

Universidad Austral de Chile.  
Facultad de Medicina.  
Escuela de Enfermería.



PREVALENCIA DE ADOLESCENTES CON RIESGO DE ANOREXIA  
NERVIOSA EN ESTABLECIMIENTOS DE VALDIVIA: APROXIMACIÓN DESDE  
UNA PERCEPCIÓN FAMILIAR.

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar al  
Licenciado de Enfermería.

Yessica Fabiola Muñoz Oyarzún.  
VALDIVIA – CHILE  
2007.

Profesor Patrocinante:

Nombre: Sra. Beate Messing Grube.

Profesión: Enfermera.

Grados: Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Sra. Gema Santander Manríquez.

Profesión: Enfermera.

Grados: Magíster en Salud Pública, mención en Epidemiología.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Nombre: Srta. Moira Holmqvist Curimil.

Profesión: Enfermera.

Grados: Licenciada en Enfermería.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Fecha del Examen de Grado:

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por todas las maravillas que me ha dado en la vida;

Mi familia, la cual me da las fuerzas día a día para seguir creciendo como persona, me entrega todo el amor y apoyo que necesito en cada momento de mi vida.

En especial, a mis padres, a quienes amo con todas mis fuerzas; gracias por confiar siempre en mí, por ser mi fortaleza y mi seguridad, por amarme tanto.....  
Ustedes son mi tesoro, la razón de mi ser.

A mi Elías, por ser mi compañero, amigo y amor de mi vida; con su ayuda encontré mi camino, recuperé la vocación por mi profesión. Gracias por tu comprensión, paciencia y por estar conmigo en los momentos difíciles.

Para todas las personas que me dieron su apoyo, que son muchas..... gracias

## 2. ÍNDICE.

Pág.

RESUMEN

SUMMARY

1. INTRODUCCIÓN.....	1-2
2. MARCO TEÓRICO.....	3-12
3. OBJETIVOS:	
3.1. Generales y Específicos.....	13-14
4. MATERIAL Y MÉTODO:	
4.1. Tipo de investigación.....	15
4.2. Población de estudio.....	15
4.3. Método e instrumento de recolección de información.....	15
4.4. Método de análisis de datos.....	17
4.5. Definición y operacionalización de variables.....	19
5. RESULTADOS.....	20-30
6. DISCUSIÓN.....	31-33
7. CONCLUSIONES.....	34 -36
8. BIBLIOGRAFÍA.....	37-39
9. ANEXOS.....	40

## 2.1 ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.

Pág.

### **I. Antecedentes de estudiantes Colegio Windsor School y Liceo Santa María la Blanca de Valdivia.**

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y rendimiento escolar. Valdivia, segundo semestre 2006.....	20
GRÁFICO N°2. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y rendimiento escolar. Valdivia, segundo semestre 2006.....	21
GRÁFICO N°3. Distribución porcentual de la población, según establecimiento e índice de masa corporal. Valdivia, segundo semestre 2006.....	22
GRÁFICO N°4. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y estructura familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.....	22
GRAFICO N°5. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y funcionalidad familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.....	23

### **II. Factores asociados al riesgo de anorexia.**

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual de las adolescentes en estudio, según tipo de establecimiento educacional y grado de riesgo de anorexia. Valdivia, segundo semestre 2006.....	24
GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual del total de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y año que cursa. Valdivia, segundo semestre 2006.....	25
TABLA N° 1. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia e índice de masa corporal. Valdivia, segundo semestre 2006.....	26
TABLA N° 2. Distribución numérica y porcentual de las estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y nivel socioeconómico. Valdivia, segundo semestre 2006.....	27
TABLA N° 3. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia e índice de masa corporal. Valdivia, segundo semestre 2006.....	28

TABLA N° 4. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y estructura familiar.  
Valdivia, segundo semestre 2006.....29

TABLA N° 5. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y funcionalidad familiar.  
Valdivia, segundo semestre 2006.....30

### 3. RESUMEN.

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado de gran manera, transformándose en uno de los trastornos mentales que más afecta a adolescentes y jóvenes. De éstos, uno de los más frecuentes es la Anorexia Nerviosa, en la cual se manifiestan diversas conductas psicológicas, familiares y sociales que son características, y se asocian a un mayor riesgo de presentar la enfermedad; su estudio es de vital importancia a fin de prevenir dicho trastorno.

La presente investigación aborda la relación entre los distintos factores que intervienen en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes que cursan I y II año medio en dos establecimientos educacionales, uno de tipo particular (Colegio Windsor School) y otro municipal (Liceo Santa María la Blanca).

Para el desarrollo de este estudio, se aplicó un instrumento de medición a una población de 160 estudiantes de sexo femenino. El instrumento consiste en una encuesta con diferentes ítems, necesarios para detectar la presencia de riesgo de anorexia nerviosa, junto con identificar a las adolescentes según características personales y familiares.

De los resultados obtenidos, se concluye que del total de adolescentes encuestadas en el Colegio Windsor School y Liceo Santa María la Blanca, el 20,6% presenta alto riesgo de prevalencia de anorexia, siendo este índice similar en ambos establecimientos. Además, se pudo concluir que de las adolescentes con riesgo de anorexia, la mayoría presenta un rendimiento escolar bueno o excelente, pertenecen a un nivel socioeconómico medio a medio-alto, y se encuentran dentro de un rango normal de estado nutricional, aunque cabe destacar que existe un grupo, no menor, de jóvenes enflaquecidas que presentan alto riesgo de anorexia nerviosa. Con respecto a las características familiares, el mayor porcentaje de estudiantes con riesgo de anorexia, pertenecen a familias de tipo completas, que no perciben riesgo en su funcionamiento familiar.

Por último, no se pudo establecer una asociación entre el riesgo de anorexia y el funcionamiento familiar, aunque se destacan características familiares similares en las adolescentes con riesgo de padecer este trastorno alimentario, lo que permite establecer herramientas que orienten hacia una detección e intervención precoz, así como el logro de estrategias de prevención a nivel familiar.

#### 4. SUMMARY.

In the last few years, feeding behavior disorders have greatly increased, becoming one of the most significant mental conditions that affect adolescents and youngsters. Anorexia Nervosa is one of the most frequent diseases, in which different psychological, familiar and social behaviors are clearly shown and are associated to a greater risk of falling into this condition. The study of these behaviors is of the utmost importance in order to prevent such illness.

The present research approaches the relationship between the various factors that take part in the risk of developing Anorexia Nervosa in adolescents that study First and Second year in High School in two educational institutions, one is a private school (Colegio Windsor School) and the other is a public high school for girls (Liceo Santa María la Blanca).

To conduct this study, a survey was applied to 160 female students. The instrument is a poll with different items that are necessary to detect the risk of developing Anorexia Nervosa and to classify the adolescents according to personal and family characteristics.

The evaluation of the results conclude that 20.6% of all participants, both from Colegio Windsor School and Liceo Santa Maria la Blanca, show high risk of anorexia prevalence. This value is similar in both schools. Besides, it is possible to conclude that most of the adolescents in risk of anorexia are good or excellent students; that they belong to middle or upper-middle class social status; that they are within normal nutritional level ranges, although there is a significant group of very thin girls who show a high risk of developing Anorexia Nervosa. About their family characteristics, most of the girls in risk of developing the condition, belong to traditional families who do not recognize any threat to their normal family performance.

Finally, it was not possible to establish a relationship between the risk of developing anorexia and the family situation, although some similar family characteristics stand out in adolescents in risk of suffering this nourishing upheaval. In this way, tools that lead to detection and early intervention as well as prevention strategies for Anorexia Nervosa can be established.

## 5. INTRODUCCIÓN.

Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria, entre los que se encuentra la Anorexia nerviosa, están aumentando de manera significativa. Este trastorno, además de ser muy frecuente, puede cursar con importantes complicaciones médicas que condicionan una mortalidad no despreciable, o, por otra parte, existe la posibilidad que queden secuelas que afecten la capacidad de adaptación y de relación en los ámbitos laboral, familiar, social y sexual de quienes la padecen (García-Camba, 2001).

De lo antes mencionado, surgen las principales inquietudes para esta investigación. La triste realidad de tantas jóvenes que padecen de anorexia nerviosa, y su difusión en los medios de comunicación sin una propuesta de cambio, son motivo para cuestionar como solucionarlos, pero sobre todo como evitar esta enfermedad que impacta a la población actual.

Al indagar en las posibles causas de la anorexia, éstas son aún motivo de controversia. A partir de una perspectiva biopsicosocial es posible considerar los distintos factores individuales, familiares y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo aparezca la enfermedad. Una de estas etapas, y la de mayor prevalencia, es la adolescencia, la cual cursa con una serie de cambios físicos y psicológicos que son de mucha importancia en el mundo de hoy, y los cuales, combinados con el estereotipo de belleza difundidos por los medios de comunicación, pueden desencadenar serios problemas en la imagen de los jóvenes (Rivarola y Penna, 2006).

En esta investigación, se enfocaron los factores asociados al riesgo de anorexia en las adolescentes desde una visión familiar, estudiando las características y funcionalidad de sus familias. Existen diversos estudios que mencionan que los adolescentes que desarrollan anorexia tienen más probabilidades de proceder de familias que tienen antecedentes de problemas de peso, enfermedad física y otros problemas de salud mental, como depresión o drogadicción. Además, a menudo los adolescentes que tienen la enfermedad proceden de familias que encuentran difícil resolver problemas de forma apropiada, son demasiado estrictas, aglutinadas, excesivamente críticas, entrometidas y protectoras, lo que formaría jóvenes dependientes, inmaduros en su desarrollo emocional (López, 2005).

Para conocer la prevalencia de riesgo de anorexia en adolescentes, el estudio se realizó en jóvenes que se encuentren cursando el primer y segundo año de Enseñanza media, en un establecimiento de carácter público y otro privado, para evidenciar si existen diferencias de prevalencia según nivel socioeconómico y características familiares.

Los resultados permitirán a los profesionales de la salud, pesquisar los factores de riesgo de este trastorno, a fin de prevenir o realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado, en el cual la labor de Enfermería en Atención Primaria es de gran importancia.

## 6. MARCO TEÓRICO.

Los trastornos de la conducta alimentaria se han transformado en enfermedades de gran importancia para la sociedad actual. En los últimos años, debido a la mayor incidencia de patologías como anorexia y bulimia nerviosa, se han realizado múltiples investigaciones en cuanto al origen, evolución y tratamiento de estos problemas alimentarios.

De los trastornos alimentarios el que se vuelve más crónico, progresivo y mortal es la anorexia nerviosa. El término anorexia significa literalmente falta de apetito, aunque la enfermedad conocida como *anorexia nervosa* se define como una negación a comer con el único objetivo de no engordar, un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar (Zagalaz, 2005)

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones clínicas y complicaciones endocrinológicas que afecta principalmente a mujeres (García, 2004).

