



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Conductas de control de peso en mujeres adolescentes:

**un estudio descriptivo, correlacional y comparativo de riesgo,
según Índice de masa corporal, Insatisfacción corporal y
Obsesión por la delgadez en escolares de establecimientos
municipalizados de Valparaíso.**

**SCARLETT FERNANDA FREZ HERNÁNDEZ
CAROLA ALEJANDRA LAGOS OLIVARES
MARÍA PAZ MARÍN FARÍAS
MARÍA DE LOS ÁNGELES PINTO BARAHONA
ÉRIKA ANDREA SUZARTE AGUILERA**

PROFESORA GUÍA: M. LILIANA CONTRERAS ALARCÓN

Seminario presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso
para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título de Psicólogo.

Enero 2011
Valparaíso, Chile

INDICE

	Página
DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE GRAFICOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
RESUMEN.....	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 CONCEPTO DE SALUD	5
2.2 ADOLESCENCIA	6
2.2.1 Pubertad.....	7
2.2.2 Cambios psicosociales.....	8
2.2.3 Cambios Intelectuales, Desarrollo de la Identidad y Autoconcepto en Adolescentes.....	9
2.3 IMAGEN CORPORAL.....	10
2.3.1 Influencia Cultural en los Patrones Estéticos Corporales.....	13
2.4 OBESIDAD.....	14
2.5 ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES	18
2.6 CONDUCTAS DE CONTROL DE PESO	20
2.6.1 Dietas Restrictivas.....	20
2.6.2 Conductas de Control de Peso No Purgativas	20
2.6.2.1 El Ayuno	21
2.6.2.2 El Ejercicio Excesivo	21
2.6.3 Conductas de Control de Peso de Tipo Purgativas.....	22
2.6.3.1 Vómito Autoinducido.....	22
2.6.3.2 Uso de Diuréticos	23
2.6.3.3 Uso de Laxantes	23

2.6.4	Otras Conductas de Control de Peso	24
2.6.4.1	Consumo Exagerado de Líquidos.....	24
2.6.4.2	Consumo de Cigarrillos.....	24
2.6.4.3	Pastillas para Adelgazar y Anorexígenos	24
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1	OBJETIVOS GENERALES	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
IV.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	27
V.	VARIABLES	28
5.2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	28
5.2.1	Índice de Masa Corporal	28
5.2.2	Insatisfacción Corporal.....	28
5.2.3	Obsesión por la delgadez.....	28
5.2.4	Conductas de Control de Peso Riesgosas.....	28
VI.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
6.1	DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
6.2	PARTICIPANTES	32
6.2.1	Población.....	32
6.2.2	Muestra.....	32
6.3	PROCEDIMIENTO	32
6.4	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
6.4.1	Cuestionario de Conductas de Control de Peso.....	34
6.4.2	Escala de Insatisfacción Corporal	36
6.4.3	Escala de Obsesión por la Delgadez.....	38
6.4.4	Instrumentos de Medición de Peso y Talla.....	39
6.5	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	40
VII.	RESULTADOS.....	41
7.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	41
7.2	RESULTADOS DE INSTRUMENTOS EN GRUPO DE ESTUDIO.....	44
7.2.1	Cuestionario de Conductas de Control de Peso.....	44

7.2.2	Escalas de EDI-II: Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez.....	47
7.3	RESULTADOS DE ACUERDO A OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
7.4	APRECIACIONES DE LAS INVESTIGADORAS.....	60
VIII.	CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	61
IX.	PROYECCIONES Y LIMITACIONES.....	69
X.	REFERENCIAS.....	71
XI.	ANEXOS.....	79
11.1	Índice de Masa Corporal por Edad.....	79
11.2	Pirámide Alimentaria	80
11.3	Escala de Insatisfacción Corporal	81
11.4	Tabla de Conversión de Puntuaciones Directas en Percentiles en Adolescentes de 11 a 18 años	82
11.5	Gráfico de Perfil Insatisfacción Corporal-Obsesión por la Delgadez	83
11.6	Escala de Obsesión por la Delgadez.....	84
11.7	Cuestionario de Conductas de Control de Peso.....	85
11.8	Cuestionario de Conductas de Control de Peso para Juicio de Expertos	91
11.9	Cuestionario de Conductas de Control de Peso con Clasificación de Riesgos	114
11.10	Carta de solicitud y descripción del estudio para establecimientos educacionales	122
11.11	Carta de Consentimiento Informado	124
11.12	Resultados Cuestionario de Conductas de Control de Peso	125
11.12.1	Resultados de preguntas cuyas respuestas son consideradas para el establecimiento de riesgo	125
11.12.2	Resultados de preguntas cuyas respuestas no son consideradas para el establecimiento de riesgo	128
11.12.3	Resultados de preguntas breves planteadas por las adolescentes	128
11.12.4	Resultados Preguntas Dicotómicas.....	130
11.12.5	Resultados de Preguntas de Selección Múltiple con Opción de Contestar más de una Alternativa	131
11.12.6	Resultados de Preguntas de Selección Múltiple alternativas “Otra”	131

DEDICATORIAS

*Gracias,
A cada una de las personas que me acompañaron durante esta etapa de mi vida,
Por formar parte de mi crecimiento personal,
Y ser un apoyo incondicional en aquellos momentos difíciles.
Gracias,
Por compartir sus historias de vida y confiar en mí trabajo.*

Scarlett

*A mis padres por su esfuerzo, preocupación y apoyo. Por la confianza que depositaron en mí, por darme ánimo y por el cariño que me entregan día a día.
A mi hermano, por la preocupación y confianza depositada en mí.
A mis sobrinos, por entregarme alegría y un motivo para seguir cada día.
A mis amigos por su apoyo, en especial a Paula y Jorge, por acompañarme en los momentos difíciles, por escucharme, entenderme y protegerme.
Infinitas Gracias.*

Carola

*A las personas leales y bondadosas que he conocido y que forman parte de mi vida,
A mi papá, por ser admirable en todo sentido, a mi mamá, por sus valores y su fuerza
Y sobre todo a mis hermanas, Cote y Cuti, que las amo infinitamente...*

María Paz

Comparto este trabajo con mucho cariño con todas las personas que me acompañaron y apoyaron en este proceso de estudiante de psicología. En especial, agradezco el esfuerzo y amor de mi familia completa; la lealtad e incondicionalidad de mis amigos; y a Matías por ser parte de mi vida.

María de los Ángeles

*Doy infinitas gracias a todas las personas que me acompañaron en este camino...
En especial...
A mis padres por su esfuerzo, apoyo y entrega...
A mi hermana por su amor y a mi hermano por su confianza...
A mis amigas por brindarme aliento en momentos difíciles...*

Erika

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer...

A nuestra profesora guía, Liliana Contreras, por su apoyo, su flexibilidad y disponibilidad.

A Ximena Ceballos, por su disposición para entregarnos parte de sus conocimientos e integrarlos a nuestro trabajo.

A los establecimientos educacionales que nos abrieron sus puertas, por su disposición y tiempo.

A los distintos profesionales de la salud que aceptaron colaborar en la construcción de nuestro instrumento, por su tiempo, reflexiones y sugerencias.

A Eduardo Lobos, por su disposición a colaborar con el análisis estadístico.

A las personas que nos acompañaron en la implementación y aplicación de los instrumentos.

A los académicos de nuestra Escuela, en especial a Claudia Miranda, Alejandro Fernández, y Walter Lips, por facilitarnos recursos bibliográficos para la investigación y disposición.

A Vanessa Tapia, por comenzar esta línea de trabajo.

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico VII-1: Distribución por establecimiento educacional y curso.....	42
Gráfico VII-2: Distribución de la clasificación de Índice de Masa Corporal.....	44
Gráfico VII-3: Distribución de la clasificación de los puntajes obtenidos en las Escalas de EDI-II: Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez.....	49
Gráfico VII-4: Principales conductas de control de peso.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla VI-1: Análisis de objetivos específicos y respectivos análisis de datos.....	40
Tabla VII-1: Edades de las adolescentes.....	41
Tabla VII-2: Frecuencias y porcentajes de tratamiento para bajar de peso, prescripción de pastillas para adelgazar (profesional de la salud), y actividad física de las adolescentes.....	43
Tabla VII-3: Puntajes totales Cuestionario Conductas de Control de Peso	45
Tabla VII-4: Respuestas pregunta 22 (factores que contribuyen en la realización de la conducta).....	47
Tabla VII-5: Puntajes Totales de las Escalas de Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez.....	48
Tabla VII-6: Clasificación de Población Normal, Subclínica y Clínica según Índice de Masa Corporal en la Escala de Obsesión por la Delgadez.....	50
Tabla VII-7: Clasificación de Población Normal, Subclínica y Clínica según Índice de Masa Corporal en la Escala Insatisfacción Corporal.....	52
Tabla VII-8: Relación entre el grado de insatisfacción corporal y puntaje cuestionario conductas de control de peso.....	55
Tabla VII-9: Relación entre grado de obsesión por la delgadez con puntaje total cuestionario de conductas de control de peso.....	56
Tabla VII-10: Anova Cuestionario Conductas de Control de Peso.....	57
Tabla VII-11: Subconjuntos homogéneos.....	57
Tabla VII-12: Anova Escala (In) Satisfacción Corporal.....	58
Tabla VII-13: Subconjuntos homogéneos.....	58
Tabla VII-14: Anova Escala Obsesión por la Delgadez.....	59
Tabla VII-15: Subconjuntos homogéneos.....	59
Tabla XI-1: Actividades de danza y deportivas	125
Tabla XI-2: Establecimiento de presencia e intensidad de riesgo.....	127

Tabla XI-3: Respuesta corta pregunta N° 2 (edad de inicio de las dietas).....	128
Tabla XI-4: Respuesta corta pregunta N°6 (nombre de laxante y/o diurético).....	129
Tabla XI-5: Respuesta corta pregunta N°8 (nombre de pastillas para adelgazar).....	130
Tabla XI-6: Respuestas preguntas dicotómicas.....	130
Tabla XI-7: Respuestas pregunta N° 19	131
Tabla XI-8: Respuestas pregunta N° 19 alternativa “Otras”	132
Tabla XI-9: Respuestas pregunta N° 22 alternativa “Otras”	133

RESUMEN

La presente investigación indaga la relación entre las variables de Insatisfacción corporal, IMC, Obsesión por la delgadez y Conductas de control de peso riesgosas para la salud en mujeres adolescentes. La población objetivo corresponde a adolescentes que estén cursando los niveles de 7° a 4° medio (12–18 años app.) en establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de Valparaíso, la que finalmente correspondió a 465 mujeres adolescentes. Esta investigación es de carácter cuantitativo, de diseño no experimental, exploratorio, descriptivo y correlacional.

La implementación de la investigación se realiza por medio de la aplicación de dos escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2; 1998): Escala de Insatisfacción Corporal y Escala de Obsesión por la Delgadez.; y de la adaptación del Cuestionario de Conductas de Control de Peso de Tapia (2004).

Los datos descriptivos refieren que la conducta de control de peso más frecuente en adolescentes mujeres corresponde a la realización de dietas con un 50,32% de la muestra total.

La comparación de los puntajes obtenidos en los tres instrumentos por grupo de IMC, mostró que existen diferencias en los puntajes de las mujeres con IMC “Normal”, respecto a las de “Riesgo de Obesidad” y “Obesidad”, reflejando que las adolescentes con mayor IMC, presentan mayor puntaje en el cuestionario de conductas de control de peso, y en las escalas de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez.

La correlación de Pearson entre conductas de control de peso e insatisfacción corporal fue de 0,507; y entre conductas de control de peso y obsesión por la delgadez de 0,596.

En conclusión, la conducta de control de peso más frecuente entre las adolescentes corresponde a la realización de dietas. Por otro lado, las mujeres adolescentes con mayor IMC, presentan más conductas de control de peso y mayor nivel de insatisfacción corporal, y obsesión por la delgadez.

I. INTRODUCCIÓN

En las sociedades de Occidente, existe un ideal de belleza establecido y compartido que ha llegado a conformar la “cultura de la delgadez”, en donde se ha llegado a permitir que la imagen corporal aparezca como algo más importante que otras cualidades. Así mismo, también se relaciona con el éxito personal y social, convirtiéndose en un factor fundamental de la autoestima, en especial para las mujeres. De esta forma se ejerce una presión social que recae sobre todo en las adolescentes, grupo etario que precisamente tiene la mayor probabilidad de desarrollar trastornos relacionados con la imagen corporal. Si bien esta es importante en todo momento de la vida, lo es especialmente en la adolescencia (Maganato, Cruz, 2000; Reynaga, 2009), etapa comprendida entre la niñez y la adultez, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los 10 y 19 años (Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008 – 2015).

Durante esta fase, en las mujeres se producen grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales son considerados en la definición que plantea la OMS, respecto a la salud integral. En relación a los cambios físicos, se incluye el aumento de peso que en algunos casos puede llegar a riesgo de obesidad u obesidad (Unikel, Saucedo, Villatoro, Fleiz, 2002). En lo psicológico y social, se deben integrar todos los cambios experimentados en esta etapa, siendo un componente fundamental la aceptación de una nueva imagen corporal, así como también la acomodación de esta nueva imagen al medio. La evaluación que se hace de esta imagen corporal puede derivar en una satisfacción o insatisfacción corporal (Hoffmeister, 2008; Bermúdez-Bautista et al., 2009). Las adolescentes con exceso de peso se alejan del ideal de belleza impuesto culturalmente, ocasionando una peor evaluación de su propio cuerpo y una consiguiente insatisfacción corporal (Reynaga, 2000). Es importante destacar que dicha insatisfacción corporal puede estar presente en todo el espectro de problemas nutricionales desde los trastornos alimentarios hasta la obesidad y corresponde a un factor de riesgo constante para la salud de las mujeres adolescentes.

La influencia de la cultura de la delgadez y la preocupación por la imagen corporal y por el peso, son importantes factores que inciden en el desencadenamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (DSM-IV-TR, 2003). Los TCA se presentan con frecuencia en Occidente y su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas en forma progresiva, creando una alarma social en el ámbito de la salud (Morandé, Casas, cit. en Paniagua, García, 2003; Turón, Fernández, Vallejo, 1992, cit. en Maganato, Cruz, 2000). Otro factor importante en la aparición de TCA es el hecho de sentirse gordo, aunque no siempre exista un sobrepeso real (Lameiras et al., 2003), siendo la preocupación por la delgadez junto a la insatisfacción corporal, los factores a la base (Toro, Salamero, Martínez, 1995 cit. en Maganato, Cruz, 2000; Attie, Brooks – Gunn cit. en Lameiras et al., 2003). A partir de la interacción de los factores anteriormente nombrados, se podrían instaurar conductas de control de peso riesgosas para la salud de las adolescentes (Cooper, Goodyer, 1997 cit. en Lameiras, Fernández et al., 2003). Por otro lado, aunque menos estudiado, se ha descrito que las adolescentes con riesgo de obesidad u obesidad que están insatisfechas con su cuerpo pueden también llevar a cabo conductas para controlar el peso que no son controladas por un profesional (López, Saldaña, Sánchez-Carracedo, García cit. en Graña, 1994).

La obesidad, por su parte, es considerada una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) que se está incrementando a nivel mundial. Su origen es calificado como multifactorial, ya que en él intervienen factores genéticos, ambientales y conductuales, (Caballero et al., 2007). En Chile, se ha producido un aumento de la obesidad tanto en la población infantil como en la adolescente, debido principalmente a los cambios que se presentan en los hábitos alimentarios. Esta enfermedad trae consigo una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas. En el ámbito de lo psicológico, se encuentra una baja autoestima, desórdenes del apetito, síntomas ansiosos, insatisfacción corporal y síntomas depresivos, producto del rechazo de los demás y de sí mismo (López, Saldaña, Sánchez-Carracedo, García cit. en Graña, 1994).

Por lo tanto, la interrelación entre insatisfacción corporal, preocupación por la delgadez e índice de masa corporal, podría ocasionar conductas de control del peso tales como: dietas restrictivas, purgas (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos), ejercicio excesivo, ayuno, uso de pastillas adelgazantes, consumo excesivo de agua y de cigarrillos. Es importante realizar la distinción entre las mujeres adolescentes que intentan bajar de peso por su cuenta y las que acuden a un profesional para bajar de peso. Las primeras podrían intentar realizar conductas riesgosas para disminuir su peso sin tener el conocimiento específico de pautas nutricionales recomendables, o bien por la ilusión de bajar de peso rápidamente y de fácil manera. A su vez, se encuentran las mujeres adolescentes que acuden a un profesional para lograr su objetivo.

Si bien la insatisfacción corporal, la influencia de la cultura de la delgadez y el exceso de peso, son por si solos un problema a considerar, no son tan graves como cuando se presentan en conjunto, ya que de este modo aumenta el riesgo de que se realicen conductas extremas de control de peso que representan un riesgo para la salud física y psicológica (López, Saldaña, Sánchez-Carracedo, García cit. en Graña, 1994; Casillas-Estrella et al., 2006; Vilallonga et al., 2008; López, ¿?). Además, según los estudios, a mayor índice de masa corporal (IMC) en mujeres, existiría una mayor insatisfacción corporal (Casillas-Estrella et al., 2006).

Es por todo lo anterior, que el presente estudio pretende indagar en las conductas de control de peso que realizan las adolescentes, y en los niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez, con el fin de detectar posibles relaciones entre estas; y por otro lado comparar los resultados de los instrumentos, según la distribución del índice de masa corporal (bajo peso, normopeso, riesgo de obesidad y obesidad).

El presente estudio es de carácter cuantitativo, no experimental, transeccional, exploratorio-descriptivo y correlacional. Para llevar a cabo la investigación, se aplicarán dos escalas del Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2 de Gardner (1998): Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez. Además, se aplicará la adaptación realizada por las autoras de esta investigación, respecto al instrumento “Cuestionario de Conductas de Control de peso” (Tapia, 2004). Junto a estos datos se indagará el peso y

talla de las adolescentes para el cálculo de su índice de masa corporal. Esta información será analizada por estadística descriptiva, inferencial y correlacional.

A partir de la problemática anteriormente descrita, es posible plantear dos interrogantes que direccionan el presente estudio:

- **¿Se relaciona la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez de las adolescentes con conductas de control de peso riesgosas para la salud?**

- **¿Existen diferencias significativas en los niveles de insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y conductas de control de peso riesgosas para la salud de acuerdo al índice de masa corporal de las adolescentes?**

II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE SALUD

Durante toda la historia la salud ha sido uno de los componentes más valorados y fundamentales de la vida de las personas. Sin embargo, su definición no ha sido siempre la misma y ha ido evolucionando a lo largo de los años, siendo una de las últimas transformaciones, durante el siglo XX, la de considerar los aspectos psicológicos y sociales como parte importante de su definición.

La concepción clásica de la salud la entiende como “ausencia de enfermedad”, comprendiendo la enfermedad como presencia de anormalidades bioquímicas, siendo esto el criterio suficiente para el establecimiento de un diagnóstico, omitiendo la presencia de factores psicológicos y sociales. Esta definición está fuertemente influida por el Modelo biomédico, en donde se acepta la dualidad mente – cuerpo, y además, se acepta que las enfermedades corresponden a las reacciones físicas y químicas. De esta forma, se pone énfasis en la deficiencia, incapacidad o invalidez más que en la salud, en lo negativo más que en lo positivo (Oblitas, 2004; Rodríguez, 2001).

Sin embargo, la presencia de múltiples enfermedades crónicas y el descubrimiento de su multicausalidad, han puesto de relieve la importancia del comportamiento en su etiología, es decir, de los factores psicológicos y sociales además de los biológicos. A partir de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propone, en 1948, una definición de la salud de una forma más positiva, comprendiéndola como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta sería la definición que sentaría las bases del Modelo biopsicosocial (Simón, 1999; Rodríguez, 2004). La definición de la OMS ha sido objeto de diversas críticas, considerándose la salud también como *“un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (bio psico sociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar*

psicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades psíquicas y/o sociales” (Simón, 1999).

Estas últimas definiciones hacen hincapié en la relevancia del medio ambiente, del estilo de vida, de las condiciones históricas, culturales y sociales, y de los sistemas sanitarios en la salud. Conciben la salud como un estado o proceso de bienestar que se corresponde con situaciones económicas y sociales, de esta forma, la salud tiene que ver con las metas y valores de los grupos sociales, variando de cultura en cultura y de persona en persona. Al reconocer la importancia de estos factores, se reconoce también que las ciencias de la salud deben ir más allá que los tratamientos y curaciones, ampliándose a la promoción y prevención (Rodríguez, 2001).

2.2 ADOLESCENCIA

La Adolescencia, desde un punto de vista demográfico, se ha definido por la OMS como la etapa que va desde los 10 a los 19 años. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 1997 define bajo el término de “Gente Joven” al período entre los 10 y 24 años. El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) se suscribe a ambos conceptos (Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008 – 2015).

Esta etapa tendría tres fases: (1) Adolescencia temprana, que comprende las edades entre 10 y 13 años, en donde lo principal es la preocupación por lo físico y emocional. (2) Adolescencia media, que comprende las edades entre 14 y 16 años, en donde lo principal es la preocupación por la afirmación personal social. (3) Adolescencia final, que comprende las edades entre 17 y 19 años, en donde lo principal es la preocupación por lo social.

Durante la adolescencia, tienen lugar diversos cambios que abarcan la esfera de lo físico, lo social y lo psicológico, los cuales se ven acompañados de sentimientos de duda, perplejidad, miedos y ansiedad. *“La Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 1975, define la adolescencia como la etapa del ciclo vital en que “el individuo*

progresan desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual (aspecto biológico), los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto (aspecto psicológico) y se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia (aspecto social)” (Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008 – 2015).

2.2.1 Pubertad

La pubertad es el proceso de sucesión de diversos cambios físicos, evidentes y rápidos, que se producen por las hormonas que dan inicio a la adolescencia. Lo más notorio es el aumento en el tamaño y en la forma del cuerpo, además del desarrollo de los órganos reproductivos. Muchos aspectos del crecimiento son semejantes en hombres y mujeres mientras que otros son específicos. El aumento en la estatura y el peso comienza en mujeres entre los 9 años y medio y los 14 años y medio, y en los hombres, entre los 10 y los 16 años. Otros cambios que aparecen en ambos sexos serían características sexuales secundarias tales como el crecimiento del vello en área púbica, en la cara, en las axilas y en el cuerpo, además de cambios en la piel y en la voz (Delval, 1994).

En las mujeres, comienza el desarrollo de los senos y generalmente luego de esto ya aparece la menarquía, lo que marcaría el comienzo de la edad uterina, aunque aún no se alcanza la madurez reproductiva completa. También, aumenta la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis y a la acumulación de grasa en esta zona. Los estrógenos y la progesterona estimulan una mayor acumulación de grasa, lo que podría ser causa de sobrepeso en algunos casos. En los hombres, el aumento de testosterona produce un incremento de la masa magra, de la masa esquelética, y por ende, de una mayor masa muscular (Unikel, Saucedo, Villatoro, Fleiz, 2002). También se produciría un aumento de la amplitud torácica y comienza la capacidad de eyacular semen, lo que marcaría el inicio de la fertilidad.

El desarrollo físico comienza aproximadamente dos años antes en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, también hay diferencias individuales en cuanto al momento en que se da inicio a los cambios, lo que si bien no influye en los resultados finales, puede traer repercusiones psicológicas. Lo anterior es debido a que en esta etapa se manifiesta un egocentrismo social por el cual los adolescentes sienten que son observados en todo momento. Por otro lado, el grupo de pares adquiere gran importancia y el hecho de parecerse a los coetáneos y conformar parte de dichos grupos es una de las preocupaciones más importantes de este período (Delval, 1994). De esta manera, el comenzar el desarrollo físico antes o después que los demás adolescentes con los que se interactúa puede ser una fuente de preocupación. Sin embargo, hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los efectos derivados del hecho de madurar más temprana o tardíamente. En el caso de las mujeres, se ha encontrado que aquellas que maduran más temprano son menos sociables, expresivas, equilibradas y más introvertidas y tímidas que las que maduran más tarde (Jones, 1958; Peskin, 1973, cit. en Papalia, 2001). Por otro lado, aquellas niñas en las cuales la menarquía se presenta después de los 14 años tienen mejor imagen corporal que aquellas en las que se presentó antes de los 11 años o entre los 11 y los 14 años. Por el contrario, en los varones produciría una mayor satisfacción el tener una figura gruesa durante el período de crecimiento. Este aspecto es en el que hay más diferencia entre hombres y mujeres (Unikel, Saucedo, Villatoro, Fleiz, 2002).

