorexia Nerviosa y tienen un peso considerablemente inferior al esperado, un alto porcentaje de ellos manifiestan síntomas depresivos, tal como estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y un menor interés por el sexo. Resaltan también en muchos

casos las características obsesivo-compulsivas (APA 2000 cit en Caballo; Simón, 2001)

La *Bulimia Nerviosa* se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Toro (2004) plantea una edad de aparición más específica que suele estar entre los 18 y 20 años, y que en muchos casos proviene de una anorexia mal curada, empezando los atracones durante o después un periodo de régimen dietético.

El curso de la *Bulimia Nerviosa* puede ser crónico o intermitente, con ciertos periodos de remisión que se van alternando con atracones (APA, 1995)

Muchos de los individuos con este trastorno, presentan un aumento de la frecuencia de los síntomas depresivos y/o de síntomas de trastorno de ansiedad. Se da también una dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un 30 % de los casos y un número importante de éstos, padecen uno o más trastornos de la personalidad (sobre todo los trastornos límite e histriónico de la personalidad) (Chinchilla, 1995)

5. Pronóstico

La *Anorexia Nerviosa* tiene un buen pronóstico en el 71-86% de los casos, pero de ellos dos tercios continúan con alguna restricción alimentaria y un tercio mantienen el bajo peso. En un 50% permanece el temor a engordar (Marín, 2002)

La *Bulimia Nerviosa* tiene un buen pronóstico en el 60% de los casos y regular en un 30% adicional. El mal pronóstico en la *Bulimia* se asocia a la presencia de una depresión significativa, drogadicción, a un desorden de la personalidad coexistente o al antecedente de abuso sexual (Marín, 2002)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. PREVENCIÓN

La prevención de la enfermedad y la promoción de la calidad de vida, sea a nivel individual o a nivel colectivo, constituye uno de los temas prioritarios, tanto de la teoría y práctica de la psicología de la salud, como de la psicología preventiva; no obstante, resulta sorprendente saber que la prevención en el ámbito de los trastornos alimentarios origina diversas polémicas, pues existe desacuerdo sobre la pertinencia de la intervención preventiva en este ámbito. Entre estas divergencias se considera el riesgo de generar un efecto iatrogénico al proveer información acerca de las conductas relacionadas con el trastorno, como seguimiento de dietas, uso de laxantes, diuréticos, ejecución de purgas, etc, lo que podría ser imitado por las jóvenes. Asimismo, se generan desacuerdos al considerar la prevalencia relativamente baja del trastorno en relación con los costos de una política preventiva y la insuficiente acumulación de experiencia como para generar intervenciones que tengan una mirada significativa en las bajas cifras de prevalencia. (Zurro; Pérez, 2000).

No obstante lo anterior, la línea investigativa que aborda los Factores de Riesgo de TCA, apunta a la necesidad y pertinencia de detectar indicadores tempranos de riesgo, con el fin de aportar información para generar programas preventivos adecuados y específicos a las características de cada población. (Shissiak, 2000 cit en Vandereycken et al 2000). Es así como, para lograr intervenciones preventivas, se hace necesaria una mayor comprensión de los factores de riesgo más relevantes, los cuales podrían ser modificados, ampliando los niveles de intervención (Striegel-More; Steiner-Adair cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000). Estas medidas de prevención deben incidir en todos y cada uno de los factores que se

considera pueden ejercer una acción etiológica en los TCA, sobre todo, en aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población, como los factores socioculturales (Striegel-Moore cit en Crowther 1992) En este contexto, debe considerarse que los trastornos de la conducta alimentaria abarcan un amplio grupo de problemas clínicos en los que se entrelazan aspectos médicos, psicopatológicos y relacionales; lo que conforma una entidad clínica grave, con frecuencia crónica, que requiere un tratamiento multidisciplinar con un seguimiento largo y costoso, tanto económico como social. De allí la relevancia otorgada a los cambios actitudinales y al suministro de información como elementos claves de la prevención (Striegel-More; Steiner-Adair cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000).

El abordaje preventivo de los trastornos de la conducta alimentaria se integra en el esquema que utilizan las ciencias de la salud, de acuerdo con el cual distinguen tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

1.1 Prevención Primaria

La prevención primaria tiene como objetivo reducir la incidencia de los trastornos alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo; actuando sobre los factores de riesgo y de vulnerabilidad (Striegel-More; Steiner-Adair cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000).

Este tipo de prevención, reviste cada vez mayor importancia, ya que con su inicio precoz, las prevenciones a nivel secundario y terciario podrían ser modificadas favorablemente. A nivel primario, se trata de intentar modificar un fenómeno de tipo cultural, por lo que se sugiere un esquema de trabajo en diferentes niveles (García, 2000):

El primer nivel que corresponde a la prevención primaria hace referencia al cambio en el concepto y énfasis cultural sobre delgadez. En esta etapa, la gente debe enterarse de los peligros de las "dietas" restrictivas, de las conductas purgativas y de los desórdenes de la conducta alimentaria, para luego contrastarlos con la propaganda de "la nueva imagen de mujer, ultralight".

En este sentido, es relevante considerar que para llevar a cabo la prevención primaria de los TCA, se deben conocer tanto los factores que contribuyen a su desarrollo como los que podrían evitarlo. Un programa de prevención podría entonces intentar modificar los factores perjudiciales, pero, lamentablemente, se tiene poca información sobre los factores de riesgo y aún menos de los de protección (Striegel-More; Steiner-Adair cit en Vandereycken; Noordenbos, 2000) No obstante, aunque no se conozcan con exactitud todos aquellos factores que desencadenan la enfermedad, se sabe que existen algunos que son comunes a la mayoría de los pacientes: la sumisión a los estereotipos culturales, los cambios en los hábitos como la reducción de la dieta, el deseo de estar delgadas etc., los cuales constituirían el centro de las intervenciones (Pozo 2000, en Bravo 2004). De modo que, las medidas que constituyen este nivel de prevención se deben centrar en la información de estos trastornos a la población general y específicamente a la población de riesgo, comenzando desde la educación escolar. Además de la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, particularmente el inicio de las dietas restrictivas; deben considerarse la identificación de grupos de riesgo y la acción sobre los estereotipos culturales (García, 2000).

Por otra parte, una buena información no es preciso que sea muy exhaustiva en los aspectos psicopatológicos, pero sí, en los factores que desencadenan la enfermedad y los requisitos para su tratamiento. Esta información se dirigirá en primer lugar a los sujetos de riesgo y a sus familias, y en segundo lugar, a la población

general. De esta manera, correspondería su aplicación a los hogares, colegios y universidades. Si sumamos a esto, una educación adecuada sobre el carácter socializador de la comida en compañía, con una adecuada enseñanza de una actitud crítica frente a la publicidad y mejoría de la autoestima, completaríamos una adecuada prevención primaria en los sujetos de riesgo (Velasco, 2001)

1.2 Prevención Secundaria

La prevención secundaria está destinada a la detección temprana de los trastornos alimentarios, teniendo como objetivo mejorar los efectos positivos del tratamiento, por medio de una intervención precoz; tiene como finalidad acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento, todo esto mediante la detección y tratamiento oportuno. Es éste el nivel preferente al que se han dirigido los esfuerzos en prevención, enfocándose al cambio en el concepto de apariencia y autoestima. Luego, y una vez reconocida la baja autoestima como precursora de los trastornos de la conducta alimentaria, se deben estudiar sus posibles orígenes para tomar acciones preventivas. En esta etapa los tratamientos están guiados por objetivos específicos para los TCA (Noordenbos & Vandereycken, 2000)

La prevención, en este nivel, tiene como objetivo evitar que las enfermedades progresen y limiten el daño o complicación futura, evitable con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Se trata de actividades clínicas orientadas a las personas que padecen el trastorno, objetivos que se lograrían con la búsqueda intencionada, antes que se agraven los síntomas y con el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado.

1.3 Prevención Terciaria

El último nivel de prevención tiene como objetivo reducir las consecuencias del trastorno, evitando la aparición de complicaciones; esto mediante un tratamiento enfocado, principalmente, a disminuir la cronicidad de los trastornos alimentarios (García, 2000). Éste, debe llevarse a la práctica en forma rápida y adecuada para reducir, de este modo, la aparición de secuelas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria y la cronificación de los pacientes.

El trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras y unidades de hospitalización favorece la continuidad del tratamiento, disminuye las hospitalizaciones, actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro y evalúa las necesidades asistenciales (García, 2000). Al respecto, cabe mencionar que el curso natural de estos trastornos es variable, pero como media el tratamiento se demora entre 4 a 5 años. En relación a la recuperabilidad, el porcentaje de pacientes que superan totalmente los TCA se sitúa alrededor del 50%, un 20% aproximadamente quedan con problemas residuales (control permanente de la dieta, alteraciones de la imagen corporal) y el 30% sigue un curso crónico (Treasure, 1997). Este nivel de prevención resulta, además, el más costoso y consume una gran cantidad de recursos de la comunidad, no disminuye la incidencia de la enfermedad y supone el fracaso de los anteriores niveles de prevención.

Recientemente se han encontrado en la literatura tasas de recuperación más elevadas, por ejemplo, Herpertz-Dahlmann y colaboradores (2001), en un estudio prospectivo de seguimiento a 10 años encuentran que el 69% de las pacientes se habían recuperado totalmente. En el caso de la bulimia la recuperación natural de la enfermedad es aún más bajo, presentándose períodos de recuperación y recaídas en forma continua, con un progresivo deterioro físico, psicológico y de las relaciones interpersonales. Por otra parte, si la enferma no tiene un accidente fatal a causa de

sus conductas de purga o por las conductas autolíticas, puede llegar a estabilizarse a los diez años. Como también puede ocurrir, en caso de peor evolución, que las pacientes se tornen bulímicas multi impulsivas, es decir, se asocian a la patología existente, dos o más conductas típicas de descontrol de los impulsos: hurtos, abuso de alcohol, como asimismo, cleptomanía, promiscuidad sexual, autoagresiones, etc.

1.4 Programas de Prevención

A la luz de la información adquirida en relación a la escasa existencia de programas de prevención en Chile para evitar los trastornos alimentarios, se llega al supuesto que existirían algunos desacuerdos sobre la importancia de la prevención en este tipo de trastornos, situación que se asume con intranquilidad si se considera que el objetivo es evitar el sufrimiento, la desorganización de la vida personal, el padecimiento emocional y el impacto en ocasiones irreversible que sufren las familias de quienes padecen un TCA (Vandereycken; Noordenbos, 2000)

Quiénes postulan la necesidad de destinar recursos como sociedad para que se enfrente el problema de la prevención sostienen que los tratamientos, por exitosos que fueren no reducen la incidencia de un trastorno, y que tanto en el plano moral como el económico resulta conveniente esforzarse por reducir dicha incidencia, y en este ámbito, la intervención temprana es el mejor factor de recuperación, el cual debe ser enfrentado desde el punto de vista de la salud pública en los diversos países (Morandé, 1999)

En Chile, no se cuenta con programas de prevención que aborden integralmente los TCA. El Ministerio de Salud trabaja prioridades de acción a través de la promoción de estilos de vida saludable, que incluye, entre otras estrategias, la educación a la población enfatizando la relación entre alimentación, nutrición, salud y calidad de vida

(Andrade et al, 1998 cit en Bravo 2004). Este es el abordaje a nivel de programas de salud pública que se mantiene en la actualidad.

El mayor aporte, en la población chilena, se ha hecho a nivel de programas preventivos en el ámbito escolar, enfatizando diversos factores de riesgo y protección involucrados en esta problemática: alimentación saludable, imagen corporal, influencias socioculturales, autoestima, etc. (Viveros, 2001)

2. FACTORES DE RIESGO EN LOS TCA

En general, para abordar los trastornos mentales desde un enfoque preventivo es indispensable establecer su asociación con diversos factores de riesgo, los que pueden definirse como una característica, experiencia o evento que cuando está presente se asocia con un aumento de la probabilidad de un resultado particular por sobre la probabilidad basal de este resultado en la población general (Kraemer et al. 1997 cit en Mcknight Investigators, 2003) A partir de estos factores, una población específica puede dividirse en grupos de alto y bajo riesgo, prediciendo así, la probabilidad de ocurrencia de aquel trastorno (Marazek et al 1994; cit en Kraemer et al 1997, cit en Mcknight Investigators, 2003)

Schomaker (1998) plantea que la determinación de factores de riesgo para los TCA exige la elaboración de estudios longitudinales de amplios grupos de población en los que se evalúen los potenciales factores de riesgo para el desarrollo del trastorno alimentario. Esto exige encuestar a una población amplia y tras un período de seguimiento re-encuestarla para identificar, a través de entrevista clínica por un experto, los sujetos que previamente estaban sanos y posteriormente desarrollaron el trastorno. De acuerdo con los planteamientos de este autor, sólo el empleo de esta metodología permitirá confirmar como válidos los factores de riesgo hipotetizados previamente. La complejidad que esto supone ha condicionado la falta de estudios rigurosos para la identificación de los posibles factores de riesgo en el desarrollo posterior de un TCA.

En cuanto a la clasificación de estos factores, la literatura especializada ha establecido una distinción entre factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores (Toro, 1987). Mediante esta nomenclatura, es posible diferenciar aquellos aspectos más relevantes a considerar en cada etapa del trastorno, con el fin

de determinar los puntos específicos hacia los que se abocará cada nivel de prevención.

2.1 Factores Predisponentes

Los factores predisponentes en general se definen como aquellas características individuales, familiares y socioculturales que hacen que quién las posee sea más sensible a desarrollar ciertas patologías y no otras.

2.1.1 Los factores *predisponentes individuales* que se encuentran con más frecuencia en la Anorexia Nerviosa (AN) son: el sobrepeso previo y ciertas características de personalidad, como perfeccionismo, autocontrol y autoexigencia. En la Bulimia Nerviosa (BN): impulsividad, ausencia de normas estables y de hábitos bien estructurados. También son frecuentes otros déficits individuales tales como baja autoestima, inseguridad y ausencia de autonomía (Muñoz; Turón, 2002)

2.1.2 Los *factores predisponentes de tipo familiar* más frecuentes son: los hábitos alimentarios familiares inadecuados; una preocupación excesiva de los padres por la figura, obesidad en algún miembro de la familia; así como ciertas características del funcionamiento familiar como la baja capacidad para resolver conflictos, la poca comunicación entre padres e hijos, la sobreprotección, la rigidez o laxitud de las normas familiares, la mezcla de los roles familiares, etc. (Muñoz; Turón, 2002)

2.1.3 En relación a los *factores socioculturales* que predisponen a un TCA se destacan los actuales ideales de delgadez presentes en la sociedad, junto a los prejuicios contra la obesidad (Muñoz, 2000). Estos mismos ideales se potencian aún más en determinadas profesiones y algunos deportes.

Tabla Nº 1: Factores Predisponentes

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)
<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición genética • Obesidad premórbida • Enfermedad crónica infantil • Historia de depresión o trastorno Obsesivo- infantil • Familia muy sensible a las apariencias • Perfeccionismo • Aceptación de normas sociales • Aparente autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición genética • Sexo femenino • Clase media alta • Dependencia parental • Identidad personal incompleta • Disminución de la actividad sexual • Dificultad para ser independiente • Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto • Períodos de negativismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Etapa adolescente • Sexo femenino • Trastorno afectivo • Introversión/inestabilidad • Obesidad • Nivel social medio/alto • Familiares con trastorno afectivo • Familiares con adicciones • Familiares con trastorno de la ingesta • Obesidad materna • Valores estéticos Dominantes

González et al 2000

2.2 Factores Precipitantes o Desencadenantes

Los factores precipitantes se definen como aquellos que influyen en el desencadenamiento del trastorno en un momento concreto de la vida de una persona. Puede tratarse de algún acontecimiento estresante (desengaño amoroso, separación de los padres, muerte de algún ser querido, algún incidente con un compañero de clase, etc.) o acontecimiento relacionado directamente con el cuerpo o la imagen corporal, que provoca miedo a engordar y como consecuencia, el inicio de una dieta restrictiva. (Muñoz; Turón, 2002)

Tabla Nº 2: Factores Desencadenantes

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno o dieta adelgazante • Vómitos autoinducidos • Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso • Ejercicio físico excesivo • Enfermedad física con baja de peso • Subida significativa de peso • Malestar o insatisfacción emocional • Pérdida amorosa • Ruptura con amigos • Cambio de ciclo escolar o colegio • Enfermedad física o sexual • Separación de la familia • Conflictos de los padres • Enfermedad o muerte de familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones neuroendocrinas • Mediadores en conflictos familiares • Familia sobreprotectora • Matrimonio • Muerte de padre • Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales • Separación y pérdidas • Rupturas conyugales del padre • Contactos sexuales • Incremento rápido de peso • Críticas sobre el cuerpo • Enfermedad adelgazante • Traumatismo desfigurador • Incremento en la actividad física • Acontecimientos vitales

González et al 2000

2.3 Factores de Mantenición

Los factores de mantención se definen como aquellos que perpetúan los síntomas del trastorno. Una vez que estos aparecen, su evolución dependerá de la influencia de ciertos aspectos personales, familiares y sociales. No obstante, es necesario distinguir entre tipos de factores de mantenimiento. Por una parte, están aquellos que son “a priori” de mal pronóstico para el tratamiento de la enfermedad: tiempo de evolución antes de iniciar tratamiento, resistencia al tratamiento, bajo peso, edad de comienzo, mala relación familiar, trastornos de la personalidad, problemas educativos y sociales, comorbilidad psiquiátrica y poco soporte social; y por otra, aquellos que se ponen en marcha una vez se inicia el trastorno y mantienen por sí mismos el proceso morboso y que, por lo tanto, será preciso reducir a fin de que el tratamiento sea eficaz. Entre estos últimos se encuentran, las cogniciones alteradas por la inanición, la relación familiar y el estereotipo cultural. (Muñoz; Turón, 2002)

Junto a lo anterior, es relevante distinguir entre aquellos factores mantenedores de la clínica activa de la enfermedad y que interfieren en el proceso terapéutico, y aquellos otros que propician la recaída de la enfermedad tras haber conseguido una remisión parcial o total.

Tabla Nº 3: Factores de Mantenición

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno o dieta adelgazante • Ayuno-desnutrición • Vómito como purgación • Uso masivo de laxantes • Ejercicio físico compulsivo • Pérdida sostenida de peso • Digestiones lentas • Desaparición del hambre • Ausencia o negación de fatiga • Estudios o trabajo compulsivo • Terror a subir de peso. • Obsesión de adelgazar. • Disociación mental. • Distorsión de la imagen corporal • Negación de enfermedad. • Interacción familiar ante enfermedad. • Aislamiento social • Consumo de drogas • Omnipotencia • Refuerzo social por bajar de peso • Ambivalencia ante trastorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones hormonales • Autoexigencia profesional • Responsables y vigilantes de obligaciones • Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones. • Influencias externas en actitudes hacia la comida. • Reducción de carbohidratos y grasas. • Hiperactividad • Pensamientos recurrentes hacia la comida • Amplios cambios de humor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales • Consecuencias de la inanición • Interacción familiar • Aislamiento social • Cogniciones anoréxicas • Actividad física excesiva

González et al 2000

3. LOS TCA Y SU RELACIÓN CON EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Estudios de diversos autores sostienen que los trastornos de la conducta alimentaria se producirían con mayor frecuencia en países occidentales industrializados, y específicamente, en niveles socioeconómicos medio o alto (Marín, 2002). En el transcurso de los años, ésta ha sido la teoría que ha tenido mayor asidero, sin embargo, existen investigaciones que revelan, que si bien inicialmente este trastorno se detectó más a menudo entre las clases altas; habría informes epidemiológicos recientes, que no denotan esta distribución; de modo que, sólo se observa que parece ser más común en países desarrollados, dándose con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes, cuyas profesiones les exigen estar delgadas, es el caso de modelos, bailarinas, etc. (Kaplan, 1996).

En relación a lo anterior, cabe señalar que en un estudio realizado por González et al (2000), se establecieron diferencias significativas entre los Liceos Municipalizados y los Colegios Particulares, en cuanto al puntaje obtenido en el Inventario de desórdenes Alimentarios (EDI). El referido estudio, contraviniendo la premisa inicial, plantea que los Liceos presentaban el mayor nivel de predisposición de Desórdenes Alimentarios. Al respecto se destaca, que si bien ambos sectores están expuestos a los mismos estímulos y presiones sociales (influencia de los medios de comunicación, estereotipos sociales de belleza, competitividad, exigencias familiares etc), la diferencia radica en la mayor vulnerabilidad y riesgo que podrían manifestar los adolescentes de estratos bajos (presencia en conjunto de características depresivas, baja autoestima, sobrepeso, baja capacidad de resolución de conflictos familiares y sobreinvolucramiento afectivo), aspectos que incidirían en los niveles de prevalencia mayor de TCA, en los estratos socioeconómicos altos.