García Rodríguez (1993) la define como “fobia a la obesidad, un deseo irracional de estar delgada y descontrol de la ingesta”. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la anorexia nerviosa “es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad, en la que la persona genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto”.

Al determinar las características sociodemográficas de las personas que poseen anorexia nerviosa, se ha señalado que es mayor en mujeres, aunque la incidencia en hombres ha ido aumentando. Los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres (Marín, 2002).

En Chile no existe información nacional sobre la prevalencia de anorexia nerviosa. Estudios de Behar (2006), aplicando un test de actitudes alimentarias que evalúa el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontró en escolares de III y IV Medio de la V Región del país que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%.

Según lo descrito por Rodríguez y Pizarro (2006), se estima que la incidencia de la anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. Al referirse al nivel socioeconómico, es en la clase media y alta donde se ha descrito una mayor prevalencia de anorexia; aunque en los últimos años la aparición de este trastorno afecta a personas de todas las clases sociales. (García-Camba, 2001).

Por otra parte, un 85% de las personas que padecen de anorexia desarrolla la enfermedad entre los 13 y los 20 años de edad. Los estudios centrados en la adolescencia indican, que en esta etapa es cuando se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física, especialmente por parte de las jóvenes, de igual manera es cuando se formulan las evaluaciones negativas de dicha apariencia (López, 2005).

La anorexia en la adolescencia, se muestra como una “crisis de identidad con sentimiento de pérdida de la pertenencia al mundo infantil; con temor y resistencia a la incorporación al mundo adulto responsable” (Lazzari, 1997).

Así como la anorexia, existen diferentes trastornos que se relacionan con una marcada obsesión al cuerpo, y específicamente al deseo de una “imagen perfecta”. Uno de los principales aspectos que intervienen en la búsqueda de esta perfección es el sociocultural. Poseer una imagen corporal ideal hace referencia con la obtención de éxito y felicidad, por lo que al cumplir con los estándares de belleza impartidos por los medios de comunicación, industria comercial y sociedad en general, se podrá lograr el puesto de trabajo deseado, el prestigio y aceptación social (Juárez, 2003).

### **Manifestaciones clínicas de anorexia nerviosa:**

Al inicio de la enfermedad, puede verse como una simple dieta en las que se eliminan las comidas que engordan (García, 2004). Luego, al progresar la patología, se produce una pérdida progresiva de la sensación de hambre, con sensación de saciedad ante una ingesta mínima y sobre todo un deseo irrefrenable de continuar adelgazando, pese a la pérdida de peso ya establecida. En esta etapa, la negación a la enfermedad se hace evidente. En la mayoría de los pacientes en los que no se ha conseguido iniciar un tratamiento, continúa un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas de más del 50% respecto a su peso ideal y grave riesgo letal.

Existen otro tipo de manifestaciones, como son las de tipo cognitivo, conductual, psicopatológicas y complicaciones médicas (García- Camba, 2001). Turon, (1997) señala “una preocupación constante por el peso, la posibilidad de ser obesas las aterra, cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas”.

Una serie de alteraciones cognitivas refuerzan las conductas anómalas de la anoréxica. Tienen pensamientos distorsionados en relación con la fisiología: creen que el proceso de ganancia de peso es indefinido, que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o su valor calórico. La preocupación por la imagen corporal y la alimentación aparece en las chicas entre los 9 y los 11 años (Koff y Rierdam, 1991), aunque se incrementa de forma espectacular en el paso de la enseñanza primaria a la secundaria (Richards, 1990).

Bruch destacó el papel que juega la distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, lo que puede observarse desde dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere “al grado de exactitud o inexactitud, con el que el paciente estima sus dimensiones corporales”. La segunda, se refiere al “componente afectivo o emocional, a cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con el mismo”. Es esta insatisfacción con su propio cuerpo e imagen la que suele asociarse con un bajo grado de autoestima.

El pensamiento y la conducta de las anoréxicas están muy relacionados con los trastornos obsesivos. Los pensamientos relativos al cuerpo, al peso o a la comida son reiterativos, poseen trastornos de ansiedad de carácter fóbico, trastornos afectivos de carácter depresivo, además poseen una marcada tendencia a la manipulación del entorno, así como conductas de engaño, las que utilizan muchas veces para disimular los signos de la enfermedad. De la misma manera, buscan un aislamiento social, lo que conlleva a alejarse de la ayuda (que según ellas no necesitan), existiendo una mayor prevalencia de conductas autoagresivas e intentos de suicidio (García- Camba, 2001).

Las complicaciones médicas de la anorexia son muy numerosas y afectan a todos los sistemas; la disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios del organismo, lo que hace evidenciar los signos y síntomas de esta patología, como son, la amenorrea, problemas óseos, alteraciones de la piel (lanugo, piel seca), endocrinas y digestivas (estreñimiento), pero son las complicaciones cardíacas una de las causas de muerte prematura en pacientes con anorexia nerviosa.

El pronóstico establecido para este trastorno, es que la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se recuperan completamente, un 30 % lo hacen en forma parcial, y un 20% no muestran ninguna mejoría en sus síntomas. La mortalidad precoz alcanza a un 5 % y se debe principalmente a complicaciones cardíacas y suicidio (Urrejola, P. 2005).

El diagnóstico de anorexia nerviosa se define según los criterios más universalmente aceptados que son: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM ) en su última edición (DSM IV, DSM IV-R) (APA, 1994, 2001) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su 10ª edición (OMS, 1992).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (**DSM-IV**) utiliza los siguientes criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

–Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

–Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

–Alteración en la percepción del peso o la siluetas corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

–En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Además, se distinguen dos tipos de anorexia:

- Tipo restrictivo es aquel que durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a las purgas.

- Tipo compulsivo/purgativo en el cual durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes o enemas).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS,1992), se considera la anorexia nerviosa y la anorexia nerviosa atípica. Para el diagnóstico de anorexia nerviosa, la **CIE-10** exige que se cumplan todas las alteraciones siguientes:

- Existencia de una pérdida significativa de peso, un IMC <17,5.

- La pérdida de peso debe estar causada por la propia persona, que evita el consumo de alimentos que engordan y por uno o más de los siguientes síntomas: autoinducción al vómito, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

- Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisariogonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida de interés sexual así como disminución de la potencia sexual.

- Si el inicio de la patología es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones puberales, o incluso llega a detenerse (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

### **Factores etiopatogénicos:**

Aún cuando se han realizado múltiples investigaciones, la etiología de la anorexia sigue siendo un enigma. Sin embargo, se ha distinguido distintos factores que podrían intervenir en el origen de la patología, estos son de tipo biológico, psicológico, familiar y sociocultural (García-Camba, 2001). Dentro de ellos el más estudiado es el factor genético, y a pesar que es ampliamente reconocido que la anorexia es un trastorno principalmente influenciado por causas psicológicas y socio - culturales, se ha demostrado que la tasa de concordancia entre gemelos idénticos es mayor que la observada en no idénticos del mismo sexo. Este dato podría explicar que además del ambiente familiar, habría un factor genético implicado en el desarrollo de la enfermedad. Otro dato interesante es que la anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno.

De los factores psicológicos, quizás el más relevante sea la vulnerabilidad personal, aunque no es suficiente por sí mismo para producir la enfermedad, requiere de la asociación con otros factores. Se consideran vulnerables a personas con baja autoestima, inseguras, demasiado perfeccionistas, con autoexigencias muy altas, muy preocupadas de la opinión de los demás sobre sí mismos o con poca habilidad para relaciones personales.

De acuerdo a las características descritas por Bruch, las pacientes anoréxicas, antes de enfermar, suelen ser consideradas por sus familiares como especialmente buenas, cumplidores y motivos de orgullo. Con la aparición de la enfermedad, la joven se vuelve hostil, negativista y desconfiada (Perpiñá y Baños, 1990).

Por otra parte, el anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central en la sociedad. En la actualidad existe un marcado sentimiento de que la delgadez se asocia de algún modo a la belleza, prestigio, juventud, autoestima alta, aceptación social y por sobre todo, “la perfección”. Son estas y otras visiones las que son impuestas en los medios de comunicación, y es que no hace falta estar delante de una pantalla de televisión para darse cuenta de los estereotipos de belleza que existen, y las diversas alternativas que existen para lograr ese añorado “cuerpo perfecto”.

En esta investigación se pretende describir la influencia de los factores familiares en las jóvenes con riesgo de anorexia, y aunque no está claro si el funcionamiento familiar ejerce una influencia directa, existen diversos estudios que reconocen características familiares típicas en estas adolescentes.

Son cuatro las características antes mencionadas (Onnis, 1990):

1. Aglutinamiento: ocurre cuando los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

2. Sobreprotección: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector, los que muchas veces se muestran excesivos.

3. Rigidez: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema.

4. Evitación del conflicto: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle abiertamente.

Por otra parte, Selvini, 1995 descubre, en estudios realizados, las relaciones parentales como causa de las conductas anoréxicas los cuales revelan un verdadero juego de sentimientos por los padres que va cambiando en cada etapa de la vida. Dentro de estos aspectos familiares, existen estudios que se centran en el rol materno, describiendo a las madres, por un lado, como un personaje fuerte, rígido y dominante, pero al mismo tiempo poco cálido, además se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de las madres, donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia.

A los aspectos antes mencionados, se agrega una tendencia de la madre, a ejercer su rol satisfaciendo sus propias necesidades, lo que es asumido por la hija. Por otro lado, la imagen paterna se mantiene pasiva, y se percibe un lazo afectivo más estrecho en la relación padre- hija, lo que provoca una rivalidad de la niña con su figura materna. (Erkizia, 2005)

Al distinguirse la importancia de la familia como uno de los probables factores causales de anorexia nerviosa, se debe mencionar las diferentes teorías y conceptos existentes sobre esta. De esta manera, Minuchin concibe a la familia como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior, y que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. La estructura rige el funcionamiento de los miembros que la conforman, define la gama de sus conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1999).

Esta estructura familiar la clasificaremos de la siguiente manera:

**Familia Completa:** Si la adolescente vive con el padre y la madre, y estos a su vez son esposos; el padre y la madre son los progenitores biológicos de todos los hijos.

**Familia Extensa:** Si en su familia la adolescente convive con personas de varias generaciones, es decir, padres, madres, abuelos, tíos u otros adultos.

**Familia Mixta:** Si la estudiante vive con su madre y la pareja de la madre, o con el padre y la pareja del padre.

**Familia Incompleta:** Si la estudiante vive sólo con el padre o la madre, u otra persona que cumpla el rol paternal en caso de ausencia o fallecimiento de los padres. (Hernández, 1996)

Así como Minuchin describe la importancia de la estructura familiar, Ochoa de Alda, 1995, aplica al sistema familiar los siguientes conceptos de la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy:

1. Totalidad: el comportamiento del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativo que incluye las relaciones existentes entre ellos.