2.2.2 Cambios psicosociales

Junto con los cambios físicos anteriormente mencionados, la adolescencia trae consigo cambios en las relaciones con las figuras parentales de las cuales los jóvenes intentarán separarse y distinguirse. Además, los conflictos familiares se incrementan, y se cuestionan las normas paternas. (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante, Grotberg, 1998). Las características de los padres y el cómo se relacionen con sus hijos repercutirá en las relaciones con los pares (Krauskopof, ¿?).

Las modificaciones y algunas veces deterioro en las relaciones familiares, junto con la búsqueda de autonomía e independencia, dejan a los adolescentes en un vacío en donde aparece la necesidad de una guía, consejos y entendimiento, convirtiéndose la amistad en uno de los aspectos a los que más valor se le da en esta etapa. El grupo de pares se convertiría entonces en la institución socializadora más importante, por lo que la elección de sus amigos determinará en gran parte el cómo se desenvolverá en el futuro. En este período, la amistad satisface la necesidad de compartir sentimientos, dudas, temores y proyectos con otras personas que los comprendan. Acompañando a todo esto, comienza un cambio de actitudes y un interés por el sexo opuesto, tanto en el plano de amistad como en el de pareja. Los adolescentes comienzan a verse a sí mismos como seres sexuales y comienza el desarrollo de relaciones románticas íntimas. Por último, es importante aclarar que las influencias de los padres y los amigos no se contrarían sino que se complementan, por lo menos cuando pertenecen a equivalente grupo y clase social (Krauskopof, Hopkins, 1983; Jones, 1976 cit. en Davidoff, 1996; Carretero, Palacios, Marchesi, 1985; Hurlock, 1980).

2.2.3 Cambios Intelectuales, Desarrollo de la Identidad y Autoconcepto en Adolescentes

El desarrollo intelectual de la adolescencia, en relación a los procesos cognitivos de simbolización, generalización y abstracción, trae consigo nuevos recursos para la diferenciación identitaria y el replanteamiento de las relaciones con el mundo; reflexionando sobre la propia manera de ser y pensar, así como de las de los demás (Krauskopf, 1994, cit. en Krauskopof, ¿?). A partir de Erikson (1950, 1968), se puede entender la adolescencia como la quinta crisis del ciclo vital: la crisis de la identidad. En esta, el conflicto a resolver sería identidad versus confusión de identidad, en donde la resolución ideal es el sentido de sí mismo como un ser humano único con un papel significativo en la sociedad. Una cierta confusión es normal y explicaría la naturaleza volátil de algunos comportamientos adolescentes. La identidad tiene una naturaleza psicosocial y en ella está la interrelación de la personalidad individual, las relaciones

interpersonales, el autoconcepto y el contexto, es decir, el momento histórico, situación social, cultura a la que se pertenezca, etc. (Grotevant, 1998, cit. en De la Caba, et al., 1999).

El autoconcepto que los adolescentes tienen, es el conjunto de representaciones que han ido elaborando sobre sí mismos y que incluye aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales junto con las evaluaciones que se hacen en algún dominio específico. Durante la adolescencia, éste se vuelve mucho más complejo que en la infancia, y es el producto de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás, la cual es esencial.

El dominio de lo corporal cobra importancia debido a que los jóvenes deben adaptarse a ellos, ya que continuamente se están comparando con sus pares, esperando ser aceptados e integrados. En la adolescencia, el cuerpo es una fuente de identidad, autoconcepto y autoestima, por otro lado, es la etapa de la introspección, autoescrutinio y comparación social, lo que puede dar lugar a diferentes niveles de satisfacción con el propio cuerpo (Delval, 1994; Salazar, 2008; De la Caba, Cantero, Conde, Delval, Etxebarria, Fuentes, López, Félix; Martínez, Ortiz, Padilla, Palacios, Ruiz, Torres, Torres, 1999).

2.3 IMAGEN CORPORAL

Se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y forma del cuerpo; es decir, a cómo se ve el propio cuerpo y a cómo se cree que los demás lo ven. Además de la percepción, la imagen corporal implica cómo cada persona siente el cuerpo (insatisfacción, preocupación, satisfacción, etc.) y cómo se actúa respecto a este (exhibición, evitación, etc.) (García, 2004, cit. en Salazar, 2008). Por otro lado, es también entendida como una representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, la cual tendría tres componentes, uno perceptivo, uno cognitivo – afectivo y uno conductual.

Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia, y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos fundamentales y mutuamente relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva a una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

La imagen corporal es relevante durante toda la vida, pero adquiere especial importancia durante la adolescencia y más específicamente, durante la adolescencia temprana. Esta imagen que se va construyendo en la adolescencia no sólo es cognitiva, sino que también, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinada socialmente; además, se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona (Mora, 2008).

Según Toro y Vilardell (1987), las mujeres que encarnan las características del modelo delgado tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que quienes se apartan de él, muestran insatisfacción corporal y suelen padecer de una baja autoestima. La insatisfacción corporal es la expresión referida a la inconformidad con la propia imagen que produce emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia la forma y el tamaño del cuerpo. Puede traer consecuencias como: aislamiento, baja autoestima, síntomas ansiosos y depresivos. Los adolescentes se encuentran más vulnerables a tener insatisfacción con su imagen corporal, debido principalmente, a los diferentes cambios físicos, pero además, porque no se pueden abstraer del mundo social en donde viven, el cual se caracteriza por atribuir a la imagen corporal valores relacionados con el éxito social, los cuales encarnan las necesidades de los adolescentes.

Actualmente, se ha llegado a considerar que en la sociedad la insatisfacción corporal es una condición común. Sin embargo, esta preocupación por el cuerpo es diferente según el sexo, mientras los hombres buscan tener una imagen corporal donde predomine la musculatura, las mujeres poseen ideales de belleza asociados a la delgadez. Las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer perturbaciones en la imagen corporal y

llevar a cabo un mayor número de conductas de control de peso, intentando disminuir la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y lo que ellas aprecian de su propio cuerpo. Por su parte, el hecho de engordar implica sentimientos asociados al fracaso, especialmente, si se han hecho intentos de alcanzar la figura deseada sin lograrlo (Rozensztejn, Treasure, 1998; Reynaga, 2009).

Lo anterior se refleja en un estudio realizado por Pilar Valverde, Francisco Rivera y Carmen Moreno R. de la Universidad de Sevilla (2010), sobre las “diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal en adolescentes españoles”, donde se examinó las diferencias entre 21.811 adolescentes de ambos sexos de 11 a 18 años, en el cual los resultados indican que se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al IMC, donde las mujeres presentan con mayor frecuencia un IMC normalizado, mientras que los hombres puntúan más en el sobrepeso y en obesidad. A pesar de esto, se encuentra que la percepción de sobrepeso es mayor en mujeres, lo que influiría en el bajo nivel de satisfacción de éstas con respecto a la imagen corporal. Es decir, hombres y mujeres adolescentes realizan dietas para perder peso, debido a la percepción que tienen de su cuerpo, y a cuán satisfechos están con su imagen corporal, coincidiendo con otros estudios como el de Ballester et al. (2002), Lameiras F. et al. (2002), Bellisle et al. (1995), Davis, Furnham (1986).

Esta preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo, pueden ir acompañadas de conductas alimentarias saludables, hasta llegar, por otro lado, a ser patológicas, en donde se utilizarían métodos nocivos para el control del peso. Por esto, la insatisfacción corporal es considerada un factor de riesgo para la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Es importante señalar que la insatisfacción corporal puede estar presente en todo el espectro de problemas nutricionales, desde los trastornos alimentarios en que el IMC de las personas es considerado bajo lo normal, hasta en el exceso de peso como en la obesidad (Salazar, 2008. Toro, Vilardell, 1987. Ballester et al., 2002. Valverde et al., 2010. Cardenal, Díaz, 2000. Lameiras et al., 2002. Espina et al., 2001).

2.3.1 Influencia Cultural en los Patrones Estéticos Corporales

Todos los momentos históricos conllevan un conjunto de valores sociales y culturales que se convierten en ideales que condicionan los modos de vivir de las personas que están insertas en dicho momento y contexto. De esta manera, aparecen conductas exageradas que intentan alcanzar dichos ideales pudiendo llegar a constituir trastornos psicológicos que estarían expresando problemáticas y tendencias de algún momento histórico y contexto. (Abraham, Llewelyn, Jones, 1994, cit. en Maganato, Cruz, 2000).

Uno de los aspectos que refleja lo anterior son los patrones estéticos corporales. En la cultura occidental, ha dejado de valorarse la grasa corporal como signo de bienestar socioeconómico y estatus, así como también se ha dejado atrás la concepción de “gordito sano” nacida en las sociedades de principios del siglo XX en la postguerra y que era motivo de orgullo (Facchini, 2006). Actualmente, lo que se valora es un cuerpo delgado, extremadamente esbelto, e incluso con medidas concretas, formándose así la “cultura de la delgadez” (Maganato, Cruz, 2000). Además, se ha comprobado que la obesidad trae consigo múltiples complicaciones, generando un modelo de apariencia corporal lipofóbico. (Muñoz, Aranceta, García–Jalón, cit. en Bulboa et al., 2008). Asimismo, en la actualidad, las personas con obesidad son consideradas poco atractivas (Bulboa et al., 2008).

El ideal de la delgadez se ve reforzado además por el hecho de que los medios de comunicación lo exponen constantemente a través de la televisión, prensa y demás vehículos de información y propaganda que parece conseguir el “lavado de cerebro” que tan peligroso está resultando para la salud mental y somática de una parte importante de la población (Toro, 1999, cit. en García, Marín, Gómez, Pineda, 2005). Todo esto produce que las personas se sientan presionadas para alcanzar este ideal de delgadez. Dicha presión se ejerce principalmente sobre las mujeres, a quienes desde temprana edad se les enseña el importante papel que juega la apariencia física y el valor de la delgadez. Por otro lado, desde estos momentos y luego en la adolescencia se ven expuestas al tema de las dietas. Las actitudes de las madres hacia el propio cuerpo influyen en la identidad

de las hijas y en las actitudes y conductas que tendrá hacia su propio cuerpo. La influencia cultural también llega a los ambientes familiares en general (Facchini, 2006).

En las culturas occidentales, los medios de comunicación (cine, televisión, publicidad) transmiten imágenes de mujeres delgadas y jóvenes, junto con tácticas para bajar de peso, clasificación de los alimentos en altas y bajas calorías (“malos” alimentos y “buenos” alimentos). Todo esto está transmitiendo el mensaje de que la imagen sería más relevante en la vida que la carrera o incluso la salud (Vandereycken, Noordenbos, 2000). Al mismo tiempo, cada vez son más frecuentes las cirugías plásticas (Bulboa et al., 2008). Coincidentemente, los trastornos de la conducta alimentaria se dan en occidente (Rozensztejn, Treasure, 1998). La presión social que existe en estos tiempos para tener una apariencia “ideal” es grande y el hecho de poder lograr o no tal apariencia llena de frustración, rechazo, baja autoestima y depresión; principalmente al grupo etario más susceptible de desarrollar enfermedades relacionadas con la alteración de la imagen corporal: los adolescentes (Reynaga, 2009).

2.4 OBESIDAD

En la actualidad, una de las más grandes preocupaciones en Chile en el área de la salud corresponde a los altos índices de sobrepeso y obesidad que existen en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud (OMS, 2006).

La obesidad es una enfermedad crónica en donde existe un desorden alimenticio, que se caracteriza por un aumento en la masa magra (huesos, músculos y fluidos) y en consecuencia un aumento de peso. Esta enfermedad es una manifestación del desequilibrio entre ingesta y gasto energético (Raich, ¿?). Es considerada hoy en día una entidad patológica por sí misma y no sólo como riesgo de diversas enfermedades. Es catalogada como una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) debido a sus graves consecuencias tanto para la salud y bienestar en general, como para la mortalidad debido a su alta comorbilidad.

Su origen se considera multifactorial, interactuando estrechamente factores ambientales con factores genéticos subyacentes. En el ámbito global, la obesidad en América Latina se explica por el sedentarismo e inactividad física además de los cambios en la dieta, que en la actualidad, son generalmente ricas en energía y altas en grasas (Tusié, 2008).

Según la última Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003 en Chile, la prevalencia de obesidad es de un 22%, por otro lado, el sobrepeso es de un 38%, y la obesidad mórbida corresponde a un 1,3%, siendo esta mayor en mujeres. Estas cifras son comparables con la situación actual de Estados Unidos, lo cual es preocupante debido a que Chile es un país menos desarrollado y con un menor ingreso per cápita. Respecto a la población femenina, el sobrepeso tendría una prevalencia de un 33% y la obesidad de un 25%. La población adolescente, por su parte, también ha sido evaluada según su estado nutricional y los resultados arrojan una serie de condiciones crónicas en la población mayor de 17 años, y entre ellas se encuentra el sobrepeso y la obesidad. La prevalencia de sobrepeso es de un 19,6% en mujeres entre 17 y 25 años de edad. Respecto al mismo grupo etario, la obesidad corresponde a un 7,1%, y la obesidad mórbida a un 1,1% (Hoffmeister, 2008). Estas cifras por si solas no son estadísticamente significativas, sin embargo en conjunto corresponden a un tercio de la población total.

El estado nutricional de los adolescentes chilenos se ha evaluado, principalmente, a través de la antropometría basada en el peso y la talla, lo cual deriva en indicadores de peso para la edad, talla para la edad, y peso para la talla; sin embargo, se ha demostrado que el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) tiene una mejor correlación que el peso/talla con la composición corporal. Es por ello que el Ministerio de Salud pública el año 2003, la norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años, la cual es utilizada en la actualidad. Esta señala que el parámetro recomendado internacionalmente es el IMC según edad y sexo, comparado con la referencia del Center for Disease Control de Estados Unidos (CDC-NCHS). El criterio de calificación según el IMC para niños y adolescentes es el siguiente:

IMC < p 10: Bajo.

IMC entre p10 y < p 85: Normal.

IMC entre p 85 y < p 95: Riesgo de obesidad.

IMC \geq p 95: Obesidad (Ver Anexo 11.1).

Una consecuencia física de la obesidad, corresponde al seguimiento de dietas como factor de riesgo, ya que por lo general el exceso de peso se relaciona con ciclos de pérdida y recuperación de éste. Dichos ciclos se deben a la combinación de períodos de restricción alimentarias (seguimiento de dietas), no necesariamente bajo la supervisión de un profesional, pudiendo realizar conductas incorrectas para disminuir el peso, con momentos de poco control sobre la ingesta y hábitos alimentarios (Saldaña, Sánchez-Carracedo, García cit. en Graña, 1994).

Por otro lado, en el ámbito de lo psicosocial, la obesidad y el exceso de peso traen consigo una serie de consecuencias para el bienestar de las personas. Es importante considerar el rechazo que existe de la sociedad hacia las personas obesas, incluyendo el autorrechazo. Asimismo, se encuentra la estigmatización a la que son sometidas, considerándolas como menos atractivas o felices, por ejemplo. Acompañando a lo anterior, está el elemento de la culpabilización, es decir, la misma sociedad culpa a los obesos por su exceso de peso creyendo que lo puede perder simplemente si se lo propone. Lo contradictorio es que los estilos de vida actuales promueven el sedentarismo y hábitos poco saludables como son los alimentos altos en grasas y azúcares (Saldaña, Sánchez-Carracedo, García cit. en Graña, 1994). Por otro lado, existen consecuencias psicológicas en las personas, principalmente baja autoestima, síntomas depresivos, desórdenes del apetito, síntomas ansiosos y altos índices de insatisfacción corporal (Gómez, 2006). En cuanto a psicopatologías la obesidad se asocia a trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria con pérdida de control y trastornos somáticos. Es importante destacar que en la aparición de estos trastornos influye la genética. En resumen, las consecuencias de la obesidad afectan no sólo en cuanto a enfermedades físicas, sino que también el ámbito social, afectivo y

relacional de las personas (Lazarevich et al.; cit. en Villaseñor, Ontiveros, Cárdenas, 2006).

Las consecuencias psicológicas anteriormente nombradas, han sido también encontradas o bien constituyen factores de riesgo y/o vulnerabilidad para los trastornos de la conducta alimentaria, tales como: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno alimentario no especificado o trastorno por atracón con obesidad. Este último corresponde a conductas de atracones, es decir, ingesta excesiva de alimentos en un período corto de tiempo, sin realizar conductas purgativas, a diferencia de la bulimia nerviosa. Si bien este trastorno aún no es un diagnóstico psiquiátrico formal, en la actualidad se incluye en la categoría de trastornos alimentarios no especificados del DSM-IV-TR, siendo en la práctica clínica una categoría ampliamente aceptada (Sánchez, Fernández-Valdés, 2002). Por otro lado, dentro de los trastornos somatomorfos descrito en el DSM-IV-TR, se encuentra el trastorno dismórfico corporal, el cual se caracteriza por preocupación excesiva por algún defecto en el aspecto físico. Si bien la asociación entre obesidad y los trastornos anteriormente nombrados no es directa, los estudios han demostrado que el 10% de las adolescentes obesas desarrollan posteriormente un trastorno del tipo anorexia nerviosa, siendo la prevalencia en población general femenina de no más de 2% (Albala, Kain, Burrows, Díaz, 2000).

La obesidad ya es una preocupación social, pues, además de las consecuencias físicas trae consigo disminución de las oportunidades de empleo y educación, y el costo personal que esto implica: disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento de la ansiedad, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, etc.

A partir de todo lo anterior, es posible señalar lo complejo de la obesidad en la adolescencia, ya que no sólo implica consecuencias físicas, sino que también psicológicas, debido a que la imagen de una persona con exceso de peso no encaja con los ideales culturales. Esto puede traer consigo problemas de autoestima, considerando la importancia que se da en la adolescencia a la aceptación y adaptación social. En concreto, estos problemas de imagen corporal pueden desembocar en conductas de

control de peso dañinas para la salud, lo que agravaría aún más las consecuencias de la obesidad, atentando gravemente el bienestar general de las adolescentes. Desde este punto de vista, la obesidad sería el punto de partida para múltiples problemas sanitarios de distinta índole.

2.5 ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES

La buena alimentación y nutrición de los adolescentes constituye la manera fundamental de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, etc. Si bien el componente genético de vulnerabilidad es relevante, es posible señalar que los factores ambientales como la alimentación y el ejercicio, pueden aumentar o disminuir la aparición de complicaciones en la salud. El comportamiento alimentario está mediado por diferentes elementos como los hábitos alimentarios familiares, la mayor vinculación social con los pares y el aumento de la preocupación por la imagen corporal, además de las necesidades individuales de ingesta de energía. La etapa de la adolescencia es fundamental para la consolidación de los hábitos alimentarios, ya que estos predicen las futuras prácticas que se conservarán durante la adultez (Ortiz-Hernández, Gómez-Tello, 2008).

La Organización Mundial de la Salud según la Consulta Mixta FAO/OMS del año 2003, recomienda para una dieta sana lo siguiente: ingesta energética limitada procedente de las grasas saturadas y los ácidos grasos trans por grasas insaturadas; consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y nueces; limitar ingesta de azúcares libres; limitar ingesta de sal (Sodio) de toda procedencia, consumir sal yodada; lograr un equilibrio energético para controlar el peso. Respecto al último elemento recomendado por la OMS, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile en su guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales de los adultos, incluye un plan de alimentación saludable para la población adolescente, el cual recomienda una ingesta total de 2.600 a 2.800 calorías diarias. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el año 2006, en

sus recomendaciones para la actividad física, propone que se obtendrían beneficios para la salud con un mínimo de treinta minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, tales como caminar energéticamente, andar en bicicleta o bailar.

El MINSAL ha publicado una pirámide alimentaria, donde los alimentos han sido agrupados según su aporte nutritivo para que sea más fácil la comprensión de las guías alimentarias (Ver Anexo 11.2). La recomendación general es que se consuma diariamente cantidades proporcionales de todos los niveles, pudiendo cada persona elegir en cada uno de ellos, según sus propios hábitos y necesidades alimentarias, sin embargo lo ideal es incluir mayor cantidad de los niveles más bajos. En el primer nivel, se encuentran cereales, pan, papas, y leguminosas frescas. Estos constituyen el mayor aporte de calorías diarios de una persona sana. En cuanto al segundo nivel, que a su vez se encuentra dividido en frutas y verduras, es preciso considerar su consumo diario en todas las edades. El tercer nivel, proporcionalmente menor que los anteriores, está subdividido en dos: lácteos y carnes, pescados, pollo, mariscos, huevos y leguminosas secas. El cuarto nivel se compone principalmente por aceites, grasas, mantequilla, margarina. Finalmente, el quinto nivel, considerablemente menor que todos los anteriores, se compone de azúcares y miel o bien alimentos que lo contengan en abundancia, y lo aconsejable es un consumo moderado (INTA, Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto).

Las conductas alimentarias son fundamentales en todas las etapas del desarrollo humano, sin embargo, en el grupo etario de la adolescencia adquiere gran importancia debido a la consolidación de los hábitos. El comportamiento alimentario de este grupo tiene ciertas características específicas que lo hacen distinto al de otras edades. Este, señala diez factores característicos: omisión de comidas, especialmente de desayuno, consumo de confituras y alimentos dulces, ingestión de alimentos de preparación rápido, consumo de alimentos no convencionales, inicio del hábito de consumir bebidas alcohólicas, consumo excesivo de bebidas gaseosas u otros refrescos, preferencia o aversión por determinadas alimentos, consumo de cantidades altas de energía, consumo inadecuado de algunos nutrientes, y práctica de “dietas” para reducir el peso (Truswell

cit. en Amador, ¿?). Estas prácticas, se alejan considerablemente de las recomendaciones anteriores, por lo que la adolescencia corresponde a un grupo en riesgo de consumir mayores cantidades de alimentos de lo necesario respecto al gasto energético, o bien menor cantidad de nutrientes esenciales.

2.6 CONDUCTAS DE CONTROL DE PESO

2.6.1 Dietas Restrictivas

Las dietas restrictivas son dietas hipocalóricas, en las que se produce una disminución voluntaria de la ingesta calórica general de los alimentos, así como también la restricción de alimentos de contenido calórico elevado. Todo esto, respecto al consumo normal de calorías y nutrientes esperado para el sexo y edad, con la idea de perder peso y volumen corporal. Las personas esperan consumir diariamente alimentos que contengan entre 600 a 800 calorías; estos pueden ser consumidos en forma de batidos o porciones pequeñas. No obstante, este tipo de dietas no aportan adecuados niveles de macro nutrientes, vitaminas y minerales, ni tampoco cuentan con resguardo profesional (Vilallonga et al., 2008).

En el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2003), no existe una definición específica en relación a este constructo, sin embargo, sí explica la pérdida de peso mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Los individuos comienzan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, y con el transcurso del tiempo acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, debajo de los requerimientos nutricionales necesario para sobrevivir.

2.6.2 Conductas de Control de Peso No Purgativas

Entre las prácticas riesgosas relativas al control del peso se encuentran las conductas no purgativas y las purgativas. Dentro de las conductas no purgativas, se encuentran el ayuno y el ejercicio excesivo.

2.6.2.1 El Ayuno

El ayuno es la conducta de abstenerse de consumir alimentos por un período específico. Debido a esto, se agotan las reservas de glucógeno, privando así al cerebro y sistema nervioso de glucosa; esto hace que la glucosa se forme a partir de las moléculas contenidas en el tejido muscular. Como resultado, se pierde coordinación, se reduce la capacidad de concentración y produce debilidad muscular.