4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La investigación acerca de los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores descritos anteriormente, ha dado origen a una serie de modelos que enfatizan en factores generales y específicos relacionados con el trastorno, que sugieren diferentes ámbitos de riesgo: biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Independientemente del peso que estos modelos puedan dar a cada uno de los factores de riesgo antes mencionados, hay un acuerdo general en considerar que la etiopatogenia de los trastornos alimentarios es multifactorial (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

Desde esta perspectiva surge el Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine, en que se basa el instrumento MRFS-IV, que será presentado a continuación:

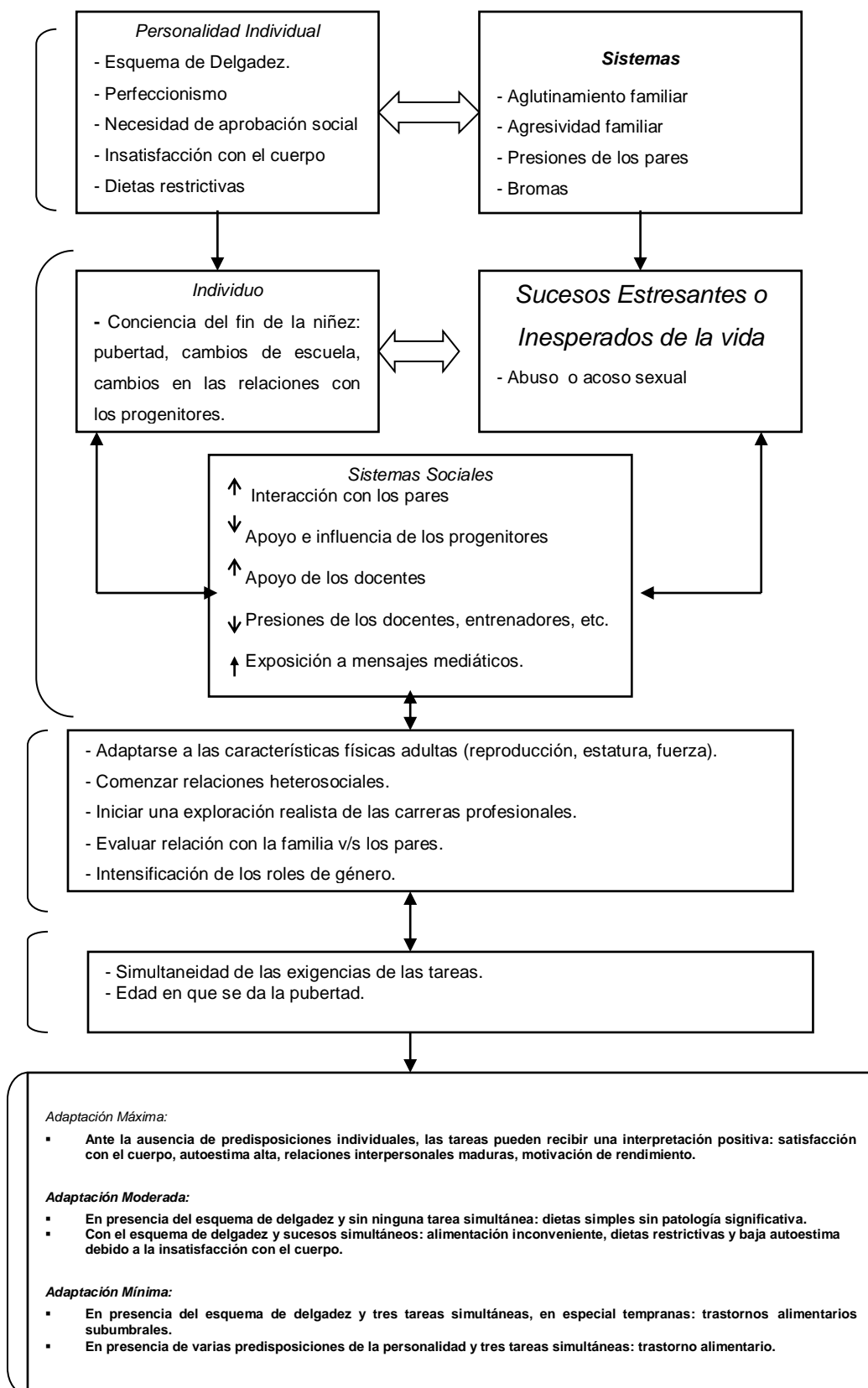
4.1 Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine

El Modelo de Riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios en la transición de la adolescencia temprana de Smolak y Levine (Ver figura) se basa en una perspectiva multifactorial y evolutiva de los problemas alimentarios, considerando que existen predisposiciones que pueden constituir factores causales de riesgo, los que interactúan con los desencadenantes para originar interpretaciones de las tareas y exigencias evolutivas o reacciones ante ellas. Estas reacciones tendrían diversas consecuencias potenciales que varían en su grado de adaptabilidad. En resumen, el modelo da cuenta de los acontecimientos que ocurren durante la enseñanza básica (y antes de ella) que darían ciertas formas a las reacciones ante la adolescencia (Vandereycken et al 2000, en Bravo 2004)

Desde esta perspectiva, se sugiere que los programas de prevención en las escuelas básicas podrían considerar como objetivo algunas de estas predisposiciones, así como también, suministrar información a las niñas sobre algunos de los antecedentes a fin de prepararlas para las exigencias de la transición a la adolescencia temprana.

Es así como el modelo brinda una base sólida para los programas que intentan prevenir el inicio de los problemas alimentarios en la etapa escolar primaria dado que los efectos de estos factores de riesgo y protección pueden variar según el estadio (Kraemer 1997).

Figura Nº 1: Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine



Bravo et al 2004

5. FACTORES DE RIESGO

Estudio del Grupo de Investigación entre la Universidad de Stanford y Arizona
(Grupo Mcknight)

En el año 1994, el grupo McKnight realizó una serie de estudios diseñados para identificar los factores de riesgo potenciales para el desarrollo de TCA en adolescentes. Los estudios de esta Fundación, buscan promover una alimentación y control del peso saludables, y disminuir la aparición de los trastornos alimentarios mediante el desarrollo de programas escolares de prevención (Shisslak. 2000 cit en Vandereycken et al. 2000) El estudio McKnight de Factores de Riesgo, realizado por la Universidad de Stanford (CB Taylor, PI) y la Universidad de Arizona (CM Shisslak, PI), se focalizó en determinar qué factores ponían a las adolescentes escolares en riesgo para desarrollar TCA, para luego examinar el curso y desarrollo de estos factores. Con este fin, los investigadores reunieron al menos 100 estudiantes de cada ciudad, situados entre los grados (cursos) 4º a 9º (grupo etáreo 9 a 14 años). El intervalo total de seguimiento fue desde el 5º al 12º grado (grupo etáreo 10 a 16 años) (Mcknight Investigator, 2003)

El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los TCA del grupo McKnight parte con grupos de niñas de 9 y 14 años y sigue a cada grupo durante 4 años, partiendo del supuesto que hay factores de riesgo de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural que favorecen el desarrollo de los trastornos alimentarios (Striegel- Moore y col., 1986; Levine y Somalk, 1992).

La definición de los factores generales fue realizada a través de una extensa revisión teórica de la literatura especializada en los TCA y a partir de juicios de expertos. Tras la revisión se generó una lista de factores potenciales de riesgo la que fue aplicada a 52 estudiantes de 4º a 12º grado en 1994 y se construye el MRFS versión 1. (Bravo et al 2004) Esta versión tenía como objetivo el desarrollo de una

herramienta para identificar los factores potenciales de riesgo y protección de la alimentación problemática y las condiciones relacionadas con el control del peso en las niñas de edad escolar (Vandereycken; Noordenbos, 2000). De esta manera, se realizó una recopilación de datos demográficos y preguntas que evaluaban los dominios de maduración, regulación del peso, sobre preocupación del peso y la forma, influencias familiares, influencia de pares, eventos estresantes y estilos de afrontamiento e influencia de medios. Estos aspectos en su mayoría se mantienen como factores de riesgo en la versión IV del MRFS (Bravo, et al 2004)

Posteriormente, en el año 1995 se aplicó la versión II del MRFS con modificaciones en la escala de Likert, la cual de 5 alternativas paso a una de 3. A su vez, se agregaron 12 ítems para evaluar factores protectores, y se eliminó el factor general de estilos de afrontamiento debido a la dificultad para entender los reactivos.

En la versión III, se observaron modificaciones como la reestructuración del factor general de influencias familiares y subescalas, la incorporación del factor general de Perfeccionismo del EDI (Eating Disorder Inventory); estructuración de la escala Likert en 5 alternativas para la versión 6º a 12º y la mantención de la escala Likert en 3 para la versión de 4º a 5º.

En la versión IV del MRFS se realizó un análisis factorial de las subescalas propuestas como posibles factores de riesgo del desarrollo de TCA. De esta manera, los ítems del cuestionario se agruparon en 36 subescalas, de las cuales 3 no se consideran en el análisis debido a la no agrupación en ninguna escala factorial (Stunkard padre, Stunkard madre e Historia familiar de TA (McKnight Investigators, 2003)

El análisis determinó que los factores de riesgo más significativos eran aquellos con carga factorial mayor a 0,5 (línea de base del estudio) obteniendo:

- 17 subescalas, con carga factorial superior a 0.5 que incluyen 66 ítem en total, dando lugar a 7 factores matemáticos. (Ver tabla 4)

- 16 subescalas, (con 32 ítem en total), que al obtener una carga factorial inferior a 0.5 no se agruparon en ningún factor (Ver tabla 5)
- 5 ítems, que indagan acerca de aspectos demográficos, historia familiar de trastornos alimentarios, puntaje en la escala de Stunkard y aparición del periodo menstrual.

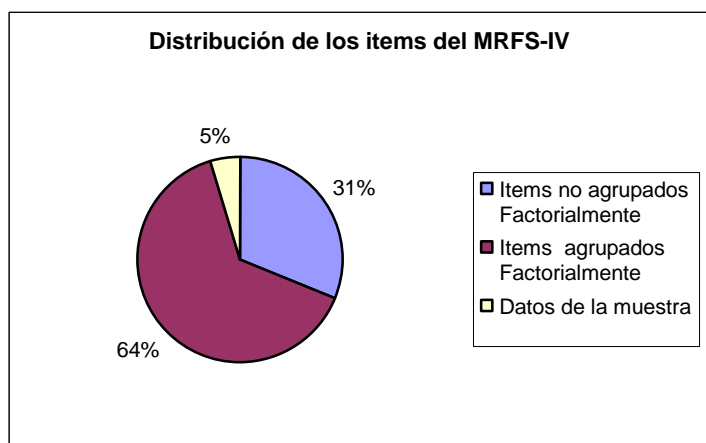
Tabla Nº 4: Subescalas con Agrupación Factorial

Relacionadas con Factores Generales		
Factor	Subescalas	Nº de Ítem
Factor 2: Uso de Sustancias	Uso de sustancias	3
Factor 4: Influencias psicológicas generales	Apreciación de la apariencia	3
	Confianza	3
	Depresión	6
	Evaluación social	1
Factor 5: Soporte Social	Apoyo compartido	3
	Apoyo personal	1
Factor 6: Eventos Vitales Negativos	Eventos vitales negativos	10
Factor 7: Desempeño Escolar	Desempeño escolar	1
	Perfeccionismo	5
Relacionadas con Factores Específicos		
Factor	Subescala	Nº de Ítem
Factor 1: Preocupación por la delgadez y Presión Social	Modelaje de los medios	2
	Sobre preocupación por el peso y figura	5
	Preocupación de pares por la delgadez	3
	Conductas de Control de Peso	7
	Bromas de Pares por el peso	8
Factor 3: Influencias Parentales	Preocupación de padres por la delgadez	2
	Bromas de padres por el peso	3

Tabla N° 5: Subescalas sin Agrupación Factorial

Relacionadas con Factores Generales	
Subescalas	Nº de Ítem
1. Actividades que te hacen sentir bien	1
2. Dolores de cabeza vinculados al estrés	1
3. Dolores de estómago vinculados al estrés	1
4. Sentimientos de inseguridad	1
5. Apoyo Femenino	1
6. Presión Sexual	1
Relacionadas con Factores Específicos	
Subescalas	Nº de Ítem
1. Molestia por cambios corporales	2
2. Trastorno por atracón	2
3. Riesgo percibido de Trastorno Alimentario	3
4. Emociones vinculadas a comer menos	3
5. Emociones vinculadas a comer más	3
6. Uso de insulina	1
7. Conductas de purga	3
8. Uso de Ritalin	1
9. Comer social	2
10. Presión deportiva por ser delgada	6

Gráfico N° 1: Distribución de ítem del MRFS-IV



En la distribución original, el 31% de los ítem no presenta una agrupación factorial, por lo que cualquier puntaje que considerase sólo los 7 factores, obviaría un porcentaje importante de información. En esta investigación, se establecerá un puntaje

general que incluya el 95% de los items, dejando sin puntuar únicamente los correspondientes a datos de la muestra.

5.1 Descripción Teórica de los Factores y Subescalas MRFS-IV

5.1.1 Descripción Teórica de los Factores MRFS-IV

A continuación se expondrán los factores considerados por el grupo Mcknight; relacionándolos con factores generales y específicos, profundizando en la información empírica que avala su incorporación como factor de riesgo para los Trastornos Alimentarios.

5.1.1.1 Relacionadas con Factores Generales

Factor II: Uso de Sustancias

1.- Uso de Sustancias

Estudios realizados en EEUU, revelan la alta comorbilidad que existiría entre trastornos alimentarios y el uso de sustancias; lo anteriormente expuesto se evidencia en que ambas patologías comparten características y factores de riesgo tales como: alta ocurrencia en tiempos de transición y estrés, baja autoestima, impulsividad; aislamiento social, preocupaciones obsesivas, etc. (Ver tabla 6). La comorbilidad entre TCA y abuso de sustancias, incide en la mayor complejidad del trastorno, como asimismo, en la relevancia de pesquisar ambas patologías, tratándolas de manera conjunta. (Mulieri, Duran et al 2003).

En este estudio de Mulieri et al (2003), se constató que la mitad de los pacientes con un desorden alimentario presentaban abuso de alcohol u otras sustancias ilícitas, comparado con el 9% de personas que consumen de la población general. Por otro parte, del total de las personas que abusan de sustancias, el 35%, presenta un Trastorno alimentario. En esta investigación, se encontró, además, que

las jóvenes de entre 10 a 14 años, que realizaban dieta más de una vez por semana, tenían cuatro veces más riesgo de volverse fumadoras.

Tabla Nº 6: Relación entre Abuso de Sustancias y TCA

Factores de Riesgo Compartidos	Características Compartidas
Ocurren en tiempos de transición o estrés	Preocupaciones obsesivas, comportamiento compulsivo, rituales.
Historia familiar en común	Cambios del estado de ánimo. Aislamiento social
Baja autoestima, depresión, ansiedad, impulsividad.	Relación con otros trastornos psiquiátricos, suicidio.
Historia de abuso físico o sexual	Requieren terapia intensiva de larga duración.
Hábitos parentales poco saludables, permisividad	Enfermedades crónicas con altas tasas de recaídas.
Presión social.	
Alta susceptibilidad y vulnerabilidad a mensajes mediáticos.	

Factor IV: Influencias Psicológicas Generales

1.- Autoestima

Según Robson (1989, cit Smith, 2002), la autoestima es un sentimiento de satisfacción y auto aceptación que es el resultado de la apreciación de una persona de su propia valía, atractivo, competencia y habilidad para satisfacer sus aspiraciones. En una revisión bibliográfica Ghaderi (2001 cit en Smith, 2002) concluyó que una baja autoestima junto a otros factores, no sólo sitúa a la mujer en una condición de alto riesgo para la aparición de un trastorno alimentario, sino que también, es un factor mantenedor del trastorno.

Estudios abocados a la importancia de la autoestima, indican que los pacientes con este tipo de trastorno experimentan una autoestima significativamente menor que los adolescentes sin un Trastorno Alimentario (Le Grange, Lock & Dymek, 2003).

2.- Depresión

Se ha demostrado que los Trastornos de la conducta alimentaria muestran una elevada comorbilidad con la Depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad (Zerbe, 1993, cit Levine 1999). La prevalencia de la depresión oscila en los pacientes con TCA entre el 25 a 80%, y generalmente, aparece en el año siguiente a la aparición del trastorno. (Herzog et al. 1992; Halmi et al. 1991).

Las pacientes anoréxicas presentan una sintomatología común a la depresión, tales como: tristeza, tendencia al llanto, aislamiento, desesperanza, rumiaciones obsesivas, trastornos del sueño, anhedonia, sentimientos de culpa, autodesprecio, fantasías de muerte e ideación autolítica. No obstante, la distorsión en el esquema corporal está ausente en la depresión. (Behar 2000). De esta manera, estos síntomas se pueden considerar como secundarios a las conductas anoréxicas, así como también en respuesta frente a la presión social, temores a la comida, al aumento de peso y a la obesidad, y por lo contrario, secundarios a la malnutrición, ya que se ha visto que existe una mejoría del estado de ánimo cuando los pacientes recuperan peso. (Campos, et al 2000).

La BN y la depresión comparten factores de riesgo, siendo más comunes en mujeres, mostrando una tasa peak de aparición durante la adolescencia (Hanking et al., 1998; Newman et al., 1996)

Factor V: Soporte Social

1.- Apoyo Social

El apoyo social ha sido definido por autores como Caplan (cit en García Fuster, 1997) como un sistema de apoyo que implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona, al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, y al proporcionar feedback acerca del desempeño. La literatura señala que la percepción de apoyo social puede proteger a la mujer de las consecuencias negativas físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes (Cassel y Cobb, cit en Garcia Fuster, 1997). De esta manera, el bajo apoyo social cobra una importancia aún mayor como factor de riesgo en la aparición de un desorden alimentario, ya que investigaciones han encontrado que las mujeres que reportan tener una alta insatisfacción corporal y que perciben sus relaciones con los demás como pobres, tensas, inseguras y desilusionantes están más propensas a experimentar pensamientos y sentimientos negativos sobre ellas mismas que influyen sobre su comportamiento alimentario y salud de forma negativa (Tylka, 2004).

Factor VI: Eventos Vitales Negativos

1.- Eventos Negativos

Diferentes estudios ponen de manifiesto la importancia y el impacto que tienen en la vida de las adolescentes situaciones estresantes y su relación con la etiología de los trastornos de la alimentación. Entre estos acontecimientos estresantes destacan: la existencia de padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres, muerte de personas significativas, etc. (Ronan-Woodburn, 1989; Rosen, Compas y Tacy, 1993; Strober y Humphrey, 1987; Meyer, 1997 cit en Mateos, 1997). En el mismo sentido, Morandé (1999) encontró que dentro de los factores estresantes que afectan

al sujeto, actuando como sucesos precipitantes de un trastorno alimentario, estarían también las separaciones de la familia de origen para estudiar fuera, pérdidas amorosas, crisis de pareja de los padres, enfermedad de algún familiar, ofensas o agresiones de amigo, cambios corporales difíciles de llevar y enfermedades físicas o mentales.

De esta manera, teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa complicada en sí misma, cobran mayor importancia los eventos vitales negativos como posibles sucesos que preceden a un TCA, ya que si bien éstos pueden ser vividos como estresantes en cualquier etapa de la vida, no son experimentados de la misma forma en la adolescencia; período especialmente complicado, y sujeto a muchos cambios tanto físicos como psicológicos, lo que al sumarse a eventos que podrían ser traumáticos como muerte de algún familiar significativo, cambio de residencia, etc. va conformando un riesgo mayor para la posible aparición de un TCA.

Factor VII: Desempeño Escolar

1.- Desempeño Escolar

Durante la adolescencia, es común que las jóvenes se sientan presionadas por el aumento del estrés académico y las exigencias propias del sistema escolar. (Hill et al. 1994, cit en Morandé 1999).

Los estudios respecto del desempeño escolar de las adolescentes que padecen un TCA muestran resultados que sugieren, generalmente un buen rendimiento en las pacientes. (Morandé, 1999). Sin embargo, el verdadero rol que juega el desempeño escolar como estresor y posible riesgo para la aparición de un desorden alimentario es más complejo aún, si se toma en cuenta que el perfil de quienes padecen este tipo de enfermedad, está caracterizado por una elevada cuota de perfeccionismo y autoexigencia en todo lo que realizan. Así, el desempeño escolar es vivido no sólo como un estresor más, sino como un ámbito en el que las jóvenes

se autoimponen un desempeño sobresaliente y a través del cual depositan su autovaloración y autoconcepto.

2.- Perfeccionismo

El perfeccionismo se define como la tendencia a establecer niveles irreales de desempeño y es una característica común en los individuos que padecen anorexia nerviosa. Así las expectativas personales de un desempeño sobresaliente, al combinarse con un ambiente de mucha presión y exitismo, podrían constituir un factor de riesgo para la aparición de un TCA (Vandereycken 2000). Asimismo, estudios realizados por Morandé (1999) señalan que el perfil de las pacientes con estos desórdenes, incluso antes de desarrollar el trastorno destacan por una elevada autoexigencia y constancia, aceptación de las normas sociales, aparente autonomía y perfeccionismo. De esta manera, se crea una compleja interacción entre factores cognitivos distorsionados (rigidez en su autoconcepto, pensamiento dicotómicos, etc) y la personalidad premorbida, que se conjugan en un rol preponderante en la creación de un patrón, en el cual las jóvenes se autoimponen una rígida evaluación de ellas mismas y un modelo ideal inalcanzable de perfección (Bauer, Anderson, 1989 cit en Kuehnel, 1998)

5.1.1.2 Relacionadas con Factores Específicos

Factor I: Preocupación por la delgadez y presión social

1.- Modelaje de los Medios

Los medios de comunicación han sido definidos como modos de comunicación que generan mensajes diseñados para un gran número de audiencia, heterogénea y anónima con el fin de maximizar la ganancia (Harris, 1994; Levine y Smolak, 1998 cit en Thompson, 1999).