2. Causalidad circular: En la descripción de las relaciones familiares, entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten en forma pautada.

3. Equifinalidad: se refiere al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.

4. Equicausalidad: la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.

5. Limitación: ocurre cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

6. Regla de relación: en todo sistema existe la necesidad de definir cual es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

7. Ordenación jerárquica: en toda organización hay una jerarquía en el sentido que unas personas poseen más poder y responsabilidades que otras, para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.

8. Teleología: el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial, de sus miembros.

9. Ciclo vital: el curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal, por lo que se denomina “normativo” a pesar de las diferencias culturales.

De los conceptos previos, se desprende el enfoque familiar de la anorexia, en el que se concibe a la familia como un sistema del cual emergen los primeros factores en el establecimiento de la personalidad del individuo, además de ser la reguladora de pautas que organizan su interacción y formas de comunicación. A través de esta teoría se distingue la importancia de la terapia familiar de las jóvenes que padecen anorexia, en el que se intervienen las características del sistema que interfieren en el desarrollo de la patología. (Marsellach, 2007)

En un intento por integrar los conceptos antes mencionados, la Organización Panamericana de la salud, ha creado los cuestionarios "Cómo es tu familia" y "Cómo es su familia, instrumento que permite la identificación de familias disfuncionales y en riesgo biopsicosocial. Los aspectos que mide el test, se agrupan en torno a factores que se asocian con la adaptabilidad familiar y la vulnerabilidad de ellas a las crisis normativas y no normativas (Fernández, 1996).

Así como se han descrito anteriormente teorías en cuanto al sistema familiar, existen en la disciplina de enfermería modelos que pueden ser de gran utilidad en la investigación e intervención del problema de salud a tratar en esta investigación.

#### Modelo de cuidados de Enfermería de Hildegard Peplau.

Hildegard Peplau es la primera enfermera en incorporar teorías de otras disciplinas en los modelos de enfermería. Es así, como en 1952 crea su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Peplau denomina a su modelo como Enfermería Psicodinámica, y establece que para ayudar a los demás en la resolución de sus problemas, enfermería debe lograr entender su propia conducta. De esta manera, se describen cuatro fases en la relación enfermera/o paciente orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, en los cuales se recoge información, tanto personal como de las personas cercanas, se identifican los problemas y se trata de obtener los mayores beneficios posibles para el logro de los objetivos.

Sin duda este modelo es óptimo en la intervención de Enfermería en los pacientes con alteraciones de tipo psicológico, como la anorexia nerviosa, ya que no sólo busca los potenciales problemas en salud existentes, sino también las habilidades y fortalezas individuales para sobrellevar y resolver estos problemas a través de la relación enfermera/paciente.

En los problemas de salud psicorgánicos, cuya intervención es multidisciplinaria, es muy difícil intervenir, por lo cual el modelo de Peplau se transforma en una herramienta útil, en la valoración y pesquisa de las posibles alteraciones en salud de los adolescentes y sus probables causas, así como también juega un rol importante en la implementación de los métodos necesarios para la resolución del problema causal del trastorno alimentario, a través de la exploración y expresión de sentimientos del paciente, junto con la búsqueda de herramientas que permitan manejar el problema, realizando una intervención holística de calidad activa y profunda, basada en la interacción con el individuo.

## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL I:**

Determinar la prevalencia de riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes que se encuentren cursando el primer y segundo medio en un establecimiento educacional público y uno privado en la ciudad de Valdivia.

#### 7.1.1Objetivos específicos:

- 1- Identificar el grupo estudio según establecimiento educacional, año que cursa y rendimiento escolar.
- 2- Determinar el nivel socioeconómico del grupo estudio.
- 3- Valorar las características antropométricas de las adolescentes en estudio.
- 4- Identificar al grupo en estudio según el grado de riesgo de anorexia nerviosa, según test EAT 26.
- 5- Asociar el grado de riesgo de anorexia según con el año que cursan las adolescentes y el tipo de establecimiento al que asisten.
- 6- Establecer si existe relación entre el riesgo de anorexia y el rendimiento escolar de las adolescentes estudiadas.
- 7- Determinar la relación del nivel socioeconómico de las familias de los adolescentes con el riesgo de anorexia.
- 8- Determinar asociación entre el grado de riesgo de anorexia y el estado nutricional de las adolescentes.

## **7.2 OBJETIVO GENERAL II:**

Determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y anorexia nerviosa en adolescentes que se encuentren cursando el primer y segundo medio en un establecimiento educacional público y uno privado en la ciudad de Valdivia.

### 7.2.1 Objetivos específicos:

- 1- Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes en estudio, según test “Como es tu familia”.
- 2- Determinar la estructura familiar de las adolescentes en estudio.
- 3- Determinar si existe relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes del grupo estudio.
- 4- Identificar la relación entre estructura familiar y el riesgo de anorexia nerviosa en las adolescentes en estudio.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El siguiente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. Se aplicó una encuesta autoaplicada (anexo II) a toda la población objeto de estudio, describiéndose la prevalencia de riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes, y su respectiva funcionalidad familiar. El estudio es de corte transversal, puesto que muestra el fenómeno en un momento preciso en el tiempo (2° semestre, 2006).

### **8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

La población total de estudio corresponde a 160 estudiantes de sexo femenino que se encuentran cursando 1° y 2° de Enseñanza Media en dos establecimientos de la ciudad de Valdivia, correspondientes al Colegio Windsor School (colegio privado) y Liceo Santa María la Blanca (liceo municipal).

En ambos establecimientos se trabajó con la población femenina de cada curso presente en clases en los días de estudio, y que autorizaron la aplicación de la encuesta mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Estudiantes del Liceo Santa María la Blanca y Colegio Windsor School ausentes los días de aplicación de la encuesta o alumnas que estando presente no deseen participar en la investigación. Además de estudiantes de sexo masculino pertenecientes al Colegio Windsor School.

### **8.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:**

#### **8.3.1 Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26)**

El EAT es la medida estandarizada de los síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos de la conducta alimentaria más ampliamente utilizada, tanto en estudios clínicos como epidemiológicos. Ha sido traducido y validado en múltiples idiomas.

Fue desarrollado por Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel en 1979, para seguir la evolución de las pacientes anoréxicas y aplicado posteriormente para la detección precoz de la anorexia nerviosa mediante el screening de la población general. El instrumento fue validado en España por Castro et al en 1991. Si bien la versión original de la EAT consta de 40 ítems, hay una versión abreviada, EAT-26, diseñada por Garner et al en 1982, de la que sus autores mantienen que la reducción de ítems no afecta a su validez como elemento predictivo, ya que mantiene una correlación entre EAT-40 y EAT-26 de  $r = 0,98$ .

En Canadá, Jones *et al.* (2001) utilizaron el EAT-26 como instrumento de cribado en chicas de 12-18 años. Un 13% de las adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 14 años y un 16% de las adolescentes con edades entre los 15-18 años puntuaron por encima del punto de corte ( $EAT > 20$ ).

### 8.3.2 Test Funcionamiento familiar: Cómo es tu familia

Este cuestionario fue diseñado por Hernández en 1996 y revisada por otros autores, para obtener información crítica básica que permita discriminar diversos grados y tipos de funcionamiento familiar. Además permite identificar factores de adaptabilidad y vulnerabilidad familiar que sean predictores de riesgo para la salud del adolescente.

La validez de construcción para los factores que constituyen el instrumento, proviene de dos fuentes: las escalas originales de donde fueron tomados y el análisis estadístico aplicado a los datos obtenidos en el estudio piloto. La confiabilidad o consistencia interna de los factores también procede de las mismas fuentes y de la aplicación del Coeficiente Alfa de Cronbach a los datos del estudio.

Es así como del cuestionario original aplicado en el estudio piloto, en la versión final chilena quedaron 23 preguntas para los adolescentes. Tales preguntas pertenecen a los 7 factores asociados en la adaptabilidad y la vulnerabilidad familiar a la crisis.

#### 8.4 METODO DE ANALISIS DE DATOS:

El instrumento para la recolección de datos del grupo de estudio se presenta en el anexo I. La encuesta que se utilizó para la aplicación en adolescentes cuenta con 4 ítems distribuidos de la siguiente manera:

El ítem I solicita información sobre los antecedentes personales del adolescente.

El ítem II corresponde a los antecedentes socioeconómicos familiares, aplicándose una encuesta elaborada por el INTA (Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos). La versión original cuenta con 13 preguntas, 5 de las cuales no se adaptan a la situación de la población encuestada, por lo que para su aplicación al grupo estudio se utilizaron sólo 8 preguntas de interés.

Las ocho preguntas del ítem, entregan información de la calidad de la casa, escolaridad y actividad del jefe de hogar, el número de personas que viven en el hogar, en general la calidad de vida que puede tener el estudiante. Cada respuesta de las preguntas tiene asignada una puntuación máxima de 6 puntos y un mínimo de 1 punto. El puntaje total original de la encuesta elaborada por el INTA es de 75 puntos, a estos se le restan los puntos de las preguntas omitidas (5 preguntas), dando un puntaje final de 48 puntos.

1. Alto	8 - 11
2. Medio alto	12 - 15
3. Medio	16 - 25
4. Medio bajo	26 - 35
5. Bajo	36 - 48

Al tercer ítem corresponde la escala EAT 26 para realizar la medición subjetiva de actitudes de la conducta alimentaria, este test ha sido utilizado en la mayoría de los estudios epidemiológicos. El test consta de 26 ítems y el punto de corte está situado en 20.

Los resultados obtenidos se analizaron de acuerdo a la siguiente puntuación:

<b>EAT-26 Puntuación de ítems.</b>	
<b>Ítem # 2-26:</b>	<b>Ítem # 1 y 25</b>
Siempre = 3	= 0
Casi siempre = 2	= 0
Bastantes veces = 1	= 0
Algunas veces = 0	= 1
Casi nunca = 0	= 2
Nunca = 0	= 3

La clasificación se realizó en tres categorías de riesgo:  
Score de EAT 0-9, *sin riesgo*; de 10-19, *bajo riesgo*;  $\geq 20$ , *alto riesgo*.

En el cuarto ítem se aplicó el Test **¿Cómo es tu familia?**

Este instrumento permite tener un puntaje numérico para cada factor del funcionamiento familiar. Este puntaje numérico se obtiene sumando los números marcados como respuesta a cada una de las preguntas que los constituyen.

Para la etapa del ciclo vital de la familia, los puntajes se han distribuido en categorías para cada factor; esas categorías se asocian con el grado de vulnerabilidad a la crisis que implica el puntaje obtenido, en una escala que va de mayor a menor vulnerabilidad, la cual se ha establecido con base en los resultados del estudio piloto, de otros estudios y de las teorías que fundamentan los cuestionarios.