2.6.2.2 El Ejercicio Excesivo

Por su parte, el ejercicio excesivo es un aumento de la actividad física de gran intensidad con la intención de reducir el peso y/o eliminar la sobreingesta de calorías. Según las recomendaciones de instituciones de salud como la OMS (2006), para mantener un peso normal se requiere entre 60 y 90 minutos al día de ejercicio con una intensidad moderada. Es importante destacar que la actividad física es considerada saludable y recomendable debido a los beneficios que trae a la salud en general, sobre todo considerando el aumento de las cifras de sedentarismo y obesidad.

La restricción alimentaria puede llevar al incremento de la actividad física. Estas prácticas ocasionan una reducción del apetito, trayendo como consecuencia una menor ingesta de alimentos. Esta serie de hechos tiene bases neurobioquímicas, pues se ha probado que existiría alguna relación entre los opioides endógenos (betaendorfinas) y la actividad física. La actividad física incrementa las betaendorfinas, y este aumento explicaría las propiedades ansiolíticas y antidepresivas de ésta. Por ejemplo, los corredores de fondo sienten disminuir la fatiga y la sensación de esfuerzo al recorrer los primeros kilómetros, ya que aumentan las betaendorfinas circulantes; para que esto ocurra es necesario que la actividad física se desarrolle durante sesiones muy largas y junto a un grado de privación alimentaria significativo (Toro, 1998; Adams, Kirkby, 2003). Por otro lado, la adicción a la práctica de ejercicios lleva a las personas a realizarlos de forma excesiva, sin tomar días de descanso, hacer ejercicios voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades

potenciales; y a menudo a tener pensamientos compulsivos sobre dichas prácticas de ejercicios (Toro, 1998; Adams, Kirkby, 2003).

2.6.3 Conductas de Control de Peso de Tipo Purgativas

Dentro de las conductas purgativas para disminuir el peso, se encuentra el vómito auto inducido, el uso de diuréticos y laxantes.

2.6.3.1 Vómito Autoinducido

El vómito, como tal, es la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca. Este es un reflejo protector para la expulsión de elementos perjudiciales desde el aparato digestivo, a su vez, puede ser signo de enfermedad o efecto secundario de algún fármaco. Por otro lado, el vómito autoprovocado es la activación deliberada del reflejo del vómito. En el contexto de la restricción alimentaria, el vómito autoinducido suele darse después de una conducta alimentaria considerada de riesgo, es decir, el atracón. Éste corresponde a la ingesta descontrolada y exagerada de alimentos de alto contenido calórico por un período corto de tiempo, normalmente menos de dos horas, y por lo menos dos veces a la semana. Los atracones se realizan en forma oculta, con gran vergüenza en caso de ser descubiertos y finalizan debido al malestar físico abdominal que producen, purgas, o por factores externos (Rozensztejn, Treasure, 1998). Si bien no es una conducta de control de peso propiamente tal, es importante destacar que el hecho de realizar una conducta purgativa con el fin de contrarrestar el exceso calórico consumido previamente, sí corresponde a una forma de controlar el peso. En cuanto a las consecuencias físicas, el atracón está asociado con una aguda dilatación y ruptura gástrica, así como también a una ruptura esofágica debido al vómito (Rome, Ammerman, 2003). Otras consecuencias del vómito autoinducido corresponden al daño en el esmalte de los dientes, inflamación de la garganta, pérdida de la capacidad de mantener el alimento en el estómago, alteraciones intestinales como el síndrome de mala absorción, y estreñimiento crónico (Reynaga, 2009).

2.6.3.2 Uso de Diuréticos

La utilización de diuréticos se evidencia como una forma de control de peso. Los diuréticos son drogas que van desde hierbas naturales a fármacos, los que actúan sobre el riñón aumentando la expulsión de orina. El resultado de su acción es incrementar la pérdida renal de sal y agua, produciendo un aumento del volumen de orina con su consiguiente pérdida, lo cual genera una falsa ilusión de delgadez, debido a que existe pérdida de peso del cuerpo al momento de esta expulsión, sin embargo, esta pérdida es sólo en volumen de agua libre y además es momentánea, no existiendo una pérdida de peso en kilogramos. Esta falsa ilusión provoca una sensación de alivio en las personas en el corto plazo. Es importante destacar que existe un uso médico de los diuréticos, por ejemplo, es prescrito en caso de existir hipertensión arterial. La consecuencia más relevante del uso excesivo de los diuréticos es un desequilibrio hidroelectrolítico que consiste en anormalidades de los niveles de Sodio, Potasio y Calcio, lo cual puede provocar un paro cardíaco o incluso la muerte. El riesgo de su uso va a depender de la frecuencia y su combinación con otro tipo de fármacos o métodos para bajar de peso (Kaplan, Woodside, 1987).

2.6.3.3 Uso de Laxantes

Los laxantes son productos que estimulan y aceleran el proceso digestivo, produciéndose evacuaciones intestinales frecuentes o blandas. El uso de laxantes produciría un incremento de las alteraciones de la motilidad gastrointestinal, cólicos e inflamación (Díaz, ¿?). Por otro lado, cuando la ingesta de laxantes es abruptamente finalizada, pueden ocurrir cambios extremos en los fluidos y a la vez aparecer edemas dentro de las siguientes 24 o 36 horas, con aumento de peso entre 5 y 10 kilogramos aproximadamente durante este corto período de tiempo (Rome, Ammerman, 2003).

2.6.4 Otras Conductas de Control de Peso

También existen otras conductas de control de peso, tales como el consumo exagerado de líquido, el consumo de cigarrillos, la utilización de pastillas para adelgazar y el uso de anorexígenos.

2.6.4.1 Consumo Exagerado de Líquidos

Respecto a esto, los profesionales del área de nutrición y dietética, recomiendan el consumo de dos litros de agua al día, sin embargo, lo que se observa es que las adolescentes aumentan el consumo de líquidos a 3 o 4 litros de agua al día, con el objetivo de controlar su peso, ya sea como parte de una dieta para disminuir el apetito creando una sensación de saciedad, o en reemplazo de alguna comida. Este consumo exagerado de líquidos puede conllevar a un desequilibrio entre la ingesta y la excreción de agua libre, es decir, a una Hiponatremia. Los síntomas y signos de ésta pueden ser digestivos como náuseas y vómitos; neuromusculares como debilidad muscular, calambres; edemas cerebrales graves, los cuales pueden producir convulsiones, coma, depresión respiratoria e incluso la muerte (Rome; Ammerman, 2003).

2.6.4.2 Consumo de Cigarrillos

Las distintas sustancias tóxicas del tabaco producen alteraciones metabólicas en el organismo que alteran la capacidad de absorción a nivel gastrointestinal. Específicamente, la nicotina actúa a nivel del hipotálamo, en los núcleos ventromedial y paraventricular, inhibiendo el apetito y estimulando la secreción de adrenalina. También tiene un efecto reductor de la actividad metabólica en aproximadamente 200 Kcal, por disminución de efectos estimulantes y aumento del catabolismo lipídico (Martínez, Ruiz, ¿?).

2.6.4.3 Pastillas para Adelgazar y Anorexígenos

Además, existen otros métodos para bajar de peso como las pastillas para adelgazar y los anorexígenos, los cuales son sustancias que inhiben el apetito. Estos últimos se

utilizan en tratamientos de obesidad grave o de trastornos del sueño y la concentración. Es necesario destacar que las personas que optan disminuir la ingesta de alimentos vía fármacos, sin ningún tipo de supervisión médica, están sometidos a diversos riesgos, como por ejemplo, dependencia química, cefaleas, alteraciones del sueño como el insomnio, irritabilidad, taquicardia, aumento de la hipertensión arterial, constipación, sudoración, trastornos menstruales, convulsiones e incluso la muerte. Además, están relacionados con la aparición de depresión y crisis de ansiedad y pánico (Cabral, 2007).

III.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVOS GENERALES

Relacionar las conductas de control de peso en adolescentes con sus niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez.

Comparar los niveles de insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y conductas de control de peso, según su índice de masa corporal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los siguientes objetivos específicos se desprenden del primer objetivo general:

- Identificar las principales conductas riesgosas para bajar de peso que utilizan las adolescentes.
- Relacionar el grado de insatisfacción corporal con las conductas de control de peso que realizan las adolescentes.
- Relacionar el grado de obsesión por la delgadez con las conductas de control de peso que realizan las adolescentes.

Los siguientes objetivos específicos se desprenden del segundo objetivo general:

- Comparar la presencia de conductas de control de peso en mujeres adolescentes relación a su índice de masa corporal.
- Comparar el grado de (in) satisfacción corporal en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.
- Comparar el grado de obsesión por la delgadez en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.

IV. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

- La principal conducta riesgosa para bajar de peso correspondería a la realización de dietas por su cuenta.
- Las mujeres adolescentes con mayor grado de insatisfacción corporal, presentarían una mayor cantidad de conductas de control de peso.
- Las mujeres adolescentes con mayor grado de obsesión por la delgadez, presentarían una mayor cantidad de conductas de control de peso.
- Las mujeres adolescentes con mayor IMC, presentarían un mayor puntaje total en el Cuestionario de Conductas de Control de Peso.
- Las mujeres adolescentes con mayor IMC, presentarían un mayor grado de insatisfacción corporal.
- Las mujeres adolescentes con mayor IMC, presentarían un mayor grado de obsesión por la delgadez.

V. VARIABLES

5.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

5.2.1 Índice de Masa Corporal

Corresponde a la relación entre el peso y talla de un individuo, utilizada como recurso para evaluar el estado nutricional.

5.2.2 Insatisfacción Corporal

Consiste en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia la forma y el tamaño del cuerpo, lo cual es el producto de una evaluación negativa respecto a la imagen corporal, es decir una incongruencia entre el ideal y lo que se observa.

5.2.3 Obsesión por la delgadez

Refiere a la constante preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

5.2.4 Conductas de Control de Peso Riesgosas

Conductas repetitivas llevadas a cabo de manera voluntaria, con el fin de mantener o disminuir el peso corporal. Resultan peligrosas para la salud, debido al hecho de que en algunos casos no se encuentran supervisadas por algún profesional de la salud experto en el tema nutricional, o bien porque se escapan de lo recomendado según las normas establecidas por instituciones de salud a nivel mundial y nacional. Es importante destacar que éstas son riesgosas al constituir un factor de riesgo importante y/o criterio diagnóstico para el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

5.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

5.1.1 Índice de Masa Corporal

Esta variable, que corresponde a la razón entre el peso (expresado en Kg.) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros), se calcula de la siguiente manera:

$$\text{IMC} = \text{peso} / \text{talla}^2$$

A partir del resultado del anterior cálculo, se clasifica a la muestra en las siguientes categorías según su edad:

IMC < p 10: Bajo.

IMC entre p10 y < p 85: Normal.

IMC entre p 85 y < p 95: Riesgo de obesidad.

IMC \geq p 95: Obesidad.

Esta clasificación corresponde a la norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años del Ministerio de Salud de Chile (2003) (Ver Anexo 11.1).

5.1.2 Insatisfacción Corporal

La insatisfacción corporal es medida a través de la Escala de Insatisfacción Corporal perteneciente al Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2 de Garner. Esta se define a través del puntaje directo (puntaje total) obtenido en la escala. En primer lugar, estos son categorizados en percentiles (Ver Anexo 11.4) según su edad (11-13 años; 14-18 años). En segundo lugar, los puntajes directos son ubicados en el gráfico de perfil (Ver Anexo 11.5), y se categorizarán en: población clínica (puntajes de 13 o más); población subclínica (puntajes entre 4-12); población normal (puntajes entre 0-3). Para efectos del presente estudio se propone la categoría subclínica, la cual se desprende del intervalo entre la población normal y clínica, que no plantea el autor en el instrumento original (Ver Anexo 11.5).

5.1.3 Obsesión por la delgadez

La obsesión por la delgadez es medida a través de la Escala de Obsesión por la Delgadez perteneciente al Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-2 de Garner (1998). Esta se define a través del puntaje directo (puntaje total) obtenidos en la escala. En primer lugar, son categorizadas en percentiles (Ver Anexo 11.4) En segundo lugar, los puntajes directos son ubicados en el gráfico de perfil (Ver Anexo 11.5) y se categorizarán en: población clínica (puntajes de 13 o más); población subclínica (puntajes entre 3-12); población normal (puntajes entre 0-2). Para efectos del presente estudio se propone la categoría subclínica, la cual se desprende del intervalo entre la población normal y clínica, que no plantea el autor en el instrumento original (Ver anexo 11.5)

5.1.4 Conductas de Control de Peso Riesgosas

La medición de esta variable es llevada a cabo mediante la aplicación del Cuestionario de Conductas de Control de Peso (Ver Anexo 11.7). Las preguntas del cuestionario se refieren a la presencia o ausencia de ciertas conductas, como también a su frecuencia e intensidad. Las respuestas se traducen en niveles de riesgo, los cuales se asocian con un puntaje, que corresponde a la suma del puntaje total, que puede encontrarse entre 0 y 27 puntos. Al tratarse de un cuestionario piloto no se establecen puntajes de corte, pero el supuesto es que a mayor puntaje, habría mayor riesgo (progresivo) de conductas de control de peso peligrosas para la salud.

VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de carácter Cuantitativo, ya que se medirán las variables correspondientes a: Índice de Masa Corporal, Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal y Conductas de Control de Peso, en una población de mujeres que estén cursando entre 7° y 4° medio. Asimismo, es una investigación No Experimental debido a que no hay manipulación de variables. El diseño empleado es Transeccional, puesto que la investigación se lleva a cabo en un momento determinado de las etapas de las adolescentes. Por otro lado, es de tipo Exploratorio-Descriptivo, porque describe a la muestra respecto a la características y frecuencia de cada una de las escalas; y exploratorio, ya que si bien es un estudio que trabaja con variables ya estudiadas, se integra el cuestionario de conductas de control peso; dicha información no ha sido profundizada.

Además, es Correlacional, ya que el interés radica en la presencia de algún tipo de asociación o relación entre variables.

6.2 PARTICIPANTES

6.2.1 Población

La población objetivo corresponde a adolescentes mujeres que estén cursando entre 7° básico y 4° medio (aproximadamente, rangos entre 12 y 18 años), en establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de Valparaíso.

6.2.2 Muestra

La muestra empleada para este estudio corresponde a una de tipo no probabilístico, es decir, a un subgrupo de la población de la comuna de Valparaíso. Los sujetos participaron de manera voluntaria, luego de la exposición verbal de este por parte de las investigadoras. Para ello se contó con la colaboración de parte del cuerpo docente, de cuatro establecimientos municipalizados de la comuna de Valparaíso. El estudio fue realizado en estas instituciones debido a su accesibilidad.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que estén cursando entre séptimo de enseñanza básica y cuarto año de enseñanza media.
- Mujeres de establecimientos Educacionales municipalizados de la comuna de Valparaíso.

6.3 PROCEDIMIENTO

El presente estudio comenzó con una revisión bibliográfica de aspectos teóricos e investigaciones realizadas acerca de la insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, conductas de control de peso e índice de masa corporal de las adolescentes chilenas.

A partir de la información recolectada, se decidió utilizar las escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, (EDI 2, Garner, 1998) de Insatisfacción Corporal y de Obsesión por la Delgadez. A su vez, para estudiar las conductas de control de peso riesgosas para la salud, se realizó una adaptación del instrumento de “Cuestionario de Conductas de Control de peso” realizado por Vanessa Tapia el año

2004, en el estudio “Conductas para perder peso en mujeres adolescentes: un estudio correlacional en torno al riesgo de Trastorno Alimentario e Insatisfacción Corporal”. La adaptación y construcción de dicho cuestionario fue realizado a partir de revisión bibliográfica, criterios diagnósticos de Trastornos de la Conducta Alimentarios según DSM – IV – TR (2003) y el juicio experto de una Nutricionista y Psicóloga. Luego de la reelaboración del instrumento, éste fue expuesto de manera escrita (Ver Anexo 11.8) y sometido a juicio de expertos (Médicos, Psicólogos y Nutricionista) cuyas opiniones fueron recogidas, discutidas e integradas, junto con la categorización de los riesgos establecidos (Ver Anexo 11.9). Este instrumento fue sometido a una prueba piloto con 8 alumnas de séptimo y octavo, de una establecimiento educacional municipalizado de la comuna de Viña del Mar, y también con alumnas de 18 años que cursaban primer año de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

De forma paralela, se definió la población y la muestra. Para poner en marcha el estudio, se realizaron visitas a diferentes establecimientos educacionales de la comuna de Valparaíso, utilizando como respaldo una carta de la institución de la Universidad de Valparaíso y una descripción de la investigación (Ver Anexo 11.10), con el fin de obtener autorización para aplicar los tres instrumentos y acceder a los datos de peso y talla de las adolescentes. Lo anterior, se realizó por medio de la medición directa de dichos datos por parte de las investigadoras, utilizando pesas y huinchas métricas. En todos los casos las adolescentes se encontraban completamente vestidas y con calzado. El horario de medición y de aplicación de instrumentos fue establecido por cada uno de los establecimientos. Al mismo tiempo, se entregó el Consentimiento Informado (Ver Anexo 11.11) a las adolescentes, asegurándose de que la participación fuese de manera informada y voluntaria.

Una vez aplicados los instrumentos y obtenidos los datos de peso y talla, se verifica que cada uno de los instrumentos haya sido contestado del tal forma que no hayan quedado ítems sin contestar. Por último, una vez recolectado los instrumentos aplicados, se ingresa la información a una tabla Excel de datos, incluyendo el establecimiento

educacional y el rango etario. Además, para el cálculo de IMC, se ingresan los datos de peso y talla.

6.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.4.1 Cuestionario de Conductas de Control de Peso

Corresponde a una adaptación del instrumento “Cuestionario de Conductas de Control de peso”, del trabajo de tesis “Conductas para perder peso en mujeres adolescentes: un estudio correlacional en torno al riesgo de Trastorno Alimentario e Insatisfacción Corporal” (Tapia, 2004). Éste ha sido reformulado según revisión bibliográfica, criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del DSM-IV-TR y el juicio experto de distintos profesionales de la salud asociados al tema (nutricionista, médico, psiquiatra, psicólogas).

El Cuestionario (Ver anexo 11.7) consta de 22 preguntas en total, 14 de ellas son de opción múltiple, en donde:

- 12 preguntas deben ser contestadas marcando sólo con una alternativa (3; 4; 5; 7; 9; 10; 11; 12; 14; 16; 18; 20).
- 2 preguntas deber ser contestadas marcando más de una alternativa (21; 22).

Dentro de las 14 preguntas anteriormente mencionadas, se identifican 12 preguntas que indagan la frecuencia de conductas de control de peso riesgosas para la salud. En el caso de que la conducta se presente, las respuestas, por su parte, indagan en su frecuencia, y a partir de eso, se establece la presencia e intensidad de riesgo (Ver Anexo 11.9).

Las ocho preguntas restantes (1; 2; 6; 8; 13; 15; 17; 19), también indagan en la presencia o ausencia de la conducta de control de peso, sin embargo, sus respuestas no se consideran en el establecimiento de riesgo, dado que se utilizan como datos descriptivos respecto a la muestra. Es importante destacar que en tres de estas, las participantes deben redactar con su propia letra la respuesta (respuesta corta) (2; 6; 8);

mientras que las otras cinco son de carácter dicotómico (1; 13; 15; 17; 19), las cuales se utilizan para descripción de la muestra e indagan la presencia de la conducta de control de peso riesgosa para la salud (Ver Anexo 11.9).

Se identifican 12 preguntas de selección múltiple (3; 4; 5; 7; 9; 10; 11; 12; 14; 16; 18; 21) que miden la presencia e intensidad de riesgo puntuándose la respuesta de forma ascendente entre 0 y 3 puntos, siendo 0 *no riesgo*, 1 *bajo riesgo*, 2 *riesgo moderado*, y 3 *riesgo alto*. En algunos casos, el puntaje se asigna a partir de la combinación de las respuestas dadas en dos preguntas (3-4; 9-10; 11-12). El resto de las preguntas miden riesgo por sí solas (Ver Anexo 11.9). Se entiende como “riesgo” la posibilidad vinculada a cada descriptor de la conducta evaluada de desarrollar un trastorno alimentario, un déficit nutricional y/o hábitos no saludables. Existen algunos descriptores vinculados directamente a una de estas dimensiones de riesgo y otros que evalúan riesgo en más de una dimensión. Las categorías de riesgo fueron establecidas por pregunta, por lo que a cada conducta se le asigna riesgo de forma particular, dependiendo de la frecuencia e intensidad de esta. Los riesgos implicados en cada conducta, fueron designados por expertos, es decir médicos, psiquiatras, psicólogos, y nutricionista.

Al comienzo del cuestionario se presentan una serie de preguntas que pretenden recabar datos respecto a la edad, curso, seguimiento de un tratamiento con algún profesional para bajar de peso y/o el uso de algún medicamento para adelgazar, prescrito bajo las mismas condiciones, en los últimos 12 meses. Asimismo, también se busca averiguar si la adolescente pertenece a un grupo de danza o selección deportiva en horarios extracurriculares. Si bien en este apartado se incluyen datos de peso y talla, estos son medidos y anotados por las investigadoras (Ver Anexo 11.7).

El puntaje total se obtiene a través de la sumatoria de las respuestas que miden riesgo, el cual no presenta puntaje de corte, sin embargo, se asume que a mayor puntaje, mayor riesgo.

Con el fin de acreditar la validez de contenido, el cuestionario fue sometido a Juicio de Expertos (Ver Anexo 11.9), y por otro lado, los ítems del instrumento son representativos del dominio del elemento que se desea medir (Bohrstedt,1976), es

decir, están integradas todas las conductas de control de peso encontradas en la revisión bibliográfica del presente estudio.

6.4.2 Escala de Insatisfacción Corporal

La Escala de Insatisfacción Corporal es extraída del EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Garner, 1998) (Ver Anexo 11.3) y mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o aquellas partes del mismo que más le preocupan.

Dicha escala cuenta con 9 frases, en donde cada sujeto contesta en una escala de 0 a 5, según la frase: “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” respectivamente, la cual describe la frecuencia de su propio comportamiento. Las respuestas dadas a cada elemento se puntúan de 0 a 3. Se da 3 a las respuestas extremas en la dirección sintomática (“siempre” o “nunca”), según el elemento esté redactado en sentido positivo o negativo en relación con lo que evalúa la variable. Se atribuyen 2 puntos a la respuesta inmediatamente adyacente, y 1 punto a la siguiente. Las 3 opciones más alejadas o asintomáticas reciben 0 puntos. Los elementos redactados de forma positiva puntúan:

Respuesta	Puntaje Asignado
Siempre	3
Casi siempre	2
A menudo	1
A veces	0
Pocas veces	0
Nunca	0

En el caso de los elementos redactados en sentido negativo, las puntuaciones se invierten:

Respuesta	Puntaje Asignado
Siempre	0
Casi siempre	0
A menudo	0
A veces	0
Pocas veces	2
Nunca	3

El puntaje mínimo corresponde a 0 puntos, y el máximo a 27 puntos.

El autor no establece puntos de corte para insatisfacción corporal o satisfacción corporal, sino que propone un gráfico de perfil (Ver Anexo 11.5) donde se reflejan los baremos obtenidos a través de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y de la muestra de tipificación de la población normal. Las puntuaciones directas se convierten en percentiles, según la tabla de conversión en mujeres de 11 a 18 años (Garner, 1998) (Ver Anexo 11.4).

Respecto a la confiabilidad del instrumento, la consistencia interna (alfa de Cronbach) en dicha escala es de 0,90 en muestra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; en muestras no clínicas, la consistencia interna fue de 0,92. Respecto a la fiabilidad test-retest, a una semana de ser aplicada la escala, obtuvo 0,95; a la tercera semana 0,97 y al año 0,75 (Garner, Olmsted, 1984; cit. en Garner, 1998).