Los medios de comunicación masiva como revistas y programas de televisión han sido considerados como uno de los factores socioculturales que otorgan las bases para la emergencia de una imagen negativa corporal; dietas calóricas restrictivas y trastornos alimentarios, lo que se traduce en un problema de salud mundial para millones de personas en Estados Unidos y el resto del mundo (Piran, Levine, Steiner-Adair, 1999 cit en Levine 1999).

Las revistas de mujeres han sido probablemente las más criticadas de entre los medios de comunicación, pues se sostiene que son promotoras de un peligroso y poco realista ideal de delgadez (Wolf, 1990 cit en Thompson 1999). En Estados Unidos, cerca de 2.000.000 de niñas se han suscrito a la revista *Seventeen*, la cual está dedicada a consejos de belleza, dietas y sus mensajes están copados de ideas con respecto a la belleza física; sin embargo, se estima que el total de lectores (de los cuales la mayoría son niñas de entre 11 y 14 años) excede los 11.000.000.

En el mismo sentido, un estudio de Levine, Smolak y Hayden (1994), encontró que el 70 % de las adolescentes que leían estas revistas, las consideraban una fuente importante de información de belleza e idoneidad. Se sabe, además, que en los últimos 30 y 40 años, las mujeres han sido víctimas de los mensajes contradictorios e irreconciliables, tanto de revistas como de televisión, que muestran la importancia de ser saludable, estando tonificada y en control; entretanto, se promueve el “sentirse libre”, “dejarse llevar” y consumir varios productos dentro de los que se incluyen aquellos de altas calorías (Guillén & Bar, 1994; Wiseman, Gray, Mosimann & Arens, 1992 cit en Levine, 1999)

La Televisión, también es considerada una fuente muy poderosa de influencia. Así es como, en el hogar promedio Americano, ésta se mantiene encendida por más de 7 horas al día (Harris, 1994 cit en Thompson, 1999). Lo anterior adquiere características de riesgo, al considerar que la mayoría de las mujeres que allí aparecen son mucho más delgadas que el promedio americano; sólo un porcentaje

inferior al 10% se refiere a mujeres con sobrepeso (González- Lavin y Smolak, 1995; Heinberg, 1996 cit en Thompson, 1999). En un estudio de Gonzalez – Lavin y Smolak (1995 cit en Thompson, 1999), se encontró que las adolescentes que veían más de 8 horas de televisión a la semana, presentaban mayor insatisfacción de su imagen corporal, que aquéllas con menor exposición semanal. Otros estudios han sugerido que aún cuando la frecuencia de exposición a la televisión, no se correlaciona con disturbios de la imagen corporal, la exposición frecuente a cierto tipo específico de programas como telenovelas, video clips, etc., está relacionado con problemas de imagen corporal y alimentación restrictiva (Tiggermann y Pickering, 1996 cit en Thompson 1999).

2.- Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso y Figura

Diversos estudios se han realizado para comprender el papel fundamental que cumple la insatisfacción corporal en el desarrollo de un Trastorno alimentario. Teóricamente, se cree, que mientras los cuerpos de las niñas se van desarrollando hacia la madurez, durante la pubertad, ellas naturalmente comienzan a adscribirse al ideal de delgadez, prescrito por la cultura imperante. La discrepancia entre sus cuerpos y el cuerpo ideal, puede conllevar a una mayor insatisfacción corporal (Mc Carthy, 1990, cit en Levine, 1999). Slade (1985 cit en Levine 1999), realizó una revisión de diferentes estudios sobre imagen corporal, llegando a la conclusión que la sobreestimación del tamaño, sobre todo hacia lo ancho, es una característica de la anorexia nerviosa, sin embargo, esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, sino que también, está presente en otros grupos, pero lo que diferencia a las personas con trastornos alimentarios, son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (Toro, 1996). De esta manera, la tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no se debe a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada. Esta

misma tendencia conlleva a una mayor gravedad del cuadro y a un peor pronóstico (Toro y Vilardell, 1987).

La insatisfacción endémica de las jóvenes por la figura en la cultura occidental, provoca, por lo general, dietas restrictivas que incrementan la vulnerabilidad a los TCA. Una intensa preocupación por la apariencia física parece preceder al desarrollo de la AN, así como también, una elevada insatisfacción corporal, generalmente, predice aumento en síntomas bulímicos (Levine, Steiner-Adair, 1999 cit en Levine 1999)

3.- Preocupación de Pares por la Delgadez

Distintos estudios concuerdan en que, durante la adolescencia la influencia de pares y amistades asumen una significación mayor en el mundo de las adolescentes (Heaven, 1994 cit en Levine 1999). En esta etapa, la percepción de lo que hacen y piensan los amigos desempeña un papel de gran importancia, según se ha demostrado en temas relacionados con el consumo de alcohol, drogas y tabaco (Watts y Ellis, 1992, cit en Vandereycken, 2000), además, de constituir un factor de riesgo para trastornos alimentarios (Killen y col., 1986, cit en Vandereycken, 2000).

Existe una creciente y empírica evidencia que el medio ambiente de amistades más inmediatas de las adolescentes las provee de una subcultura que puede aumentar o disminuir la importancia que atribuyen a la delgadez y el atractivo de realizar comportamientos para perder peso y establecer normas en estas áreas (Levine, Steiner-Adair, 1999 cit en Levine 1999). Se ha encontrado que las discusiones que mantienen regularmente las adolescentes, acerca del peso y las dietas, puede ayudar a establecer y enfatizar la importancia como valoración de la delgadez y el rechazo a la gordura, generando una presión particular en aquellas adolescentes con un índice de masa corporal más alto (Levine, Steiner-Adair, 1999). Temas relacionados con el peso y su control, se han visto que son tópicos frecuentes de

conversación entre las adolescentes. (Piran, Levine, Steiner-Adair, 1999 cit en Levine 1999).

4.- Conductas del Control del Peso

Diversos estudios se han abocado a comprender el rol de las dietas en el desarrollo de los Trastornos Alimentarios, comprobándose que una elevada insatisfacción corporal conlleva, generalmente, a la realización de dietas como un medio efectivo para perder peso y aumentar la satisfacción corporal (Levine, Piran & Steiner – Adair, 1999 cit en Levine 1999). Sin embargo, estas conductas pueden constituirse en un factor de riesgo para patologías bulímicas, ya que las adolescentes pueden realizar atracones de comida que contrarresten los efectos de la privación calórica (Bearman, Stice & Chasé, 2003 cit en Field, 2003).

Investigaciones realizadas en Estados Unidos, señalan que el 51% de niñas de entre 9 y 10 años, se sienten mejor consigo mismas, si se encuentran haciendo dieta (Mellin et al., 1991 cit en NEDA, 2002). En cuanto a la frecuencia de la dietas, el 46% de niñas de entre 9 y 11 años, están “a veces” o “muy seguido” haciendo dieta y el 82% de sus familias se encuentran, “a veces” o “muy seguido”, realizando también dieta (Gustavson – Larson & Ferry, 1992 cit en NEDA, 2002).

Del total de las personas que realizan dietas, el 35% progresa hacia límites patológicos, de los cuales entre un 20 y un 25% evolucionan hacia un síndrome parcial o total de algún tipo de Trastorno Alimentario (Shisslak & Crago, 1995 cit en NEDA, 2002). Estudios recientes de Tylka & Subich (2002, cit en Tylka 2004) sobre hábitos alimentarios en escolares y universitarias, encontraron que el 59% de las mujeres indicaba frecuentemente saltarse comidas, el 36,7% señalaba que comían menos de 1.200 calorías diarias, el 30,1% y el 26,5% afirmaba eliminar de su dieta grasas y carbohidratos respectivamente; el 7,2% señalaba uso de laxantes y el 6,6% de

diuréticos; el 25,9% realizaba ayuno por más de 24 horas, y el 4,8% aseguraba vomitar después de comer; específicamente, para controlar su peso.

Las adolescentes que realizan dietas, pese a haber logrado un estado de desnutrición, se siguen percibiendo gordas, situación que las lleva a continuar restringiendo su ingesta alimentaria, estableciéndose un círculo vicioso, difícil de evitar. (Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987, Hsu, 1990, Cit en Mateos-Parra, 1997).

Según Tapia (2004), en Chile, es común entre las adolescentes la realización de ciertas conductas para perder peso. Sin embargo, no todos los métodos son usados en la misma medida; dentro de los más utilizados por las jóvenes se encuentran los ejercicios físicos, las dietas y la práctica de saltarse comidas. La investigación demostró, además, que los métodos menos utilizados, son el uso de purgas y pastillas adelgazantes.

Cuando se comparó la diferencia entre las dietas que realizaban las jóvenes que tenían alto y bajo riesgo de padecer un Trastorno alimentario, se pudo concluir que la distinción radicaba en que aquellas adolescentes que presentan un alto riesgo para un TCA iniciaban sus dietas antes de la adolescencia y éstas eran más restrictivas y más duraderas. (Morandé, 2002 cit. en Tapia, 2004)

5.- Bromas de Pares y Padres por Peso

En relación a este tema, algunos estudios han sugerido que las bromas en la niñez están implicadas en el desarrollo de la depresión, baja autoestima, insatisfacción de la imagen corporal y trastornos alimentarios. (Cattarin & Thompson, 1994; Fabian & Thompson, 1994; Fabian & Thompson, 1989, cit en Levine1999). Por otra parte, se ha observado que bromas sobre el peso son dirigidas tanto a niñas con un IMC mayor, como a aquéllas con peso normal, sintiéndose igualmente afectadas y produciéndose en ambas una restricción alimentaria. (Wetheim et al., 1997, cit en Levine1999). Al respecto, cabe destacar que las bromas son un medio que refuerza el ideal de

delgadez entre los pares. (Levine, 1999). Del mismo modo, Thompson y colegas (1995) sostienen que no es la obesidad en sí lo que genera la insatisfacción corporal, sino que esto también debe asociarse a una historia de burlas.

Factor III: Preocupación de Padres por la Delgadez

1.- Preocupación de padres por la delgadez

En los años 70 Salvador Minuchin propone que los trastornos alimentarios son causados al menos parcialmente por patrones distintivos de interacción familiar en las llamadas “familias psicósomáticas”. El tipo de funcionamiento familiar en juego se caracteriza por aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. Asimismo, se ha descrito una implicación del niño en conflictos parentales, formándose una tríada rígida. (Minuchin et al., 1975, Minuchin, 1985). A pesar que no es posible verificar la existencia de una familia típica o específica de anorexia, sí se han descrito aspectos familiares que pudiesen influir en los desórdenes alimentarios; tales como trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y TCA en familiares de primer grado (Toro y Vilardell, 1987, cit en Raich, 1994)

Asimismo, se ha encontrado en las familias de pacientes con trastornos alimentarios que las madres presentan una mayor preocupación por las dietas y la figura. (Hill et al. 1990 cit en Levine 1999). A su vez, se ha descrito que los comentarios de los padres sobre el peso y la figura de sus hijos impacta negativamente en las actitudes alimentarias de sus hijos. (Levine, 1999)

5.1. 2 Descripción Teórica de las Subescalas sin Agrupación Factorial

5.1.2.1 Relacionadas con Factores Generales

I. Actividades que te Hacen Sentir Bien

Esta subescala es un factor protector, que consulta acerca de la participación en actividades como deportes grupales, servicios a la comunidad, teatro, etc, que generan en la adolescente sentimientos de bienestar consigo misma, mediante la interacción positiva con los pares, fortalecimiento de la autoestima y de la autoeficacia, pues, tal como explica Seligman (1999), los sentimientos de autoestima se desarrollan a través de la superación de problemas, la realización exitosa de actividades y el dominio de la frustración y el aburrimiento. Asimismo, la participación en actividades placenteras, fortalece la percepción de autoeficacia, es decir, el conjunto de creencias acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados (Bandura, 1999).

II. Sentimientos de inseguridad

Los sentimientos de inseguridad son característicos en adolescentes con TCA (Muñoz; Turón, 2002) y se asocian a un autoconcepto precario, necesidad de aprobación social, perfeccionismo, falta de apoyo social, etc. Estos sentimientos pueden acrecentarse a partir de bromas de los pares o padres acerca del peso o al enfrentarse a tareas evolutivas tales como comenzar relaciones heterosociales. (Levine, 1999).

III. Dolores de cabeza y de estómago asociados al estrés

Manifestaciones somáticas como dolores de cabeza y estómago asociados a periodos de estrés, indican que las adolescentes enfrentan las demandas del medio ambiente propias de su etapa evolutiva con un alto nivel de inseguridad y autoexigencia.

Como se describió anteriormente, la mayoría de los autores concuerdan en señalar un estilo de personalidad tendiente al perfeccionismo en las adolescentes que desarrollan un TCA, haciéndolas sensibles a las presiones del medio y más rígidas en la evaluación de su desempeño (Bauer, Anderson, 1989 cit en Kuehnel, 1998).

IV. Apoyo femenino

El instrumento MRFS-IV incluye una pregunta orientada a la existencia de una mujer confiable para la adolescente y que sea percibida por ésta como referente significativo. Un bajo apoyo social, en general, y la ausencia de un modelo femenino apoyador, en particular, constituyen un factor de riesgo para la aparición de sintomatología de TCA (Berdt & esténse, 1996).

V. Abuso Sexual

El abuso sexual, entendido como suceso vital estresante, es considerado un factor predisponente para el desarrollo de un TCA. Diversas investigaciones han relacionado el antecedente de abuso sexual con la aparición de sintomatología del trastorno alimentario. El rechazo al cuerpo, especialmente a las características femeninas, son asumidos por algunos autores como consecuencia del trauma sexual. Este antecedente, es más frecuente en aquellas mujeres que desarrollan Bulimia Nerviosa que en otros grupos psiquiátricos (Rice, 1995; Rice & Langdon, 1991; Root & Fallon, 1988; Thompson, 1994; Vanderlinden, Vandereycken, Van Dyck, &

Vertommen, 1993; Waller, Hamilton, Rose, Sumra & Baldwin, 1993; Wooley, 1994, cit en Levine 1999; Le Grange, Lock & Dymek, 2003).

5.1.2.2 Relacionadas con Factores Específicos

I. Molestia por cambios corporales:

El Modelo de Smolak y Levine en que se basa el instrumento MRFS-IV, define el adaptarse a las características físicas adultas, como una de las tareas evolutivas básicas de la adolescencia. (Levine, 1999).

Los caracteres sexuales secundarios generan en muchos casos un aumento de peso y un cambio importante en la figura de las adolescentes, que sería asumido como negativo y molesto, si está asociado a factores predisponentes relacionados con insatisfacción corporal, bromas de los pares y padres, etc. (Levine, 1999).

II. Trastorno por atracón y Conductas de purga

Los atracones y purgas son conductas específicas de la mayoría de los TCA, vividas por las adolescentes con ansiedad y autodesprecio. En el caso de los atracones, el factor desencadenante puede ser variado: soledad, aburrimiento, grandes períodos de restricción alimentaria, etc., pero generalmente se enmarca en un periodo de alta tensión. Considerando el profundo malestar, tanto físico como emocional, posterior al atracón, la purga aparece como un alivio temporal, que prontamente se convierte en sentimientos de culpa e incontrolabilidad. (Raich, 1994).

III. Riesgo percibido de Trastorno Alimentario

La subescala "Riesgo percibido de TCA", busca indagar si la adolescente se ve a sí misma en riesgo de un desarrollo de trastorno alimentario, o si el medio que la rodea, así la percibe. La respuesta afirmativa a estas preguntas, indicaría, por un

lado, conciencia de enfermedad, y por otro, la alta sintomatología relacionada con el trastorno.

IV. Emociones vinculadas a la ingesta de comida

Esta subescala consulta acerca de la variación en la ingesta de comida al vivenciar estados emocionales negativos, tales como rabia, tristeza, ansiedad, etc. La frecuencia de este “comer emocional”, es un indicador de riesgo de TCA, aunque no siempre tiene las características de un atracón.

No obstante, esta ingesta emocional, comparte con el atracón el ser un mecanismo que bloquea temporalmente las emociones desagradables, aportando un bienestar inmediato que, tal como se describió anteriormente, se transforma en un conjunto de sentimiento de culpabilidad y autorechazo, que las hace vulnerable a nuevas ingestas emocionales de comida. (Chinchilla, 1995)

Por otra parte, la disminución de la ingesta de comida, generalmente, responde a la búsqueda de controlabilidad ante estados emocionales que les parecen desbordantes. (Muñoz; Turón, 2002)

V. Uso de insulina

En los últimos 25 años, se han realizado muchos estudios donde se ha relacionado la Diabetes y los TCA. La evidencia sugiere que los desórdenes alimentarios sub clínicos y la BN son prevalentes entre los pacientes con Diabetes Tipo 1 (Juvenil, Insulino Dependiente), en tanto el Trastorno por atracón, y el trastorno por atracón sub clínico, son comunes en los pacientes con una Diabetes Tipo 2 (Adulta). Cabe señalar además, que las investigaciones sugieren que el uso de Insulina produce Anorexia (pérdida del apetito). (Davison, 2003).

VI. Uso de Ritalin

Este ítem se incluye en el cuestionario, considerando que dentro de las reacciones adversas más comunes asociadas al uso de Ritalin se encuentra la anorexia, entendida como pérdida del apetito. (Hewell, 2001).

VII. Comer social

Frecuentemente las mujeres con TCA modifican la forma en que comen cuando están en presencia de otras personas o evitan comer acompañadas por temor a ser cuestionadas, tanto por las cantidades ingeridas, como por los rituales que realizan en el proceso. Las preguntas de esta subescala apuntan, además, a cambios alimentarios experimentados en la compañía de adolescentes de ambos sexos, en tanto, el seguimiento de dietas, en muchas ocasiones surge, como producto de conversaciones y comentarios entre pares. Levine, M. (1999).

VIII. Presión deportiva por ser delgada

En términos generales, atletas y bailarinas femeninas se exponen al riesgo de desarrollar anorexia. Así, por ejemplo, el éxito actual en la práctica del ballet, depende del desarrollo de un cuerpo flexible y esbelto. Asimismo ocurre, en los deportes de "apariencia", que incluyen la gimnasia y el patinaje de formas y los deportes de resistencia como el atletismo. (Grupo Editor Well Connected Health Report Library, 2005)

El estilo de personalidad competitivo y perfeccionista, que caracteriza a los deportistas, tiene alta similitud con los rasgos de quienes desarrollan un TCA. Así, es como se rigidizan sus hábitos dietéticos como el nivel de exigencia ante su desempeño deportivo. (Grupo Editor Well Connected Health Report Library, 2005)

Cuando la anorexia se desarrolla tempranamente, también pospone la pubertad, haciendo que las atletas femeninas jóvenes retengan una forma muscular de

niño, o sea, sin la acumulación normal de los tejidos grasos en los senos y en las caderas, lo cual puede mitigar su borde competitivo. Los entrenadores y los maestros a menudo agudizan el trastorno, al alentar la contabilización de calorías, fomentar la pérdida de los tejidos grasos y al controlar excesivamente las vidas de los atletas. Algunos son hasta abusivos si sus atletas se pasan del límite de peso, imponiéndoles castigos o humillándolos frente a sus compañeros de equipo. (Grupo Editor Well Connected Health Report Library, 2005)

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de los antecedentes expuestos previamente, se deduce la relevancia de fortalecer la investigación acerca de los factores de riesgo, asociados al desarrollo de un TCA y de las herramientas pertinentes para su detección.

Actualmente, la herramienta diagnóstica más utilizada en Chile es el EAT-40, cuestionario que detecta específicamente las actitudes alimentarias de riesgo. Este instrumento, da cuenta de conductas, cogniciones y emociones acerca de la alimentación y la imagen corporal, relacionadas directamente con el riesgo de presentar un TCA. No obstante la utilidad de este instrumento, aún es necesario contar con otros sistemas de medición que abarquen factores de riesgo generales, tales como apoyo social, eventos vitales estresantes, autoestima, etc. y que presenten ámbitos alternativos sobre los cuales basar programas de prevención de los TCA. En este sentido, la traducción validada del cuestionario MRFS-IV, sería una herramienta adecuada para niñas y adolescentes, que podría ser desarrollada con el fin de hacerla aplicable y útil como elemento de detección de niveles de riesgo de TCA. Para lograr este objetivo, sería necesario elaborar un sistema de puntuación general y factorial del instrumento, definiendo rangos de puntaje que permitiesen discriminar niveles de riesgo de un TCA.

Con el propósito de basar estos puntajes en un referente válido, es que en esta investigación surge el interés por comparar los resultados obtenidos por las adolescentes en ambos cuestionarios, detectando nivel de coherencia entre los constructos medidos por EAT-40 y MRFS-IV (el primero, incluye factores específicos de riesgo de TCA, mientras que el segundo, rastrea, además, factores generales). Si existiese dicha coherencia, la categorización de Riesgo y No Riesgo detectada por el primero, pudiese servir como parámetro para arribar hacia los puntos de corte del

segundo, de manera tal, que pudiesen definirse los distintos niveles de desarrollo de los factores de riesgo de TCA.