Para la calificación de los cuestionarios y la interpretación de los resultados, se obtuvo un perfil de vulnerabilidad en el funcionamiento familiar con base a puntajes individuales en cada factor familiar.

- Factor a. tipo de relaciones
- Factor e. satisfacción
- Factor d. valores
- Factor c. fuentes de apoyo del adolescente
- Factor b. estilo de afrontamiento de problemas

#### 8.4.1. Método para análisis de los resultados:

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de la creación de una matriz de datos con el programa Excel, además de la utilización del programa EPI INFO en la asociación de variables. Para el análisis de resultado se utilizaron los programas EXCEL 2003, MICROSOFT WORD 2003 y EPI INFO, realizando tablas y gráficos.

### 8.5 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

DEFINICIÓN	VARIABLES NOMINALES	VARIABLES OPERACIONALES
Establecimiento educacional	Institución en el cual se desempeña los años de estudio de enseñanza media	-Colegio Particular. -Liceo municipal.
Año que cursa	Corresponde al nivel de estudio en el que se encuentra.	-1° Medio -2° Medio
Rendimiento escolar	Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos cualitativos.	-Excelente > 6.0 -Bueno 5.1- 5.9 -Regular 4.1 -5.0 -Malo < 4.0
Nivel socioeconómico	Status económico ( según escala encuesta INTA) al cual se pertenece y se encuentra socialmente determinado, según los ingresos que percibe la familia del adolescente y otros factores culturales de la familia.	-Alto 8 -11 -Medio alto 12 - 15 -Medio 16 - 25 -Medio bajo 26 - 35 -Bajo 36 - 48
Estructura familiar	La componen los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.	- Familia Completa - Familia Extensa - Familia Mixta - Familia incompleta
Funcionalidad familiar	Consiste en la capacidad del sistema familiar (medida con test “Como es tu familia”) para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.	- Alto riesgo - Riesgo - Sin riesgo
Riesgo de anorexia nerviosa	Probabilidad de padecer la patología alimentaria de anorexia nerviosa, la que se evalúa por la presencia de miedo a ganar peso, motivación para adelgazar y restricción alimentaria, según escala test EAT 26.	EAT 0-9; Sin riesgo EAT 10-19; Bajo riesgo EAT > = 20; Alto riesgo
Estado nutricional	El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. La técnica más usada en la evaluación nutricional es la medición del peso y la talla. El índice de masa corporal corresponde a [peso (Kg.) / talla (m2)]	IMC  Obesidad > = 30 Sobrepeso 25- 29.9 Normal 20-24.9 Enflaquecido < 20

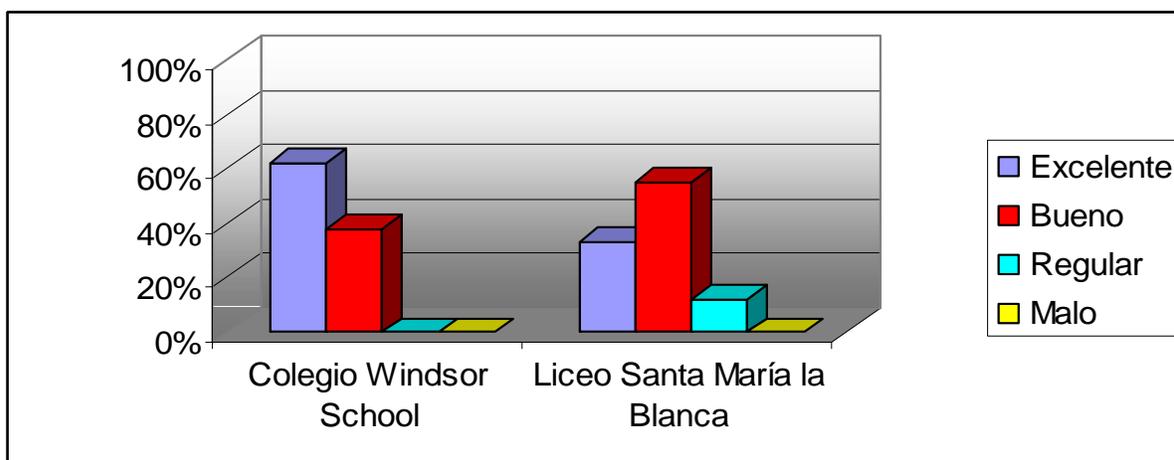
## 9. RESULTADOS.

La aplicación del instrumento permitió obtener los datos necesarios de un total de 160 estudiantes de enseñanza media, pertenecientes a 1° y 2° medio, de los establecimientos educacionales; Colegio Windsor School y Liceo Santa María la Blanca, correspondiendo 47 alumnas al Colegio Windsor School y 113 alumnas al Liceo Santa María la Blanca.

De la distribución por cursos, se obtiene que el 55% de las estudiantes pertenecientes al Colegio Windsor school, cursa el primer año medio. En cuanto al Liceo Santa María la Blanca, los resultados revelan que no existe mayor diferencia porcentual de estudiantes investigadas, según curso.

### I. Antecedentes de estudiantes Colegio Windsor School y Liceo Santa María la Blanca de Valdivia.

GRÁFICO N°1. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y rendimiento escolar. Valdivia Segundo semestre 2006.



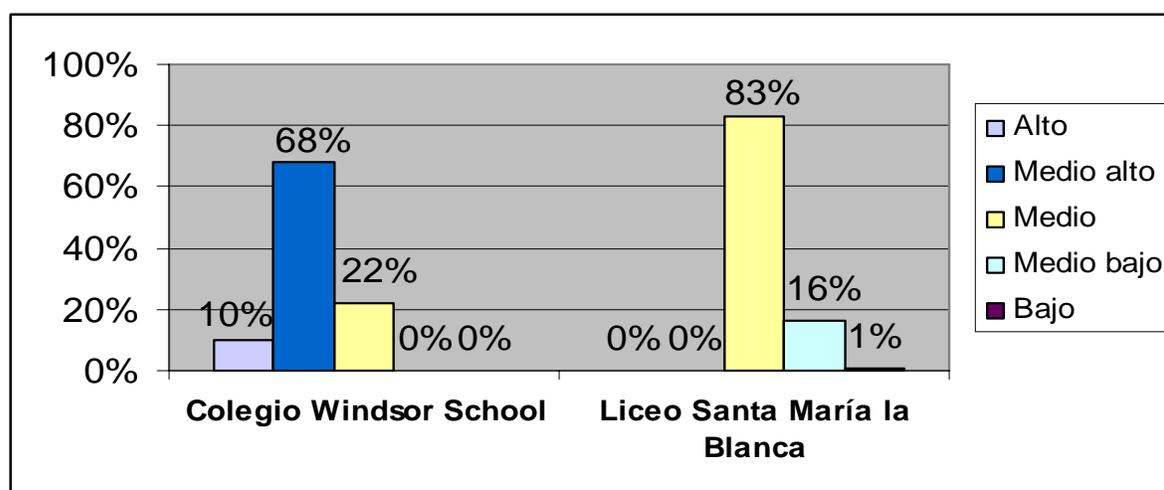
Fuente: Ídem.

Como se puede observar en el gráfico N° 1, el mayor número de estudiantes del colegio particular, tiene un rendimiento escolar excelente, es decir superior a nota 6.0., destacándose que no existen alumnas con rendimiento regular o malo, o sea con notas inferiores a 5.0.

Esta información crea una interrogante sobre la exigencia académica utilizada en este tipo de establecimientos en los cuales al parecer solo pertenecen estudiantes de buen rendimiento.

Por otra parte, al analizar el rendimiento escolar de las jóvenes del liceo municipal, se destaca un buen rendimiento ( el cual pertenece principalmente a los cursos 1° y 2° G ), sin embargo, existen alumnas dentro de las otras clasificaciones. Lo antes mencionado, alude a lo practicado en algunos establecimientos de Valdivia, en los cuales se categoriza la distribución de cursos alfabéticamente según rendimiento escolar, factores de índole familiar (estrato socioeconómico), problemas de conducta, u otros aspectos de las estudiantes.

GRÁFICO N°2. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y nivel socioeconómico. Valdivia, segundo semestre 2006.

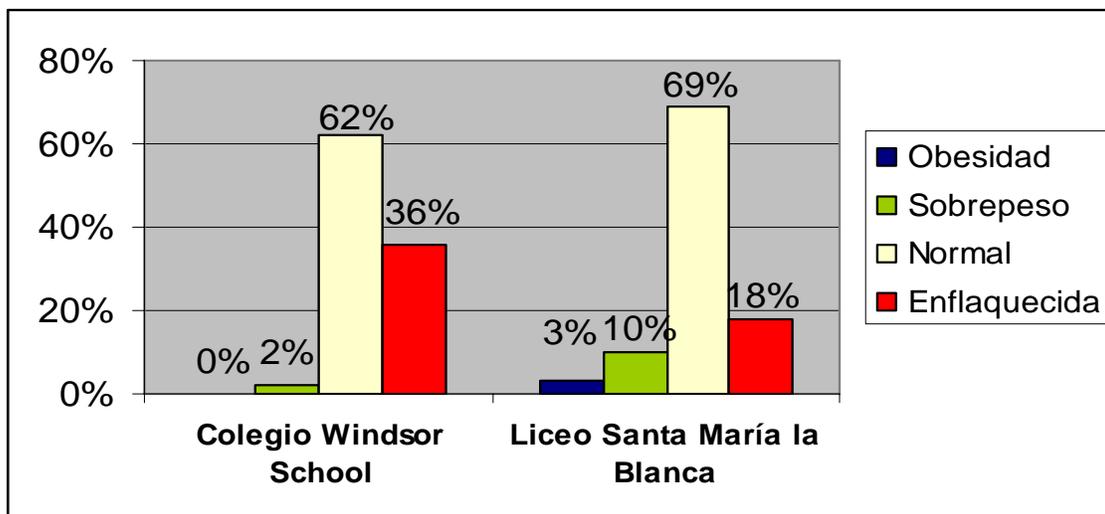


Fuente: Ídem.

Como cabe esperar, el nivel socioeconómico es más alto en el colegio privado. Llama la atención la ausencia prácticamente total del nivel bajo.

Se puede observar que en el establecimiento municipal, la mayoría de las estudiantes encuestadas pertenece a clase media.