Con respecto a la validez, este inventario consigue la validez de criterio en su primer estudio (EDI) en el año 1983, realizado por Garner, Garfinkel y Polivy, en donde se logra discriminar adecuadamente entre población clínica y no clínica. En cuanto a la validez concurrente, en los estudios originales del EDI se comprobó dicha validez, comparando las puntuaciones de autoinforme con la opinión clínica de profesionales y terapeutas familiares expertos. La escala de insatisfacción corporal obtiene una correlación de 0,44 respecto a la valoración de los jueces clínicos. Por otro lado, en el caso de la mayor parte de las escalas del EDI, la validez concurrente presenta dificultades al momento de ser demostrada, ya que fue creada para medir constructos

clínicamente relevantes para los que no había otros instrumentos de medida. Algunas escalas sí coincidían conceptualmente con otras pruebas y éstas se aplicaron mediante el proceso de validación. La escala de insatisfacción corporal tiene la mayor correlación estadística y conceptual con las medidas que se refieren a las zonas corporales afectadas por la maduración y con la insatisfacción general con el propio cuerpo. Se obtienen también correlaciones elevadas con ciertas puntuaciones del cuestionario sobre forma corporal en pacientes con bulimia nerviosa ($r=0,78$) y en sujetos restrictivos y no restrictivos ($r=0,82$) (Berscheid, 1973; Cooper, Taylor, 1988; Eldredge, Wilson, Whaley, 1990; cit. en Garner, 1998).

6.4.3 Escala de Obsesión por la Delgadez

Corresponde a un extracto del EDI-2 (Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Garner, 1998) (Ver Anexo 11.6). Los elementos de esta escala refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

Esta escala cuenta con 7 frases, en donde cada sujeto contesta en una escala de 0 a 5, según la frase: “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre” respectivamente, que describe la frecuencia de su propio comportamiento. Las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de 0 a 3. Los puntos son asignados de la misma forma que en la escala de Insatisfacción Corporal, dependiendo de si la respuesta escogida se direcciona hacia la sintomatología de dicha escala. El puntaje mínimo de ésta es 0 y su puntaje total es de 21 puntos.

Al igual que la escala de Insatisfacción Corporal, no se establecen puntos de corte, sino que se propone un gráfico de perfil (Ver Anexo 11.5) donde se reflejan los baremos obtenidos a través de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y de la muestra de tipificación de la población normal. Los puntajes directos se convierten en percentiles según la tabla de conversión en mujeres de 11 a 18 años (Ver Anexo 11.4) (Garner, 1998) (Ver Anexo 11.4).

Con respecto a la confiabilidad, la consistencia interna presentada por esta escala, en una muestra de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria fue de 0,86,

mientras que en muestras no clínicas, esta fue de 0,87. En relación, a la fiabilidad test-retest, a una semana de ser aplicada dicha escala, se obtuvo 0,85; a la tercera semana 0,92 y al año 0,72 (Garner, Olmsted, 1984; cit. en Garner, 1998).

En cuanto a la validez, este inventario consigue la validación de criterio en su primer estudio (EDI) en el año 1983, realizado por Garner, Garfinkel y Polivy, en donde se logra discriminar adecuadamente entre población clínica y no clínica. Con respecto a la validez concurrente, en los estudios originales del EDI se comprobó comparando las puntuaciones de autoinforme con la opinión clínica de profesionales y terapeutas familiares expertos. La escala de Obsesión por la delgadez obtiene una correlación de 0,53 respecto a la valoración de los jueces clínicos. La validez de constructo, por su parte, obtiene altas correlaciones con la escala de Régimen del EAT-26 y la escala de Restricción. En un estudio realizado por Gross (1986), se encontraron correlaciones elevadas ($r=0,81$) entre esta escala y el EAT o el EAT-26 en pacientes con Bulimia Nerviosa y en mujeres normales ($r=0,77$). En otro estudio realizado por Wilson (1989), encontraron una correlación muy elevada ($r=0,89$) con la medida conductual de la EBRS (Eating Behavior Rating Scale) en mujeres estudiantes Universitarias, mientras que la correlación era débil en una muestra de pacientes de Anorexia Nerviosa ($r=0,21$) (cit. en Garner, 1998).

6.4.4 Instrumentos de Medición de Peso y Talla

La obtención de los datos de peso y talla necesarios para el cálculo del Índice de Masa Corporal de la muestra se obtuvieron a través de:

- Cuatro pesas adquiridas especialmente para la implementación del presente estudio.
- Huinchas de medir en base a centímetros construidas por las investigadoras para la implementación del presente estudio.

6.5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El presente estudio empleará, en primer lugar, análisis estadístico descriptivo mediante Microsoft Excel 2007. Por otro lado, se utilizará análisis de estadística inferencial, es decir Correlación de Pearson con un nivel de 0,01 de significancia, y análisis de varianza unidireccional (ANOVA) con nivel de 0,05 de significancia, a través del programa estadístico SPSS. Lo anterior se muestra en la Tabla VI - 1:

Tabla VI-1: Análisis de objetivos específicos y respectivos análisis de datos

Objetivos Específicos	Análisis Estadístico Utilizado
Identificar las principales conductas riesgosas para bajar de peso que utilizan las adolescentes.	Estadística descriptiva: Frecuencias, Porcentajes, Promedios, Desviación Estándar, Mínima y Máxima.
Relacionar el grado de insatisfacción corporal con las conductas de control de peso en mujeres adolescentes.	Estadística Inferencial: Correlación de Pearson
Relacionar el grado de obsesión por la delgadez con las conductas de control de peso en mujeres adolescentes.	Estadística Inferencial: Correlación de Pearson
Comparar la presencia de conductas de control de peso en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.	Estadística Inferencial: Varianza Unidireccional (ANOVA)
Comparar el grado de (in)satisfacción corporal en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.	Estadística Inferencial: Varianza Unidireccional (ANOVA)
Comparar el grado de obsesión por la delgadez en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.	Estadística Inferencial: Varianza Unidireccional (ANOVA)

VII. RESULTADOS

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total fue de 465 mujeres adolescentes.¹ Esta se obtuvo a partir de la aplicación de los tres instrumentos de recolección de datos: Cuestionario de Conductas de Control de Peso, Escala de Insatisfacción Corporal y Escala de Obsesión por la Delgadez.

En la Tabla VII - 1, se presentan las edades de las adolescentes que compusieron el total de la muestra, su frecuencia y el porcentaje, la media, y desviación estándar correspondiente respecto al total. El rango de edad del total de la muestra, se encuentra distribuido entre los 12 y 20 años de edad. El mayor porcentaje de adolescentes se encuentra entre los rangos de 12 y 16 años con 78%, mientras que entre los 17 y 20 años hay un 22%. El promedio de edad corresponde a los 15 años.

Tabla VII-1: Edades de las adolescentes

Rango de Edades	n	%
12-16 años	364	78%
17-20 años	101	22%
Total	465	100%
Promedio de Edad	15 años	
Desviación Estándar	1,7	

La distribución de la muestra según cursos, es la siguiente:

- El 35%, es decir, 162 mujeres adolescentes, corresponden a los niveles de séptimo y octavo de enseñanza básica.
- El 33%, es decir, 154 mujeres adolescentes, corresponden a los niveles de primero y segundo medio de enseñanza media.

¹ La descripción de la muestra se realiza a partir del total de sujetos participantes, sin embargo, 48 adolescentes dejaron ítems sin contestar en uno o más instrumentos, por lo que no son considerados para el análisis estadístico inferencial.

- El 32%, es decir, 149 mujeres adolescentes, corresponden a los niveles de tercero y cuarto medio de enseñanza media.

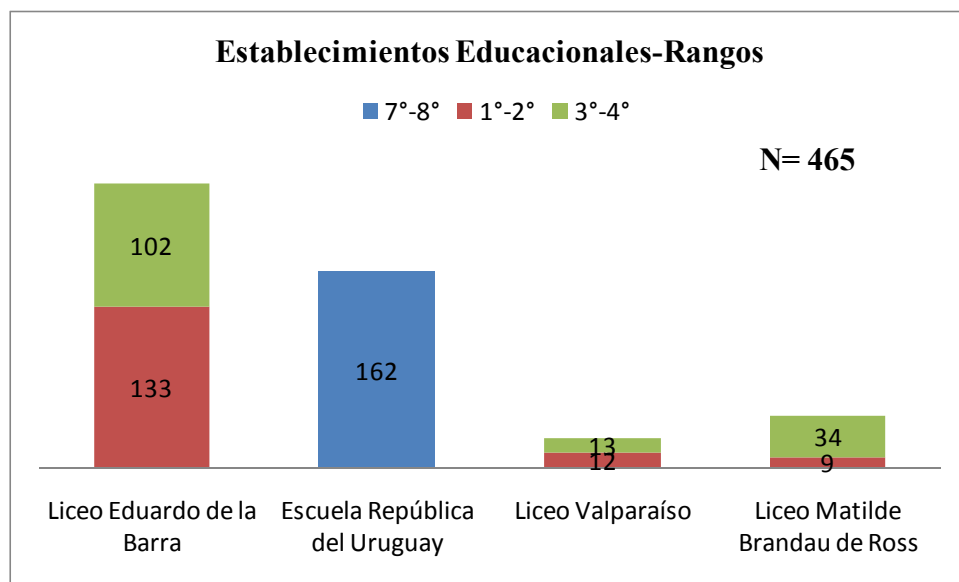
A continuación, en el Gráfico VII - 1, se presenta la distribución del total de la muestra en los 4 establecimientos educacionales, además de la distribución por cursos.

La mayor parte de la muestra pertenece al Liceo Eduardo de la Barra, correspondiente al 51% del total. Este porcentaje es equivalente a 235 adolescentes, 133 en el rango de primero y segundo de enseñanza media, y 102 en el rango de tercero y cuarto de enseñanza media. Un 35% de los sujetos corresponde a la Escuela República del Uruguay, con 162 adolescentes de séptimo y octavo de enseñanza básica.

El 5% de las participantes pertenece al Liceo Valparaíso, siendo 25 el total, 12 adolescentes de primero y segundo de enseñanza media, y 13 de tercero y cuarto de enseñanza media.

El 9% de la muestra es del Liceo Matilde Brandau de Ross, con 43 alumnas, 9 de primero y segundo de enseñanza media, y 34 de tercero y cuarto de enseñanza media.

Gráfico VII-1: Distribución por establecimiento educacional y curso



La Tabla VII - 2 muestra la cantidad de adolescentes que han estado bajo algún tratamiento médico para bajar de peso con la supervisión de algún profesional de la

salud; que han usado algún medicamento para bajar de peso también bajo la supervisión de algún profesional de la salud en los últimos 12 meses; y/o que han pertenecido a algún grupo de danza o selección deportiva en los últimos 12 meses. Estos datos y los porcentajes se exponen respecto al total de la muestra, observándose que 420 adolescentes, correspondientes a un 90,32%, refiere que no se encuentra en tratamiento; mientras que 44 de ellas señala que sí lo está, siendo esto el 9,46% del total de la muestra. Respecto a la pregunta sobre los medicamentos, un 97,85% no usa fármacos de este tipo. El 2,15%, es decir, 10 participantes contestan que sí los utilizan. Por último, a partir de la pregunta sobre grupos de danza o selecciones deportivas, 43,44%, señala que participa, y un 56,34% que no. En el Anexo 11.12 se muestra el detalle de las actividades de danza y/o deporte realizadas por las adolescentes, con sus respectivas frecuencias.

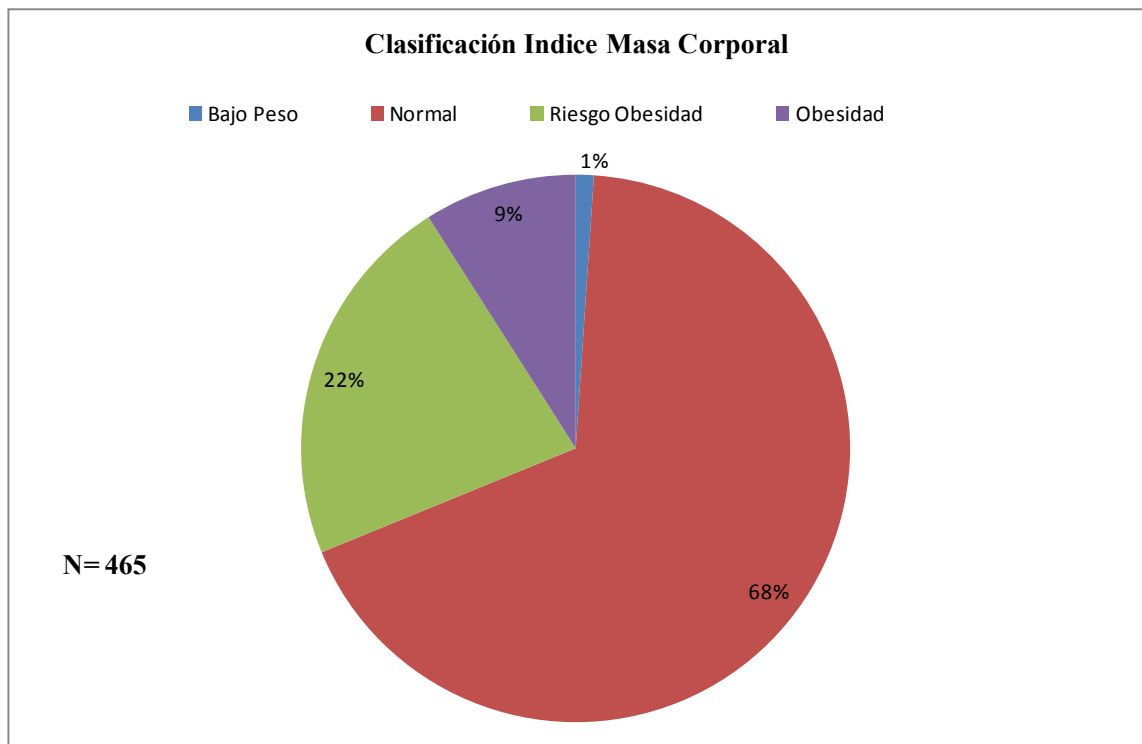
Tabla VII-2: Frecuencias y porcentajes de tratamiento para bajar de peso, prescripción de pastillas para adelgazar (profesional de la salud), y actividad física de las adolescentes.

	Tratamiento Profesional Salud				Medicamentos para Adelgazar (prescripción médica)			Danza-Deporte			
	Con	Sin	NR	Total	Con	Sin	Total	Sí	No	NR	Total
Total	44	420	1	465	10	455	465	202	262	1	465
%	9,46%	90,32%	0,22%	100%	2,15%	97,85%	100%	43,44%	56,34%	0,2%	100%

A continuación, se presenta en el Gráfico VII-2 la distribución de la clasificación del Índice de Masa Corporal según la Norma Técnica de Evaluación de Niños de 6 a 18 años (2003) del total la muestra, respecto a lo cual se indica su frecuencia (n) y porcentaje. El total se distribuye en cuatro categorías según la clasificación del Índice de Masa Corporal. El mayor porcentaje de sujetos, 68%, se encuentra en la categoría normal, mientras que la categoría de riesgo de obesidad corresponde al 22% de la

muestra. Por otro lado, en menor porcentaje se encuentran las categorías de obesidad con 9%, y bajo peso con 1%.

Gráfico VII-2: Distribución de la clasificación de Índice de Masa Corporal



7.2 RESULTADOS DE INSTRUMENTOS EN GRUPO DE ESTUDIO

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los tres instrumentos.

7.2.1 Cuestionario de Conductas de Control de Peso

A continuación, se exponen en la Tabla VII – 3 los puntajes totales obtenidos por las participantes en el Cuestionario de Conductas de Control de Peso. Las frecuencias y porcentajes que aparecen fueron calculados con respecto al total de la muestra. Por último, se muestra el promedio y la desviación estándar de los puntajes totales obtenidos.

El puntaje mínimo del cuestionario es de 0 puntos, y el máximo de 27 puntos. Del total de la muestra, 374 adolescentes, lo que corresponde al 80%, obtuvo entre 0 y 6 puntos. Por su parte 69 adolescentes, obtienen un puntaje entre 14 y 20, correspondiente al 15%. Ocho mujeres obtuvieron entre 14 y 27 puntos, correspondiente 2%. En cuanto a la categoría de “No Válidos”, correspondiente a aquellos cuestionarios que no fueron completa o correctamente contestados, hubo 14, es decir un 3% del total.

Tabla VII-3: Puntajes totales Cuestionario Conductas de Control de Peso

Intervalo Puntajes Totales	n	%
0-6	374	80%
7-13	69	15%
14-20	7	2%
21-27	1	0%
No Válidos	14	3%
Total	465	100%
Promedio	2,9	
Desviación Estándar	3,75	

De acuerdo a los niveles por cursos utilizados por este estudio, los promedios obtenidos en cada uno de ellos son los siguientes:

- En los niveles de séptimo y octavo de enseñanza básica, el promedio del puntaje del cuestionario de conductas de control de peso corresponde a 2,46.
- En los niveles de primero y segundo de enseñanza media, el promedio del puntaje del cuestionario de conductas de control de peso corresponde a 3,24.
- En los niveles de tercero y cuarto de enseñanza media, el promedio del puntaje del cuestionario de conductas de control de peso corresponde a 2,95.

A partir de los resultados anteriores, no se observan diferencias significativas.

Por otro lado, de acuerdo al índice de masa corporal, los promedios obtenidos por las adolescentes son los siguientes:

- En la clasificación de “Normopeso” (316 sujetos), el puntaje promedio en el cuestionario de conductas de control de peso es de 2,16.
- En la clasificación de “Riesgo Obesidad” (102 sujetos), el puntaje promedio en el cuestionario de conductas de control de peso es de 4,68.
- En la clasificación de “Obesidad” (42 sujetos), el puntaje promedio en el cuestionario de conductas de control de peso es de 4,15.

Los sujetos que se clasifican como “Bajo Peso”, es decir, 5 mujeres adolescentes, se traducen en baja frecuencia respecto de la muestra total y por lo tanto, no es significativo. Los resultados anteriores, muestran que existen diferencias significativas en los puntaje promedio entre el grupo de “Normopeso”, respecto a los grupos de “Riesgo Obesidad” y “Obesidad”, siendo mayor el promedio en estos últimos. Lo anterior indica que las adolescentes que tienen mayor índice de masa corporal, tendrían mayor frecuencia y/o intensidad respecto a las conductas de control de peso que realizan.

Los resultados obtenidos en cada una de las preguntas del cuestionario de conductas de control de peso, se encuentran detalladas en el Anexo 11.12.

La Tabla VII -4 muestra las respuestas dadas por las adolescentes a la pregunta N° 22 del Cuestionario de Conductas de Control de Peso (Ver Anexo 11.7). Las frecuencias y porcentajes están calculados respecto al total de la muestra.

En la pregunta 22, se indaga en los factores que contribuyeron en la decisión de realizar conductas de control de peso. Las adolescentes tenían la posibilidad de contestar más de una alternativa, por lo que el total corresponde a 571. La frecuencia más alta es la alternativa Ninguna, con 210 respuestas. Luego, se presenta la Familia con 143 respuestas. En último lugar, se encuentra la alternativa de los Medios de Comunicación, con una frecuencia de 46. Las respuestas de la alternativa “Otras” se encuentran descritas en el apartado Anexos (Ver Anexo 11.12).

Tabla VII-4: Respuestas pregunta 22 (factores que contribuyen en la realización de la conducta)

Respuesta	n
Familia	143
Amigos /compañeras	91
Medios de comunicación	46
Otras	64
Ninguna	210
No responde	17
Total	571

7.2.2 Escalas de EDI-II: Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez

A continuación, se exponen en la Tabla VII-5 los puntajes obtenidos por las participantes en las Escalas de EDI-2 de Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez. Asimismo, se exponen los promedios a partir de dichos puntajes junto a su desviación estándar y el mínimo y máximo obtenido. La muestra, en este caso, corresponde al número total de niñas.

En cuanto a la Escala de Insatisfacción Corporal, un 98,45% de mujeres responde a su totalidad. El promedio de la población se encuentra dentro de la categoría subclínica, es decir, un 9,33. La mínima posible del instrumento (puntaje) corresponde a 0 y la máxima a 27, lo cual coincide con el puntaje mínimo y máximo alcanzado por las participantes.

En relación a la Escala de Obsesión por la Delgadez, un 96,98% de mujeres responde a su totalidad. El promedio de la población se encuentra dentro de la categoría subclínica, es decir, un 8,38. La mínima posible corresponde a 0 y la máxima a 21, lo cual coincide con el puntaje mínimo y máximo alcanzado, que fue de 21, observándose también una amplia variabilidad en las respuestas formuladas por las adolescentes.

Tabla VII-5: Puntajes Totales de las Escalas de Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez

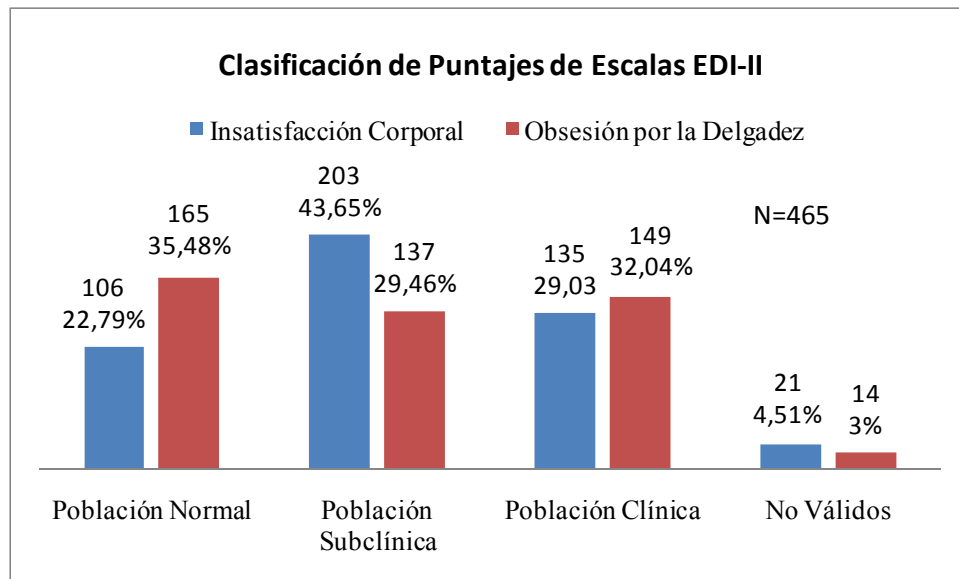
Instrumentos	n	Porcentaje	Promedio Ptje. Total	Desviación Estándar	Mínima	Máxima
Insatisfacción Corporal	444	98,45%	9,33	7	0	27
Obsesión por la Delgadez	451	96,98%	8,38	6,69	0	21

El Gráfico VII-3 corresponde a la clasificación de los puntajes obtenidos por las participantes en la Escala de Insatisfacción Corporal y en la Escala de Obsesión por la Delgadez (Ver Tabla VII-5), además de aquellos cuestionarios considerados No válido, es decir que una o más ítems no fueron contestados correctamente.

Respecto a la Escala de Insatisfacción Corporal, 106 adolescentes se clasifican en la categoría de Población Normal, es decir, 22,79%. 203 corresponden a la categoría de Población Subclínica, siendo esta la mayor frecuencia en la escala, con 43,65%. Por otro lado, 135 mujeres adolescentes se ubican en la categoría de Población Clínica, 29,03%. Por último el 4,51%, es decir 21 cuestionarios son categorizados como No Válidos.

En cuanto a la Escala de Obsesión por la Delgadez, 165 mujeres se encuentran en la categoría de Población Normal, es decir un 35,48%. Respecto a la categoría de Población Subclínica, se encuentran 137 mujeres, lo que corresponde al 29,46%. 149 mujeres corresponden a la categoría de Población Clínica, lo que es el 32,04%. Finalmente, 14 cuestionarios son categorizados como No Válidos, es decir, un 3%.