Junto a esto, en la presente investigación se ha considerado relevante analizar y comparar los resultados obtenidos en los distintos niveles socioeconómicos de la muestra, contrastándolos con la hipótesis acerca de la relación entre el estrato socioeconómico medio y alto y el riesgo de desarrollar un TCA.

Todo lo anterior se orienta a generar alternativas para distintos niveles de intervención preventiva con el propósito de abarcar el mayor espectro de factores que incidirían en el desarrollo de los TCA.

Pregunta de Investigación

- ¿Cuál es la distribución de los valores del MRFS-IV en población femenina adolescente de riesgo y no riesgo según el EAT-40, en la comuna de Viña del Mar?
- ¿Existen diferencias en la distribución de estos valores en los distintos estratos socioeconómicos?

Objetivo de Investigación

Objetivos Generales

- 1.- Determinar la distribución de los valores del MRFS-IV en población femenina adolescente de riesgo y no riesgo definidos según el EAT-40, en la comuna de Viña del Mar.
- 2.- Determinar puntos de corte en el MRFS - IV en relación al riesgo establecido de TCA, a partir de los valores del EAT – 40.
- 3.- Explorar la existencia de diferencias en la distribución de estos valores en los distintos estratos socioeconómicos.

Objetivos Específicos

- 1.1.- Describir la distribución de los valores EAT 40 y MRFS IV en la población en general.
- 1.2.- Establecer población de riesgo y no riesgo de TCA a partir del puntaje del EAT 40.
- 2.1.- Establecer los valores de correlación entre los puntajes EAT 40 y MRFS IV en población general.
- 2.2.- Analizar los valores de correlación en población de riesgo y no riesgo, entre puntajes MRFS – IV Y EAT - 40.

3.1 Comparar la distribución de puntajes MRFS-IV y EAT-40 en los distintos estratos socioeconómicos.

Hipótesis

- Existe una diferencia estadísticamente significativa en los promedios de puntaje MRFS-IV que muestran los grupos de Riesgo v/s No Riesgo, establecidos mediante EAT-40.
- La variabilidad entre los grupos de Riesgo v/s No Riesgo es mayor a la variabilidad intra grupo en relación a sus puntajes MRFS-IV.
- El nivel socioeconómico medio y alto obtienen puntajes mayores en los instrumentos MRFS-IV y EAT – 40 a los obtenidos en el nivel socioeconómico bajo.

1. METODOLOGÍA

1.1 Diseño de la Investigación

El diseño de esta investigación es no experimental, ya que no se realizará manipulación deliberada de variables. En este aspecto, sólo se observarán los fenómenos, tal y cómo ocurren en su contexto.

Es transeccional, ya que ocurre en un momento dado en un tiempo único. El propósito es analizar y describir variables en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

1.2 Tipo de Estudio

Este estudio es de tipo descriptivo, ya que mide distintos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, determinando el comportamiento del MRFS-IV, en relación con el riesgo de TCA, establecido según EAT-40 y en los distintos niveles socioeconómicos (Hernández et al., 2003). Además, es de tipo correlacional, considerando que tiene como propósito evaluar la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables. (Hernández et al. 2003)

1.3 Población

La población está determinada por mujeres adolescentes de la Comuna de Viña del Mar, de 1º, 2º y 3º año de Educación Media, pertenecientes a establecimientos educacionales de niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, que cuenten con los requisitos de ser diurnos, mixtos, con enseñanza media completa, laico, con enseñanza científico - humanista y disciplina tradicional.

1.4 Selección y Descripción de la Muestra

La muestra corresponde al tipo probabilístico, específicamente por racimos (aquí las unidades están encapsuladas o encerradas). Por ende, la unidad de análisis, serían: mujeres adolescentes de 1er a 3er año de enseñanza media y la unidad muestral (racimo), establecimientos de la Comuna de Viña del Mar de nivel socioeconómico bajo, medio y alto.

N: 450

- Colegio de Nivel Socioeconómico Bajo. (n= 150)
- Colegio de Nivel Socioeconómico Medio. (n= 150)
- Colegio de Nivel Socioeconómico Alto. (n= 150)

Los establecimientos que cumplen con los requisitos y que pertenecen a la comuna de Viña del Mar, son los siguientes:

Tabla Nº 7: Establecimientos de Viña del Mar con requisitos para la muestra.

Nombre Colegio	Mensualidad	Tipo de Establecimiento
Benjamín Vicuña	\$ 4500	Municipalizado
José Fco. Vergara	\$ 5000	Municipalizado
Guillermo Rivera	\$ 9000	Municipalizado
Agustín Escobar	\$ 8000	Particular Subvencionado
Ana M ^a Janer	\$ 12000	Particular Subvencionado
Claudio Matte	\$ 22500	Particular Subvencionado
Manantial	\$ 25000	Particular Subvencionado
Cortes Brown	\$ 28000	Particular Subvencionado
Friendly High School	\$ 30000	Particular Subvencionado

Rene Descartes	\$ 35000	Particular Subvencionado
Panamerican College	\$ 39000	Particular Subvencionado
Kingston School	\$ 41000	Particular Subvencionado
Jan Komensky	\$ 49500	Particular Pagado
María Raquel Cereceda	\$ 65000	Particular Pagado
Viña del Mar College	\$ 80000	Particular Pagado
Profesor Hughet	\$ 108000	Particular Pagado
Franco Ingles	\$ 125000	Particular Pagado
Patmos	\$ 148000	Particular Pagado
San Patricio	\$ 150000	Particular Pagado
Saint Peter's School	\$ 150000	Particular Pagado
Saint Paul School	\$ 155000	Particular Pagado
Saint Dominic	\$ 30 UF por familia (\$160.000)	Particular Pagado
Alianza Francesa	\$ 170000	Particular Pagado

La selección de la muestra final se definió de la siguiente manera: de los establecimientos educacionales seleccionados (que cumplían con los requisitos anteriormente mencionados) se obtuvo un promedio de aranceles mensuales por categorización educativa (municipalizado, particular subvencionado y particular). De esta manera, los establecimientos más cercanos al promedio quedaron en la selección de la muestra final (Ver tabla 8)

Tabla Nº 8: Promedio de Mensualidades

Tipo de Establecimiento	Promedio Mensualidad	Establecimientos Seleccionados
Municipalizado	\$ 6000	Benjamín Vicuña José Fco. Vergara
Particular Subvencionado	\$ 26722,2	Manantial Cortes Brown
Particular Pagado	\$ 123.681, 81	Patmos Profesor Hughet Franco Ingles

Luego de haber obtenido las autorizaciones finales, los establecimientos seleccionados en la muestra son:

Tabla Nº 9: Establecimientos muestra final

Tipo de Establecimiento	Promedio Mensualidad	Establecimientos Seleccionados
Municipalizado	\$ 6000	Benjamín Vicuña Guillermo Rivera
Particular Subvencionado	\$ 26722,2	Claudio Matte Cortes Brown
Particular Pagado	\$ 123.681, 81	Patmos Franco Ingles Sain 't Paul

1.5 Caracterización de la Muestra

Para el análisis de los datos se eliminó 1 sujeto que cumplía con el criterio excluyente de embarazo, dado que los cambios corporales y algunas actitudes alimentarias, se deberían a dicha condición, más que a la autoimagen corporal. La muestra final, quedó constituida por 450 adolescentes de 1º a 3º medio de establecimientos educacionales de la comuna de Viña del Mar.

El promedio de edad de la muestra fue de 15,63 años.

Para la caracterización de la muestra, se utilizó junto a las hojas de respuesta de los cuestionarios MRFS-IV y EAT- 40, una pauta de entrevista creada por el grupo de Bravo (2004), que recabó información con respecto a la edad de las encuestadas, curso, nivel de escolaridad de ambos padres, existencia de separación conyugal y embarazo.

A continuación se presentarán (Ver tabla 10 y gráficos 2, 3 y 4) los datos anteriormente mencionados en relación a la caracterización de la muestra, de forma diferenciada por nivel socioeconómico. Quedando los resultados obtenidos expresados de la siguiente manera:

Tabla Nº 10: Caracterización de la Muestra: nivel de escolaridad y situación conyugal de los padres.

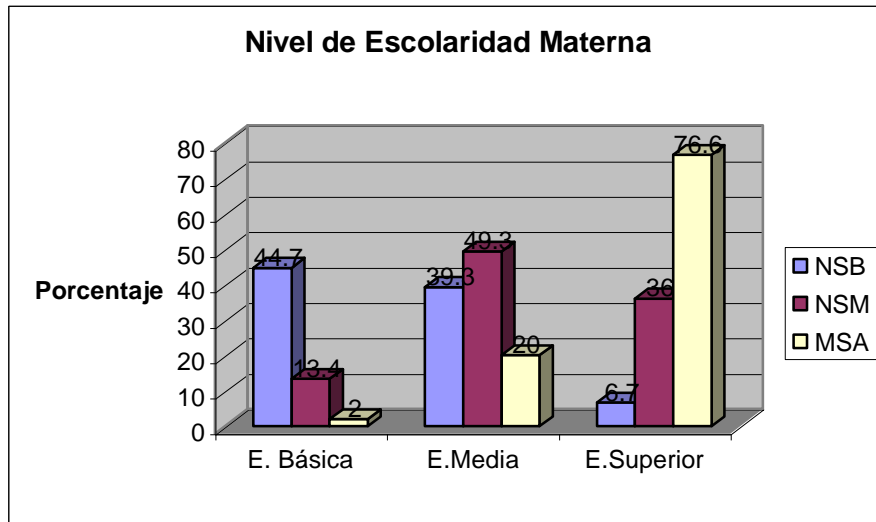
	Nivel Escolaridad	NSE Bajo	NSE Medio	NSE Alto
Materna	Básica	44,7%	13,4%	2%
	E. Media incompleta	39,3 %	49,3%	20%
	Estudios superiores	6,7%	36%	76.6%
	No sabe	9,3%	1,3%	1,3%
Paterna	Básica	34,6%	10%	1,3%
	E. Media incompleta	33,3 %	37,3%	7,3%
	Estudios superiores	13,4%	45,4%	86,7%
	No sabe	18,7%	7,3%	4,7%
Separación Conyugal	Sí	41,3 %	20%	29,3%

De este cuadro se desprende que los datos más significativos de la muestra se relacionan con la diferencia que presentan los distintos estratos, en relación al nivel de escolaridad de los padres y la situación conyugal de ellos.

En el nivel socioeconómico medio y alto, los porcentajes de separación conyugal no exceden el 30%; en el nivel socioeconómico bajo, se presenta un 41,3%.

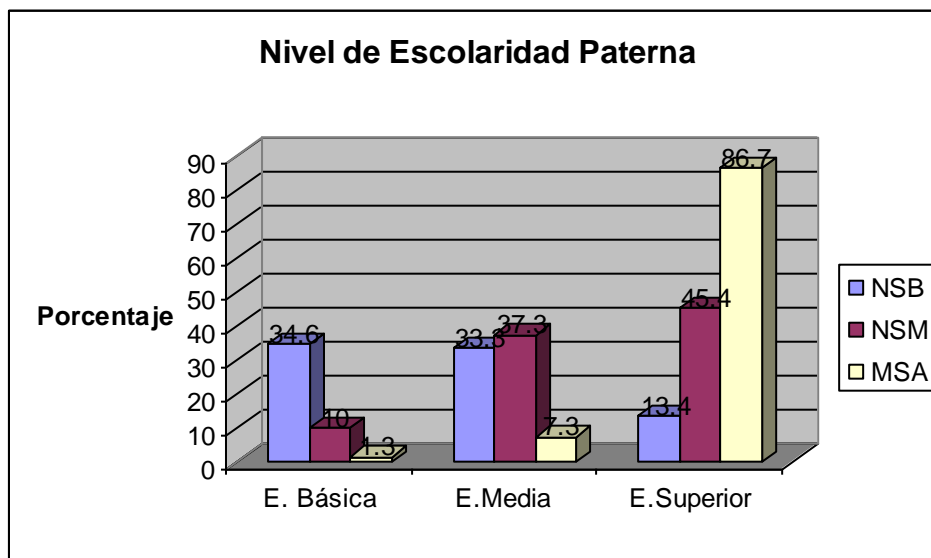
En cuanto al nivel de escolaridad de los padres, se destacan las altas diferencias presentadas entre los niveles socioeconómicos bajo y alto. En el caso de las madres, la diferencia es de un 70%; en los padres, 73,3%.

Grafico Nº 2: Nivel de Escolaridad Materna



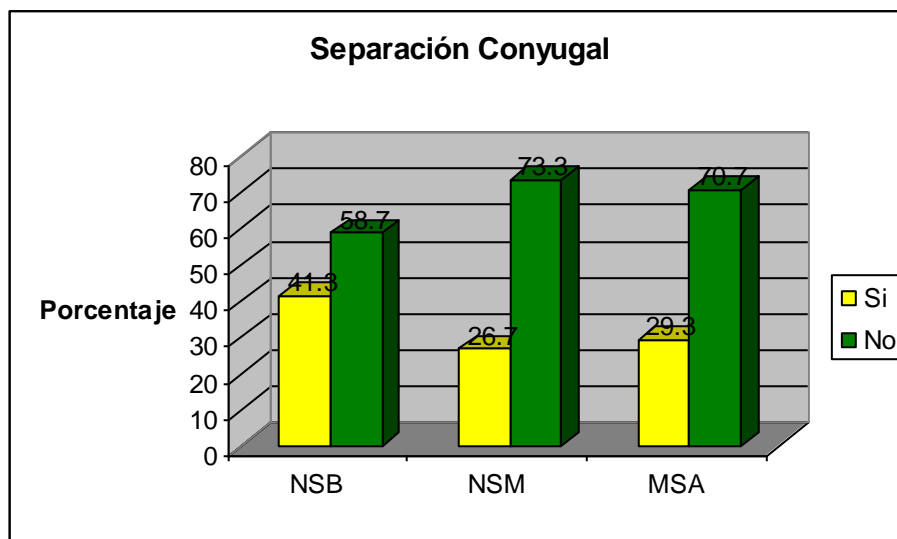
El gráfico anterior evidencia una brecha educacional importante, entre las madres de las adolescentes encuestadas, en los diferentes estratos.

Grafico Nº 3: Nivel de Escolaridad Paterna



Las diferencias del grafico anterior se intensifican en la escolaridad de los padres de las adolescentes encuestadas.

Grafico Nº 4: Separación Conyugal



En el presente cuadro se destaca mayor frecuencia de separación conyugal, en el estrato socioeconómico bajo, al compararse con los otros dos niveles.

En relación, al instrumento MRFS-IV, las siguientes tablas representan los datos recabados de las encuestadas respecto de la menarquia, primera cita, historia familiar de TCA y distribución de la escala Stunkard del padre y de la madre.

Tabla Nº 11: Menarquia

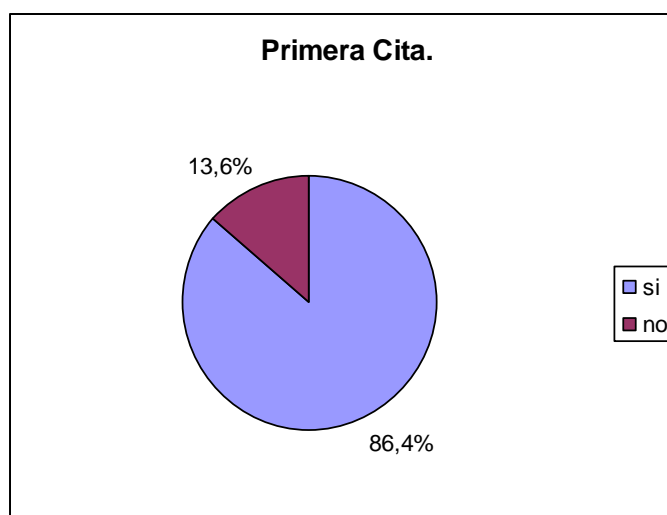
Respuesta	Nº Sujetos	Porcentaje
No	3	0,7
Si	447	99,3
Total	450	100,0

En relación a la menarquia, casi la totalidad de las adolescentes consultadas señala haber presentado su primer período menstrual.

Tabla N° 12: Primera Cita

Respuesta	Nº Sujetos	Porcentaje
No	61	13,6
Si	389	86,4
Total	450	100,0

Gráfico N° 5: Primera Cita

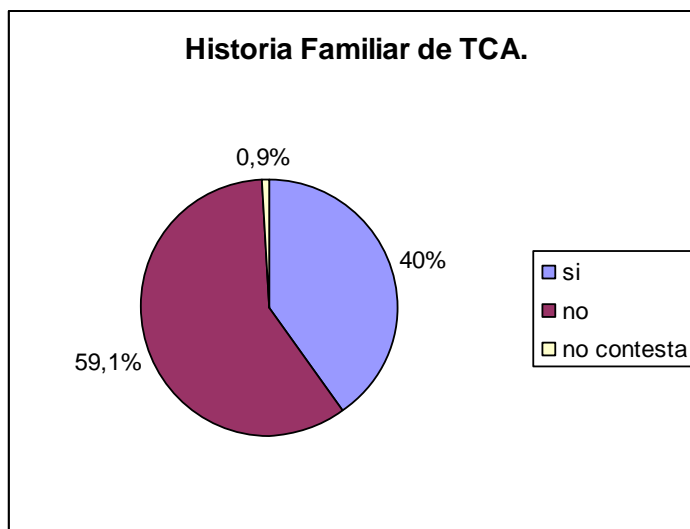


Respecto del ítem que recaba información sobre la primera cita, la mayoría de las encuestadas, señala haber tenido una cita con alguien del sexo opuesto.

Tabla N° 13: Historia Familiar de Trastornos Alimentarios

Respuesta	Nº Sujetos	Porcentajes
No	266	59,1
Si	180	40,0
No contesta	4	0,9
Total	450	100,0

Gráfico N° 6:

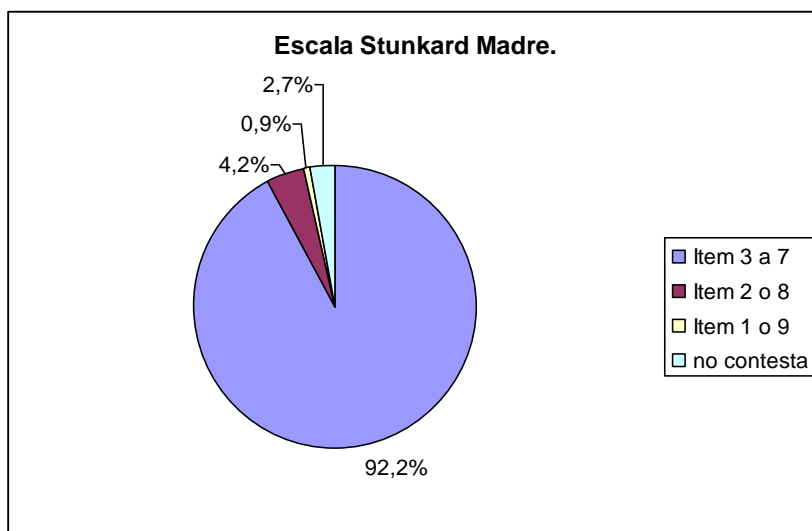


En relación al ítem sobre historia familiar de TCA, se observa que del total de las encuestadas, un 40% señala la existencia de un TCA en la historia familiar.

Tabla N° 14: Distribución Escala Stunkard Madre

Respuesta	Nº Sujetos	Porcentajes
Item 3 y 7	415	92,2
Item 2 y 8	19	4,2
Item 1 y 9	4	,9
No contesta	12	2,7
Total	450	100,0

Grafico N° 7:

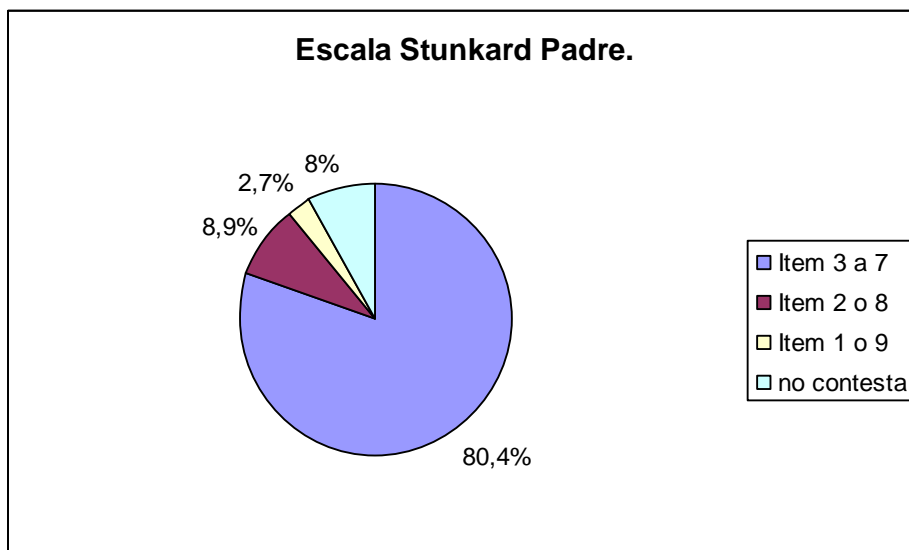


En este cuadro, la mayoría de las encuestadas (92,2%) ubica a su madre entre las opciones 3 y 7, lo que apunta a una contextura normal promedio, mientras que un 13,2% la ubica en las opciones 1,2, 8 o 9, que indican extremos riesgosos en cuanto a delgadez excesiva u obesidad mórbida.