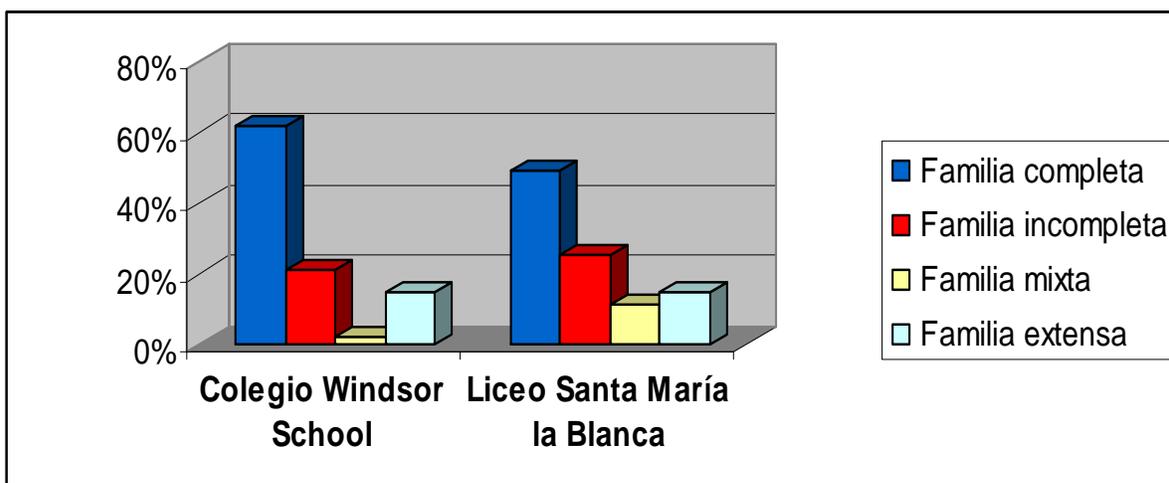
GRÁFICO N°3. Distribución porcentual de la población, según establecimiento e índice de masa corporal. Valdivia, segundo semestre 2006.



Fuente: Ídem.

Se destaca la existencia de un alto porcentaje de adolescentes que se encuentran enflaquecidas, principalmente en el colegio particular, el que duplica la proporción de niñas enflaquecidas al colegio municipal.

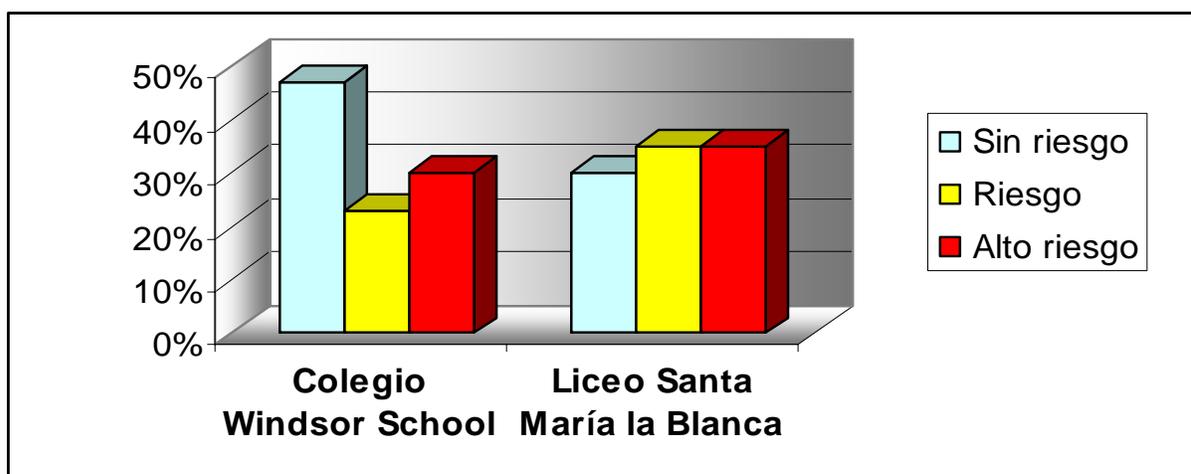
GRÁFICO N°4. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y estructura familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede percibir en el Gráfico N°4, en ambos establecimientos la proporción de familias incompletas y extensas son similares, mientras que las familias mixtas son más frecuentes en el Liceo Santa María la Blanca.

GRÁFICO N°5. Distribución porcentual de la población, según establecimiento y funcionalidad familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.

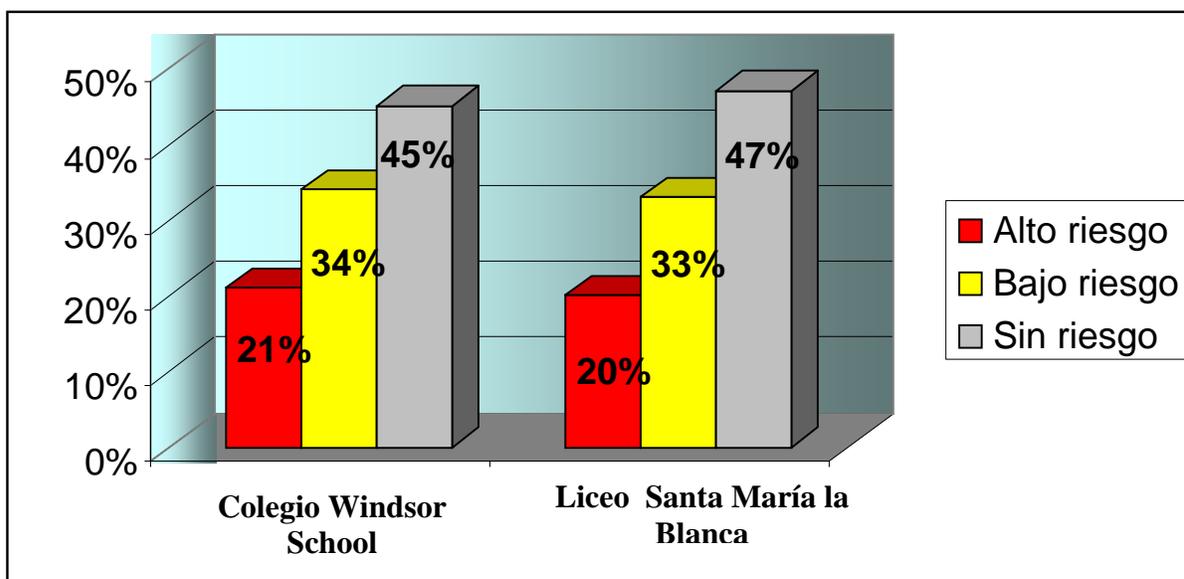


Fuente: Ídem.

Al determinar la vulnerabilidad familiar que poseen las jóvenes, es importante destacar que un 70 % de las familias de estudiantes del liceo municipal presentan algún riesgo, así como un 43% de las adolescentes del colegio particular, lo que sugiere una alarmante percepción de las jóvenes encuestadas sobre la realidad de sus familias.

## II. Factores asociados al riesgo de anorexia

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual de las adolescentes en estudio, según tipo de establecimiento educacional y grado de riesgo de anorexia. Valdivia, segundo semestre 2006.

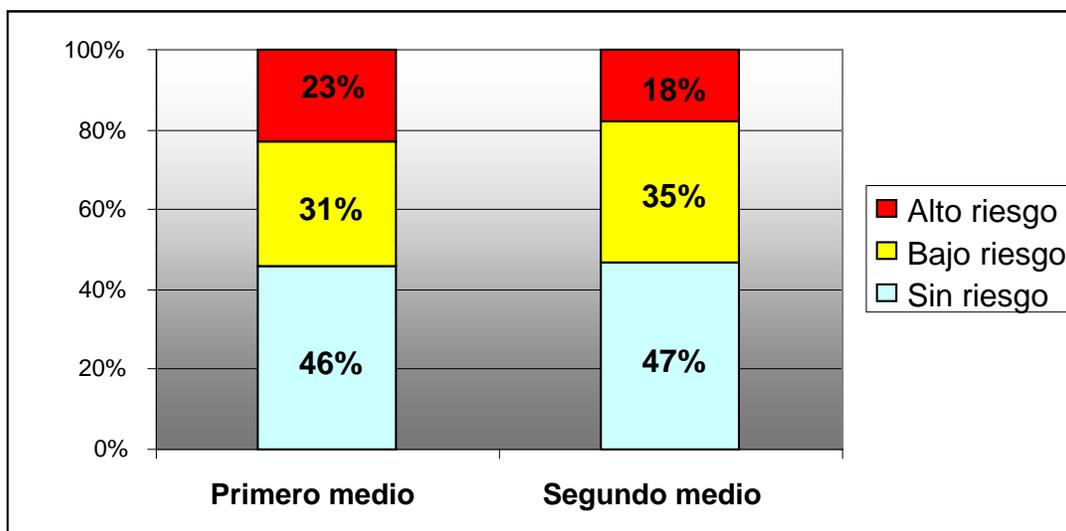


Fuente: Ídem

En la población estudiada, el comportamiento es similar en ambos grupos, en relación al riesgo de anorexia. Esto es muy llamativo dado las diferencias de nivel socioeconómico y de estado nutricional que existe entre ambos establecimientos.

No obstante, llama la atención la alta proporción de estudiantes en riesgo.

GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual del total de estudiantes encuestadas, según año que cursa y grado de riesgo de anorexia. Valdivia, segundo semestre 2006.



Fuente: Ídem

Del total de estudiantes, la relación entre el nivel de curso y el riesgo de anorexia no es muy significativa, ya que en ambos niveles de curso es mayor el número de estudiantes que presentan algún grado de riesgo de anorexia. Sin embargo, se puede establecer que del total de jóvenes, las estudiantes de primero medio presentan mayor índice de riesgo de anorexia.

TABLA N° 1. Distribución numérica y porcentual de las estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y rendimiento escolar. Valdivia, segundo semestre 2006.

<b>RENDIMIENTO ESCOLAR</b>				
<b>Riesgo Anorexia</b>	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Alto riesgo</b>	9	20	4	33
% Fila	27,3	60,6	12,1	100
% Columna	13,6	25	28,6	20,6
<b>Bajo riesgo</b>	21	25	6	52
% Fila	40,4	48,1	11,5	100
% Columna	31,8	31,3	42,9	32,5
<b>Sin riesgo</b>	36	35	4	75
% Fila	48	46,7	5,3	100
% Columna	54,5	43,8	28,6	46,9
<b>TOTAL</b>	66	80	14	160
% Fila	41,3	50	8,8	100
% Columna	100	100	100	100

Fuente: Ídem

#### **Análisis de tabla simple**

#### **Chi cuadrado gl Probabilidad**

5,2396      4      0,2636

En relación al rendimiento escolar, el mayor porcentaje pertenece a alumnas de buen rendimiento, y de estas la mayoría presenta riesgo de anorexia. En cuanto a las jóvenes que tienen un rendimiento escolar excelente, no existe diferencia significativa entre las que están con o sin riesgo de anorexia.

Para esto, la prueba de Chi-cuadrado señala que no existe asociación entre el rendimiento escolar y el riesgo de anorexia. Sin embargo, se establece una tendencia que indica que el rendimiento escolar es inversamente proporcional al riesgo de anorexia.

TABLA N° 2. Distribución numérica y porcentual de las estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y nivel socioeconómico. Valdivia, segundo semestre 2006.