Gráfico VII-3: Distribución de la clasificación de los puntajes obtenidos en las Escalas de EDI-II: Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez



En la Tabla VII-6 se presentan las frecuencias y porcentajes de acuerdo a la Población Normal, Subclínica y Clínica de la Escala de Obsesión por la Delgadez según el Índice de Masa Corporal.

Respecto a la categoría “Normopeso”, de un total de 316 adolescentes se observan los siguientes resultados:

- La mayor proporción, con un 42,1% se ubica en Población Normal, es decir, actualmente no presenta preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar disminuyendo el riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- La Población Subclínica, se obtiene una proporción de 29,4%, es decir, presentan algún grado de Obsesión por la Delgadez.
- En la Población Clínica, se obtuvo un porcentaje de 25%, indicando que una proporción significativa de estas adolescentes se preocupan por el peso, las dietas y el miedo a engordar, lo que a su vez, podría aumentar el riesgo para desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En cuanto a la categoría “Riesgo de Obesidad”, de un total de 102 adolescentes, se obtienen la siguiente información:

- En Población Normal, se obtiene un 17,6% de adolescentes que no presenta preocupación por la delgadez.
- Respecto a la Población Subclínica, la proporción corresponde a un 29,4%, es decir, presentan algún grado de preocupación por el peso, las dietas y el miedo a aumentar de peso.
- En mayor porcentaje, se encuentra la Población Clínica con 52%, es decir las adolescentes que se ubican en este intervalo presentan preocupación por la delgadez, asimismo tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En relación a la categoría “Obesidad”, de un total de 42 adolescentes, los resultados son los siguientes:

- En Población Normal, se obtuvo un 21,4%, es decir nueve adolescentes que son parte de esta categoría no presentarían Obsesión por la Delgadez.
- En Población Subclínica se obtiene un 33,3%, lo que implica que 14 adolescentes tienen algún grado de Obsesión por la Delgadez.
- Con un mayor porcentaje se encuentra la Población Clínica, con un 40,5%, presentando mayor preocupación por el peso, las dietas y el miedo a aumentar de peso.

Tabla VII-6: Clasificación de Población Normal, Subclínica y Clínica según Índice de Masa Corporal en la Escala de Obsesión por la Delgadez

	Obsesión por la Delgadez								
	Población Normal		Población Subclínica		Población Clínica		NR		N
	N	%	n	%	n	%	N	%	
Normopeso	133	42,1%	93	29,4%	79	25%	11	3,5%	316
R. Obesidad	18	17,6%	30	29,4%	53	52%	1	1%	102
Obesidad	9	21,4%	14	33,3%	17	40,5%	2	4,8%	42

En la Tabla VII-7 se presentan las frecuencias y porcentajes de acuerdo a la Población Normal, Subclínica y Clínica de la Escala de Insatisfacción Corporal según el Índice de Masa Corporal.

Respecto a la categoría “Normopeso”, de un total de 316 adolescentes se observan los siguientes resultados:

- La mayor proporción, con un 28,8% se ubica en Población Normal, es decir, actualmente no presenta Insatisfacción Corporal disminuyendo el riesgo para desarrollar un trastorno Alimentario.
- La Población Subclínica, se obtiene una proporción de 46,2%, es decir, siendo un porcentaje significativo de adolescentes con Normopeso que presentan algún grado de Insatisfacción Corporal.
- En la Población Clínica, se obtuvo una proporción de 20,3%, correspondiente a 64 adolescentes, que presentan Insatisfacción Corporal, siendo un porcentaje significativo de la categoría “Normopeso”.

En cuanto a la categoría “Riesgo de Obesidad”, de un total de 102 adolescentes, se obtiene la siguiente información:

- En Población Normal, se obtiene un 9,8% de adolescentes que no presenta Insatisfacción Corporal.
- Respecto a la Población Subclínica, en mayor proporción corresponde a un 42,2%, es decir, las adolescentes presentarían algún grado de Insatisfacción Corporal, siendo este cuatro veces mayor al porcentaje obtenido en la Población Normal.
- En mayor porcentaje, se encuentra la Población Clínica con 47%, es decir las adolescentes que se ubican en este intervalo presentan mayor grado de Insatisfacción Corporal, asimismo tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En relación a la categoría “Obesidad”, de un total de 42 adolescentes, los resultados son los siguientes:

- En Población Normal, se obtuvo un 4,8%, es decir, nueve adolescentes que pertenecen a esta categoría no presentarían Insatisfacción Corporal.
- En Población Subclínica se obtiene un 28,6%, lo que implica que las adolescentes presentan algún grado de Insatisfacción Corporal.
- Con un mayor porcentaje se encuentra la Población Clínica, con un 54,8%, es decir, las adolescentes de esta categoría presentan mayor Insatisfacción Corporal, lo cual conlleva riesgo para desarrollar algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Tabla VII-7: Clasificación de Población Normal, Subclínica y Clínica según Índice de Masa Corporal en la Escala Insatisfacción Corporal

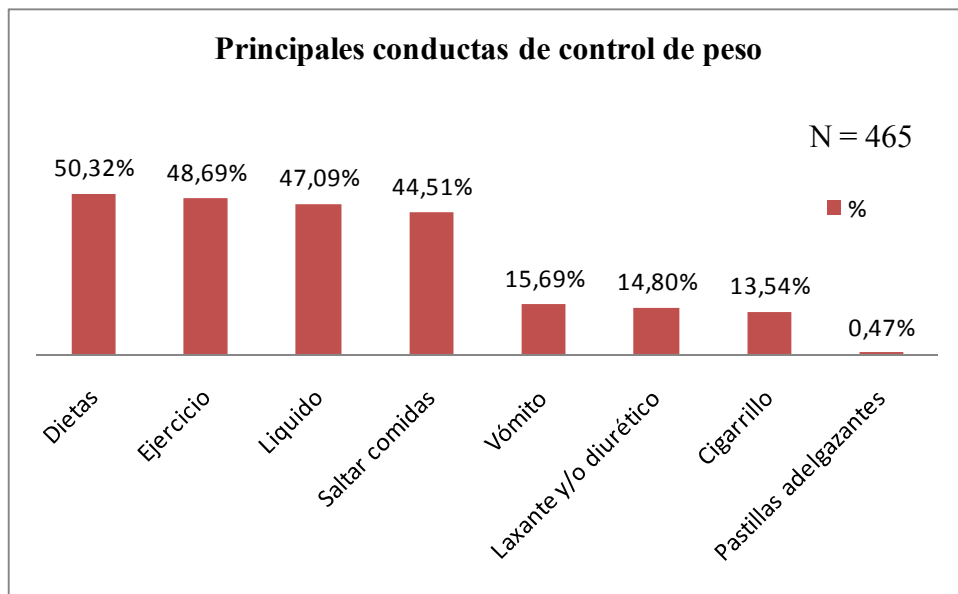
	Insatisfacción Corporal								
	Población Normal		Población Subclínica		Población Clínica		NR		N
	N	%	n	%	n	%	N	%	
Normopeso	91	28,8%	146	46,2%	64	20,3%	15	4,75%	316
R. Obesidad	10	9,8%	43	42,2%	48	47%	1	1%	102
Obesidad	2	4,8%	12	28,6%	23	54,8%	5	12%	42

7.3 RESULTADOS DE ACUERDO A OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El Gráfico VII -4 expone las principales conductas riesgosas para bajar de peso que utilizan las adolescentes, lo que corresponde al primer objetivo específico del estudio.

La dieta es la principal conducta de control de peso que utilizan las adolescentes correspondiendo al 50,32% del total de la muestra, seguida de la práctica de ejercicio, con un 48,6%. La conducta menos realizada por las adolescentes sería el uso de pastillas para adelgazar, equivalente a un 0,47% del total de la muestra. Las edades de inicio más frecuentes corresponden entre 12 y 15 años con un porcentaje de 65,39% respecto de las 234 que realizan la conducta de realizar dietas para controlar el peso.

Gráfico VII-4: Principales conductas de control de peso



Es importante destacar que la frecuencia de mujeres adolescentes que realizan al menos una conducta de control de peso es de 382, que corresponde a un 82,15% de la muestra total de 465. Por otro lado, de las 465 adolescentes de la muestra, el promedio de conductas de control de peso realizadas es de 2,39; y 5 adolescentes ejecutan las 8 conductas expuestas en el cuestionario de conductas de control de peso.

A partir de los niveles de riesgo por conducta de control de peso de las adolescentes que ejecutan prácticas para controlar su peso (Ver Anexo 11.12), se destacan los siguientes resultados:

- Respecto a la realización de dietas, de un total de 234 mujeres que ejecutan dicha conducta, un 25,64% pertenece a riesgo moderado, y un 17,1% en riesgo alto.
- En cuanto a la conducta de saltarse comidas, de un total de 207 adolescentes, un 25,6% pertenece a riesgo moderado, y un 31,88% a riesgo alto.
- En relación a la conducta de autoprovocarse vómitos, de un total de 73 adolescentes, pertenece a riesgo moderado 16,44%, y un 9,58% a riesgo alto.
- Respecto a la conducta de consumir tabaco para disminuir el hambre, de un total de 139 mujeres, 16,55% corresponde a riesgo moderado, y 3,6% a riesgo alto.

Los datos anteriores indican que la conducta de realizar dietas, y de saltarse comidas son hechas en gran frecuencia por las adolescentes, y al mismo tiempo la reiteración de esta y su intensidad implican mayor riesgo para la salud integral. Por otro lado, las conductas de autoprovocarse vómitos y consumir tabaco para disminuir el hambre, son realizadas en menor medida, pero las adolescentes que lo hacen, su frecuencia e intensidad un lato porcentaje de ellas se ubican en la categoría de riesgo moderado y alto, lo que se traduce en riesgo para su salud integral.

Por otro lado, se observa que de las 234 mujeres adolescentes que realizan dietas para controlar su peso, una gran cantidad realizan al mismo tiempo las otras conductas que se dan en alto porcentaje, es decir, el ejercicio, el ayuno y el consumo de líquido. En primer lugar, 154 mujeres adolescentes que realizan dietas, además practican ejercicio para bajar de peso. Además, 158 sujetos que realizan dietas, llevan a cabo ayuno para controlar su peso. Por su parte, 154 adolescentes que realizan dieta, consumen líquido para disminuir el hambre.

En relación a las conductas que se realizan en menor medida, 59 mujeres que realizan dietas, utilizan laxantes y/o diuréticos para disminuir el peso. Por otro lado, 56

participantes además de realizar dietas, se autoinducen vómito. Además, 50 mujeres de las que realizan dieta, consumen tabaco para disminuir el hambre; y por último es interesante destacar que el total de adolescentes que utilizan pastillas adelgazantes, es decir, 22 mujeres, pertenecen al grupo que realiza dietas.

Respecto al segundo objetivo específico de la investigación, relacionar el grado de insatisfacción corporal con los puntajes totales obtenidos por las adolescentes en el Cuestionario de Conductas de Control de Peso en mujeres adolescentes, la Tabla VII-8 muestra los resultados obtenidos a partir de la correlación.

Con un nivel de significancia de 0,01, la correlación de Pearson entre ambas variables es de 0,507, lo cual indica que a mayor frecuencia y/o intensidad respecto a las conductas de control de peso que realizan, habría mayor insatisfacción corporal.

Tabla VII-8: Relación entre el grado de insatisfacción corporal y puntaje cuestionario conductas de control de peso

Correlaciones

		Total cuestionario de conductas de control de peso	Total cuestionario de (in) satisfacción corporal
Total cuestionario de conductas de control de peso	Correlación de Pearson	1	,507(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	416	416
Total cuestionario de (in) satisfacción corporal	Correlación de Pearson	,507(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	416	416

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Respecto al tercer objetivo específico, relacionar el grado de obsesión por la delgadez con el puntaje total obtenido por las adolescentes en el Cuestionario de Conductas de Control de Peso, la Tabla VII-9 expone los resultados de las correlaciones.

Con un nivel de significancia de 0,01, la correlación de Pearson entre ambas variables es de 0,596, lo que muestra que a mayor frecuencia y/o intensidad respecto a las conductas de control de peso, mayor obsesión por la delgadez.

Tabla VII-9: Relación entre grado de obsesión por la delgadez con puntaje total cuestionario de conductas de control de peso

Correlaciones

		Total cuestionario de conductas de control de peso	Total cuestionario de obsesión por la delgadez
Total cuestionario de conductas de control de peso	Correlación de Pearson	1	,596(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	416	416
Total cuestionario de obsesión por la delgadez	Correlación de Pearson	,596(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	416	416

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A continuación se presentan los análisis estadísticos unidireccional ANOVA, los cuales fueron realizados con tres grupos de estudio, es decir “Normopeso”, “Riesgo de Obesidad”, y “Obesidad”, excluyendo al grupo “Bajo Peso”, debido a la baja cantidad de sujetos en este, correspondiente al 1% de la muestra, es decir, 5 adolescentes.

Las Tablas VII-10 y VII-11 se refieren al cuarto objetivo específico, es decir, comparar la presencia de conductas de control de peso en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.

A través de la prueba estadística de análisis de varianza unidireccional, ANOVA, es posible distinguir que, hay diferencias entre los grupos respecto a los puntajes obtenidos en el cuestionario de conductas de control de peso. En específico luego de la prueba de comparaciones múltiples HSD de Tukey (Tabla VII-11), se observa que las diferencias

entre los grupos se encuentran entre la clasificación de IMC, “Normopeso” con las de “Riesgo de Obesidad” y “Obesidad”. Esto indica que el comportamiento en relación a las conductas de control de peso es significativamente distinto en las niñas “Normopeso”, es decir menos conductas, respecto de las adolescentes con “Riesgo Obesidad” y “Obesidad”.

Tabla VII-10: Anova Cuestionario Conductas de Control de Peso

Total de Cuestionario de Conductas de Control de Peso

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	656,142	2	328,071	25,136	,000
Intra-grupos	5325,235	408	13,052		
Total	5981,377	410			

*La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla VII-11: Subconjuntos homogéneos

Total de Cuestionario de Conductas de Control de Peso

	Clasificación IMC Adolescentes	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
HSD de Tukey(a,b)	"Normopeso"	279	2,0932	
	"Obesidad"	35		4,6000
	"Riesgo de Obesidad"	97		4,8660
	Sig.		1,000	,900

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.
a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 70,647.
b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Las Tablas VII-12 y VII-13 muestran los datos obtenidos de acuerdo al quinto objetivo del estudio, es decir, comparar el grado de (in) satisfacción corporal en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.

A través de la prueba estadística de análisis de varianza unidireccional, ANOVA, es posible distinguir que, hay diferencias entre los grupos respecto a los puntajes obtenidos en la escala de (in) satisfacción corporal. En específico luego de la prueba de comparaciones múltiples HSD de Tukey (Tabla VII-12), se observa que las diferencias entre los grupos se encuentran entre la clasificación de IMC, “Normopeso” con las de “Riesgo de Obesidad” y “Obesidad”. Esto muestra que las adolescentes presentan mayor grado de insatisfacción corporal en el grupo de “Riesgo Obesidad” y “Obesidad” respecto al grupo “Normal”.

Tabla VII-12: Anova Escala (In) Satisfacción Corporal

Total cuestionario de (in) satisfacción corporal

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2851,671	2	1425,836	33,230	,000
Intra-grupos	17506,665	408	42,908		
Total	20358,336	410			

Tabla VII-13: Subconjuntos homogéneos

Total cuestionario de (in) satisfacción corporal

Clasificación IMC Adolescentes	N	Subconjunto para alfa = .05	
		2	1
"Normopeso"	279	7,6380	
HSD de Tukey(a,b)			
"Riesgo de Obesidad"	97		12,7216
"Obesidad"	35		14,5143
Sig.		1,000	,236

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.
a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 70,647.
b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Por último, las Tablas VII-14 y VII-15 exponen los datos referidos al sexto objetivo específico del estudio, comparar el grado de obsesión por la delgadez en mujeres adolescentes en relación a su índice de masa corporal.

A través de la prueba estadística de análisis de varianza unidireccional, ANOVA, es posible distinguir que, diferencias entre los grupos respecto a los puntajes obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez. En específico luego de la prueba de comparaciones múltiples HSD de Tukey (Tabla VII-15), se observa que las diferencias entre los grupos se encuentran entre la clasificación de IMC, “Normopeso” con las de “Riesgo de Obesidad” y “Obesidad”. Lo anterior refiere que las mujeres adolescentes que corresponden al grupo de índice de masa corporal “Riesgo Obesidad” y “Obesidad” tienen un mayor grado de obsesión por la delgadez, en relación al grupo “Normopeso”.

Tabla VII-14: Anova Escala Obsesión por la Delgadez

Total Escala de Obsesión por la delgadez

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1504,222	2	752,111	18,002	,000
Intra-grupos	17045,866	408	41,779		
Total	18550,088	410			

Tabla VII-15: Subconjuntos homogéneos

Total Escala de obsesión por la delgadez

	Clasificación IMC Adolescentes	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
HSD de Tukey(a,b)	"Normopeso"	279	7,2330	
	"Obesidad"	35		10,6571
	"Riesgo de Obesidad"	97		11,5361
	Sig.		1,000	,698

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 70,647.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

7.4 APRECIACIONES DE LAS INVESTIGADORAS

A partir de la observación de las investigadoras, es posible destacar que en el proceso de reclutamiento de las participantes, algunas de las mujeres adolescentes con sobrepeso, se mostraron reacias a participar, y en los casos que sí participaron también a pesarse, no así las mujeres con normopeso, lo que podría traducirse en un sesgo en la participación en la investigación.

Por otro lado, las participantes expresan dudas respecto a las preguntas relacionadas con laxantes y diuréticos, constatando un desconocimiento, y según la observación de las autoras, una confusión de estos con los fármacos para adelgazar.

Otro aspecto que se observó durante la aplicación, refiere a que ciertas las participantes insistían en entregar ellas su peso, y al corroborar este dato con los instrumentos de medición del estudio, se ratifica que algunos estaban disminuidos en, aproximadamente, 5 kilos.

Por último, se observó que las adolescentes se mostraron dudosas respecto a su participación, hasta que se les aseguró que sus padres no sabrían sus respuestas. Todo lo anterior, demuestra que el tema de la investigación les generó inquietudes personales.

VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Las conclusiones del presente estudio seguirán el orden establecido en los objetivos generales y específicos de la investigación, incluyendo la descripción de la muestra.

En primer lugar, la muestra final de la investigación corresponde a 465 mujeres adolescentes de establecimientos educacionales de la comuna de Valparaíso, que participaron de manera voluntaria e informada.

En cuanto a la edad de las adolescentes, la mayor concentración se ubica en el rango de 12 a 16 años (78%), lo cual es esperable debido a que para dicho estudio se consideró una población de séptimo a cuarto año medio (12 a 18 años app.), siendo el promedio de edad de 15 años.

Según la distribución de la muestra respecto a los cursos, es decir, 35% de séptimo y octavo de enseñanza básica, 33% de primero y segundo medio de enseñanza media, y 32% de tercero y cuarto año de enseñanza media, por lo que las diferentes sub etapas de la adolescencia estuvieron representadas equitativamente.

La distribución de las adolescentes por establecimiento educacional no fue equitativa, lo cual se debe a la disponibilidad y diferencia en el número de matrícula de cada colegio. En específico la matrícula total del Liceo Eduardo de la Barra, es mayor que el resto de los establecimientos, lo cual se refleja en que el 51% de la muestra correspondió a estudiantes de dicho establecimiento.

A pesar de que un 31% de mujeres adolescentes tiene un índice de masa corporal que corresponde a “riesgo de obesidad” y “obesidad”, sólo un 9,46% señala que se encuentra bajo tratamiento con algún profesional de la salud para bajar de peso. Esto indica que muchas de las mujeres adolescentes con índice de masa corporal mayor al normal, no están recibiendo tratamiento de un profesional, lo cual podría ser riesgoso para la salud si ellas incurren en conductas de control de peso sin supervisión médica.

El consumo de medicamentos para adelgazar por prescripción médica corresponde a un 2,15% de la muestra de 465 adolescentes, lo cual indica que pese a que el 9,46% de las mujeres están bajo tratamiento médico para adelgazar, esto no necesariamente

conlleva el uso de fármacos. Lo anterior podría indicar que los tratamientos se relacionan más con los cambios de hábitos alimentarios y recomendación de actividad física, que con la prescripción de medicamentos, ya que en esta etapa es donde se consolidan los hábitos alimentarios (OMS, 2003; INTA; Ortiz-Hernández, Gómez-Tello, 2008).

Respecto al porcentaje de mujeres que señaló pertenecer a algún grupo de danza o selección deportiva, corresponde al 43,44% de la muestra total de adolescentes, lo cual refleja que una parte considerable de ellas realiza actividad física a pesar de no estar bajo un tratamiento médico. Por otro lado, esto podría indicar que las mujeres adolescentes se preocupan por su estado físico y/o apariencia, pero es importante considerar que la actividad física puede ser también realizada como forma de recreación. Es importante destacar que existe una evidente preferencia por el baile, lo que se corresponde con las recomendaciones establecidas por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2006.

En relación al índice de masa corporal del total de la muestra, se destaca que los resultados obtenidos en este estudio son similares a los datos de prevalencia en cuanto a sobrepeso y obesidad en Chile. Respecto al sobrepeso, la población femenina entre 17 y 25 años, tiene una prevalencia de 19,6%, y en el presente estudio corresponde a 22%. Por su parte, en cuanto al mismo grupo etario, la obesidad corresponde a un 8,2%, y en el presente trabajo es un 9%. Por otro lado, el porcentaje de mujeres adolescentes con índice de masa corporal bajo peso corresponde al 1% de la muestra, este grupo no fue considerado en este estudio debido al bajo número de niñas que representa. Esto es importante, ya que estudios han demostrado que mujeres con obesidad tienen menos de un 2% de posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario en la adolescencia o etapas posteriores (Hoffmeister, 2008). Además, es relevante destacar que uno de los criterios diagnósticos del CIE-10 para trastorno alimentario es poseer un IMC igual o inferior a 17,5. Las 5 adolescentes con este IMC del presente estudio, calificarían para el anterior criterio, sin embargo, en relación a la escala de obsesión por la delgadez califican como población normal.

Respecto al primer objetivo específico, en relación al riesgo acumulativo, medido en presencia, frecuencia e intensidad de conductas de control de peso, equivalente a los puntajes totales, corresponde en promedio a un 2,9. El 80% de un total de 465 mujeres, obtienen puntajes entre 0 y 6 puntos. Lo anterior, indicaría que las adolescentes no presentan alto puntaje en este instrumento, es decir, tendrían un bajo riesgo respecto a su salud integral, pero es importante destacar que eso no implica que ellas no realicen conductas de control de peso, sino que su frecuencia e intensidad no representan alto riesgo.

En cuanto a los promedios obtenidos por las adolescentes en el cuestionario de conductas de control de peso, es posible constatar que no existen diferencias significativas respecto los diferentes cursos; sin embargo, existen diferencias significativas en los promedios según índice de masa corporal, en donde se observa que la población en Riesgo de Obesidad y Obesidad tiene alrededor de 4,4 puntos, mientras que la población Normopeso obtuvo 2,16 puntos, es decir, que a mayor índice de masa corporal de las adolescentes, presentan mayor presencia, frecuencia y/o intensidad de conductas de control de peso. Por otro lado, los puntajes de la población con índice de masa corporal Riesgo de Obesidad y Obesidad son mayores en dos puntos a la media de la muestra. En general, los medios de comunicación promocionan métodos para bajar de peso, pero los riesgos no son considerados, por lo que la adolescentes incurren en prácticas para disminuir de peso de forma inmediata, y uno de los factores que podrán influir en ello es el desconocimiento. Por último, esta aspecto se podría explicar, debido al refuerzo social que implica bajar de peso, coincidiendo con el ideal de belleza occidental actual (Reynaga, 2009).