Tabla N° 15: Distribución Escala Stunkard Padre.

Respuesta	Nº Sujetos	Porcentajes
Item 3 y 7	362	80,4
Item 2 y 8	40	8,9
Item 1 y 9	12	2,7
No contesta	36	8,0
Total	450	100,0

Gráfico N° 8:



En relación a la distribución de la escala de Stunkard sobre apreciación de la contextura paterna, se observa que la mayoría de las encuestadas (80,4%), ubica a su padre entre las opciones 3 y 7, lo que apunta a una contextura normal promedio, mientras que un 11,6% de las encuestadas ubica a su padre en las opciones 1,2, 8 o 9, lo que indica extremos más riesgosos de delgadez extrema u obesidad mórbida.

1.6. Procedimientos de Recolección de la Información

Descripción General de los Instrumentos

EAT 40 (Garner y Garfinkel)

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) es una versión traducida y validada del inglés al español. Fue diseñada por Garner y Garfinkel en 1979. Su propósito fue evaluar actitudes y comportamiento en la anorexia nerviosa, a través del uso de un instrumento que fuese fácil de administrar y corregir, como asimismo, sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Se trata de una herramienta autoadministrada y ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

El cuestionario consta de 40 ítem con alternativas de frecuencia, admitiendo cada una seis posibles respuestas. (Siempre, generalmente, a menudo, algunas veces, raramente y nunca)

La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas o bulímicas y población normal, sin hacer distinción entre anoréxicas restrictivas y bulímicas. El punto de corte propuesto por los autores es de 30; este límite de puntaje total, igual a 30 o más en el EAT40, es indicativo de la existencia de un probable trastorno de la conducta alimentaria. (Behar y colaboradores 1994)

Se distinguen tres factores en este cuestionario: El factor I, dieta, se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y con la presencia de pensamientos rumiativos en torno a la idea de adelgazar; el factor II, bulimia y preocupación por el alimento; el factor III, control oral, que evalúa el autocontrol demostrado ante la ingestión de alimentos y la percepción de la presión ejercida por los demás para subir de peso. En pacientes bulímicas se obtienen puntuaciones mayores en el factor II y

menores en el III. Puntuaciones más elevadas en el factor II se han asociado a peor pronóstico y puntuaciones elevadas en el III a mejor pronóstico evolutivo. Este test se ha empleado para la descripción de factores sociales y epidemiológicos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario. (Saldaña, 1994 en Fernández – Ballesteros, 1994 cit en Tapia, 2004)

McKnight Risk Factor Survey

El McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS – IV), versión de 6º a 12º grado es un cuestionario de autorreporte, que mide los distintos factores de riesgo y protectores para el desarrollo de un trastorno alimentario en la adolescencia. Los investigadores de este grupo abarcaron una muestra de 1358 niñas de sexto a noveno grado de Arizona y California. (Estados Unidos)

El cuestionario referido consta de 103 ítems que se dividen en tres tipos de preguntas (Escala likert, preguntas dicotómicas y ordinales), consignando, además, datos demográficos, como edad y fecha del primer período menstrual. En general, los distintos ítems se puntúan en una escala Likert de cinco alternativas, donde 1 es (nunca) y 5 (siempre) (Stanford University School of Medicine. 2001).

Este instrumento posee la característica de incluir factores específicos y generales, incluyendo dentro de los primeros: valoración por la apariencia, comer emocional, modelaje de los medios, participación en actividades de alto riesgo, preocupación por peso y silueta etc. En los factores generales, se incorporan el humor depresivo, confianza, apoyo de otros, actividades que hacen sentir bien consigo mismo y uso de sustancias

En este estudio longitudinal del grupo McKnight, las subescalas propuestas, fueron planteadas como posibles factores de riesgo para la aparición de un Trastorno Alimentario.

Este instrumento, que se aplicará en la muestra de la Comuna de Viña del Mar, es la versión adaptada transculturalmente del MRFS- IV, validada el año 2004 por los alumnos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso : F. Bravo, M. Marín, A. Molinari, P. Reyes y M. Soto.

Considerando que uno de los objetivos generales de la presente investigación, consistía en determinar la distribución de los puntajes MRFS-IV en la muestra; es que en el transcurso de la presente, se hizo imprescindible establecer un sistema de puntuación general o factorial para el instrumento.

La primera decisión consistió en optar por un puntaje general versus un puntaje factorial. Se optó por el primero por las siguientes razones:

- Considerando que el instrumento EAT-40 cuenta con un puntaje general, la comparación entre ambos requería un sistema de puntuación equivalente en el MRFS-IV, que hiciese más parsimonioso el análisis.
- Se desconocía la existencia del peso diferencial de los distintos factores de riesgo y la forma de traducir este peso en un sistema de puntuación.

El siguiente paso consistió en establecer un puntaje general de riesgo, realizando una sumatoria de todos los puntajes asignados por ítem, entre los cuales no se integraron las preguntas 63, 63b, 64, 64b, 84, 85 y 101, debido a que en el cuestionario MRFS – IV estos ítem fueron utilizados como datos de caracterización de la muestra y no dentro de la agrupación teórica. Luego de lo anterior, se realizaron las siguientes modificaciones:

- Establecer que el cuestionario MRFS - IV sólo mide riesgo, dado que los factores protectores presentes en el cuestionario se deben puntuar de forma inversa, por ende, todos los ítems quedan en una línea de base de riesgo.
- Establecer que a mayor puntaje, mayor riesgo de TCA. Con este fin, a cada ítem se le otorga el puntaje según corresponda (Por ejemplo, si un sujeto en el

ítem 5 marca la alternativa “Siempre” se le otorga el puntaje 5 que significaría un mayor riesgo)

- Establecer el puntaje general mínimo de riesgo de TCA que equivale a 104 puntos y el puntaje mayor que equivale a 451 puntos.
- Realizar una modificación en los puntajes de los ítems 84 y 85 del MRFS – IV referidos a la escala Stunkard de madre y padre respectivamente, estableciendo una distribución normal que presentase alternativas acerca de cómo las hijas perciben la figura corporal de sus padres. (Ver figura 2 y 3)

Figura 2: Modelo explicativo de puntuación de la escala Stunkard madre.

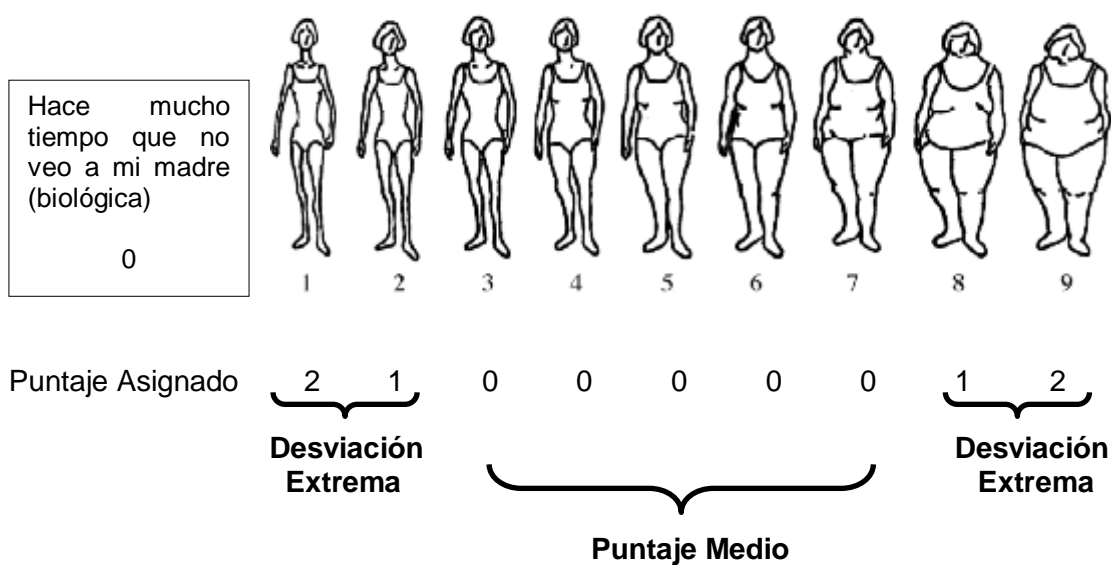
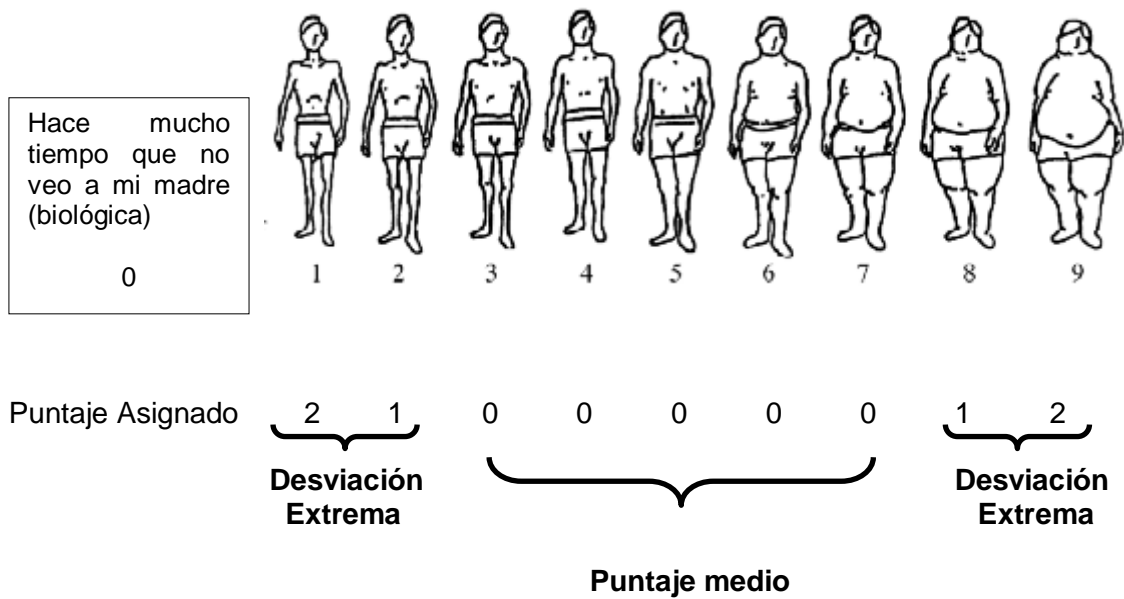


Figura 3: Modelo explicativo de puntuación de la escala Stunkard padre



CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Pruebas Estadísticas Utilizadas

Para contrastar las hipótesis de esta investigación, los datos de la muestra fueron sometidos a las siguientes pruebas estadísticas:

- Prueba T de Student para Muestras Independientes:

Es una prueba estadística que evalúa si 2 grupos no relacionados difieren entre sí de manera significativa respecto a su media, basándose en una distribución muestral o poblacional, conocida como la “t” Student, la cual es identificada por los grados de libertad (A mayor grados, la “t” se acerca más a una distribución normal). En esta investigación se realizó la comparación entre las medias de puntaje MRFS-IV, presentadas por los grupos de Riesgo y No riesgo y las medias de puntaje EAT-40 y MRFS-IV en los distintos niveles socioeconómicos.

- Prueba Levene para la homogeneidad de Varianza:

Permite obtener información acerca de la homogeneidad o heterogeneidad de las varianzas. Cuanto menor sea el valor P del test de Levene, más significativa será la diferencia entre las varianzas. Si es menor a 0,05, se debe considerar que las varianzas no son iguales. La prueba Levene, fue la base para realizar la elección de asumir varianzas iguales de los grupos de Riesgo y No Riesgo en la aplicación de la prueba t de Student.

- Prueba Anova Unidireccional:

Es una prueba estadística que tiene el fin de analizar si 2 o más grupos difieren entre sí, en cuanto a sus medias y varianzas.

El análisis de varianza unidireccional produce un valor F que se basa en una distribución muestral, comparando las variaciones en las puntuaciones debidas a 2 diferentes fuentes: variaciones entre los grupos que se comparan y variaciones dentro de los grupos. La presente investigación, utilizó la prueba ANOVA unidireccional para realizar 2 análisis: 1) Establecer si la variabilidad entre los grupos de Riesgo y No Riesgo era mayor que la presentada al interior de cada grupo 2) Determinar si los distintos estratos socioeconómicos se presentan como grupos diferenciados a nivel de puntajes MRFS-IV.

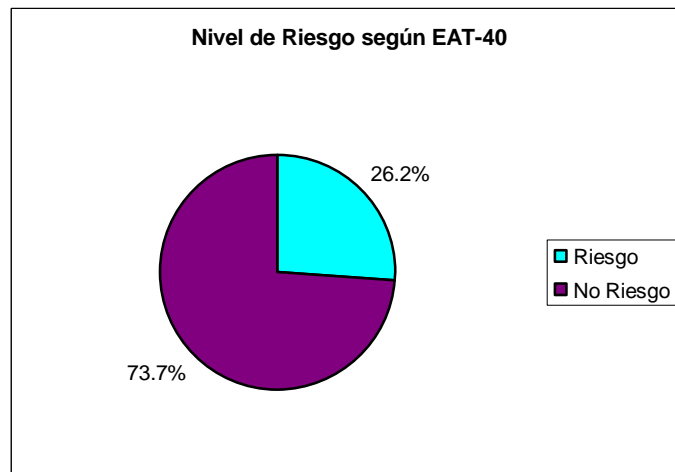
- Coeficiente de Correlación de Pearson:

Analiza la relación entre 2 variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Esta correlación se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra de dos variables, es decir, se relacionan las puntuaciones obtenidas de una variable A con aquellas puntuaciones obtenidas de una variable B, en los mismos sujetos. Esta investigación utilizó la prueba de Pearson para determinar si existe relación entre los puntajes del cuestionario MRFS-IV y los presentados en el EAT-40.

2. ANALISIS DE DATOS

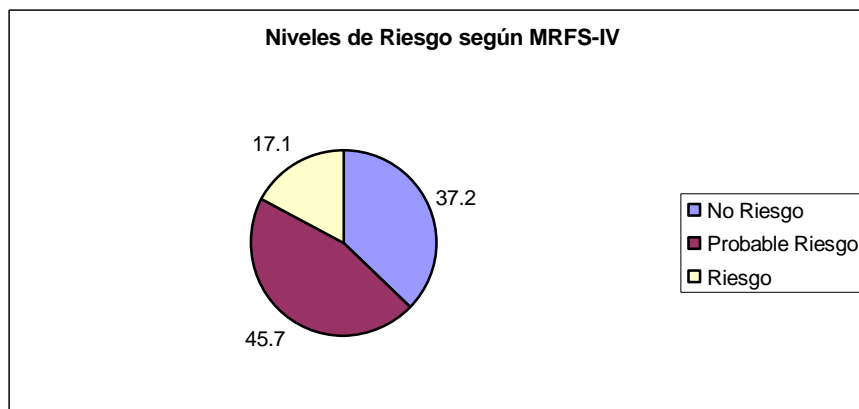
El primer análisis consistió establecer Grupos de Riesgo y No Riesgo a partir de los resultados EAT-40, obteniendo un 26,2% y 73,7% respectivamente. Posteriormente, se comparó la distribución de los puntajes MRFS-IV en ambos grupos. Luego de esto y a partir del establecimiento de los puntos de corte descritos en detalle más adelante, se definió la distribución del instrumento MRFS-IV, obteniendo un 17,1% de Riesgo; 45,7% de Riesgo Probable y un 37,2 de No Riesgo de TCA. como en los grupos de Riesgo y No Riesgo según EAT-40.

Grafico Nº 9: Niveles de riesgo según EAT-40



Respecto de los niveles de riesgo según EAT-40; se aprecia que un cuarto de la población total, hay presencia de riesgo de TCA.

Gráfico Nº 10: Niveles de Riesgo según MRFS –IV



En relación a los niveles de riesgo según el instrumento MRFS-IV, y las categorías establecidas en esta investigación (Explicadas detalladamente más adelante), el grupo más amplio se encuentra en el probable riesgo.

A continuación se presentan los datos específicos obtenidos por cada grupo en el análisis descriptivo.

Tabla Nº 16: Análisis Descriptivo General por Instrumentos y por Grupos de Riesgo y No riesgo EAT-40

	MRFS-IV General	EAT General	Grupo No riesgo EAT- 40		Grupo Riesgo EAT-40	
			MRFS-IV	EAT 40	MRFS-IV	EAT 40
Media X	234,7311	23,2533	220, 5060	17,2988	274,7542	40,2966
Desviación Estándar	39,30613	12,5718	31,72526	6,41818	29,86349	9,65057
Varianza	1544,972	158,0549	1000,492	41,193	891, 828	93,133
Mínimo	143	4	143	4	178	30
Máximo	359	73	321	29	359	73

La Media y desviación estándar de los Grupos de Riesgo y No Riesgo EAT-40 fueron utilizadas, posteriormente, como parámetro para comenzar la definición de los puntos de corte MRFS-IV.

Tabla N° 17: Análisis descriptivo de los valores MRFS-IV y EAT-40 en los Distintos estratos Socioeconómicos

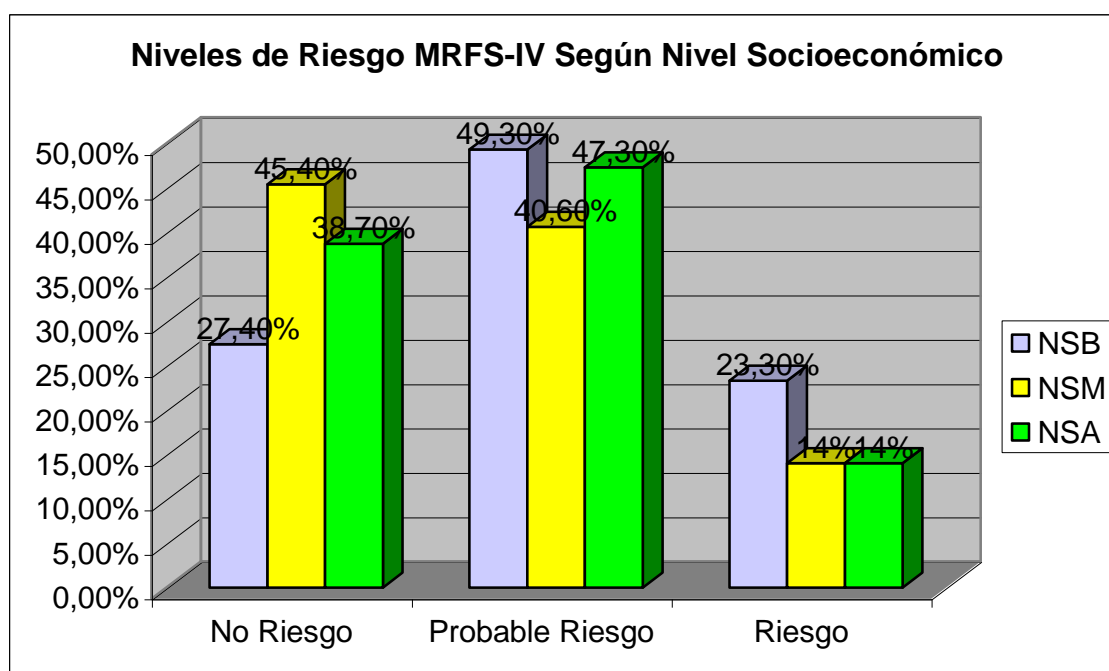
	Nivel Socioeconómico Bajo						Nivel Socioeconómico Medio					
	<i>General</i>		<i>Riesgo EAT-40</i>		<i>No Riesgo EAT-40</i>		<i>General</i>		<i>Riesgo EAT-40</i>		<i>No Riesgo EAT-40</i>	
	EAT	MRFS	<i>EAT</i>	<i>MRFS</i>	<i>EAT</i>	<i>MRFS</i>	EAT	MRFS	<i>EAT</i>	<i>MRFS</i>	EAT	MRFS
Media X	24,7867	244,2267	38,7778	273,6889	18,7905	231,6000	22,66	228,4	40,5789	275,9737	16,7143	212,2589
Desviación Estandar	11,58023	38,35881	9,02494	30,19394	6,05535	34,43545	12,76303	39,96525	8,92804	33,36407	6,81999	27,11595
Varianza	134,102	1471,398	81,449	911,674	36,667	1185,800	162,895	1597,221	79,710	1113,161	46,5121	753,275
Mínimo	5	159	30	217	5	159	4	153	30	178	4	153
Máximo	73	359	73	359	29	321	62	330	62	330	29	273

	Nivel Socioeconómico Alto					
	General		Riesgo EAT-40		No Riesgo EAT-40	
	EAT	MRFS	EAT	MRFS	EAT	MRFS
Media	22,2133	231,5667	41,9143	274,8	16,2174	218,4087
Desviación estándar	13,25060	38,02409	11,09682	25,97261	6,10979	30,65996
Varianza	175,578	1445,831	123,139	674,576	37,330	940,033
Mínimo	4	143	30	231	4	143
Máximo	65	341	65	341	29	300

2.1 Niveles de Riesgo de TCA en los distintos estratos Socioeconómicos

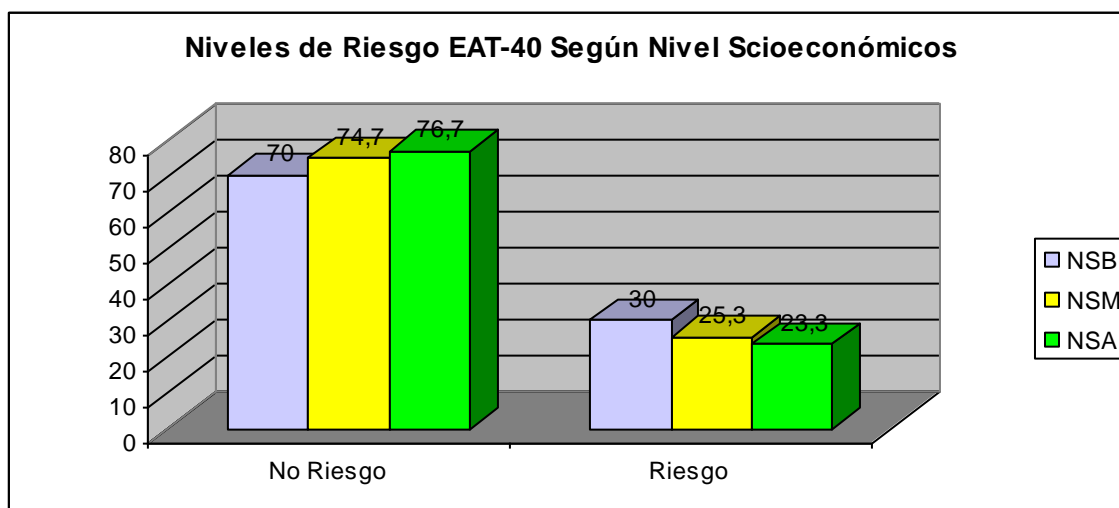
según cuestionarios MRFS-IV y EAT-40

Gráfico N° 11:



El nivel socioeconómico bajo presenta el mayor porcentaje de Riesgo (23.3%), sin detectarse diferencias importantes entre los otros estratos. El nivel Medio, presenta tanto el porcentaje más bajo de Probable Riesgo (40,6%) como el más alto de No Riesgo (45.4%).