<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>						
<b>Riesgo Anorexia</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio Bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Alto riesgo</b>	2	6	24	1	0	33
% Fila	6,1	18,2	72,7	3	0	100
% Columna	40	18,8	23,1	5,6	0	20,6
<b>Bajo riesgo</b>	0	11	32	8	1	52
% Fila	0	21,2	61,5	15,4	1,9	100
% Columna	0	34,4	30,8	44,4	100	32,5
<b>Sin riesgo</b>	3	15	48	9	0	75
% Fila	4	20	64	12	0	100
% Columna	60	46,9	46,2	50	0	46,9
<b>TOTAL</b>	5	32	104	18	1	160
% Fila	3,1	20	65	11,3	0,6	100
% Columna	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ídem

### **Análisis de tabla simple**

#### **Chi cuadrado gl Probabilidad**

8,1049      8      0,4233

Del total de población, se evidencia una tendencia de que a menor nivel socioeconómico, mayor es el riesgo de anorexia; sin embargo, cabe destacar, que en el nivel socioeconómico alto aunque la proporción global es menor, todas las estudiantes de riesgo clasificaron en alto riesgo.

TABLA N° 3. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia e índice de masa corporal. Valdivia, segundo semestre 2006.

<b>IMC</b>					
<b>Riesgo Anorexia</b>	<b>Enflaquecida</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesa</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Alto riesgo</b>	9	23	1	0	33
% Fila	27,3	69,7	3	0	100
% Columna	25	21,1	8,3	0	20,6
<b>Bajo riesgo</b>	10	34	6	2	52
% Fila	19,2	65,4	11,5	3,8	100
% Columna	27,8	31,2	50	66,7	32,5
<b>Sin riesgo</b>	17	52	5	1	75
% Fila	22,7	69,3	6,7	1,3	100
% Columna	47,2	47,7	41,7	33,3	46,9
<b>TOTAL</b>	36	109	12	3	160
% Fila	22,5	68,1	7,5	1,9	100
% Columna	100	100	100	100	100

Fuente: Ídem

### **Análisis de tabla simple**

#### **Chi cuadrado gl Probabilidad**

4,5603      6      0,6013

De la población total se destaca que dos tercios de las adolescentes presenta un estado nutricional normal, y de éstas 52,3% tiene algún grado de riesgo de anorexia. En cuanto al 22,5% de las alumnas que se encuentran enflaquecidas, cabe destacar que, si bien presentan una proporción similar en riesgo de anorexia, la proporción de niñas en alto riesgo es mayor.

Aún cuando no se encuentran prevalencias altas de sobrepeso y obesidad, se observa que en este grupo una de cada 10 adolescentes también presenta riesgo de anorexia nerviosa.

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado, esta señala que no existe asociación entre el IMC y el riesgo de anorexia, sin embargo es posible evaluar las tendencias que se observan en la tabla, ya que no existe la frecuencia requerida en cada variable para que esta prueba sea fidedigna.

TABLA N°4. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y estructura familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>					
<b>Riesgo Anorexia</b>	<b>Completa</b>	<b>Incompleta</b>	<b>Mixta</b>	<b>Extensa</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Alto riesgo</b>	20	8	3	2	33
% Fila	60,6	24,2	9,1	6,1	100
% Columna	23,8	21,1	21,4	8,3	20,6
<b>Bajo riesgo</b>	24	13	5	10	52
% Fila	46,2	25	9,6	19,2	100
% Columna	28,6	34,2	35,7	41,7	32,5
<b>Sin riesgo</b>	40	17	6	12	75
% Fila	53,3	22,7	8	16	100
% Columna	47,6	44,7	42,9	50	46,9
<b>TOTAL</b>	84	38	14	24	160
% Fila	52,5	23,8	8,8	15	100
% Columna	100	100	100	100	100

Fuente: Ídem

#### **Análisis de tabla simple**

#### **Chi cuadrado gl Probabilidad**

3,4222      6      0,7543

La mayor parte de las estudiantes vive en familias de tipo completa.

En cuanto al riesgo de anorexia, se debe destacar que en todos los tipos de familia la tendencia es que aproximadamente la mitad de las adolescentes presentan algún grado de riesgo de anorexia, sin embargo en las familias extensas hay una proporción notoriamente menor de niñas en alto riesgo. La prueba de Chi-cuadrado no encuentra asociación entre la estructura familiar y el riesgo de anorexia.

TABLA N°5. Distribución numérica y porcentual de estudiantes, según grado de riesgo de anorexia y funcionalidad familiar. Valdivia, segundo semestre 2006.

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>				
<b>Riesgo Anorexia</b>	<b>Alto riesgo</b>	<b>No riesgo</b>	<b>Riesgo</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Alto riesgo</b>	11	11	11	33
% Fila	33,3	33,3	33,3	100
% Columna	20	20,4	21,6	20,6
<b>Bajo riesgo</b>	17	18	17	52
% Fila	32,7	34,6	32,7	100
% Columna	30,9	33,3	33,3	32,5
<b>Sin riesgo</b>	27	25	23	75
% Fila	36	33,3	30,7	100
% Columna	49,1	46,3	45,1	46,9
<b>TOTAL</b>	55	54	51	160
% Fila	34,4	33,8	31,9	100
% Columna	100	100	100	100

Fuente: Ídem

### **Análisis de tabla simple**

#### **Chi cuadrado gl Probabilidad**

0,1952    4    0,9955

Del total de población se evidencia que las jóvenes con alto riesgo familiar presentan una proporción levemente menor de riesgo de anorexia (50,9%) en comparación con el grupo con riesgo y las sin riesgo familiar (54,9% y 53,7% respectivamente).

En la tabla N° 5 se evidencia que no existe asociación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de anorexia.

Por otra parte, es importante mencionar que de la percepción que presentan las adolescentes en cuanto a su familia, se puede decir que las jóvenes con alto y bajo riesgo de anorexia presentan, en mayor proporción, características de vulnerabilidad en la jerarquía, percepción de roles y comunicación con los padres (destacándose mayor riesgo en la establecida con el padre). Además se evidencia en estos casos, la presencia de riesgo en la capacidad familiar para el afrontamiento o resolución de problemas.

## 10. DISCUSIÓN.

De acuerdo al objetivo de este estudio se buscó caracterizar a un grupo de estudiantes en el cual se determinaría si la presencia de riesgo de anorexia en la adolescente se relaciona con el nivel de funcionalidad de su familia.

Una de las principales limitaciones de este estudio fue no haber incluido a los padres de las adolescentes, ya que podrían haber aportado y matizado algunos elementos sobre las conductas alimentarias de las jóvenes y el funcionamiento familiar que presentan, pero no fue posible incluirlos por cuestiones de factibilidad, tales como tiempo y disponibilidad, por parte de los establecimientos, en la convocatoria de los padres para la aplicación de la encuesta. Sin embargo, vale la pena comentar los hallazgos obtenidos, de acuerdo a la percepción de las adolescentes.

De los resultados se logra desprender que de las adolescentes estudiadas en ambos establecimientos educacionales (población femenina) se logró un número de alumnas similar entre primero y segundo medio. Se debe mencionar que los estudios recientes demuestran que un 85% de los pacientes que desarrollan anorexia lo hacen entre los 13 y los 20 años de edad, cifras que reflejan que los inicios del trastorno se encuentran aproximadamente en los años que cursa la población de estudio.

Cabe destacar que en el total de la población estudiada, más de la mitad de las adolescentes presenta algún nivel de riesgo de anorexia, sin diferencias significativas entre establecimientos.

Esto es un resultado muy alarmante, por la masiva prevalencia del riesgo. Además se evidencia la necesidad de más investigación, ya que las diferencias del IMC observadas entre los establecimientos, obedecerían entonces a otros factores que no son el riesgo de anorexia, el nivel socioeconómico, ni el funcionamiento o la estructura familiar.

En cuanto al rendimiento escolar, el mayor porcentaje de estudiantes del Colegio Windsor School presentan un promedio excelente, mientras que en el Liceo Santa María la Blanca, se destaca un buen rendimiento. Alumnas con rendimiento regular sólo se encontró en el Liceo municipal.

Al relacionar esta variable con el riesgo de anorexia, se observó que existe una tendencia de que a menor rendimiento escolar es mayor el riesgo de anorexia. Sin embargo, esta tendencia no tiene asociación verificable con la prueba de Chi cuadrado.

Estudios como el realizado por la sección de psiquiatría infantil del hospital Clinic provincial de Barcelona en 1995, describe la personalidad previa de las anoréxicas como personas autoexigentes y sobresalientes en los estudios.

De acuerdo al nivel socioeconómico familiar, un alto porcentaje de estudiantes del Colegio particular se clasifica dentro del nivel medio alto, mientras que las alumnas del Liceo Municipal pertenecen, en su mayoría, al nivel de clase media. También se ha encontrado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto. Al comparar esto con el riesgo de anorexia, no se pudo establecer una relación debido a que es muy marcado el nivel socioeconómico en cada establecimiento, y estadísticamente no se demuestra que el nivel socioeconómico se asocie al riesgo de anorexia. Sin embargo, en el Colegio Windsor School las alumnas con riesgo de anorexia (alto y bajo) que pertenecen a clase media alta, superan a las que no presentan riesgo. A su vez, en el Liceo Santa María la Blanca, las jóvenes de riesgo pertenecen a clase media, se encuentran en mayor proporción, lo que coincide con estudios recientes que mencionan una representación de esta patología en todas las clases sociales.

Con respecto al Índice de masa corporal, las adolescentes de ambos establecimientos se encuentran mayoritariamente dentro de un rango normal. A su vez, cabe destacar que existe una alta proporción de jóvenes enflaquecidas, las cuales pertenecen en su mayoría al Colegio particular. Esto relacionado con el riesgo de anorexia, representa una mayor preocupación ya que existe, en ambos establecimientos, un índice de jóvenes no menor que son enflaquecidas y poseen un alto riesgo de anorexia. Por otra parte, en el liceo municipal existen alumnas con sobrepeso que poseen un riesgo de presentar anorexia.

Es importante destacar la prevalencia de un alto índice de obesidad en la población chilena, lo que no se ve reflejado en el grupo de adolescentes encuestadas en los diferentes establecimientos.

Al determinar la estructura familiar de las adolescentes, en ambos establecimientos las familias se agrupan, en su mayoría, en la categoría de completas. En menor porcentaje se encuentran estudiantes con familias de tipo incompletas y extensas, siendo muy pocas las clasificadas como mixtas. No se estableció asociación entre la estructura familiar y el riesgo de anorexia.

Según la opinión de las adolescentes en estudio en relación a la funcionalidad familiar, se puede decir que mientras en el Colegio particular la mayor parte se clasifica como familias sin riesgo en su funcionamiento, en el Liceo municipal la mayoría de las familias se encuentran en el rango de riesgo y alto riesgo de vulnerabilidad familiar. Además, no se pudo establecer asociación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo de anorexia.