A partir de lo anterior, se desprende que del total de la muestra, un 82,15% de las mujeres realizan al menos una conducta para bajar de peso, siendo la dieta el mayor porcentaje con un 50,32%. En estos casos, la principal edad de inicio corresponde a los 12 años, coincidiendo con la aparición de cambios físicos, en especial el aumento de peso. Por otro lado, esta edad corresponde a la adolescencia temprana, etapa en la cual la

preocupación por lo físico aparece como un aspecto especialmente relevante (Krauskopof, ¿?).

Otro aspecto relevante de la realización de conductas de control de peso es el promedio de 2 conductas por adolescente. Además, la asociación de la conducta más frecuente, realización de dieta, con las demás conductas de control de peso, indica que ésta, se practica en mayor cantidad con las otras tres conductas más frecuentes (ayuno, ejercicio, consumir líquido). Estos datos coinciden con el promedio de conductas realizadas por la muestra. Asimismo, es importante destacar que las 22 adolescentes que consumen pastillas para adelgazar realizan dieta. Lo anterior, se podría explicar debido a que las dietas restrictivas, y el ayuno son percibidos como conductas que implicarían resultados rápidos, por lo que habría satisfacción inmediata, propio de los adolescentes. Por último, hay 5 adolescentes que señalan realizar las 8 conductas de control de peso, sin embargo, este número no es significativo, e incluso el cuestionario puede haber sido contestado al azar.

La segunda conducta de control de peso más frecuente es la realización de ejercicio para bajar de peso (48,69%), seguida del consumo de líquido para saciar el hambre (47,09%) y ayunar para bajar de peso (44,51%). Desde este punto de vista, la hipótesis correspondiente a dicho objetivo se comprueba, sin embargo, las diferencias entre la dieta y la cuarta conducta realizada en mayor cantidad no es significativa.

Es importante destacar que al evaluar el riesgo de las conductas del cuestionario de conductas de control de peso, de las 234 adolescentes que realizan dieta, un 33,33% se encuentra en la categoría de sin riesgo; vale decir, que el grado de frecuencia y severidad no compromete la salud integral de las niñas. Un 23,93% se encuentra en la categoría de bajo riesgo, un 25,64% presenta riesgo moderado, y un 17,1% riesgo alto (Ver Anexo 11.12). Todos los riesgos fueron establecidos según criterio de expertos. Estas cifras son preocupantes, porque al ser conductas no supervisadas por un profesional, están arriesgando su salud en cuanto a lo nutricional y psicológico (López, Saldaña, Sanchez-Carracedo, García cit en Graña, 1994; Vilallonga et al., 2008).

En cuanto a las otras dos conductas realizadas también en alta frecuencia, los niveles de riesgo se clasifican mayoritariamente en sin riesgo y bajo riesgo. Por otro lado, la conducta de vómito autoinducido es realizada por 73 adolescentes, correspondiendo a 15,69% de la muestra total. De esta frecuencia, el mayor porcentaje de respuestas se clasifica en riesgo bajo, es decir, un 42,47% del total, realiza la conducta una vez al mes o menos. El porcentaje anterior, sumado a los correspondientes a riesgo moderado, un 16,44% y alto, un 9,58%, equivale a un 68,49% (Ver Anexo 11.12). El riesgo alto equivale a uno de los criterios diagnósticos de trastorno alimentario, específicamente de Bulimia nerviosa, es decir autoprovocarse vómitos dos o más veces a la semana (DSM-IV-TR, 2003). Esta situación es compleja debido a que su ejecución, además, implica daño para la salud física y mental (Rome, Ammerman, 2003; Reynaga, 2009).

Respecto a los datos obtenidos sobre los niveles de insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes, el promedio corresponde a 9,33, en donde se destaca que la Población Subclínica, es de un 43,65%. Lo anterior corresponde a un porcentaje significativo, respecto a las otras categorías, lo cual podría estar relacionado con la influencia sociocultural que ejercen la familia, amigos, medios de comunicación, y otros, en cuanto a ideales de belleza, lo que se evidencia en la frecuencia de la pregunta 22 (¿Qué factores han contribuido (o ayudado) en tu decisión de realizar cualquier conducta para perder peso, por tu cuenta?) del cuestionario de conductas de control de peso, que indicó que 234 respuestas de mujeres de un total de 571, atribuyen la práctica de control de peso a la familia y amigos. Esto puede relacionarse, por un lado, con el hecho de que en la adolescencia el grupo de pares se convierte en la institución socializadora más importante, al cual intentan asemejarse en varios aspectos, entre ellos el físico (Krauskopof, Hopkins, 1983; Jones, 1976 cit. en Davidoff, 1996; Carretero, Palacios, Marchesi, 1985; Hurlock, 1980), aspecto que además está influido por los patrones culturales predominantes, lo que en la actualidad sería la cultura de la delgadez (Maganato, Cruz, 2000). Por otro lado, es importante destacar que si bien las amistades cobran especial importancia en los adolescentes, la familia sigue teniendo un papel protagónico, además de que el hecho de haber sido la institución socializadora

fundamental en la infancia hace que cobre un substancial rol en la conformación de la identidad y autoconcepto, en donde un componente es la imagen corporal (Delval, 1994; Salazar, 2008; De la Caba, Cantero, Conde, Delval, Etxebarria, Fuentes, López, Félix; Martínez, Ortiz, Padilla, Palacios, Ruiz, Torres, 1999). Lo anterior podría tener que ver con el hecho de que muchas adolescentes destacan el “Yo misma” como una influencia, en donde se ve reflejado el cómo los valores culturales se adoptan como propios, aunque esto lleve a correr riesgos para la salud (Abrahan, Llewelyn, Jones, 1994, cit. En Maganato, Cruz, 2000). Cabe destacar, además, que las familias, actualmente, están insertas también en la cultura de la delgadez, y por tanto, influida por ésta, por lo que en algunos casos, las mujeres (madres y abuelas) pueden transmitir estos valores a sus hijas (Facchini, 2006). Por otro lado, el que las adolescentes pertenezcan a esta categoría, implica que se encuentra en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria según el Inventario de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, 1998).

Por otro lado, respecto al grado de obsesión por la delgadez, el promedio del puntaje obtenido por las adolescentes fue de 8,38, en donde la población subclínica corresponde a un 29,46%. Este resultado se puede explicar a través de la presión sociocultural respecto al ideal de delgadez (Reynaga, 2009).

Los porcentajes respecto a la categoría de población clínica de las escalas de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez son de 29,03% y 32,04%, respectivamente, lo cual corresponde al tercio de la muestra. Esto demuestra que las jóvenes presentan factores de riesgo para desarrollar un posible trastorno de la conducta alimentaria.

De acuerdo a los datos anteriormente señalados, es posible observar que si bien las adolescentes de la muestra presentan altos niveles de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez, el comportamiento de ellas no refleja una alta frecuencia y/o intensidad de conductas de control de peso. En primer lugar, existen conductas que se realizan en alta frecuencia, pero sí implican riesgo para la salud. Además, existen otras conductas que también son realizadas en alta frecuencia, pero que no implican riesgo para la salud o bien es bajo. Por último, hay conductas que se realizan en menor cantidad pero

implican alto riesgo para la salud. Esta información es tranquilizadora, desde el punto de vista de salud física, porque la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez, no se acompañan necesariamente de conductas tan riesgosas que dañen su salud. Sin embargo, esto no quiere decir que la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez no sean preocupantes.

A partir del objetivo específico al relacionar el puntaje del cuestionario de conductas de control de peso con la escala de insatisfacción corporal, la correlación de Pearson es de 0,507, la que refleja una relación positiva media entre ambas variables. Lo anterior significa que existe una relación entre la insatisfacción corporal y la mayor presencia e intensidad de conductas de control de peso. Por lo tanto, se cumple la hipótesis planteada de que a mayor insatisfacción corporal, existiría más conductas de control de peso, sin embargo, proporcionalmente insatisfacción corporal es mayor que las conductas control de peso.

En relación al tercer objetivo específico, al relacionar el puntaje del cuestionario de conductas de control de peso con la escala de obsesión por la delgadez, la correlación de Pearson 0,596, refleja que existe una relación positiva media entre ambas variables. Esto significa que a medida que se presentan conductas de control de peso, existe mayor obsesión por la delgadez. Esto indica que se cumple la hipótesis planteada, pero al igual que en el caso anterior, proporcionalmente no aumentan equitativamente.

Respecto a los últimos tres objetivos específicos del presente estudio, es posible observar, a partir de las pruebas de ANOVA, que existen efectivamente diferencias en los puntajes entre los grupos con distintos índices de masa corporal, en los respectivos instrumentos aplicados.

Por otro lado, los porcentajes según índice de masa corporal en cuanto a Población Normal, Población Subclínica y Población Clínica, indican que en la escala de insatisfacción corporal el grupo de Riesgo de Obesidad (47%) duplica en Población Clínica al grupo Normopeso (20,3%). Por su parte, el grupo de Obesidad (54,8%) es mayor al doble en Población Clínica. En cuanto a la escala de Obsesión por la Delgadez, la Población Clínica es mayor en el grupo de Riesgo de Obesidad (52%) y en el de

Obesidad (40,5%), respecto al Normopeso (25%), siendo los porcentajes de dichas grupos el doble de este último.

Todo lo anterior comprueba las hipótesis planteadas de que a mayor índice de masa corporal, se obtendría mayor presencia, frecuencia y/o intensidad de conductas de control de peso, y un mayor grado de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez de las adolescentes (Casillas-Estrella et al., 2006). Además, es posible observar que las diferencias en cuanto a las variables estudiadas, fueron encontradas en todos los casos entre el grupo de Normopeso respecto al de Riesgo de Obesidad y Obesidad, lo cual es relevante, porque estos grupos han sido poco estudiados y a nivel de promoción de salud integral y prevención del espectro de problemas nutricionales, debieran estar dirigido a estos dos grupos.

Es posible comprender los datos anteriormente descritos, a partir de diversos factores; por un lado, existen los cambios físicos propios de la adolescencia que influyen en la percepción de su imagen corporal, la cual puede derivar en una mala evaluación afectando su autoestima, y así puntuar más alto en las escalas aplicadas en este estudio (Garner, Garfinkel, 1981; Hoffmeister, 2008; Bermúdez-Bautista et al., 2009). Por otro lado, tener índice de masa corporal sobre la clasificación “Normal”, influye directamente en esta valoración del propio cuerpo, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar problemas nutricionales que van desde, los trastornos de la conducta alimentaria hasta la obesidad. Además, en el caso de las mujeres que se clasifican según IMC, “Riesgo de Obesidad” y “Obesidad”, su imagen corporal se ve distorsionada respecto a su ideal de belleza y a lo socialmente establecido, repercutiendo a nivel psicológico, observándose en los puntajes obtenidos por estos grupos en las escalas de Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez (Reynaga, 2009; Maganato, Cruz, 2000; Facchini, 2006). Asimismo, dichos grupos podrían incurrir en prácticas de control de peso para contrarrestar el efecto de la evaluación negativa que hacen sobre si mismas, lo cual podría ser riesgoso a nivel de su salud integral, cuando la presencia, frecuencia, e intensidad no es controlada por un profesional (López, Saldaña, Sanchez-Carracedo, García cit en Graña, 1994).

IX. PROYECCIONES Y LIMITACIONES

Luego del trabajo realizado, una de las ideas centrales para la continuación del presente estudio, es realizar la validación del instrumento cuestionario de conductas de control de peso, como una herramienta de tamizaje a nivel de salud adolescente, debido a la amplia población subclínica que se encuentra.

Por otro lado, ampliar el estudio a nivel de población masculina, para realizar una aproximación a los adolescentes en cuanto a la imagen corporal y las conductas de control de peso, observando como influye en la consolidación de la identidad y en el establecimiento de vínculos sociales.

A partir de esta investigación, se plantea la posibilidad de trabajar de manera multidisciplinaria en cuanto a promoción en salud mental y nutrición de la población, con el fin de inculcar la salud integral desde edades tempranas del desarrollo, previniendo el posible desarrollo de algún desorden en la alimentación. La relevancia de realizar este trabajo en edades tempranas, es que en este período se van adquiriendo hábitos alimentarios que luego se consolidan en la adolescencia, acompañado de la evaluación personal y familiar del propio cuerpo y de la importancia que se le da a la imagen corporal. Esto, podría favorecer un estilo de vida saludable, ya sea en el ámbito físico como psicológico.

Por último, es interesante destacar que la presente investigación respecto a las conductas de control de peso, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, e índice de masa corporal, podría ampliarse a establecimientos educacionales subvencionados y/o particulares, con el fin de relacionar estas variables además con el factor socio-demográfico. De esta manera, se podrían obtener datos para comparar según niveles socioeconómicos, y averiguar si existen diferencias.

Por otro lado, respecto a las limitaciones del presente estudio, es posible señalar que si bien las conductas de control de peso presentadas en el cuestionario han sido estudiadas, estas no han sido profundizadas en las investigaciones, específicamente las prácticas que realizan las adolescentes para bajar de peso. Esta información habría

permitido comparar con otras poblaciones los resultados obtenidos en este estudio. Además, desde la misma perspectiva, al no contar con mayor información bibliográfica específica, se complejiza determinar los riesgos físicos y psicológicos que pueden traer algunas de estas prácticas. Desde una mirada más amplia, es preciso averiguar estas conductas para que los servicios de salud puedan realizar prevención y promoción más focalizada para este grupo etario, respecto al control del peso.

Otra limitación que se presentó durante la implementación del estudio, corresponde a la negación de participar, por parte de algunas adolescentes que se observaban con un índice de masa corporal mayor. Los cuestionarios se aplicaron sólo a las adolescentes que confirmaron mediante el consentimiento informado su participación, por lo que existiría un sesgo respecto a la cantidad de mujeres por índice de masa corporal.

X. REFERENCIAS

- Acosta García, María Victoria; Marín Llopis; Juan Manuel; Gómez Peresmitré, Gilda; Pineda García, Gisela. **Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México.** International journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 5, N° 3, Págs. 223 – 232. España, México, 2005.
- Albala Cecilia, Kain Juliana, Burrows Raquel, Díaz Erik. **Obesidad: un desafío pendiente.** Santiago de Chile, 2000.
- Aiken, Lewis. **Tests psicológicos y evaluación.** México, 2003.
- Amador, Manuel A. **Instituto de nutrición e Higiene de los Alimentos.** La Habana, Cuba, ¿?.
- Arroyo Ansotegui, M.; Pereira, L.; Lacerda, E.; Valador, F.; Serrano, N.; Rocandio, M. **Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco.** Nutrición Hospitalaria. Vol. 23, N° 4. Págs. 366-372. 2008.
- Ballester, F.; Blanco, J.; Masó, P.; Gurnés, S.; Ferrer, M. **Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia.** Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 30. Págs. 207-212. 2002.
- Bellisle, F.; Monneuse, MO.; Steptoe, A.; Wardle, J. **Weight concerns and eating patterns: A survey of university students in Europe.** Internacional Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, Vol. 19. Págs. 723-730. 1995.
- Bermúdez-Bautista, Sol M.; Franco-Paredes, Karina; Álvarez-Rayón, Georgina; Vázquez Arévalo, Rosalía; López-Aguilar, Xochitl; Ocampo Téllez-Girón, María T.; Amaya-Hernández, Adriana; y Mancilla-Díaz, Juan M. **El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta.** Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Vol 1. N° 1. 2009.

- Bulboa, Felipe, et al. **Percepción de adultos obesos, residentes en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar respecto a actitudes y comportamientos estigmatizantes de los otros hacia su obesidad en enero de 2008.** Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación. Facultad de Educación Física. Carrera de Terapia Ocupacional. Valparaíso, 2008.
- Caballero, Claudia; Hernández, Bernardo; Moreno, Hortencia; Hernández-Girón, Carlos; Campero, Lourdes; Cruz, Aurelio; Lazcano-Ponce, Eduardo. **Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal.** Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Vol. 57, N° 3. Págs. 231-237. México, 2007.
- Cabral Barros, José Augusto. **Ciencia y salud colectiva Colombia, Nuevas tendencias de la medicalización,** 2008.
- Cardenal, V; Díaz J.F. **Diferencias según el sexo en autoestima y en su asociación con otras variables psicológicas en adolescentes.** Psicología Educativa, Vol. 6, N°2. Págs. 105-128. 2000.
- Carretero García, Ana; Raich Escursell, Rosa María; Sánchez Planell, Luis; Rusiñol Estragués, Jordi; Sánchez Carracedo, David. **Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA.** Revista Clínica y Salud, Vol. 20, N° 2. Págs. 145-157. España, 2009.
- Carretero, Mario; Palacios, Jesús; Marchesi, Álvaro. **Psicología evolutiva. 3. Adolescencia, madurez y senectud.** Madrid, Editorial Alianza, 1985.
- Casillas-Estrella, Miguel; Montañó-Castrejón, Nancy; Reyes-Velázquez, Vanessa; Bacardí-Gascón, Montserrat; Jiménez-Cruz, Arturo. **“A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal”.** Rev. Biomédica, Vol. 17, N° 4. Octubre-Diciembre, 2006.
- Cervera, M. **Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia.** Barcelona: Martínez Roca. 1996.

- Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. **Trastornos de la personalidad en la infancia y adolescencia**. XIII Congreso Nacional Donostia/San Sebastián. Octubre, 2000.
- Davidoff L, Linda. **Introducción a la Psicología**. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana de México. Tercera Edición, 1989.
- Davies, E.; Furnham, A. **Body Satisfaction in Adolescent Girls**. British Journal of Medical Psychology. Vol. 59. Págs. 279-287. 1986.
- **Definición de Salud (OMS – 1946)**
http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf
- Delval, Juan. **El Desarrollo Humano**. Editorial Siglo Veintiuno. México, 1994.
- De la Caba, María Ángeles; Cantero, María José; Conde, Elena; Delval, Juan; Etxebarria, Itziar; Fuentes, María Jesús; López, Félix; Martínez, Isabel; Ortiz, María José; Padilla, María Luisa; Palacios, Jesús; Ruiz, Cristina; Torres, Bárbara; Torres, Esteban. **Desarrollo Afectivo y Social**. Ediciones Pirámide. Madrid, 1999.
- Díaz Atienza, J.; Torres Salvador, A.; Hernández Carrillo, I. **La anorexia nerviosa en niños y adolescentes**. Unidad de Salud Mental Infanto -Juvenil, Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Almería ¿?.
- Espina, A.; Ortego, M.; Ochoa, I.; Yenes, F.; Alemán, A. **La imagen corporal en los trastornos alimentarios**. Psicothema. Vol. 13, N° 4. Págs. 533-538. 2001.
- Facchini, Mónica. **La preocupación por el peso y la figura corporal en niños y adolescentes: ¿De dónde proviene?** Archivos argentinos de pediatría. Vol. 104, N° 4. Págs. 345 – 350. 2006.
- Fernández Lameiras, María; Calado Otero, María; Rodríguez Castro, Yolanda; Fernández Prieto, Montserrat. **Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastorno alimentario**. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 3, N° 001. Págs. 23 – 33. Granada, España. Enero, 2003.

- Gardner, R.M. **Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance.** British Journal of Psychology. Vol. 87. Págs. 327-337. 1996.
- Garner, David. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones, Madrid 1998.
- Garner, D.M.; Garfinkel, P.E. **Body image in anorexia nerviosa: Measurement theory and clinical implications.** International Journal of Psychiatry and Medicine. Vol. 11. Págs. 263-284. 1981-2.
- Gómez, S; Marcos A. **Intervención integral en la obesidad del adolescente.** Rev. Med. Univ. Navarra. Vol. 50, Nº 4, Págs. 23-25, 2006.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. **Norma Técnica de Evaluación Nutricional del Niño de 6 a 18 años.** 2003.
- Graña Gómez, José Luis. **Conductas Adictivas, Teoría, Evaluación y Tratamiento.** Madrid, 1994.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. **Metodología de la Investigación.** Cuarta Edición. Editorial McGraw Hill, México, 2006.
- Hernández-Rodríguez, Manuel. **Principios básicos en nutrición infantil.** Pediatría. Madrid, 1994.
- Hoffmeister L. **Diagnóstico de salud-incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA- de Adolescentes y jóvenes de Chile.** Programa de Salud de Adolescentes, Ministerio de Salud. Santiago, 2008.
- Hurlock, Elizabeth B. **Psicología de la adolescencia.** Editorial Paidós Mexicana, S.A. México, 1980.
- Kaplan, Allan S; Woodside, D. Blake. **Biological Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. Department of Psychiatry, Toronto General Hospital, Toronto, Ontario, Canadá. J. Año 1987. Vol. 55, Nº5. Págs. 645-653.
- Kerlinger, Fred. **Investigación del comportamiento.** Segunda Edición, Editorial McGraw Hill, México, 1997.

- Lameiras Fernández, María; Calado Otero, María; Rodríguez Castro, Yolanda; Fernández Prieto, Montserrat. **Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios**. International Journal of clinical and health psychology. Vol. 3, N° 1, Págs. 23-33. Granada, España, 2003.
- Lobera, I.; Candau, J.; Ríos, P.; Berriatúa, C.; Jaramillo, R.; González, M.; et al. **Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla**. Nutrición Hospitalaria. Vol. 24. Págs. 568-573. 2009.
- Lopategui Corsino, Edgar. **Obesidad y control de peso**. Universidad Interamericana de PR-Metro. Facultad de Educación, Depto. de Educación Física. 2000.
- López, Carolina. **Mitos y realidades en trastornos alimentarios y obesidad en adolescentes ¿Cómo ayudar?**. Ser Joven Universidad de Chile, ¿?.
- Maganato, Carmen; Cruz, Soledad. **La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género**. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Vol. 30. Págs. 45 – 48. 2000.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, **DSM-IV-TR**. 2003.
- Martínez, E; Ruiz, J M. **“Trastornos nutricionales en el adicto”**. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética. Vocalía de Alimentación. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Albacete. Monográfico drogas N° 341.
- Martínez Guzmán, María Loreto. **Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile**. Revista Psykhe. Vol. 16, N° 1. Págs. 3-14. Chile, 2007.
- Merino-Madrid, Pombo M. G.; Godás Otero, A. **Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes**. Universidad de Santiago de Compostela. Psicothema. Vol. 13, N° 4. Págs. 539-545. 2001.

- Munist, Mabel; Santos, Hilda; Kotliarenco, María Angélica; Suárez Ojeda, Elbio Néstor; Infante, Francisca; Grotberg, Edith. **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Fundación W.K Kellog. Autoridad sueca para el desarrollo internacional (ASDI). Septiembre, 1998.
- Oblitas, Luis A. **Psicología de la salud y calidad de vida**. Editorial Thomson, 2004, División Iberoamericana.
- OPS, DPC/ENT, EJ, Washington DC 10 de marzo, 2006.
- Ortiz-Hernández, L.; Gómez-Tello BL. **Food consumption in Mexican adolescents**. Rev. Panam Salud Pública. Vol. 24, N°2. Págs. 127–35. 2008.
- Papalia, Diane E.; Wendkos Olds, Sally. **Desarrollo humano**. Edición McGraw Hill Interamericana, Cuarta Edición. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992.
- Pizarro, Tito. **Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles**. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 78, N° 1. Págs. 76-83. Febrero, 2007.
- **Política Nacional de Adolescentes y Jóvenes 2008 – 2015**. Ministerio de Salud, Chile.
- Raich Escursell, Rosa María. **Los trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso**. Barcelona, España, ¿?.
- RET, **Revista de Toxicomanías**. N° 34. 2003.
- Repetto Paniagua, Horacio; García Calatayud, Salvador. **Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas en adolescentes de Cantabria**. Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 77, N° 3. Págs. 411-422. Mayo-Junio, 2003.
- Reynaga Ornelas, María Guadalupe. **El cuerpo perfecto, ¿ficción o realidad?** Ideas Concyteg. Año 4, N° 49. México, 2 de Julio de 2009.
- Rivarola, María Fernanda. **La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios**. Universidad Nacional de San

Luis, Fundamentos en Humanidades. Vol. 4, N° 007-008, Págs. 149-161. San Luis, Argentina. 2003.