Gráfico N° 12:



La distribución de este instrumento muestra diferencias menos significativas entre estratos, aún cuando el Nivel Socioeconómico Bajo sigue presentando el porcentaje más alto de Riesgo (30%)

2.2 Análisis Comparativo de los Instrumentos MRFS-IV y EAT-40

Luego del análisis descriptivo de la muestra, se procedió a realizar el análisis inferencial estableciendo que existe una correlación directamente proporcional de 0,673 ente los puntajes EAT-40 y MRFS-IV, lo que indica que ambos instrumentos miden constructos similares o coherentes. Posteriormente, se detectó que los grupos de Riesgo y No riesgo, establecidos mediante EAT-40, se comportaban como grupos diferenciados en los puntajes MRFS-IV.

Tabla Nº 18: Relación entre EAT – 40 Y MRFS IV

Correlación de Pearson	Cr: 0,673**	P: 0,000
------------------------	--------------------	-----------------

** La correlación es significativa a nivel 0,01 (1 cola)

Esta correlación fue la base para utilizar el cuestionario EAT-40 como parámetro para establecer los puntos de Corte MRFS-IV, pues, al señalarlos como coherentes entre si, las medias y desviaciones estándar de los Grupos de Riesgo y No Riesgo EAT-40, se constituyeron en un referente adecuado para delimitar las categorías de Riesgo MRFS-IV.

Tabla Nº 19: Diferenciación de los Grupos de Riesgo y No Riesgo EAT-40

Prueba Estadística			
Levene (Igualdad de Varianzas)	F: 0,482	P: 0,488	
Anova (Homogeneidad entre grupos)	F: 242,353	P: 0,000	
T (Igualdad de medias)	t: - 16,197	gl: 448 Grados de libertad	P: 0,000

El intervalo de confianza es el 0,99 en donde el nivel de significancia es 0,01.

Mediante la pruebas t de igualdad de medias y Anova, de Homogeneidad entre grupos, fue posible establecer que los grupos de Riesgo y No Riesgo, se comportan como grupos distintos, existiendo mayor variabilidad de puntajes entre ellos, que al interior de cada uno.

2.3 Distribución Nivel Socio Económico

Tabla N° 20: Comparación General de los Niveles Socioeconómicos

Prueba Estadística		
Levene (Igualdad de Varianzas)	F: 0,234	P: 0,791
Anova (Homogeneidad entre grupos)	F: 6, 991	P: 0,001

El intervalo de confianza es el 0,99 en donde el nivel de significancia es 0,01.

Mediante la prueba Anova, se estableció que los tres niveles socioeconómicos se presentan como grupos distintos, en relación al comportamiento de los puntajes MRFS-IV. Ante este resultado, fue necesario continuar el análisis para establecer entre que niveles existían diferencias significativas.

Tabla N° 21: Comparación de puntajes MRFS – IV entre los NSB y NSA

Prueba Estadística			
Levene	F: 0,07	P: 0,935	
Anova	F: 8,241	P: 0,004	
T	t: 2,871	gl: 448 <i>Grados de libertad</i>	P: 0,004

La prueba Anova, estableció que el nivel socioeconómico bajo, presenta un comportamiento distinto al alto, en relación al comportamiento de los puntajes MRFS-IV, estableciéndose como grupos diferentes.

Tabla N° 22: Comparación de puntajes MRFS – IV entre los NSB y NSM

Prueba Estadística			
Levene	F: 0,383	P: 0,536	
Anova	F: 12,244	P: 0,01	
T	t: 3,499	gl: 448 <i>Grados de libertad</i>	P: 0,001

Tal como en el caso anterior, la prueba Anova, estableció que el nivel socioeconómico bajo, presenta un comportamiento distinto al medio, en relación al comportamiento de los puntajes MRFS-IV, estableciéndose como grupos diferentes.

Tabla N° 23: Comparación de puntajes MRFS – IV entre los NSM y NSA

Prueba Estadística			
Levene	F: 0,302	P: 0,583	
Anova	F: 0,494	P: 0,483	
T	t: - 0,703	gl: 448 <i>Grados de libertad</i>	P: 0,483

En el presente análisis, en cambio, la prueba Anova, estableció que los niveles socioeconómicos medio y alto, no presentan un comportamiento distinto, en relación al comportamiento de los puntajes MRFS-IV, estableciéndose como grupos iguales.

Tabla N° 24: Comparación de puntajes EAT-40 entre los NSB y NSA

Prueba Estadística			
Levene	F: 1,530	P: 0,217	
Anova	F: 3,208	P: 0,74	
T	t: 1,791	gl: 448 <i>Grados de libertad</i>	P: 0,74

En el análisis de los puntajes EAT-40, la prueba Anova, estableció que los niveles socioeconómicos bajo y alto, no presentan un comportamiento distinto, en relación al comportamiento de los puntajes, estableciéndose como grupos iguales. Ante este resultado de los grupos extremos, se omite el análisis entre NSB y NSM y entre NSM y NSA.

2.4 Establecimiento de Puntos de Corte del MRFS-IV

Este tercer análisis tuvo por objetivo, establecer los puntos de corte del MRFS-IV. Para lograr este fin, se intentaron las siguientes alternativas:

1.- Determinar puntos de corte, a partir de las medias y desviación estándar de los grupos No Riesgo y Riesgo completos, es decir con n:332 y n:118, respectivamente. Esta alternativa no arrojaba resultados que permitiesen arribar a puntos de corte, debido a la diferencia de integrantes en cada grupo.

	Media	Desviación Estándar
Grupo No Riesgo	220,5060	31.72526
Grupo Riesgo	274.7542	29.86349

Utilizando los antecedentes de esta tabla, los grupos de riesgo se traslapaban, más allá de sus medias, obteniendo un rango de Riesgo Probable de 215.02 hasta 283.95.

2.- Ante este resultado, se decidió seleccionar mediante azar (Programa SPSS), 118 casos del grupo no riesgo, con el fin de conformar grupos equivalentes. Esta alternativa, produjo resultados más cercanos a los deseados, sin embargo, no permitieron generar puntos de corte.

	Media	Desviación Estándar
Grupo No Riesgo	216.4831	32.43606
Grupo Riesgo	274.7542	29.86349

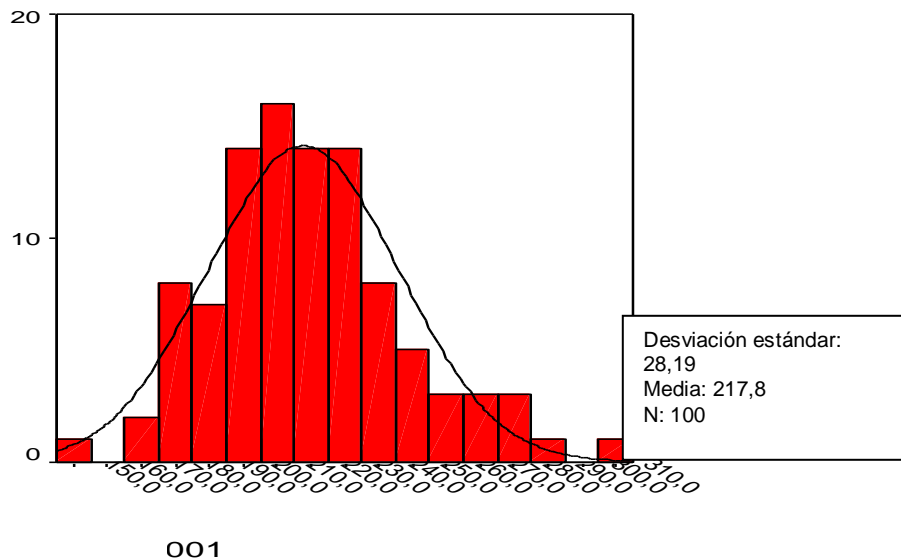
Utilizando los antecedentes de la tabla anterior, los grupos de riesgo se continuaban traslapando más allá de sus medias, obteniendo un rango de Riesgo Probable de 215.02 hasta 281.35.

3.- Finalmente, se realizó una selección azarosa de casos de los grupos de Riesgo (n: 100) y No Riesgo (n: 100). En los resultados de esta selección, los grupos se traslaparon sobre la media No Riesgo y Bajo la Media Riesgo; distribución que permitió establecer rangos que dieron origen a las categorías *No Riesgo, Probable Riesgo y Riesgo de TCA*, tal como se describe en la siguiente tabla:

Tabla Nº 25: Distribución de Valores para establecer Puntos de Corte

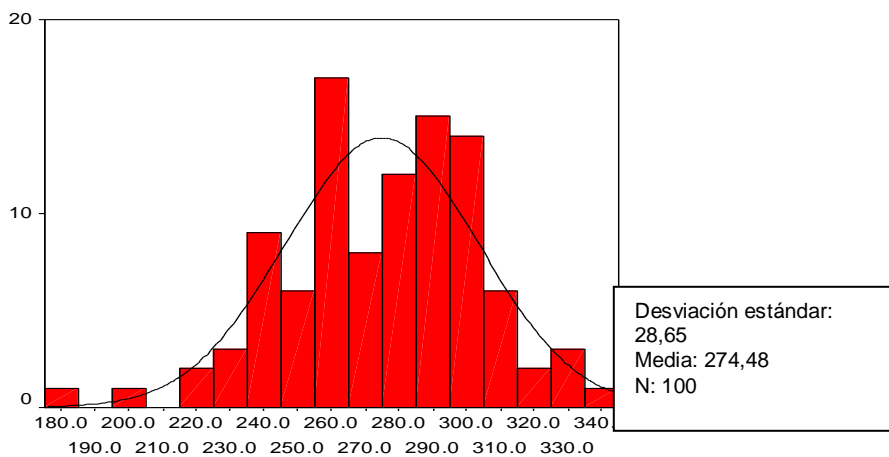
Rangos	Grupo No Riesgo EAT-40		Grupo Riesgo EAT-40		<i>Distribución MRFS-IV</i>			
	Desv. Estándar MRFS-IV	N	Desv. Estándar MRFS-IV	N	Rangos	N	Puntos de Corte	Categorías
	28.188		28.653					
Media MRFS-IV		Media MRFS-IV						
	217.8		274.83					
-2 DS a -1DS	161.424–189.612	15	217.524 – 246.177	16	-2 DS a X1	57	104 a 218 puntos	No Riesgo
-1 DS a \bar{x}	189.612-217.8	42	246.177 – 274.83	31	X1- X2	90	219 a 275 puntos	Riesgo Probable
\bar{x} a +1 DS	217.8 – 245.988	28	274.83 – 303.483	40	X2 a +2DS	53	276 a 451 puntos	Riesgo
+1DS a + 2DS	245.988 – 274.176	15	303.483 – 332.136	13				
Total		100		100	Total	100		

Gráfico Nº 13: Curva grupo No Riesgo (n: 100). Para estipulación de puntos de Corte.



001

Gráfico Nº 14: Curva grupo Riesgo (n: 100). Para estipulación de puntos de Corte.



1

La distribución que se muestra en estos gráficos fue la que generaba un traslapamiento menor, entre los grupos de Riesgo y No Riesgo, y por tanto, la elegida para establecer los puntos de corte del instrumento MRFS-IV.

Tabla N° 26: Relación Puntos de Corte MRFS-IV y detección de Riesgo EAT-40, en muestra seleccionada (n: 200)

Puntos de corte MRFS-IV		Riesgo EAT-40	No Riesgo EAT-40
<i>No Riesgo de TCA</i>	n:60	3.3%	96.7%
<i>Probable Riesgo de TCA</i>	n:82	52,4%	47,6%
<i>Riesgo de TCA</i>	n:58	91,4%	8,6%

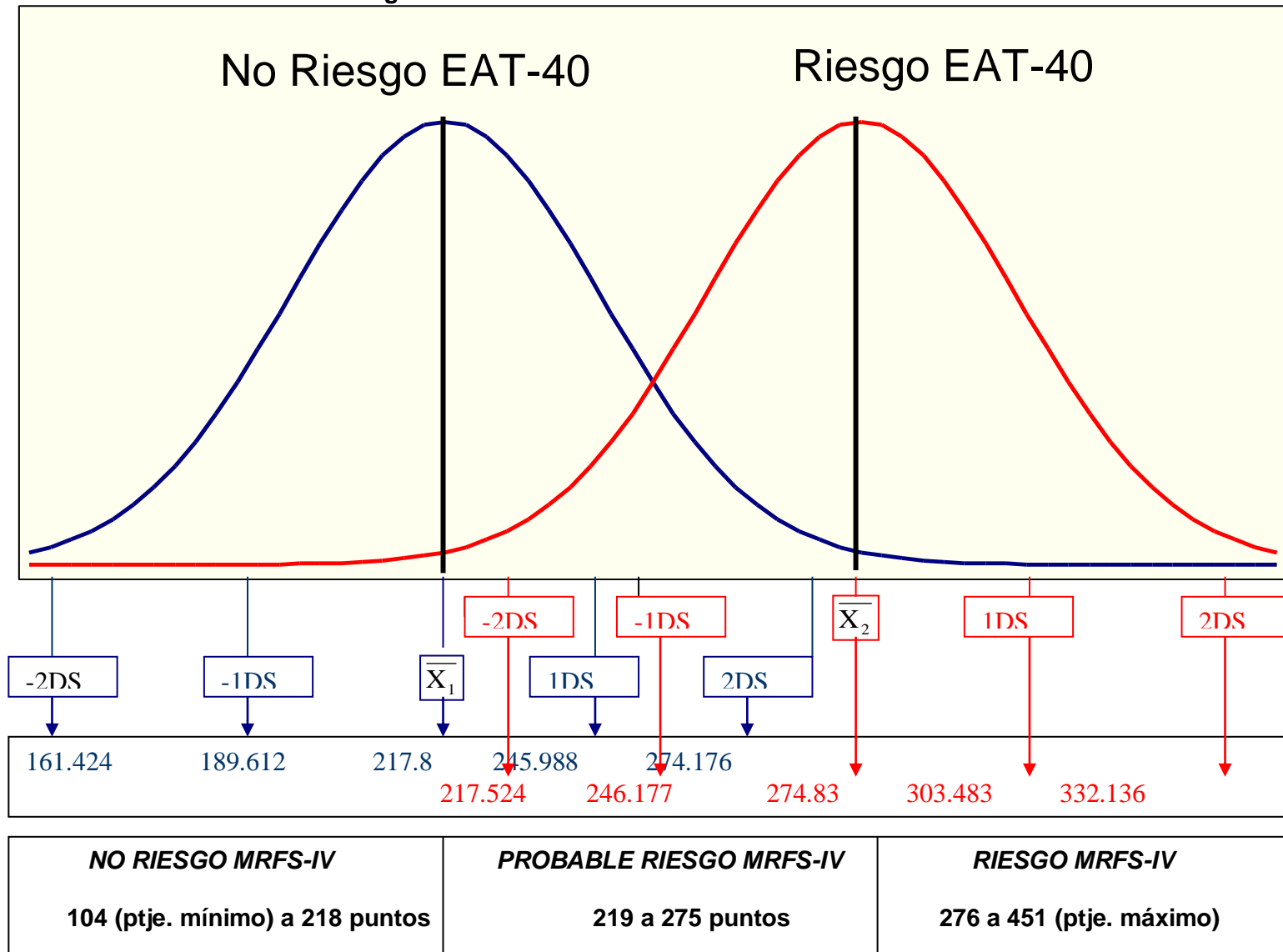
La presente tabla muestra qué porcentaje de cada categoría MRFS-IV está contenida en las categorías EAT-40. La distribución que se observa, muestra una coherencia, entre los puntos de corte establecidos para el MRFS-IV y los existentes en la puntuación del EAT-40.

Tabla N° 27: Relación Puntos de corte MRFS-IV y detección de Riesgo EAT-40, en muestra general (n: 450)

Puntos de corte MRFS-IV		Riesgo EAT-40	No Riesgo EAT-40
<i>No Riesgo de TCA</i>	n:167	1,8%	98,2%
<i>Probable Riesgo de TCA</i>	n: 206	26,7%	73,3%
<i>Riesgo de TCA</i>	n: 77	78,9%	22,1%

En la muestra general, aumenta el porcentaje de individuos que, presentando un EAT-40 de bajo riesgo, se incluyen en las categorías de Probable Riesgo y Riesgo de TCA. En estos resultados influye, sin embargo, la disparidad numérica existente entre los grupos de Riesgo (n: 118) y No Riesgo (n: 332).

Figura N° 4: Establecimiento Puntos de Corte



CAPITULO V

CONCLUSIONES

En nuestro país, los cuadros de Anorexia y Bulimia no son considerados como un problema de salud pública como acontece en otros países desarrollados, sin embargo, su tendencia presentacional en Chile también ha ido en lento y progresivo aumento. (Behar 2000 cit en Marín 2002)

En el último tiempo, existe acuerdo en el abordaje multifactorial de los TCA, enfoque que surge como una nueva visión que intenta identificar diversos factores que conformarían la condición de riesgo, desechando las teorías unitarias que exponían sólo una causa específica ante el trastorno. Actualmente, las teorías multifactoriales buscan entender los TCA dentro de un contexto amplio e integral, abordando no sólo al individuo desde una perspectiva biológica, sino también física, psicológica, individual, familiar y socio-cultural; aspectos que interactúan entre sí, para predisponer y desencadenar, como para mantener el trastorno. Por todo lo anterior, surge la necesidad de abordar los TCA desde una mirada biopsicosocial.

Considerando, además, la cronicidad y secuelas que trae consigo un trastorno alimentario a lo largo de la vida de quienes lo padecen, se percibió como necesaria la existencia de una herramienta que permitiese detectar factores de riesgo previos al desarrollo del trastorno, más aún, si se toma en cuenta que la intervención temprana en TCA es el factor que mejor predice la recuperación.

Actualmente, la herramienta más utilizada para captar el riesgo de TCA, sigue siendo el EAT-40, que al pesquisar actitudes alimentarias de riesgo, detecta con mayor especificidad indicadores altamente relacionados con el trastorno. Este instrumento, de fácil aplicabilidad y puntuación, establece categorías dicotómicas referidas al riesgo y no riesgo de TCA. No obstante la utilidad de este instrumento, se sustenta que no respondería cabalmente a la actual conceptualización del los TCA, en el sentido que no lograría detectar aquellos factores generales asociados al trastorno,

tales como baja autoestima, bajo apoyo social, etc; su medición esta abocada, más bien, a la detección de factores específicos que se relacionan con el riesgo de desarrollar TCA.