Aún así, existen estudios que describen que las familias disfuncionales aumentan el riesgo de padecer anorexia nerviosa. La investigación realizada por Hernández (2006) en estudiantes de un establecimiento privado en México señala que “los jóvenes perciben la desestructuración familiar en forma de tensión, ansiedad, frustración e insatisfacción para consigo mismo”, lo que se transforma en factor predisponente de riesgo para un trastorno alimentario.

Por lo referido anteriormente, es importante mencionar que de los factores de funcionamiento familiar analizados, las adolescentes con riesgo de anorexia del colegio particular perciben mayor vulnerabilidad en la presencia de jerarquía y límites, en relación a las jóvenes sin riesgo de trastorno, y de la misma manera se puede decir que las adolescentes del liceo municipal con alto y bajo riesgo de anorexia presentan, en mayor proporción, características de vulnerabilidad en la jerarquía, percepción de roles y comunicación con los padres (destacándose mayor riesgo en la establecida con el padre). Además se evidencia en estos casos, la presencia de riesgo en la capacidad familiar para el afrontamiento o resolución de problemas, características también mencionadas por Onnis (1990).

De lo antes mencionado, se sugiere que a pesar de no encontrar relación entre el riesgo de anorexia y el funcionamiento familiar, existen características familiares en las jóvenes de riesgo de anorexia que se asemejan a lo descrito en la literatura.

## 11. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado se puede concluir que:

1. Del total de adolescentes encuestadas en el Colegio Windsor School y Liceo Santa María la Blanca, una de cada cinco presenta alto riesgo de anorexia.
2. En ambos establecimientos la prevalencia de riesgo de anorexia, se presenta en forma alarmante. Por otra parte, el riesgo de anorexia no demuestra mayor diferencia en cuanto al año cursado.
3. Con respecto al rendimiento escolar: se pudo establecer que existe una tendencia que sugiere que el rendimiento es inversamente proporcional al riesgo de anorexia.
4. Del nivel socioeconómico se debe mencionar que en el total de la población estudiada, no existiría relación entre el nivel socioeconómico y el riesgo de anorexia.
5. Existe diferencia significativa entre el tipo de colegio y el status económico al que pertenecen las estudiantes.
6. Las adolescentes de ambos establecimientos se encuentran, en su mayoría, en un rango normal de estado nutricional. Sin embargo, existe un índice preocupante de jóvenes enflaquecidas con alto riesgo de anorexia, lo que enfoca un signo de alerta en la población de estudio. También llama la atención la proporción de normales que están en riesgo, lo que obliga a ser mucho más perceptivo y proactivo para la prevención.
7. En relación a la funcionalidad familiar, en el Colegio particular la mayor parte de adolescentes considera de no riesgo el funcionamiento de sus familias, mientras que en el Liceo municipal la mayoría de las familias son percibidas por las adolescentes como de riesgo y alto riesgo de funcionalidad familiar. Sin embargo, no se pudo establecer una asociación entre el riesgo de anorexia y el funcionamiento familiar ya que no existe diferencia estadísticamente significativa para los distintos grupos de familias.

8. De la totalidad de factores estudiados en cuanto a las características del funcionamiento familiar, se destaca la percepción que presentan las adolescentes con riesgo de anorexia en relación a la escasa capacidad de resolución de conflictos familiares, problemas de comunicación con los padres (principalmente padre-hija), y establecimiento de límites y roles familiares.

Según lo descrito en gran parte de la literatura, características familiares como las nombradas anteriormente, desempeñan una función desencadenante y perpetuante en el desarrollo de la anorexia. Sin embargo, al no poder establecer si el funcionamiento familiar, en su totalidad, está relacionado con el riesgo de anorexia, se debería plantear el concepto familiar desde la perspectiva terapéutica. Con esto, se pretende señalar la importancia del entorno familiar en la detección precoz, y tratamiento del trastorno alimentario; “la familia no debe ser vista necesariamente como generadora de patología sino como un buen recurso de salud” (Behar- Figueroa, 2005).

Así como debemos incluir a la familia en el tratamiento de las adolescentes con anorexia nerviosa, es importante fomentar estrategias de prevención en los establecimientos educacionales, ya que en éstos se realiza gran parte de la formación del ser humano. De esta manera, al ser la población de estudio alumnas de establecimientos educacionales, se pondrá en alerta a estas instituciones sobre la importancia de los trastornos alimentarios en las adolescentes, lo que permitirá educar a las alumnas y padres de éstas para su prevención y derivación a especialistas cuando sea necesario.

Por otra parte, al ser el tema de los trastornos alimentarios muy estudiado en los últimos años, existen variadas investigaciones que indican la prevalencia y riesgo de anorexia, así como su relación con lo que impone la sociedad a través de los medios de comunicación. Este es uno de los factores más importantes en el desarrollo de este tipo de patología, y es que en nuestra sociedad se asocia de forma particular la salud y belleza. Además, el contenido de anuncios publicitarios, televisivos y modelos a seguir con la imagen de perfección sólo exige la elaboración de estrategias que permitan recuperar la objetividad acerca de estos temas.

Los trastornos de la alimentación se han convertido en un problema de salud pública que afecta cada vez más a nuestra sociedad. Y es así como desde hace algún tiempo, los medios de comunicación han difundido que en el mundo de la moda no se permitirán maniqués en cuyo rango de peso se encuentren enflaquecidas. De igual manera, estos medios se encargan de advertir, cada vez de forma más explícita, la realidad en la que se encuentran las jóvenes con esta patología.

Para poder actuar en la prevención de los trastornos alimentarios es necesario realizar tareas de detección de la población de riesgo, materia en la que Enfermería tiene una difícil misión. Debemos utilizar las herramientas necesarias adquiridas en nuestra formación y actuar como agentes de salud a nivel familiar, difundiendo hábitos saludables y evitar estilos de vida de riesgo en este segmento de población.

Además es posible utilizar el modelo de Peplau, el cual considera a la enfermera como elemento esencial para lograr un proceso interprofesional terapéutico, lo que permite indagar en nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud de los jóvenes, así como descubrir las destrezas de enfermería en la intervención de este tipo de trastornos.

En cuanto a la población de riesgo detectada en la presente investigación, se recomienda procurar una vigilancia especial en la que utilicen medidas de prevención primaria, esto a través del contacto con las entidades de salud de los diferentes establecimientos.

Finalmente, se pretende dar inicio a futuras investigaciones que aborden la prevención de trastornos alimentarios, considerando la importancia de la salud familiar en el abordaje de este tipo de trastornos.

## 12. BIBLIOGRAFÍA.

Behar, A., Manzo, G. y Casanova Z. 2006. *Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad*. Rev. méd. Chile. [online]. vol.134, no.3  
En línea: <http://www.scielo.cl>. [citado 06 Septiembre, 2006]

Bravo, M., Pérez, A. y Plana R. 2000. *Anorexia nerviosa: características y síntomas*. Rev Cubana Pediatr. [online]. vol.72, no.4  
En línea: <http://scielo.sld.cu/scielo.php> [citado 05 Noviembre 2007]

Correa, V., Zubarew, G. y Silva, M. 2006. *Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana*. . Rev. chil. pediatr.. [online]. vol.77, no.2  
En línea: <http://www.scielo.cl>. [citado 04 Septiembre 2006]

Erkizia, B. 2005. *Anorexia: fracaso de la mismidad*. Asociación española de neuropsiquiatría. Ed. OME. España.  
En línea: <http://www.ome-aen.org/euskera.htm>. [citado 20 Noviembre 2006]

García-Camba. 2001. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Ed. Masson. Barcelona, España. pp3-27.

García, N. 2004. Tesis doctoral: *Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1*. Universidad Autónoma de Barcelona.  
En línea: <http://www.tdx.cesca.es> [citado 31 agosto 2006]

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. 1982. *La prueba de comportamientos el comer: Características Psicometricas correlativos clínicos*. Medicina psicológica, 12, 871-878. Ohio, EE.UU.  
En línea: <http://www.river-centre.org>. [citado 30 agosto 2006]

González, C. y Urrutia P. 2006. *Anorexia: ahora también problema de niños*. Santiago, Chile.  
En línea: <http://www.padresok.cl>. [citado 28 agosto 2006]

Hernández, C. 1996. *Familia y Adolescencia: Indicadores De Salud. Manual De Aplicación De Instrumentos*. Fundación W. K. Kellogg. Washington, D.C., E. U. A.  
En línea: <http://www.uvmnet.edu> [citado junio 2007]

Hernández, M. 2006. *Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México*. Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica. Universidad del Valle de México. Episteme No. 8-9.

Hidalgo, C. 1999. *Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria*. Ediciones Universidad Católica de Chile. 60p

Juárez, M. y col. 2003. *Trastornos de la alimentación y culto al cuerpo. Más allá de la anorexia y la bulimia: ortorexia, vigorexia y síndrome del Gourment*. Revista Index Enfermería. España. Año XII N° 40-41

López, B. 2005 Tesis de grado: *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. Centro universitario de ciencias de la salud, Universidad de Guadalajara, México.

En línea: <http://www.tallersur.com>. [citado 01 septiembre 2006]

Mandakovic, V. 2005. Tesis de grado: *Estudio de los desórdenes alimentarios psicogénicos e indicaciones para una psicoterapia constructivista cognitiva de la anorexia nerviosa*. Universidad de Chile.

En línea: <http://www.comunitarios.cl> [citado 05 septiembre 2006]

Marín, F. 2003. *Presentación de resultados por medio de gráficos*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marín, F. 2005. *Introducción a Epi Info 2004*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marín, B. 2002. *Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes*. *Rev. chil. nutr.* [online]. vol.29, no.2.

En línea: <http://www.scielo.cl> [citado 04 Diciembre 2006]

Marriner-Tomey, A. 2003. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Editorial Mosby. Madrid.

Marsellach, G. 2007. *Terapia familiar*. Artículo temas de autoayuda. Chile.  
En línea: <http://usuarios.lycos.es/punto de vista> [citado agosto 2007]

Moreno, J. 2001. *Alteraciones del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia*. Hospital Universitario, Unidad Nutrición, IMSALUD, Madrid.  
En línea: <http://es.salut.conecta.it/descripcionanorexia.htm> [citado 02 septiembre 2006]

Perpiñá, C. y Baños, R. 1990. *Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes*. Anales de Psicología. Revista de psicología en formato electrónico Universidad de Murcia. España.  
En línea: <http://www.um.es> [citado 30 agosto 2006]

Rivarola, M. y Penna, F. 2006. *Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal*. Revista intercontinental de Psicología y educación. Vol. 8, num. 2. Universidad intercontinental. México.  
En línea: <http://redalyc.uaemex.mx> [citado septiembre 2007]

Urrejola, P. 2005. *Curso salud y desarrollo del adolescente*. Módulo 3, lección 9: Trastornos nutricionales. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
En línea: <http://www.escuela.med.puc.cl> [citado 04 septiembre 2006]

Zagalaz, M. 2005. *Distorsión De La Imagen Corporal En La Anorexia Nerviosa. Programa De Prevención Desde La Educación Física Escolar*. Revista Fuentes. [edición digital]. vol. 6, Universidad de Sevilla. España.  
En línea: <http://www.revistafuentes.org> [citado 03 septiembre 2006]

# **ANEXOS.**

## **ANEXO I: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, accedo a contestar libremente la encuesta que me ha sido entregada, la cual es instrumento de la investigación “Prevalencia de adolescentes con riesgo de anorexia nerviosa en establecimientos de Valdivia: aproximación desde una percepción familiar”, realizada por la Srta. Jessica Muñoz O., egresada de Enfermería de la Universidad Austral de Chile para Optar al grado de Licenciada en Enfermería. Se me pone en conocimiento que los datos recopilados serán tratados de forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Firma Encuestado

\_\_\_\_\_  
Firma Tesista

## ANEXO II: INSTRUMENTO

La siguiente encuesta se utilizará para determinar las conductas alimentarias de adolescentes. Esta encuesta es de carácter confidencial y voluntaria.