- Rodríguez, E.; Rodríguez, A.; López, M. y Ortega, R.M. **Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española.** Nutrición Hospitalaria. Vol. 24, N° 5. Págs. 580-587. 2009.
- Rodríguez Marín, Jesús. **Psicología Social de la Salud.** Síntesis Psicología, 2001 España.
- Rodríguez, S.; Cruz, S. **Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas.** Psicothema. Vol. 20, N° 1. Págs. 131-137. 2008.
- Rome, Ellen S., M.D., M.P.H.; Ammerman, Seth, M.D. **Medical complications of Eating Disorders: An Update.** Journal of Adolescent Health. 2003.
- Rozensztejn, Ruth; Treasure, Janet. **Adolescencia Latinoamericana, Trastornos de la alimentación: desafío para el profesional de la salud.** 1998.
- Ruiz Bolívar, Carlos. **Programa Interinstitucional Doctorado en Educación, Validez. ¿?**
- Salazar Mora, Zaida. **Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez.** Revista Reflexiones. Vol. 87, N° 2. Págs. 67–80. 2008.
- Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. **Percepción de la imagen corporal.** Facultad de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. San Sebastián. Vol. 8. Págs. 171-183. 2007.
- Sánchez Planell, Luis; Fernández-Valdés, Marí, Rosa. **Trastorno por atracón y obesidad.** Form Contin Nutr Obes, Págs. 314-324. 2002.
- Sepúlveda, A.; León, J.; Botella, J. **Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria.** Clínica y Salud. Vol. 15, N° 1. Págs. 55-74. 2004.
- Simón, Miguel Ángel. **Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones.** Editorial Biblioteca Nueva, 1999.

- Tapia, Vanessa. **Conductas para perder peso en mujeres adolescentes: un estudio correlacional en torno al riesgo de Trastorno Alimentario e Insatisfacción corporal.** Seminario de Título, presentado para optar al título de Psicólogo y al grado académico de Licenciado en Psicología. Valparaíso, 2004.
- Toro, Josep. Anorexia y Bulimia. **Anorexia Nerviosa, actividad física y sistema opioide.** Revista de Aetca. Vol. 1, N° 3, Diciembre 2008.
- Toro, J.; Vilardell, E. **Anorexia nerviosa.** Barcelona, 1987.
- Tusié Luna, Ma. Teresa. **El origen multifactorial de la obesidad.** Revista de Educación Bioquímica [en línea]. Vol. 27, N° 1. 2008.
- Unikel, Claudia; Saucedo-Molina Teresita; Villatoro, Jorge; Fleiz, Clara. **Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años.** Revista Salud Mental. Vol. 25, N°2. Págs. 49–57. Distrito Federal, México, 2002.
- Unikel, Claudia; Bojorquez-Chapela, Letza; Carreño-García, Silvia. **Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.** Salud Pública, México. Vol. 46, Págs. 509-515. 2004.
- Valverde, P.; De los Santos, F.; Rodríguez, C. **Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles.** Psicothema. Vol. 22. Págs. 77-83. 2010.
- Vandereycken Walter; Noordenbos, Greta. **La Prevención de los Trastornos alimentarios, Un enfoque multidisciplinario.** Barcelona, España, 2000.
- Vilallonga, Lucía; Repetti, Marcela; Delfante, Alejandra. **Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional.** Revista Hospital Italiano de Buenos Aires. Vol. 28, N° 2. Diciembre 2008.
- Villaseñor Gallardo, Sergio; Ontiveros Esqueda, Claudia; Cárdenas Cibrian, Karla. **Salud mental y obesidad.** Investigación en salud. Vol. 3, N°2. Guadalajara, México. Agosto, 2006.
- Vio D, Fernando. **Prevención de la obesidad en Chile.** Rev. chil. nutr. [online]. Vol.32, N° 2. Págs. 80-87. 2005.

XI. ANEXOS

11.1 Índice de Masa Corporal por Edad

INDICE DE MASA CORPORAL (peso/talla²) POR EDAD (CDC/NCHS)

MUJERES Percentiles

Edad Años	p5	p10	p25	p50	p75	p85	p90	p95
6,0	13,2	13,8	14,4	15,2	16,3	17,1	17,7	18,8
6,5	13,2	13,8	14,4	15,3	16,5	17,4	18,0	19,2
7,0	13,2	13,8	14,5	15,4	16,7	17,6	18,3	19,6
7,5	13,2	13,9	14,6	15,6	17,0	17,9	18,7	20,1
8,0	13,3	14,0	14,7	15,8	17,3	18,3	19,1	20,6
8,5	13,4	14,1	14,9	16,0	17,6	18,7	19,6	21,2
9,0	13,5	14,2	15,1	16,3	18,0	19,2	20,0	21,8
9,5	13,6	14,4	15,3	16,6	18,3	19,5	20,5	22,4
10,0	13,7	14,6	15,5	16,8	18,7	19,9	21,0	22,9
10,5	13,9	14,7	15,7	17,2	19,1	20,4	21,5	23,5
11,0	14,1	14,9	16,0	17,4	19,5	20,8	22,0	24,1
11,5	14,3	15,2	16,2	17,8	19,8	21,4	22,5	24,7
12,0	14,5	15,4	16,5	18,1	20,2	21,8	22,9	25,2
12,5	14,7	15,6	16,8	18,4	20,6	22,2	23,4	25,7
13,0	14,9	15,9	17,1	18,7	21,0	22,5	23,9	26,3
13,5	15,2	16,2	17,4	19,0	21,3	22,9	24,3	26,7
14,0	15,4	16,4	17,6	19,4	21,7	23,3	24,6	27,3
14,5	15,6	16,7	17,9	19,6	22,0	23,7	25,1	27,7
15,0	15,9	16,9	18,2	19,9	22,3	24,0	25,4	28,1
15,5	16,2	17,2	18,4	20,2	22,6	24,4	25,8	28,5
16,0	16,4	17,4	18,7	20,5	22,9	24,7	26,1	28,9
16,5	16,6	17,6	18,9	20,7	23,1	24,9	26,4	29,3
17,0	16,8	17,8	19,1	20,9	23,4	25,2	26,7	29,6
17,5	17,0	18,0	19,3	21,1	23,6	25,4	27,0	29,9
18,0	17,2	18,2	19,4	21,2	23,8	25,6	27,2	30,3

11.2 Pirámide Alimentaria



11.3 Escala de Insatisfacción Corporal

SATISFACCIÓN CORPORAL

INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen marcando con una cruz (X) en el número que corresponda de acuerdo a la frecuencia con que las piensas o sientes. Contesta todas las frases con sinceridad.

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 Siempre
-------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

1. Creo que mi estómago es demasiado grande.
2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
3. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
4. Me siento satisfecho con mi figura.
5. Me gusta la forma de mi trasero.
6. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
7. Creo que el tamaño de mis muslos son el adecuado.
8. Creo que mi trasero es demasiado grande.
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

11.4 Tabla de Conversión de Puntuaciones Directas en Percentiles en Adolescentes de 11 a 18 años

PD	Insatisfacción Corporal de 11-13 años	Insatisfacción Corporal de 14-18 años	Obsesión por la delgadez 11-18 años
27	98	97	
26	95	94	
25	94	91	
24	93	87	
23	92	84	
22	91	81	
21	89	77	
20	87	74	99
19	85	71	98
18	83	68	96
17	82	66	94
16	81	64	91
15	79	61	88
14	77	58	84
13	74	54	80
12	72	51	76
11	69	49	71
10	66	47	68
9	63	44	64
8	58	40	59
7	54	37	54
6	49	34	50
5	42	29	47
4	37	23	43
3	30	18	36
2	24	13	28
1	17	9	20
0	7	3	8

11.5 Gráfico de Perfil Insatisfacción Corporal-Obsesión por la Delgadez



11.6 Escala de Obsesión por la Delgadez

PREOCUPACIÓN POR LA DELGADEZ

INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen marcando con una cruz (X) en el número que corresponda de acuerdo a la frecuencia con que las piensas o sientes. Contesta todas las frases con sinceridad.

0 Nunca	1 Pocas veces	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	5 Siempre
-------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Pienso en ponerme a dieta.
3. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
4. Me aterroriza la idea de engordar.
5. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
6. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
7. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganado peso.

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

11.7 Cuestionario de Conductas de Control de Peso

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Edad: _____ Años. Peso: _____ Kg. Talla: _____ m.

Curso: _____

En los últimos 12 meses ¿Has estado bajo algún tratamiento con un profesional de la salud (médico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra) para bajar de peso?

SI _____ NO _____

En los últimos 12 meses ¿Has usas algún medicamento para adelgazar por prescripción de algún profesional de salud?

SI _____ NO _____

En los últimos 12 meses ¿Has pertenecido a algún grupo de danza o eres parte de alguna selección deportiva?

SI _____ ¿Cuál? _____ NO _____

A continuación debes contestar cada pregunta que se propone en relación a la frecuencia en que las realizas. Marca con una cruz (X) la alternativa que corresponda.

- En algunas preguntas aparecerá la condición “**POR TU CUENTA**”, con esto nos referimos a que realizas la conducta sin supervisión de algún profesional de la salud, es decir, por iniciativa propia.

1. **¿Has hecho alguna vez dieta para perder peso sin supervisión de algún profesional de la salud? SI _____ NO _____ (si respondiste NO, pasa a la pregunta 5)**

2. **Si respondiste SI: ¿A qué edad hiciste la primera dieta? _____**

3. **En el último año. ¿Cuántas veces has hecho dieta PARA PERDER PESO, sin supervisión de un profesional de salud (médico, nutricionista)?**
- a) No he hecho dieta el último año (Si respondiste esta alternativa, pasa a la pregunta 5)
 - b) 1 a 2 veces
 - c) 3 a 4 veces
 - d) 5 veces
 - e) 6 ó más veces
4. **¿Cuándo has hecho dietas, cuánto duran en promedio?**
- a) 1-7 días
 - b) 8-14 días
 - c) 15-29 días
 - d) 30 ó más días
5. **En los últimos 12 meses. ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes y/o diuréticos POR TU CUENTA PARA PERDER PESO?**
(Se consideran laxantes y/o diuréticos, cualquier pastilla, té, mermelada, etc., que facilite la eliminación de orina o de heces, es decir aumentan las ganas de ir al baño)
- a) Nunca
 - b) Cada dos meses o menos
 - c) 1 a 3 veces al mes
 - d) 1 vez a la semana o más seguido
6. **¿Cuál? (anota el nombre en la línea)_____**
(Se consideran laxantes y/o diuréticos, cualquier pastilla, té, mermelada, etc., que facilite la excreción de orina o de heces, es decir aceleran las ganas de ir al baño).
7. **En los últimos 12 meses. ¿Cuántos días has tomado pastillas para adelgazar (para “quemar grasas” o quitar el hambre), POR TU CUENTA?**
- a) No he tomado nunca
 - b) 30 días o menos
 - c) 31 a 90 días
 - d) 91 a 180 días
 - e) Más de 180 días
8. **¿Cuál? (anota el nombre en la línea)_____**

9. **En los últimos 3 meses. ¿Con qué frecuencia te has saltado comidas (se considera: desayuno, almuerzo, once y/o cena) PARA PERDER PESO? Si te has saltado comidas por cualquier otra razón marca la alternativa (a)**
- a) Nunca me he saltado comidas para perder peso (Si marcaste esta alternativa, continúa con la pregunta 11)
 - b) Entre 1 y 2 veces, en los últimos 3 meses
 - c) Entre 1 y 2 veces al mes
 - d) Entre 2 o 3 veces a la semana
 - e) Más de 4 veces a la semana
10. **¿Cuántas comidas te saltas PARA PERDER PESO? (se considera: desayuno, almuerzo, once y/o cena)**
- a) Ninguna
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 ó más
11. **En los últimos 3 meses, ¿Cuántos días a la semana realizas ejercicio PARA PERDER PESO, por tu cuenta? (sin considerar prácticas de deportes extraprogramáticas y clases de educación física)**
- a) Ninguna (Si marcaste esta alternativa, continúa con la pregunta 13)
 - b) 1 a 3 días a la semana
 - c) 4 a 6 días a la semana
 - d) 7 días a la semana
12. **¿Cuántas horas al día realizas ejercicios por tu cuenta PARA PERDER PESO? (sin considerar clases prácticas de deportes extraprogramáticas y clases de educación física).**
- a) 2 horas diarias ó menos
 - b) 3 horas diarias
 - c) 4 horas diarias
 - d) Más de 4 horas diarias
13. **¿Te has provocado vómitos alguna vez?**
SI _____ NO _____
(Si la respuesta es SI, contesta la siguiente pregunta, en caso contrario continúa con la pregunta 15).

14. En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?

- a) Nunca
- b) 1 vez al mes o menos
- c) 1 vez a la semana
- d) 2 veces a la semana ó más

15. ¿Consumes líquido (agua, bebidas, jugo, té, café, aguas de hierba) PARA DISMINUIR LA SENSACIÓN DE HAMBRE?

SI _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta.

En el caso de ser negativa, continúa con la N° 17)

NO _____

16. ¿Cuánto líquido tomas para saciar el hambre?

- a) 2 Litros diarios o menos
- b) 2 a 3 Litros diarios
- c) 3 a 4 Litros diarios
- d) Más de 4 Litros diarios

17. ¿Fumas?

SI _____ NO _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta, en el caso de ser negativa, continúa con la N° 19).

18. ¿Fumas tabaco PARA DISMINUIR EL HAMBRE y así evitar comer?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) A veces
- d) Frecuentemente

19. ¿Has seguido alguna de las siguientes dietas, durante el último año?

(Marca con una X la o las alternativas que correspondan)

1. Dieta Cetogénica o de Atkins _____

2. Dieta de la NASA _____

3. Dieta de la Luna _____

4. Dieta de un solo alimento: de la manzana, del repollo, de la sopa, del pomelo, etc. _____

5. Otra (especificar nombre): _____

(Si marcaste al menos una de ellas, contesta la siguiente pregunta. En caso contrario, continua con la pregunta 21).

20. ¿En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces has realizado las dietas anteriormente seleccionadas?

a) 1 a 2 veces

b) 3 veces

c) 4 veces

d) 5 o más veces

21. Cuando estás a dieta ¿Qué alimentos dejas de consumir?

(En este caso puedes marcar más de una alternativa)

- a) Legumbres (porotos, lentejas, garbanzo, arvejas)
- b) Cereales (Para el desayuno como hojuelas, avena y muesli)
- c) Pan
- d) Pastas (Fideos, arroz)
- e) Papas
- f) Frutas
- g) Verduras
- h) Lácteos (Leche, Yogurt)
- i) Queso
- j) Carnes Rojas (Vacuno, Cerdo, Cabrito)
- k) Carnes Blancas (Pollo, Pavo, Pescado)
- l) Huevos
- m) Paltas, Aceitunas, Frutos secos oleaginosos (maní, nueces, almendras)
- n) Aceite,
- o) Margarina, Mantequilla, mayonesa.
- p) Pasteles, Queques, Helados, Manjar, Tortas, Chocolates, Mermeladas, Golosinas.
- q) Azúcar, bebidas y jugos azucarados.
- r) Hamburguesas, Papas fritas, Pizzas, Nuggets, Sopaipillas, Completos, Empanadas.

22. Qué factores han contribuido (o ayudado) en tu decisión de realizar cualquier conducta para perder peso por tu cuenta (en este caso puedes marcar más de una alternativa)

- a) Familia
- b) Amigos/ compañeras
- c) Medios de comunicación: revistas; TV; Internet
- d) Otras _____
- e) Ninguna

11.8 Cuestionario de Conductas de Control de Peso para Juicio de Expertos

Estimado experto(a):

A continuación presentamos un instrumento para medir conductas de control de peso en adolescentes, que forma parte de un proyecto de investigación inserto dentro de la asignatura de Seminario de Titulación, que se imparte en el 9º y 10º semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Solicitamos a Ud. la revisión crítica de los ítems que se plantean y agradecemos de antemano sus sugerencias

Atentamente

M. Liliana Contreras Alarcón
(docente responsable)

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS DE CONTROL DE PESO

Descripción del instrumento

El presente cuestionario es una adaptación del trabajo de tesis “Conductas para perder peso en mujeres adolescentes: un estudio correlacional en torno al riesgo de Trastorno Alimentario e Insatisfacción Corporal” (Tapia, 2004). Éste ha sido reformulado según revisión bibliográfica, criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del DSM-IV-TR y el juicio experto de una nutricionista.

El cuestionario consta de 19 preguntas en total: de ellas 6 son descriptivas y 13 de selección múltiple; de estas últimas, 12 presentan una sola opción de respuesta y una pregunta posee múltiples opciones de respuesta, dado su contenido más complejo (pregunta n° 19).

La primera parte del cuestionario corresponde a datos de caracterización de la muestra. Las preguntas 1, 5 y 7 son descriptivas y no se incorporan en la evaluación del riesgo; las preguntas 13, 15 y 17 son dicotómicas y su respuesta afirmativa permite continuar con la pregunta que evalúa riesgo, mientras que la respuesta negativa implica *no riesgo* y excluye esa línea de indagación.

Las 12 preguntas de selección múltiple pretenden medir el riesgo para la salud de ciertas conductas de control de peso, en un continuo de riesgo que va desde “sin riesgo” a “alto riesgo”, puntuándose de forma ascendente entre 0 y 3 puntos, siendo 0 *no riesgo*,

1 *bajo riesgo*, 2 *riesgo moderado*, y 3 *riesgo alto*. Algunas de estas conductas requieren combinar las respuestas de dos preguntas para establecer el nivel de riesgo; éste es el caso de las preguntas 2 y 3; 8 y 9; 10 y 11 respectivamente. En la ponderación del cuestionario se establecerá un puntaje único para cada par.

Por último, la pregunta n°19 está relacionada con las características cuantitativas y cualitativas de la restricción de alimentos en las adolescentes que realizan dietas para bajar de peso. Está basada en las pautas recomendadas para una alimentación saludable en adolescentes (INTA, Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto), a partir de la pirámide alimentaria. En base a las respuestas obtenidas, se catalogará la dieta como “sin riesgo”; “bajo riesgo”; “riesgo moderado” o “riesgo alto”.

Por tratarse de un instrumento en construcción, el cuestionario no tiene establecidos puntos de corte; por lo tanto se utilizará como “nivel de riesgo de conductas de control de peso” la suma del puntaje obtenido por las adolescentes.

Validez

Para poder acreditar la validez del Cuestionario de Conductas de Control de Peso, éste será sometido a Juicio de Expertos, con el fin de verificar que dicho instrumento mide la variable en cuestión, según voces calificadas. Además, este cuestionario presenta Validez de Contenido, ya que los ítems del instrumento son representativos del dominio del elemento que se desea medir (Ruiz Bolívar, ¿?), es decir, están integradas todas las conductas de control de peso encontradas en la revisión bibliográfica del presente estudio.

Justificación del cuestionario

El cuestionario de Conductas de Control de Peso arroja información sobre la presencia de conductas de control de peso en adolescentes y el nivel de riesgo asociado a dichas conductas. Se entiende como “riesgo” la posibilidad vinculada a cada descriptor de la conducta evaluada de desarrollar un trastorno alimentario, un déficit nutricional y/o hábitos no saludables. Existen algunos descriptores vinculados directamente a una de estas dimensiones de riesgo y otros que evalúan riesgo en más de una dimensión. Por lo tanto, sólo la presencia de dicha conducta, ya implica un riesgo y entrega información, no tan solo respecto a las conductas de control de peso (Unikel et al., 2002, 2004), sino también respecto a la importancia de la delgadez como un valor cultural de belleza (Maganato, Cruz, 2000; Reynaga, 2009).

A continuación, se presentan las distintas preguntas que componen el cuestionario de conductas de control de peso, con su respectiva justificación y el riesgo asignado a las respuestas. Al momento de la aplicación de éste a las adolescentes, se utilizará el nombre cuestionario de hábitos alimentarios, para no influenciar sus respuestas.

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Edad: _____ Años. Peso: _____ Kgs. Talla: _____ Mts.

Curso: _____

Enfermedad Médica: _____

Actualmente, ¿Te encuentras bajo algún tratamiento médico para bajar de peso?

SI _____ NO _____

Especifica desde cuándo: _____

Actualmente, ¿Usas algún medicamento para adelgazar por prescripción médica?

SI _____ NO _____

Especifica cuál y desde cuándo: _____

Actualmente, ¿Pertenece a algún grupo de danza o eres parte de alguna selección deportiva?

SI _____ NO _____. Especifica: _____

A continuación debes contestar cada pregunta que se propone en relación a la frecuencia en que las realizas. Marca con una cruz (X) la alternativa que corresponda.

1. ¿A qué edad hiciste la primera dieta por tu cuenta, PARA PERDER PESO?

Esta pregunta se basa en la importancia de la edad de inicio de las conductas alimentarias de riesgo, dado que investigaciones han arrojado que a menor edad de inicio de dichas conductas, más riesgo hay de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Además, se ha encontrado que las conductas de control de peso se presentan cada vez a más temprana edad. Por último, la adolescencia es una etapa de crucial importancia en la instauración de hábitos alimentarios, que posiblemente continuarán el resto de la vida (Truswel cit. en Amador, M; Vandereycken, Noordenbos, 2000). **Las respuestas de esta pregunta no se medirán según su nivel de riesgo (dado que se tomarán adolescentes desde los 12 a los 19 años), sino que se incluirá en los resultados descriptivos.**

2. En el último año. ¿Cuántas veces has hecho dieta PARA PERDER PESO, sin supervisión profesional?

- a) 0 a 2 veces
- b) 3 a 4 veces
- c) 5 veces
- d) 6 ó más veces

Esta pregunta arroja información acerca de si las conductas de control de peso se han convertido en un comportamiento sostenido. Esto podría aumentar **el riesgo nutricional** e influir en una posible instauración de un hábito alimentario, así como también podría estar influenciado por la insatisfacción corporal y/u obsesión por la delgadez, siendo esto **un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria** (OMS, 2003; Vilallonga et al., 2008; Truswel cit. en Amador, M ¿?).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	incomprensible
Observaciones:		

3. ¿Cuánto duran tus dietas en promedio?

- a) 1-7 días
- b) 8-14 días
- c) 15-29 días
- d) 30 ó más días

Esta pregunta se ha incluido para **evaluar el riesgo nutricional**, en cuanto a requerimientos esenciales de una alimentación saludable, al mantener esta práctica de control de peso en el tiempo sin supervisión médica (OMS, 2003; Vilallonga et al., 2008).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	Incomprensible
Observaciones :		

Se consideró el riesgo a partir de la frecuencia y la duración de las dietas según la combinación de respuestas de la P2. y P3.(se multiplicó las veces por los días):

2a-3a: sin riesgo 14 días a dieta en un año
2a-3b: bajo riesgo 28 días a dieta en un año
2a-3c: riesgo moderado 58 días a dieta en un año
2a-3d: riesgo moderado 60 días o más a dieta en un año

2b-3a: bajo riesgo 28 días a dieta en un año
2b-3b: riesgo moderado 56 días a dieta en un año
2b-3c: riesgo alto 116 días a dieta en un año
2b-3d: riesgo alto 120 días o más a dieta en un año

2c-3a: bajo riesgo 35 días a dieta en un año
2c-3b: riesgo moderado 70 días a dieta en un año
2c-3c: riesgo alto 145 días a dieta en un año
2c-3d: riesgo alto 150 días a dieta en un año

2d-3a: bajo riesgo 42 días a dieta en un año
2d-3b: riesgo moderado 84 días a dieta en un año
2d-3c: riesgo alto 174 días a dieta en un año
2d-3d: riesgo alto 180 días a dieta en un año

Pertinencia y relevancia de ítems 2 y 3 en conjunto: ¿La combinación aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

En los ítems 2 y 3: ¿los tramos establecidos en la combinación de descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

4. En el último año. ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes y/o diuréticos POR TU CUENTA PARA PERDER PESO?