Como una alternativa de medición de riesgo de TCA, que incorporase aquellos factores generales, surge el MRFS-IV, basado en el Modelo Multifactorial de Smolak y Levene. Este cuestionario, además de incluir factores específicos vinculados al riesgo de TCA, tales como preocupación por la delgadez o bromas acerca del peso etc, incorpora otros más ligados al contexto e interacción social en que los específicos pudiesen desarrollarse. Asimismo, considera influencias psicológicas generales que otorgan condiciones de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno. Estos dos ámbitos de medición lo hacen más abarcativo, ampliando el espectro de detección de factores de riesgo.

La presente investigación surge en este contexto y en la búsqueda de dar continuidad a la validación transcultural del MRFS-IV, realizada el 2004, por el grupo de Bravo en la Universidad de Valparaíso. Para convertir la versión en español, en una herramienta aplicable y considerando que no ha sido posible obtener los puntajes del instrumento original, es que el estudio actual se abocó a la creación de un sistema de puntuación y establecimiento de puntos de corte.

Por todo lo anterior y con el fin de hallar un referente válido que permitiese establecer puntos de corte que categoricen Niveles de Riesgo de TCA, se exploró, en esta investigación, el comportamiento del cuestionario MRFS-IV en población femenina adolescente de la comuna de Viña del Mar, que presenta Riesgo y no Riesgo de TCA, según EAT-40.

El sistema de puntuación de este instrumento, consistió en un rango de 104 a 451 puntos, midiéndose como un continuo de riesgo de TCA. A partir de este puntaje general, fue posible establecer una correlación entre los resultados obtenidos por las adolescentes en los cuestionarios MRFS-IV y EAT-40, detectando una correlación directamente proporcional de 0.673. Los instrumentos antes señalados, aunque tienen

una fuerte vinculación teórica, no se basan en los mismos constructos, midiendo el primero, factores de riesgo de TCA y el segundo, actitudes alimentarias de riesgo. El resultado 0.673, constituye una correlación significativa, detectando la existencia de una suficiente coherencia matemática como para que el EAT-40 sea el parámetro para definir los puntos de corte del MRFS-IV. Al analizar este resultado, se infiere además, que la diferencia de 0.327 faltante para lograr una correlación perfecta, estaría basada en la distinción de constructos a la base, donde el MRFS-IV incluye factores generales que no son indagados mediante el EAT-40.

La comparación de ambos instrumentos, posibilitó además, la distinción de tres categorías continuas de riesgo TCA. De esta manera, el cuestionario MRFS-IV, develó que un 17,1% de la muestra de adolescentes de Viña del Mar presenta Riesgo, mientras que un 45.7% se categoriza en Riesgo Probable. Sólo un 37% de casos, no evidencia riesgo de TCA. En cuanto a los resultados EAT-40, un 26.2% presenta actitudes alimentarias de riesgo y un 76,7% de no riesgo. Los resultados, anteriormente señalados, adquieren un sustento mayor si se toma en cuenta el número de la muestra, (n:450) pues permitiría extrapolar sus resultados a una población de características similares.

El establecimiento del rango “Riesgo Probable” en el MRFS-IV, está caracterizado, en general, por casos que presentan cogniciones disfuncionales acerca de la alimentación y el peso, sin que se manifiesten en conductas relacionadas, o bien, por casos que presentan conductas de riesgo de TCA, pero que cuentan con apoyo social. La posibilidad de establecer un nivel adicional entre las categorías dicotómicas de Riesgo y No riesgo, permitió detectar un espectro de casos con estas características, que no fueron definidos como Riesgo por el EAT-40. De esta manera, se considera la presencia de riesgo como un continuo, donde el rango “No Riesgo” agrupa a jóvenes sin factores específicos ni generales asociados al riesgo de TCA. De este modo, quiénes se agrupan en dicha categoría, debiesen ser integrados en

Programas de Promoción de Salud Mental, enfatizando la relevancia de la alimentación y hábitos de vida saludable, sin hacer referencia a actitudes y conductas directamente relacionadas con el trastorno, con el fin de evitar una intervención iatrogénica.

El rango “Riesgo Probable”, en tanto, se establece como una categoría que agrupa casos intermedios, incluyendo a jóvenes adolescentes proclives al trastorno. Incorporar esta categoría adquiere una importancia mayor, en el sentido de poder detectar población femenina con riesgo moderado de TCA, que no ha sido considerada en ningún estudio epidemiológico, ni plan de prevención, conformando un grupo silencioso y latente que no está siendo atendido en sus necesidades de salud.

Asimismo, para quiénes se agrupen en la categoría Riesgo Probable, sería más atingente un Programa de Prevención Primaria, en donde se otorgase información acerca de las características del trastorno, las contingencias propicias para su desarrollo y las consecuencias de conductas alimentarias disfuncionales a nivel físico, psicológico y social. Por otra parte, a las adolescentes detectadas en Riesgo de TCA, correspondería una evaluación especializada e incorporación a un Programa de Tratamiento si fuese pertinente.

En cuanto a las posibles causas de los porcentajes anteriormente señalados y en base a los factores descritos por el MRFS-IV, cabe referirse a diversos aspectos socioculturales que estarían incidiendo en este incremento, los cuales se relacionan con el modelo social imperante, donde las jóvenes son presionadas a través de los medios de comunicación, interacciones sociales, etc., a una actitud de culto a la perfección del cuerpo y competencia entre pares. De este modo, actitudes y conductas distorsionadas hacia la alimentación, surgen como una reacción esperable de búsqueda de adaptación al modelo cultural. En este contexto, la preocupación por la apariencia corporal surge a edad cada vez más temprana e incide peligrosamente en la autoexigencia de algunas mujeres por su apariencia física. (Behar 2000 cit en Marín 2002)

En la presente investigación, además de categorizar el riesgo general de la muestra, se analizaron y compararon los resultados obtenidos en los distintos niveles socioeconómicos, contrastándolos con la hipótesis acerca de la relación entre el estrato socioeconómico medio y alto y el riesgo de desarrollar un TCA.

Los datos de la investigación rechazaron la hipótesis, pues, el estrato bajo es el que presenta los mayores porcentajes de riesgo de TCA, en ambos instrumentos. (30% EAT-40; 23,3% MRFS-IV). Cabe destacar, sin embargo, que al realizar la prueba Anova, de Homogeneidad entre grupos, sólo la diferencia obtenida en el MRFS-IV, presentó al NSB un como grupo distinto al medio y alto, mientras que en los resultados EAT-40, no fue posible establecer una diferenciación intergrupala.

Ante estos resultados y considerando la diferencia de constructos a la base de ambos instrumentos, se inferiría que la distinción más importante entre NSE estaría dada por los factores generales, es decir, aspectos sociales y psicológicos evaluados por el MRFS-IV, tales como, bromas de padres y pares acerca del peso, apoyo social percibido, presencia de referentes significativos, participación en actividades placenteras, etc. y otros relacionados con influencias psicológicas generales, como perfeccionismo, depresión, etc. Esta inferencia tiene asidero si se consideran estudios como los realizados por González (2000) que revelan mayor presencia de estresores psicosociales, tales como negligencia o ausencia de figuras parentales, manejo inadecuado de conflictos, baja autoestima, etc, que pone al estrato socioeconómico bajo, en una situación de mayor vulnerabilidad al desarrollo de un TCA.

Este hallazgo, por tanto, aportaría un antecedente a la desconfirmación de lo sostenido por autores como Chinchilla y Toro, quiénes definen la pertenencia a clase media y alta como factor predisponente de TCA. Se desprende de lo anterior, que el trabajo preventivo, debe ser transversal a los distintos estratos socioeconómicos, considerando los factores predisponentes y desencadenantes que presenten mayor

relevancia, pudiendo, incluso, ser incorporado en políticas estatales de salud, sobre todo, si se toman en cuenta los hallazgos en cuanto al NSB.

En este sentido, se considera importante la participación del Estado en la prevención de los TCA, en cuanto a la responsabilidad que le cabría en la protección de la salud mental de la población adolescente, definida como el segmento más vulnerable al TCA. Esta etapa evolutiva, constituye un factor predisponente, que incluye el surgimiento de cambios corporales rápidos, la búsqueda de identidad, permeabilidad frente a la evaluación social, inseguridad y autoconcepto en proceso de formación, aspectos que además, pudiesen ser percibidos como acontecimientos estresantes o factores desencadenantes de TCA. A partir de estos antecedentes, adquiere mayor relevancia la utilización del MRFS-IV, basado en el Modelo de Smolack y Levine que aborda los TCA desde la identificación de factores predisponentes en interacción con desencadenantes originados por las exigencias evolutivas de la adolescencia.

La categorización continua establecida para el instrumento MRFS-IV a partir de esta investigación, pudiese ser utilizada para detectar información acerca de factores predisponentes y sintomatología relacionada con el cuadro, que pudiese servir de base para generar programas de prevención en el ámbito Educativo y de Atención Primaria.

Ante tal situación y dado el incremento de la población de riesgo, correspondería asumir una postura de responsabilidad social, a nivel estatal, escolar y comunitario, incluyendo por ejemplo, información sobre el tema, en planes y programas de Enseñanza General Básica y Media. Este aspecto reviste mayor relevancia al considerar que, actualmente, no existen programas a nivel gubernamental, que se responsabilicen de la Prevención Primaria de TCA.

En este contexto, la Promoción de Estilos de Vida Saludable, así como la Prevención Primaria, mediante la detección de factores de riesgo, constituyen las estrategias fundamentales para disminuir el riesgo de TCA, considerando además que a partir de los 13 a 14 años, surgen una serie de habilidades cognitivas y conductuales que facilitarían la reflexión y comprensión respecto de las actitudes alimentarias nocivas, evitando así, su instalación en la adolescencia tardía.

Todo lo anterior, se hace más relevante si se consideran los bajos porcentajes de remisión absoluta que presenta el trastorno, pues sólo un tercio de quienes lo desarrollan, consiguen una recuperación total, sin secuelas físicas ni psicológicas, comprobándose, asimismo, que una distancia breve entre el inicio de los síntomas y el comienzo del tratamiento, definiría en gran medida un pronóstico favorable de remisión.

En referencia a las limitaciones de esta investigación, cabe mencionar que, la falta de acceso a la puntuación factorial y puntos de corte originales de la Fundación Mknight, minimizan la riqueza del análisis de los factores de riesgo de mayor peso en el desarrollo de los TCA, finalidad del abordaje multifactorial. Hecho que impide, además, la realización de un análisis más acabado de los factores que estarían incidiendo en los individuos que presentaron riesgo y no riesgo de TCA.

En el mismo sentido, la falta de un puntaje por factores adicional al puntaje total, impide detectar qué factores específicos se presentan como más relevantes en la categoría No Riesgo, Probable Riesgo y riesgo de TCA. Finalmente, esta carencia impide proyectarse en posibles programas de prevención más acotados que apuntasen a modificar los factores de riesgo.

Por otra parte, en cuanto a los aportes de esta investigación, el principal radica en hacer del MRFS-IV, en su versión validada para Chile, un instrumento aplicable, con puntajes y parámetros claros de detección de Riesgo, que puede ser administrado de manera simple como herramienta de screening en programas de prevención. La

alta correlación entre este cuestionario y el EAT-40, utilizado en Chile desde hace varios años y la coherencia entre los tres rangos de riesgo MRFS-IV y los dos rangos EAT-40, son antecedentes significativos acerca de la validez de contenido del cuestionario MRFS-IV, así como de los puntos de corte establecidos para esta población. .

La relevancia de este estudio, se sustenta en el uso que se le puede otorgar al instrumento MRFS IV como una herramienta que abra diversos espacios de intervención, permitiendo pesquisar casos en los que el trastorno aún no se ha instalado, propiciando, de este modo, una intervención pertinente y eficaz, minimizando los efectos y las posibles secuelas que conlleva este trastorno a largo plazo.

En cuanto a las posibles proyecciones de esta investigación se sostiene que podría utilizarse como herramienta de diagnóstico en niveles básicos y medios con el propósito de pesquisar probabilidad de riesgo en las diversas áreas a las que apuntan las teorías multifactoriales y que se relacionan, con la actitud hacia la alimentación (conductas de control de peso), imagen de sí misma, apoyo social (familiar y de pares) etc. Del mismo modo se considera necesario identificar los factores de riesgo, de manera de poder visualizar aquellos factores posibles de modificar.

En el mismo sentido, se ve factible una investigación futura que indague posibles causas que incidirían en los resultados más elevados del nivel de Riesgo del estrato socioeconómico bajo, estableciendo alguna relación con la falta de información, altos índices de obesidad y sobrepeso que se darían en este estrato y que podrían tener alguna relación con actitudes distorsionadas hacia la alimentación. En este contexto, se haría perentorio el trabajo de promoción de Salud Mental adolescente.

En síntesis, en esta investigación se ha buscado hacer un aporte al desarrollo de sistemas de medición del riesgo de TCA para la población chilena adolescente,

con el propósito de contribuir en la generación de nuevas alternativas de intervención diferenciadas.

REFERENCIAS

- Badillo, H (2002). Prevalencia de Factores de Riesgo para TCA en Adolescentes. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bandura, A (1999) Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Behar, R. (2000). Capítulo XVIII: Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Psiquiatría Clínica. Herleein, A. Editorial Universitaria
- Bravo, F; Marin, M; Molinari, A; Reyes, P; Soto, M (2003). Adaptación Transcultural y Validación del MCKNIGHT RISK FACTOR SURVEY en Población Adolescente de la Provincia de Valparaíso. Valparaíso: Seminario de Título: Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Pp. 37- 47.
- Caballo, V; Simón, M (2001). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Madrid: Psicología Pirámide.
- Campos, M; Martínez-Larrea, J. A (2000) Trastornos Afectivos: Análisis y comorbilidad en trastornos psiquiátricos más frecuentes. Barcelona: Anales
- Cervera, S; Quintanilla, M (1995) Anorexia Nerviosa Manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales. Pamplona: Eunsa.

- Chinchilla, A (1995). Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Barcelona: Masson.
- Crowther, D; Tennenbaum, S; Hobfoll, S; Stephen, M (1992). Prevention of Bulimia Nervosa: Questions and Challenges. The Etiology of Bulimia Nervosa. Washington: Hemisphere.
- Davison, K ; (2003) Eating Disorders and Diabetes: Current Perspectives. Can J Diabetes 62 – 71.
- De Dios de Vega, J (2000) Factores de Vulnerabilidad en los TCA. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Conferencia 24-CI-C.
- Field, A, (2003) Relation Between Dieting and Weight Change Among Preadolescents and Adolescents PEDIATRICS Vol. 112 No. 4 October 2003, pp. 900-906.
- García Fuster, E (1997) El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria. Barcelona: Paidós.
- González, L; Hidalgo, M; Hurtado, M; Nova, C; Venegas, M (2000). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XI, N° 1: pp. 92-96.

- Graeber, J; Brooks- Gunn, J. (2001) Growing Up Female: Navigating Body Image, Eating, and Depression. The International Child and Youth care Network. 1- 2.
- Grupo Editor Well Connected Health Report Library, (2005) Hospital General de Massachusetts. En http://www.mgh.harvard.edu/pflc/wellconnected_espanol.asp.
- Kaplan, H. (1996) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatría clínica. Editorial Médica Panamericana.
- Kuehnel, D. (1998) Perfectionism Eating Disorder Recovery Center. 1.
- Levine, M. (1999) Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Especial Challenges.
- Levine, M; Smolak, L. Medios de Comunicación y los Disturbios de la Alimentación: Consecuencias en la Prevención Primaria en Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000).
- López- Ibor Aliño, J; Váldez, M (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV TR. Barcelona: Masson.
- Lott, D. (1998). Eating Disorders and the Family: Controversias and Questions. Psychiatric Times Vol. XV.

- Marín, V (2002). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes. Revista chilena de nutrición. Vol. 29, Nº 2, pp.86-91.
- Martínez-González, M. A; Fajardo, Faulin. (2001) Bioestadística Amigable. Madrid: Diaz de Santo.
- Mcknight Investigators. Risk Factors for the Onset of Eating of the Mcknight Longitudinal Risk Factor Study. (2003)
- Mcknight, K, Gray, N. Estudio Prospectivo de los Factores de Riesgo en el Desarrollo de los TCA de la Fundación Mcknight en Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000).
- Mateos-Parra, A; Solano-Pinto (1997). Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Revista Electrónica de Psicología. Vol. 1
- Morandé, G (1999). Conductas de Riesgo en Adolescentes: Trastornos por hacer Dietas. Anorexias y Bulimias Nerviosas. Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Morandé, G (1999) Sugerencias para la Atención de los TCA. Revista de Aetca (Asociación para el Estudio de los TCA). Vol. 1. Nº 5. pp. 2-5.
- Mulieri, R. Duran L. (2003) Individuals with Eating Disorders up to Five Times Likelier to Abuse Alcohol and Illicit Drugs: The National Center on Adicction and Substance Abuse at Columbia University.

- Muñoz, M. (2000) Factores Socioculturales en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Atención y Prevención Interdisciplinar. Consulting Dovall.

- Muñoz M; Turón Gil V (2002) Factores Mantenedores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Vol. 1. Nº 2. pp 33-41.

- National Eating Disorders Association (2002) Statistics: Eating Disorders and they Precursors. National Eating Disorders.

- Raich, R (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Madrid: Pirámide.

- Rausch, C; Bay, L (1995). Anorexia y Bulimia: Amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.

- Schoemaker (1998). The Principles of Screening for Eating Disorders. *Studies in Eating Disorders: The Prevention of Eating Disorders.* Vandereycken W; Noordenbos G, ed. London, The Athlone Press, pp.187-213

- Selligman, M (1999) Niños Optimistas: Cómo prevenir la depresión en la infancia. Barcelona: Grijaldo.

- Simón, M (1999). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Smith, M. (2002). Towards an Understanding of Self-Esteem and Eating Disorders. Center for Change Articles.
- Smith, M. (2002). Hope and Healing, Self Esteem and Eating Disorders. Center for Change Articles. Vol 7. Nº 2.
- Stanford University Online (2001) Laboratory for the Study of Behavioral Medicine.
- Stewart, A. Experiencias Recogidas en un Programa Escolar de Prevención de los TCA en Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000).
- Striegel-More, R; Steiner-Adair, C. Prevención Primaria de los TCA, Nuevas Consideraciones con una Perspectiva Feminista en Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000).
- Thompson, K; Heinberg L (1999). The Media's Influence on Body Image disturbance and Eating Disorders: We've Reviled them, now can we Rehabilitate them? Journal of Social Issues. Vol 55. Nº 2. pp. 339 - 346.
- Toro, J (1996). El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J (1999). El Cuerpo Como Delito. Madrid: Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña.

- Toro, J. y Villardel, E. (1987) Anorexia nerviosa. Madrid: Martínez Roca.
- Toro, J (2004) Trastornos del Comportamiento Alimenticio. Cataluña: XIX Semana de la Prevención Fundación Mútua.
- Tylka, T (2004). The Relation Between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: An Analysis of Moderating Variables Journal of Counseling Psychology Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 51, No. 2, 178–191.
- Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000). La Prevención de los Trastornos Alimentarios. Barcelona: Ediciones Granica.
- Viveros, C (2001) Aporte de las Intervenciones Terapéuticas Grupales al Tratamiento de los Desórdenes de Alimentación. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Zurro, A; Pérez J (2000) Compendio de Atención Primaria. Madrid: Harcourt

ANEXOS

Anexo Nº 1: Cuestionario castellano MRFS-IV

Las preguntas que se encuentran a continuación se refieren a lo que es ser una adolescente hoy en día. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo queremos saber lo que tú piensas. Si tienes un problema con alguna pregunta, puedes levantar la mano, y te ayudaremos. RESPONDE EN LA SEGUNDA HOJA DE RESPUESTAS.

1. En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

2. En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

3. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

4. En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado “muerta de hambre” por un día o más PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

5. En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

6. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

7. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido “gorda”?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

8. En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

9. En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

10. En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?

(Recuerda que "papá" es el hombre adulto que actúa como padre en tu vida):

No tengo a
alguien que
represente ser
padre para mí

Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre	
0	1	2	3	4	5

11. En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

12. En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

13. En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

14. En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

15. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

16. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

17. En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

18. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

19. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

20. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has “saltado” comidas PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

21. En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

22. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

23. En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

24. En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

25. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

26. En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

27. En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

28. En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

29. En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

30. En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste “bajoneada” o “deprimida”?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

31. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

32. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

33. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

34. En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

35. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

36. En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

37. En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

38. En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?

(Recuerda que "mamá" es la mujer adulta que actúa como madre en tu vida):

No tengo a
alguien que
represente ser
madre para mí

0	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5

39. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

40. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

41. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

42. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

43. En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

44. En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

45. En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

46. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

47. En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

48. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc.)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

49. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

50. En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

51. En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

52. Si los niños u hombre jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

53. En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

54. En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

55. En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

56. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

57. Si las niñas (incluyendo tus hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

58. En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

59. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?

(Recuerda que “mamá” es la mujer adulta que actúa como madre en tu vida):

No tengo a alguien que represente ser madre para mí	No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
0	1	2	3	4	5

60. En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

61. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?

(Recuerda que “papá” es el hombre adulto que actúa como padre en tu vida):

No tengo a alguien que represente ser padre para mí	No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
0	1	2	3	4	5

62. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

63. ¿Has tenido tu primer período menstrual?

No	Sí
0	1

63. b Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?