Para responder debe marcar con una X en el espacio indicado, según corresponda.

### I ITEM: ANTECEDENTES PERSONALES:

- A. Nombre: \_\_\_\_\_
- B. Establecimiento Educacional:
1. Colegio Windsor School \_\_\_\_\_
  2. Liceo Santa María la Blanca \_\_\_\_\_
- C. Año que cursa:
1. 1° Medio \_\_\_\_\_
  2. 2° Medio \_\_\_\_\_
- D. Rendimiento escolar: (Promedio de notas año anterior) \_\_\_\_\_
- E. Peso (en Kgs) \_\_\_\_\_
- F. Talla (en mts) \_\_\_\_\_

### II ITEM: ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:

- A. Número de personas que viven en la casa ( comen y duermen)\_\_\_\_\_
- B. Escolaridad del jefe de hogar (persona que mantiene el hogar)
6. \_\_\_\_\_ Analfabeto
  5. \_\_\_\_\_ Básica incompleta.
  4. \_\_\_\_\_ Básica completa/media incompleta.
  3. \_\_\_\_\_ Media completa o técnica
  2. \_\_\_\_\_ Universitaria incompleta.
  1. \_\_\_\_\_ Universitaria completa.
- C. Actividad del jefe de hogar:
6. \_\_\_\_\_ Cesante.
  5. \_\_\_\_\_ Ingresos inestables (pololos).
  4. \_\_\_\_\_ Pensionado o jubilado).
  3. \_\_\_\_\_ Obrero estable (secretaria, auxiliar)
  2. \_\_\_\_\_ Profesional o microempresario (panadería, comercio).
  1. \_\_\_\_\_ Empresario individual o industrial (constructora, buses)

D. El sitio donde vive tu familia, la ocupan en calidad de:

6. \_\_\_\_\_ Allegado.
5. \_\_\_\_\_ Toma de sitio no saneado.
4. \_\_\_\_\_ Usufructuario, préstamo.
3. \_\_\_\_\_ Arrendatario.
2. \_\_\_\_\_ Pagando dividendo u otra deuda de la vivienda.
1. \_\_\_\_\_ Dueño.

E. El tipo de casa es de:

6. \_\_\_\_\_ Casa autoconstrucción con material ligero sin sedimentos.
5. \_\_\_\_\_ Casa pareada o departamento, con 2 o menos dormitorios (población).
4. \_\_\_\_\_ Casa pareada o departamento, con más de 2 dormitorios (población).
3. \_\_\_\_\_ Casa pareada o departamento, con más de 2 dormitorios (villas).
2. \_\_\_\_\_ Casa independiente, con más de 2 dormitorios (villas).
1. \_\_\_\_\_ Casa autoconstrucción, según planos de arquitecto.

F. ¿En su casa duermen dos personas juntas que no sean la pareja?

6. \_\_\_\_\_ Sí.
1. \_\_\_\_\_ No.

G. ¿El agua que usa para cocinar la tiene en el lugar de la cocina?

1. \_\_\_\_\_ Sí.
6. \_\_\_\_\_ No.

H. Tu familia posee: (marque una o más según corresponda en su hogar familiar)

1. \_\_\_\_\_ TV.
2. \_\_\_\_\_ Equipo modular.
3. \_\_\_\_\_ Refrigerador.
4. \_\_\_\_\_ Lavadora automática.
5. \_\_\_\_\_ Computador.
6. \_\_\_\_\_ Auto.

ÍTEM III

Test EAT-26

Marca con una X, la alternativa que más te represente.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuo no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

## ITEM IV

## COMO ES TU FAMILIA

**1. ¿Con quién vives? (A continuación coloca una X en el espacio que corresponda a cada alternativa.)**

Sí	No	
_____	_____	Mi madre
_____	_____	Mi padre
_____	_____	Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
_____	_____	Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)
_____	_____	Uno o más de mis abuelos
_____	_____	Uno o más de mis tíos
_____	_____	Otro(s) adulto(s)

**2. ¿Cuántos hijos hay en tu familia, incluyéndote? (Cuenta los hermanos(as) que tienen relación de sangre, de adopción o matrimonio.) (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

_____ Soy único(a)	_____ Hay seis (6) hijos
_____ Hay dos (2) hijos	_____ Hay siete (7) hijos
_____ Hay tres (3) hijos	_____ Hay ocho (8) hijos
_____ Hay cuatro (4) hijos	_____ Hay nueve (9) hijos
_____ Hay cinco (5) hijos	_____ Hay más de 9 hijos

**3. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

_____ Soy el único hijo en mi familia (no tengo hermanos)
_____ Soy el mayor de mis hermanos
_____ Estoy entre el mayor y el menor
_____ Soy el menor de mis hermanos

**4. ¿Cómo es tu familia? (Piensa cómo es tu familia actualmente. Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)**

<b>En Nuestra Familia</b>	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	1	2	3	4	5
b. Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea	1	2	3	4	5
c. Nos pedimos ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
d. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de los problemas	1	2	3	4	5
e. Cuando surgen problemas, nosotros nos unimos para afrontarlos	1	2	3	4	5
f. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
<b>Tus Parientes</b>	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
g. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes	1	2	3	4	5
h. Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	1	2	3	4	5

**5. ¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.).**

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Buscando consejo o ayuda en los amigos	1	2	3	4	5
b. Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos	1	2	3	4	5
c. Buscando consejo o ayuda de un sacerdote, un religioso o un pastor	1	2	3	4	5
d. Buscando consejo o ayuda de profesionales (abogado, médicos, etc.)	1	2	3	4	5
e. Buscando consejo o ayuda en los programas que existen en nuestra comunidad para atender a las personas que tengan esas dificultades	1	2	3	4	5
f. Confiando en que nosotros podremos manejar solos nuestros problemas	1	2	3	4	5
g. Definiendo los problemas en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados	1	2	3	4	5
h. Buscando nuevas formas de afrontar los problemas	1	2	3	4	5

**6. ¿Cuándo estás en dificultades, a quiénes puedes acudir tú para encontrar apoyo? (Encierre en un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)**

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de mis padres	1	2	3	4	5
b. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis hermanos	1	2	3	4	5
c. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis parientes	1	2	3	4	5
d. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis amigos personales	1	2	3	4	5
e. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de algún otro adulto	1	2	3	4	5

**7. ¿Quién funciona como madre en tu familia ahora? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

- Mi madre (biológica o adoptiva)  
 Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)  
 Otra mujer en mi familia funciona como madre  
 Nadie funciona como madre

**8. ¿Cómo es tu relación con ella? (Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)**

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	No se aplica
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	1	2	3	4	5	9
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1	2	3	4	5	9
c. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5	9
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5	9

**9. ¿Quién funciona como padre en tu familia ahora? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

- Mi padre (biológico o adoptivo)  
 Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)  
 Otro hombre en mi familia funciona como padre  
 Nadie funciona como padre

**10. ¿Cómo es tu relación con él? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)**

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	No se aplica
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	1	2	3	4	5	9
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1	2	3	4	5	9
c. El puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5	9
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5	9

**11. Lee las siguientes actividades e identifica si se realizan o no en tu familia (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)**

	Totalmente falso	Casi falso	Ni falso ni cierto	Casi cierto	Totalmente cierto
a. El padre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
b. La madre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
c. La familia completa comparte alguna comida cada día	1	2	3	4	5
d. Todos nosotros tomamos, cada noche, un tiempo para conversar o compartir alguna actividad	1	2	3	4	5
e. Hacemos algo como familia por lo menos una vez por semana	1	2	3	4	5

**12. En mi familia sabemos muy bien quién manda. (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

- Totalmente falso  
 Casi falso  
 Ni falso ni cierto  
 Casi cierto  
 Totalmente cierto

**13. ¿Quién manda en tu familia? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

- Mi madre  
 Mi padre  
 Ambos  
 Pareja de mi padre (conviviente, compañera)  
 Pareja de mi madre (conviviente, compañero)  
 Otra persona (por ejemplo, un abuelo o hermano mayor)  
 Nadie  
 No sé  
 Todos

**14. ¿Estás satisfecho o no con los siguientes aspectos de tu vida? (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)**

	Totalmente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
a. Contigo mismo	1	2	3	4	5
b. Tus amigos	1	2	3	4	5
c. La vida religiosa de tu familia	1	2	3	4	5
d. Los servicios de salud de que dispone tu familia	1	2	3	4	5
e. El barrio o comunidad donde vives	1	2	3	4	5
f. La situación económica de tu familia	1	2	3	4	5
g. Tu rendimiento escolar	1	2	3	4	5
h. Tu trabajo o tu ocupación principal	1	2	3	4	5
i. Tu familia	1	2	3	4	5

**15. Lee los siguientes aspectos de la vida y determina si cada uno tiene importancia para ti. (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)**

	Nada importante	Más o menos importante	Muy importante	Definitivo para vivir
a. Alcanzar un alto nivel de estudios	1	2	3	4
b. Realizarse en el trabajo u ocupación que uno escoja	1	2	3	4
c. Tener mucha influencia sobre los demás en el estudio, el trabajo o la comunidad	1	2	3	4
d. Tener mucho dinero	1	2	3	4
e. Tener una vida sexual activa	1	2	3	4
f. Tener una familia unida	1	2	3	4
g. Ser respetado por los demás como persona, independientemente del sexo, edad o creencias	1	2	3	4
h. Respetar a los demás como persona, independientemente del sexo, edad o creencias	1	2	3	4
i. Ser una persona honesta y recta	1	2	3	4
j. Creer en Dios o en un Ser superior	1	2	3	4

**16. ¿Comparándote con tu grupo de compañeros o amigos, cómo te consideras tú? (Coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)**

- Uno de los menos felices  
 Menos feliz que la mayoría  
 Tan feliz como la mayoría  
 Más feliz que la mayoría  
 Uno de los más felices