- | | |
|---|--|
| a.- Antes de Cuarto Básico | l.- En Primero Medio. |
| b.- En Cuarto básico. | m.- En el verano después de Primero Medio. |
| c.- En el verano después de Cuarto Básico. | n.- En Segundo Medio. |
| d.- En Quinto básico. | o.- En el verano después de Segundo Medio. |
| e.- En el verano después de Quinto Básico. | p.- En Tercero Medio. |
| f.- En Sexto Básico. | q.- En el verano después de Tercero Medio. |
| g.- En el verano después de Sexto Básico. | r.- En Cuarto Medio. |
| h.- En Séptimo Básico. | |
| i.- En el verano después de Séptimo Básico. | |
| j.- En Octavo Básico. | |
| k.- En el verano después de Octavo Básico. | |

64. ¿Has comenzado a salir con niños?

No	Sí
0	1

64. b Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?

- | | |
|---|--|
| a.- Antes de Cuarto Básico | l.- En Primero Medio. |
| b.- En Cuarto básico. | m.- En el verano después de Primero Medio. |
| c.- En el verano después de Cuarto Básico. | n.- En Segundo Medio. |
| d.- En Quinto básico. | o.- En el verano después de Segundo Medio. |
| e.- En el verano después de Quinto Básico. | p.- En Tercero Medio. |
| f.- En Sexto Básico. | q.- En el verano después de Tercero Medio. |
| g.- En el verano después de Sexto Básico. | r.- En Cuarto Medio. |
| h.- En Séptimo Básico. | |
| i.- En el verano después de Séptimo Básico. | |
| j.- En Octavo Básico. | |
| k.- En el verano después de Octavo Básico. | |

65. ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?

No	Sí
0	1

66. En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?

No	Sí
0	1

66. b Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?

Para nada	Un poco	Bastante	Muchísimo	Totalmente
1	2	3	4	5

67. En el último año, ¿Has terminado con un pololo?

No	Sí
0	1

68. En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?

No	Sí
0	1

69. En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).

No	Sí
0	1

70. En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?

No	Sí
0	1

71. En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?

No	Sí
0	1

72. En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?

No	Sí
0	1

73. En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?

No	Sí
0	1

74. En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?

No	Sí
0	1

75. En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?

No	Sí
0	1

76. En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?

No	Sí
0	1

76. b Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

77. En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?

No	Sí
0	1

78. En el último año ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?

No	Sí
0	1

79. En el último año ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?

No	Sí
0	1

80. En el último año ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?

No	Sí
0	1

81. En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?

No	Sí
0	1

82. Marca con una cruz a las personas con las que tú conversas cuando tienes un problema (Puedes indicar a más de una persona)


- | | |
|-----------------------------------|---|
| A. Mamá/Madre sustituta/Madrastra | F. Amigo/Amiga |
| B. Papá/Padre sustituto/Padrastra | G. Pololo |
| C. Hermano/Hermanastro | H. Entrenador(a)/Profesor(a) |
| D. Hermana/Hermanastra | I. Orientador(a)/Sacerdote/Pastor/ Rabino |
| E. Otro pariente | J. Otra persona: _____ |
| | K. Nadie |

83. En el último año ¿Cómo te ha ido en el colegio?

	Peor que	Igual que la	Mejor que la
Probablemente	la mayoría de mis	mayoría de mis	mayoría de mis
repita	compañeros(as)	compañeros(as)	compañeros(as)
0	1	2	3

84. Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tú MAMÁ (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso. (NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada).

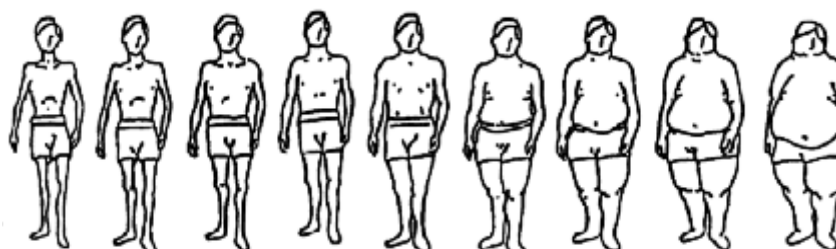
Hace mucho tiempo que no veo a mi mamá (biológica)



1 2 3 4 5 6 7 8 9

85. Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.

Hace mucho tiempo que no veo a mi papá (biológico)



1 2 3 4 5 6 7 8 9

86. **En mi familia sólo soy buena cuando me destaco en lo que hago.**

Nunca	Muy poco	A veces	Mucho	Siempre
1	2	3	4	5

87. **Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

88. **Necesito ser la mejor en lo que hago.**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

89. **Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas.**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

90. **Tengo metas extremadamente altas.**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

91. **¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la que gente piense de ti?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

92. **Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma? (cuerpo tonificado)**

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

93. **Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser inteligente?**

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

94. **Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser delgada?**

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

95. Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?

Para nada importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

96. En el último año ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?

No	Sí
0	1

97. ¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)

No	Sí
0	1

98. ¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?

No	Sí
0	1

99. ¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso)

No	Sí
0	1

100. En el último año ¿Has entrenado para competir en alguno de los siguientes deportes?

<i>a.- Aeróbica</i>	No	Sí
	0	1
<i>b.- Natación</i>	No	Sí
	0	1
<i>c.- Gimnasia (artística, rítmica, olímpica)</i>	No	Sí
	0	1
<i>d.- Atletismo</i>	No	Sí
	0	1

101. ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?

No	Sí
0	1

102. En el último año ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?

No	Sí
0	1

103. Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma:

- A. Deportes en equipo (por ejemplo, Volleyball, Basketball, Fútbol, etc)
- B. Natación/Buceo
- C. Atletismo
- D. Gimnasia
- E. Servicios a la comunidad (por ejemplo, voluntaria en un hospital o protección de animales)
- F. Scout
- G. Grupo juvenil religioso
- H. Diario o revista escolar
- I. Danza
- J. Teatro
- K. Música/Banda/Coro
- L. Trabajos de verano/ misiones
- M. Otra

Anexo Nº 2: Cuestionario de hábitos alimenticios: EAT - 40

Lee atentamente cada pregunta y luego responde cuidadosamente en la hoja de respuesta, marcando la casilla que mejor refleje tú caso. Las alternativas son:

A: siempre **B:** casi siempre **C:** a menudo **D:** a veces **E:** pocas veces **F:** nunca

- 1.- Me gusta comer con otras personas.
- 2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
- 3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
- 4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.
- 6.- Me preocupa mucho por la comida.
- 7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
- 8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
- 10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc.).
- 11.- Me siento lleno/a después de las comidas.
- 12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
- 13.- Vomito después de haber comido.
- 14.- Me siento muy culpable después de comer.
- 15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
- 16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
- 17.- Me peso varias veces al día.
- 18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.
- 19.- Disfruto comiendo carne.
- 20.- Me levanto pronto por las mañanas.
- 21.- Cada día como los mismos alimentos.
- 22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 23.- Tengo la menstruación regular.
- 24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
- 25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- 26.- Disfruto comiendo en restaurantes.
- 27.- Tardo en comer más que las otras personas.
- 28.- Tomo laxantes (purgantes).
- 29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.
- 30.- Como alimentos de régimen.
- 31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.
- 32.- Me controlo en las comidas.
- 33.- Noto que los demás me presionan para que coma.
- 34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
- 35.- Tengo estreñimiento.
- 36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.
- 37.- Me comprometo a hacer régimen.
- 38.- Me gusta sentir el estómago vacío.
- 39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
- 40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Anexo Nº 3: Tipo de preguntas cuestionario MRFS – IV

El MRFS IV consiste en un cuestionario de 103 preguntas.

Los 103 ítems del cuestionario se dividen en tres formas de preguntas:

1.- Preguntas con Escala Likett

Ítem 1- 62	1	2	3	4	5	
Ítem 66 b (Independiente)	1	2	3	4	5	
Ítem 76 b (Independiente)	1	2	3	4	5	
Ítems 86 - 95	1	2	3	4	5	
En las preguntas anteriores las excepciones son:						
Ítem 10	0	1	2	3	4	5
Ítem 38	0	1	2	3	4	5
Ítem 59	0	1	2	3	4	5
Ítem 61	0	1	2	3	4	5
Ítem 62	1	2	3	4		
Ítem 83	0	1	2	3		
Ítems 84 – 85 (Análogo visual)	0	1	2			

2.- Preguntas Dicotómicas:

Ítem 63 a	0	1
Ítem 64 a	0	1
Ítems 65 - 66	0	1
Ítems 67 – 76 a	0	1
Ítems 77 – 81	0	1
Ítems 96 – 102 (Incluyendo 100 a, 100 b, 100 c, 100 d)	0	1
Ítem 59	0	1
Ítem 61	0	1
Ítem 62	1	2
Ítem 83	0	1

3.- Preguntas Ordinales:

Ítem 63 b y 64 b.	a	b	c	d	e	F	g	H	i	j	K	l	m	n	o	P	q	r
Ítem 82	A	B	C	D	F	G	H	I	J	K								
Ítem 103	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M					

Anexo N° 4: Primera hoja de respuestas: códigos de corrección de características de la muestra.

VARIABLES

CÓDIGOS

N° del Sujeto:

1- 450.

Curso:

Primero Medio = 1, Segundo Medio = 2, Tercero Medio = 3.

Colegio:

Liceo Guillermo Rivera = 1, Liceo Benjamín Vicuña Mackena = 2

Colegio Cortés Brown = 3, Colegio Claudio Matte = 4,

Colegio Patmos = 5 Colegio Saint Paul = 6,

Colegio Franco Inglés = 7,

Tipo

Establecimiento:

Municipalizado = 1, Part. Subvencionado = 2, Particular = 3.

Edad:

Se coloca la edad de los sujetos en años (Ej.: 12, 13, etc.)

Educación

Mamá:

No sé = 99, Ens. Básica Incompleta = 1, Ens. Básica Completa = 2,

Ens. Media Incompleta = 3, Ens. Media Completa = 4,

Ens. Superior Incompleta = 5, Ens. Superior Completa = 6.

Educación

Papá:

No sé = 99, Ens. Básica Incompleta = 1, Ens. Básica Completa = 2,

Ens. Media Incompleta = 3, Ens. Media Completa = 4,

Ens. Superior Incompleta = 5, Ens. Superior Completa = 6.

Separados:

No = 1, Sí = 2.

Embarazo:

No = 1, Sí = 2.

Anexo Nº 5: Segunda hoja de respuestas: corrección respuestas al cuestionario (MRFS-IV)

CONSIDERACIONES:

- Se codifica como se señala en **negrita y subrayado**.
- Los ítems con asterisco (*) son aquellos que se codifican de manera invertida
(Factores Protectores)
- Las omitidas o respuestas “no sé” se codifican “**99**”.

Item						
1.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
2.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
3.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
4.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
5.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
6.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
7.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
8.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
9.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
10.	0	1	2	3	4	5
	<u>99</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
11.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
12.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
13.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
14.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
15.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
16.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
17.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
18.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
19.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
20.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	

Item						
21.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
22.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
23.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
24.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
25.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
26.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
27.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
28.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
29.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
30.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
31.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
32.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
33.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
34.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
35.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
36.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
37.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
38.	0	1	2	3	4	5
	<u>99</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
39.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
40.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	

Item						
41	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
42.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
43.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
44.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
45.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
46.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
47.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
48.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
49.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
50.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
51.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
52.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
53.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
54.*	1	2	3	4	5	
	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
55.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
56.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
57.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
58.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
59.	0	1	2	3	4	5
	<u>99</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
60.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	

61.	0	1	2	3	4	5
	<u>99</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
62.	1	2	3	4	5	
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	

63a.

0	1
<u>1</u>	<u>2</u>

 (Si res pon de 0, en la 63b Se pon e 99)

63b.	A	b	c	d	e	f	g	h	i	j	K	L	m	n	o	p	q	r
*	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>

64a.

0	1
<u>1</u>	<u>2</u>

 (Si res pon de 0, en la 64b Se pon e 99)

64b.	A	b	c	d	e	f	g	h	i	j	K	L	m	n	o	p	q	r
*	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>

65.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

66a.

0	1
<u>1</u>	<u>2</u>

 (Si res Pon de 0, en la 66b se pon e 99)

66b.	1	2	3	4	5
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

67.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

68.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

69.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

70.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

71.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

72.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

73.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

74.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

75.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

76a.

0	1
<u>1</u>	<u>2</u>

 (Si res Pon de 0, en la 76b se pon e 99)

76b.	1	2	3	4	5
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

77.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

78.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

79.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

80.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

81.	0	1
	<u>1</u>	<u>2</u>

82. + Se su ma la canti dad de re spue stas, Exce pto "K": 1=10
 2=9, 3=8, 4=7, 5=6, 6=5, 7=4, 8=3, 9=2, 10=1. K=11

83.*	0 <u>4</u>	1 <u>3</u>	2 <u>2</u>	3 <u>1</u>
------	---------------	---------------	---------------	---------------

84?	0 <u>99</u>	1 <u>2</u>	2 <u>1</u>	3 <u>0</u>	4 <u>0</u>	5 <u>0</u>	6 <u>0</u>	7 <u>0</u>	8 <u>1</u>	9 <u>2</u>
85?	0 <u>99</u>	1 <u>2</u>	2 <u>1</u>	3 <u>0</u>	4 <u>0</u>	5 <u>0</u>	6 <u>0</u>	7 <u>0</u>	8 <u>1</u>	9 <u>2</u>

(El "?" indica q no se sa be q mide)

86.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
87.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
88.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
89.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
90.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
91.	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
92?	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
93?	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
94?	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>
95?	1 <u>1</u>	2 <u>2</u>	3 <u>3</u>	4 <u>4</u>	5 <u>5</u>

(El "?" indica q no se sa be q mide)

(El "?" indica q no se sa be q mide)

(El "?" indica q no se sa be q mide)

(El "?" indica q no se sa be q mide)

96.*	0 <u>2</u>	1 <u>1</u>
97.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
98.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
99.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
100a.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
100b.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
100c.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
100d.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
101.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>
102.	0 <u>1</u>	1 <u>2</u>

103.+ Se su ma la canti dad De re spue stas: 1=13, 2=12, 3=11, 4=10, 5=9, 6=8,
 7=7, 8=6, 9=5, 10=4, 11=3, 12=2, 13=1. Ninguna re spues ta = 14.

Anexo Nº 6: Tercera Hoja de Respuesta: Corrección Respuestas al Cuestionario (EAT – 40)

- Se codifica como se señala en **negrita y subrayado**.
- Los ítems con asterisco (*) son aquellos que se codifican de manera invertida.
- Se suman las respuestas: < a 30 = No riesgo / ≥ a 30 = Riesgo

Ítem						
1. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
2.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
3.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
4.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
5.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
6.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
7.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
8.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
9.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
10.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
11.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
12.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
13.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
14.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
15.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
16.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
17.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
18. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
19. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
20.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Ítem						
21.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
22.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
23. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
24.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
25.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
26. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
27.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
28.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
29.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
30.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
31.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
32.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
33.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
34.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
35.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
36.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
37.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
38.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
39. *	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
40.	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Anexo Nº 7: Primera hoja de respuestas, encuesta para adolescentes.

POR FAVOR MARCA SEGÚN CORRESPONDE:

a.- Fecha de Nacimiento:

Día_____ Mes _____ Año _____

b.- Edad _____

c.- ¿A qué escuela vas?

d.- ¿En qué curso estás?

1º Medio _____ 2º Medio _____ 3º medio _____

e.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene tu mamá?

(Para responder, considera a la mujer adulta en tu vida quien es más como una madre para ti. Por favor marca, con un círculo, solamente una respuesta):

No sé	Menos que	Terminó la	Más que la
	Enseñanza Media	Enseñanza Media	Enseñanza Media
1	2	3	4

f.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene tu papá?

(Para responder, considera al hombre adulto en tu vida quien es más como un papá para ti. Por favor marca, con un círculo, solamente una respuesta):

No sé	Menos que	Terminó la	Más que la
	Enseñanza Media	Enseñanza Media	Enseñanza Media
1	2	3	4

g.- ¿Están tu papá/mamá separados o anulados? (Por favor marcar con una X).

No _____ Sí _____

h.- Actualmente, ¿TU estás embarazada? (Por favor marcar con una X).

No____ Sí____

Anexo Nº 8: Segunda hoja de respuesta cuestionario MRFS -IV

A CONTINUACIÓN, MARCA CON UNA "X" TU RESPUESTA A CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO.

Item						
1.	1	2	3	4	5	
2.	1	2	3	4	5	
3.	1	2	3	4	5	
4.	1	2	3	4	5	
5.	1	2	3	4	5	
6.	1	2	3	4	5	
7.	1	2	3	4	5	
8.	1	2	3	4	5	
9.	1	2	3	4	5	
10.	0	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5	
12.	1	2	3	4	5	
13.	1	2	3	4	5	
14.	1	2	3	4	5	
15.	1	2	3	4	5	
16.	1	2	3	4	5	
17.	1	2	3	4	5	
18.	1	2	3	4	5	
19.	1	2	3	4	5	
20.	1	2	3	4	5	

Item						
21.	1	2	3	4	5	
22.	1	2	3	4	5	
23.	1	2	3	4	5	
24.	1	2	3	4	5	
25.	1	2	3	4	5	
26.	1	2	3	4	5	
27.	1	2	3	4	5	
28.	1	2	3	4	5	
29.	1	2	3	4	5	
30.	1	2	3	4	5	
31.	1	2	3	4	5	
32.	1	2	3	4	5	
33.	1	2	3	4	5	
34.	1	2	3	4	5	
35.	1	2	3	4	5	
36.	1	2	3	4	5	
37.	1	2	3	4	5	
38.	0	1	2	3	4	5
39.	1	2	3	4	5	
40.	1	2	3	4	5	

Item						
41.	1	2	3	4	5	
42.	1	2	3	4	5	
43.	1	2	3	4	5	
44.	1	2	3	4	5	
45.	1	2	3	4	5	
46.	1	2	3	4	5	
47.	1	2	3	4	5	
48.	1	2	3	4	5	
49.	1	2	3	4	5	
50.	1	2	3	4	5	
51.	1	2	3	4	5	
52.	1	2	3	4	5	
53.	1	2	3	4	5	
54.	1	2	3	4	5	
55.	1	2	3	4	5	
56.	1	2	3	4	5	
57.	1	2	3	4	5	
58.	1	2	3	4	5	
59.	0	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5	

61.	0	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5	

63.	0	1																	
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	
64.	0	1																	
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	

65.	0	1			
66.	0	1			
	1	2	3	4	5
67.	0	1			
68.	0	1			
69.	0	1			
70.	0	1			
71.	0	1			
72.	0	1			
73.	0	1			
74.	0	1			
75.	0	1			
76.	0	1			
	1	2	3	4	5
77.	0	1			
78.	0	1			
79.	0	1			
80.	0	1			
81.	0	1			

82.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
83.	0	1	2	3							

84.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
85.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
86.	1	2	3	4	5								
87.	1	2	3	4	5								
88.	1	2	3	4	5								
89.	1	2	3	4	5								
90.	1	2	3	4	5								
91.	1	2	3	4	5								
92.	1	2	3	4	5								
93.	1	2	3	4	5								
94.	1	2	3	4	5								
95.	1	2	3	4	5								
96.	0	1											
97.	0	1											
98.	0	1											
99.	0	1											
100.	0	1											
	0	1											
	0	1											
	0	1											
101.	0	1											
102.	0	1											
103.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

Anexo Nº 9: Tercera hoja de respuesta. Cuestionario EAT-40

A continuación marca con una "X" tu respuesta a cada pregunta del cuestionario.

Las alternativas son las siguientes:

A: siempre **B:** casi siempre **C:** a menudo **D:** a veces **E:** pocas veces **F:** nunca

Ítem						
1.	A	B	C	D	E	F
2.	A	B	C	D	E	F
3.	A	B	C	D	E	F
4.	A	B	C	D	E	F
5.	A	B	C	D	E	F
6.	A	B	C	D	E	F
7.	A	B	C	D	E	F
8.	A	B	C	D	E	F
9.	A	B	C	D	E	F
10.	A	B	C	D	E	F
11.	A	B	C	D	E	F
12.	A	B	C	D	E	F
13.	A	B	C	D	E	F
14.	A	B	C	D	E	F
15.	A	B	C	D	E	F
16.	A	B	C	D	E	F
17.	A	B	C	D	E	F
18.	A	B	C	D	E	F
19.	A	B	C	D	E	F
20.	A	B	C	D	E	F

Ítem						
21.	A	B	C	D	E	F
22.	A	B	C	D	E	F
23.	A	B	C	D	E	F
24.	A	B	C	D	E	F
25.	A	B	C	D	E	F
26.	A	B	C	D	E	F
27.	A	B	C	D	E	F
28.	A	B	C	D	E	F
29.	A	B	C	D	E	F
30.	A	B	C	D	E	F
31.	A	B	C	D	E	F
32.	A	B	C	D	E	F
33.	A	B	C	D	E	F
34.	A	B	C	D	E	F
35.	A	B	C	D	E	F
36.	A	B	C	D	E	F
37.	A	B	C	D	E	F
38.	A	B	C	D	E	F
39.	A	B	C	D	E	F
40.	A	B	C	D	E	F