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la respuesta

- a) Nunca (sin riesgo)
- b) Cada dos meses (bajo riesgo)
- c) 1 a 3 veces al mes (riesgo moderado)
- d) 1 vez a la semana o más seguido (riesgo alto)

Esta pregunta refiere al riesgo que conlleva la presencia y frecuencia del uso de estos productos, dado que estos causan **daño fisiológico** al ser utilizados sin supervisión médica. El aumento de dicha frecuencia es asociado a riesgo, respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2003) **para trastorno de la conducta alimentaria** (Rome, Ammerman, 2003).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	incomprensible
Observaciones:		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	no
Observaciones:		

5. ¿Cuál? (anota el nombre en la línea)_____

Esta interrogante aporta información descriptiva, respecto de los productos utilizados por las adolescentes, y **no se incluirá en el puntaje del cuestionario.**

6. En el último año. ¿Cuántos días has tomado pastillas adelgazantes, POR TU CUENTA?

- a) 0 a 30 días (sin riesgo)
- b) 31 a 90 días (bajo riesgo)
- c) 91 a 180 días (riesgo moderado)
- d) Más de 180 días (riesgo alto)

La relevancia de esta pregunta refiere a las consecuencias fisiológicas que conlleva su uso sin supervisión médica (Cabral Barros, 2007). Del mismo modo, proporciona información referente a la frecuencia de dicha conducta como un **factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria**, relacionándose con otros factores preponderantes, como lo son la Insatisfacción Corporal y la Obsesión por la Delgadez.

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

7. ¿Cuál?

Esta interrogante aporta **información descriptiva** respecto a los productos utilizados por las adolescentes con el fin de reconocer los productos más utilizados y también para verificar que sean realmente pastillas adelgazantes. También aporta información respecto del riesgo, pero al menos en esta etapa de desarrollo del instrumento no traducirán en puntaje

8. En los últimos 3 meses. ¿Con qué frecuencia te has saltado comidas PARA PERDER PESO?

- a) Entre 0 y 2 veces
- b) Entre 1 y 2 veces al mes
- c) Entre 2 o 3 veces a la semana
- d) Más de 4 veces a la semana

Esta interrogante se incluye debido a que la mantención de dicha conducta puede provocar un **déficit a nivel nutricional**, como disminución de reservas de glucógeno, y además es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (Unikel et al., 2002, 2004). Por otro lado, el hecho de dejar comidas, es decir ayunar, corresponde a **un criterio diagnóstico para trastorno de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR; 2003)**.

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

9. ¿Cuántas comidas te saltas PARA PERDER PESO?

- a) Ninguna
- b) 1
- c) 2
- d) 3 ó más

Esta pregunta se incluye ya que la conducta de saltarse comidas implica un riesgo nutricional, dado que se perderían los requerimientos nutricios esenciales que otorga la ingesta diaria recomendada para los adolescentes. Dichos nutrientes se obtienen a partir de la ingesta de cada una de las comidas y son de gran importancia para el desarrollo de la vida adulta (Asesoría para Seminario de Título, Ximena Ceballos, 2010).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la combinación de respuestas de la P8. y P9.:

8a-9a: sin riesgo	nunca
8a-9b: sin riesgo	2 veces en los últimos 3 meses
8a-9c: sin riesgo	4 veces en los últimos 3 meses
8a-9d: sin riesgo	6 ó más veces en los últimos 3 meses

8b-9a: sin riesgo	nunca
8b-9b: sin riesgo	2 veces al mes
8b-9c: bajo riesgo	4 veces al mes
8b-9d: bajo riesgo	6 ó más veces al mes

8c-9a: sin riesgo	nunca
8c-9b: riesgo moderado	3 veces a la semana
8c-9c: riesgo alto	6 veces a la semana
8c-9d: riesgo alto	9 ó más veces a la semana

8d-9a: sin riesgo	nunca
8d-9b: riesgo moderado	4 veces a la semana
8d-9c: riesgo alto	8 veces a la semana
8d-9d: riesgo alto	12 ó más a semana

Pertinencia y relevancia de ítems 8 y 9 en conjunto: ¿La combinación de descriptores aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

En los ítems 8 y 9: ¿los tramos establecidos en la combinación de descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

10. En los últimos 3 meses, ¿Cuántos días a la semana realizas ejercicio PARA PERDER PESO, por tu cuenta?

- a) Ninguna
- b) 1 a 3 días a la semana
- c) 4 a 6 días a la semana
- d) 7 días a la semana

(Si marcaste la alternativa a), continúa con la pregunta 12)

Esta pregunta es incluida dado que el ejercicio excesivo implica **riesgo para la salud** en cuanto se aleje de la recomendación de la **OMS** (2006) de 60 a 90 minutos de ejercicio diario con intensidad moderada. Por otro lado, el ejercicio excesivo también es considerado como una conducta compensatoria con el fin de no ganar peso, convirtiéndose así en uno de los criterios **diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria** (DSM – IV – TR; 2003).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

11. ¿Cuántas horas duran tus rutinas de ejercicios PARA PERDER PESO, por tu cuenta?

- a) 1 o 2 horas diarias
- b) 3 horas diarias
- c) 4 horas diarias
- d) Más de 4 horas diarias

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

Esta pregunta se integra debido al **riesgo nutricional y de salud en general**, que podría implicar el aumento en horas de las rutinas de ejercicios efectuadas por las adolescentes, respecto a la recomendación de la **OMS (2006)**, de 60 a 90 minutos de ejercicio diario. Asimismo, se asocia a **riesgo de trastorno alimentario**, ya que dicha conducta se incluye dentro de los criterios diagnósticos, como un comportamiento de tipo no purgativo (DSM – IV – TR; 2003).

En estas dos últimas preguntas, el riesgo se obtiene de la asociación en horas de ejercicio diario realizado por la adolescente y la frecuencia semanal de este comportamiento, por lo tanto, **lo riesgoso es cuando las jóvenes realizan ejercicio todos los días, por más del tiempo recomendado como saludable.**

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la combinación de respuestas de la P10. y P11.:

10a-11a: sin riesgo	no realiza ejercicio
10a-11b: sin riesgo	no realiza ejercicio
10a-11c: sin riesgo	no realiza ejercicio
10a-11d: sin riesgo	no realiza ejercicio
10b-11a: sin riesgo	3 días a la semana por 2 horas diarias
10b-11b: bajo riesgo	3 días a la semana por 3 horas
10b-11c: riesgo moderado	3 días a la semana por 4 horas
10b-11d: riesgo alto	3 días a la semana por más de 4 horas
10c-11a: sin riesgo	6 días a la semana por 2 horas
10c-11b: bajo riesgo	6 días a la semana por 3 horas
10c-11c: riesgo moderado	6 días a la semana por 4 horas
10c-11d: riesgo alto	6 días a la semana por más de 4 horas
10d-11a: sin riesgo	7 días a la semana por 2 horas
10d-11b: bajo riesgo	7 días a la semana por 3 horas
10d-11c: riesgo moderado	7 días a la semana por 4 horas
10d-11d: riesgo alto	7 días a la semana por más de 4 horas

Pertinencia y relevancia de ítems 10 y 11 en conjunto: ¿La combinación de descriptores aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

En los ítems 10 y11 : ¿los tramos establecidos en la combinación de descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

12. En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la respuesta de la P12.:

- a) Nunca (sin riesgo)
- b) 1 vez al mes o menos (bajo riesgo)
- c) 1 vez a la semana (riesgo moderado)
- d) 2 veces a la semana (riesgo alto)

Esta pregunta se incluye en el cuestionario, ya que el vómito autoinducido es una conducta purgativa de riesgo para el desarrollo de **un trastorno alimentario**, ya que es parte de los criterios diagnósticos para dicho diagnóstico, dependiendo de su frecuencia de aparición en los últimos 3 meses (DSM-IV-TR; 2003). Además, el riesgo está vinculado a **daño nutricional, y salud general**, en donde es posible que se produzca, primero una dilatación de las paredes gástricas producto del atracón, y posteriormente ruptura esofágica, al auto provocarse vómitos, como una forma de compensar la ingesta excesiva.

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	incomprensible
Observaciones		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	Parcialmente	no
Observaciones:		

**13. ¿Consumes líquido (agua, bebidas, jugo, té, café, hierbas) PARA DISMINUIR LA SENSACIÓN DE HAMBRE?
SI _____ NO _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta. En el caso de ser negativa, continúa con la N° 15)**

Esta pregunta se integra para averiguar **información descriptiva** respecto a si las adolescentes emplean dicha conducta para disminuir la sensación de hambre, para que en la siguiente pregunta se evalúe respecto al riesgo de dicho comportamiento.

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	incomprensible
Observaciones		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	Parcialmente	no
Observaciones:		

14. ¿Cuánto líquido tomas para saciar el hambre?

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la respuesta de la P14.:

- a) 2 Litros diarios (sin riesgo)
- b) 2 a 3 Litros diarios (bajo riesgo)
- c) 3 a 4 Litros diarios (riesgo moderado)
- d) Más de 4 Litros diarios (riesgo alto)

En este caso, la pregunta se incorpora porque es preciso medir la cantidad de líquido ingerido para disminuir la sensación de hambre, ya que el exceso de este podría producir desequilibrio entre la ingesta y la excreción de agua libre, siendo **riesgoso para la salud** de las adolescentes (Rome; Ammerman, 2003). Además, el exceso, o el reemplazo de comidas por agua implicarían un riesgo vinculado al **déficit en el aporte nutricional** requerido por cada adolescente (Asesoría para Seminario de Título Ximena Ceballos, 2010).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	incomprensible
Observaciones		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	Parcialmente	No
Observaciones:		

15. ¿Fumas?

SI _____ NO _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta, en el caso de ser negativa, continúa con la N° 17)

Esta interrogante aporta **información descriptiva** de la muestra, para saber la presencia o ausencia de la conducta de fumar, pero en rigor para efectos del cuestionario, orienta la pregunta n°16 y no aporta puntaje por sí sola.

16. ¿Fumas cigarros PARA DISMINUIR EL HAMBRE?

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la respuesta de la P16.:

- a) Nunca (sin riesgo)
- b) Rara vez (bajo riesgo)
- c) A veces (riesgo moderado)
- d) Frecuentemente (riesgo alto)

Esta pregunta se formula y se incluye, ya que dicho comportamiento incorpora una conducta nociva **para la salud** de las adolescentes

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	incomprensible
Observaciones		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

17. ¿Has seguido alguna de las siguientes dietas, durante el último año?
(Marca con una X)

1. Dieta Cetogénica o de Atkins _____
 2. Dieta de la NASA _____
 3. Dieta de la Luna _____
 4. Dieta de un solo alimento: de la manzana, del repollo, de la sopa, del pomelo, etc.
- (Si marcaste al menos una de ellas, contesta la siguiente pregunta. En caso contrario continua con la pregunta 19)**

Esta pregunta se integra al cuestionario con un fin descriptivo, para obtener información del **tipo de dietas utilizadas** por las adolescentes para controlar su peso. La importancia radica en que las dietas presentadas son **desbalanceadas y**

desequilibradas, por lo tanto, dicha pregunta también se asocia a riesgo nutricional, dependiendo del tiempo en que esta conducta perdure (Asesoría para Seminario de Título Ximena Ceballos, 2010). **No será traducida a puntaje sino que conducirá a la pregunta n°18**

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una x)		
Redacción comprensible	Mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	Mejorable	Incomprensible
Observaciones:		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una x)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una x)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

18. ¿Cuántas veces has realizado las dietas anteriormente seleccionadas, en el último año?

Se considerarán las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la respuesta de la P18.:

- a) 1 vez (sin riesgo)
- b) 2 veces (bajo riesgo)
- c) 3 veces (riesgo moderado)
- d) 4 o más veces (riesgo alto)

Esta pregunta se incluye en primera instancia debido al **riesgo nutricional** que implica la **mantención** de esta conducta por un tiempo prolongado, ya que todas estas dietas son desbalanceadas, y podrían causar un déficit de los requerimientos nutricios esenciales (Asesoría para Seminario de Título Ximena Ceballos, 2010). En segundo lugar, implica un riesgo comportamental, ya que la **reiteración de la conducta dietista**, es un **criterio diagnostico para trastorno de la conducta alimentaria** (DSM-IV-TR; 2003).

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una cruz)		
Redacción comprensible	mejorable	Incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	Incomprensible
Observaciones		

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una cruz)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una cruz)		
Totalmente	parcialmente	No
Observaciones:		

19. Cuando estás a dieta ¿Qué alimentos dejas de consumir?

(En este caso puedes marcar más de una alternativa)

- a) Legumbres
- b) Cereales (Arroz, hojuelas, Avena)
- c) Pan
- d) Pastas
- e) Papas
- f) Frutas
- g) Verduras
- h) Lácteos (Leche, Yogurt)
- i) Queso
- j) Carnes Rojas
- k) Carnes Blancas (Pollo, Pavo, Pescado)
- l) Huevos
- m) Paltas, Aceitunas, Frutos secos oleaginosos (maní, nueces, almendras)
- n) Aceite, Margarina, Mantequilla, mayonesa.
- o) Pasteles, Queques, Helados, Manjar, Tortas, Chocolates, Mermeladas, Golosinas.
- p) Azúcar
- q) Hamburguesas, Papas fritas, Pizzas, Nuggets, Sopaipillas, Completos, Empanadas.

Evaluar Construcción de ítem: (marque con una cruz)		
Redacción comprensible	mejorable	incomprensible
Lenguaje comprensible	mejorable	incomprensible
Observaciones:		

Esta interrogante se incorpora al cuestionario para obtener **información en relación al tipo de alimentos** que las adolescentes **dejan de consumir** cuando están a **dieta**. El riesgo se vincula a la combinación de alimentos que las jóvenes eliminan y al aporte nutricional de cada uno de ellos, como requerimientos esenciales en esta etapa del desarrollo (Asesoría para Seminario de Título Ximena Ceballos, 2010).

Categorías para evaluar riesgo

Se considera que la adolescente estaría **fuera de riesgo (sin riesgo)**, si al momento de estar a dieta, **elimina los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes esenciales:**

Exclusivamente legumbres y azúcar

Exclusivamente Legumbres

Exclusivamente Huevos

Exclusivamente Verduras

Exclusivamente Frutas

Exclusivamente Cereales, papas, pastas.

Exclusivamente Pan y Azúcar

Exclusivamente Azúcar

O bien, si elimina sólo los alimentos considerados no saludables:

Hamburguesas, Papas fritas, Pizzas, Nugget, Sopaipillas, Completos, Empanadas.

Pasteles, Queques, Helados, Manjar, Tortas, Chocolates, Golosinas en general.

Se considera que la adolescente está **en riesgo bajo**, si al momento de estar a dieta **reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes esenciales:**

Exclusivamente Pollo, pescado, pavo. (y por ejemplo mantiene consumo de lácteos, carnes rojas, leguminosas)

Exclusivamente Carnes rojas (misma idea)

Exclusivamente Carnes rojas y blancas.(misma idea)

Exclusivamente Pastas, cereales, papas, pan.(Mantiene otras fuentes de hidratos de carbono y nutrientes)

Se considera que la adolescente está **en riesgo moderado**, si al momento de estar a dieta reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes esenciales:

Legumbres, cereales, pastas, papas, pan

O bien,

consume solo un tipo de verduras y excluye las frutas (ejemplo: sólo consume lechuga) (mantiene proteínas y grasas)

Se considera que la adolescente está **en riesgo alto**, si al momento de estar a dieta reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo los demás:

Todos los Lácteos

Todas las Frutas y verduras

Lácteos, legumbres, cereales, pan, azúcar

Aceite, Paltas, Aceitunas, Frutos secos (maní, nueces, almendras)

Lácteos y carnes de todo tipo

Pertinencia y relevancia de ítem: ¿El ítem aporta al concepto de riesgo de conducta de control de peso? (marque con una cruz)	
Sí	No
Observaciones:	

Los tramos establecidos en los descriptores reflejan adecuadamente el nivel de riesgo que pretenden establecer? (marque con una cruz)		
Totalmente	parcialmente	no
Observaciones:		

PREGUNTA A LOS EXPERTOS: EN LA LÓGICA DE RIESGO ACUMULATIVO, ¿ASIGNARÍAN PONDERACIÓN DIFERENTE A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS?	
SI	NO
¿Cuáles?	

Muchas gracias por su colaboración!!!

11.9 Cuestionario de Conductas de Control de Peso con Clasificación de Riesgos

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Edad: _____ Años. Peso: _____ Kg. Talla: _____ m.
Curso: _____

En los últimos 12 meses ¿Has estado bajo algún tratamiento con un profesional de la salud (médico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra) para bajar de peso?

SI _____ NO _____

En los últimos 12 meses ¿Has usas algún medicamento para adelgazar por prescripción de algún profesional de salud?

SI _____ NO _____

En los últimos 12 meses ¿Has pertenecido a algún grupo de danza o eres parte de alguna selección deportiva?

SI _____ ¿Cuál? _____ NO _____

A continuación debes contestar cada pregunta que se propone en relación a la frecuencia en que las realizas. Marca con una cruz (X) la alternativa que corresponda.

- En algunas preguntas aparecerá la condición “**POR TU CUENTA**”, con esto nos referimos a que realizas la conducta sin supervisión de algún profesional de la salud, es decir, por iniciativa propia.

1. ¿Has hecho alguna vez dieta para perder peso sin supervisión de algún profesional de la salud? SI _____ NO _____ (si respondiste NO, pasa a la pregunta 5)

2. Si respondiste SI: ¿A qué edad hiciste la primera dieta? _____

3. En el último año. ¿Cuántas veces has hecho dieta PARA PERDER PESO, sin supervisión profesional de salud (médico, nutricionista)?

- a) No he hecho dieta el último año (Si respondiste esta alternativa, pasa a la pregunta 5)
- b) 1 a 2 veces
- c) 3 a 4 veces
- d) 5 veces
- e) 6 ó más veces

4. ¿Cuándo has hecho dietas, cuánto duran en promedio?

- a) 1-7 días
- b) 8-14 días
- c) 15-29 días
- d) 30 ó más días

Se considera el riesgo a partir de la frecuencia y la duración de las dietas según la combinación de respuestas de la P3. y P4. (Se multiplicó las veces por los días):

3a-4a: sin riesgo No ha hecho dieta en el último año

3a-4b: sin riesgo No ha hecho dieta en el último año

3a-4c: sin riesgo No ha hecho dieta en el último año

3a-4d: sin riesgo No ha hecho dieta en el último año

- En teoría no debería responder b,c o d, en la pregunta 4, si respondió (a) en la pregunta 1, pero mejor considerar la combinación.

3b-4a: sin riesgo 14 días a dieta en un año

3b-4b: bajo riesgo 28 días a dieta en un año

3b-4c: riesgo moderado 58 días a dieta en un año

3b-4d: riesgo moderado 60 días o más a dieta en un año

3c-4a: bajo riesgo 28 días a dieta en un año

3c-4b: riesgo moderado 56 días a dieta en un año

3c-4c: riesgo alto 116 días a dieta en un año

3c-4d: riesgo alto 120 días o más a dieta en un año

3d-4a: bajo riesgo 35 días a dieta en un año

3d-4b: riesgo moderado 70 días a dieta en un año

3d-4c: riesgo alto 145 días a dieta en un año

3d-4d: riesgo alto 150 días a dieta en un año

3e-4a: bajo riesgo 42 días a dieta en un año

3e-4b: riesgo alto 84 días a dieta en un año

3e-4c: riesgo alto 174 días a dieta en un año

3e-4d: riesgo alto 180 días a dieta en un año

5. **En los últimos 12 meses. ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes y/o diuréticos POR TU CUENTA PARA PERDER PESO?**
(Se consideran laxantes y/o diuréticos, cualquier pastilla, té, mermelada, etc., que facilite la eliminación de orina o de heces, es decir aumentan las ganas de ir al baño)
- a) Nunca (sin riesgo)
 - b) Cada dos meses o menos (bajo riesgo)
 - c) 1 a 3 veces al mes (riesgo moderado)
 - d) 1 vez a la semana o más seguido (riesgo alto)
6. **¿Cuál? (anota el nombre en la línea) _____**
(Se consideran laxantes y/o diuréticos, cualquier pastilla, té, mermelada, etc., que facilite la excreción de orina o de heces, es decir aceleran las ganas de ir al baño).
7. **En los últimos 12 meses. ¿Cuántos días has tomado pastillas para adelgazar (para “quemar grasas” o quitar el hambre), POR TU CUENTA?**
- a) No he tomado nunca (sin riesgo)
 - b) 30 días o menos (sin riesgo)
 - c) 31 a 90 días (bajo riesgo)
 - d) 91 a 180 días (riesgo moderado)
 - e) Más de 180 días (riesgo alto)
8. **¿Cuál? (anota el nombre en la línea) _____**
9. **En los últimos 3 meses. ¿Con qué frecuencia te has saltado comidas (se considera: desayuno, almuerzo, onces y/o cena) PARA PERDER PESO? Si te has saltado comidas por cualquier otra razón marca la alternativa (a)**
- a) Nunca me he saltado comidas para perder peso (Si marcaste esta alternativa, continúa con la pregunta 11)
 - b) Entre 1 y 2 veces, en los últimos 3 meses
 - c) Entre 1 y 2 veces al mes
 - d) Entre 2 o 3 veces a la semana
 - e) Más de 4 veces a la semana
10. **¿Cuántas comidas te saltas PARA PERDER PESO? (se considera: desayuno, almuerzo, onces y/o cena)**
- a) Ninguna
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 ó más

Se consideran las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la combinación de respuestas de la P9. y P10.:

9a-10a: sin riesgo	nunca
9a-10b: sin riesgo	nunca
9a-10c: sin riesgo	nunca
9a-10d: sin riesgo	nunca

- En teoría no deberían responder la pregunta 10 con b,c,d, si pusieron la alternativa (a), pero mejor considerar la combinación.

9b-10a: sin riesgo	nunca
9b-10b: sin riesgo	2 veces en los últimos 3 meses
9b-10c: sin riesgo	4 veces en los últimos 3 meses
9b-10d: sin riesgo	6 ó más veces en los últimos 3 meses

9c-10a: sin riesgo	nunca
9c-10b: sin riesgo	2 veces al mes
9c-10c: bajo riesgo	4 veces al mes
9c-10d: riesgo moderado	6 ó más veces al mes

9d-10a: sin riesgo	nunca
9d-10b: riesgo moderado	3 veces a la semana
9d-10c: riesgo alto	6 veces a la semana
9d-10d: riesgo alto	9 ó más veces a la semana

9e-10a: sin riesgo	nunca
9e-10b: riesgo moderado	4 veces a la semana
9e-10c: riesgo alto	8 veces a la semana
9e-10d: riesgo alto	12 ó más a semana

11. En los últimos 3 meses, ¿Cuántos días a la semana realizas ejercicio PARA PERDER PESO, por tu cuenta? (sin considerar prácticas de deportes extraprogramáticas y clases de educación física)

- a) Ninguna (Si marcaste esta alternativa, continúa con la pregunta 13)
- b) 1 a 3 días a la semana
- c) 4 a 6 días a la semana
- d) 7 días a la semana

12. ¿Cuántas horas al día realizas ejercicios por tu cuenta PARA PERDER PESO? (sin considerar clases prácticas de deportes extraprogramáticas y clases de educación física).

- a) 2 horas diarias ó menos
- b) 3 horas diarias
- c) 4 horas diarias
- d) Más de 4 horas diarias

Se consideran las siguientes categorías en cuanto a nivel de riesgo, según la combinación de respuestas de la P11. y P12.:

11a-12a: sin riesgo	no realiza ejercicio
11a-12b: sin riesgo	no realiza ejercicio
11a-12c: sin riesgo	no realiza ejercicio
11a-12d: sin riesgo	no realiza ejercicio

- En teoría no deberían responder la pregunta 12 con b,c o d porque se tendría que hacer saltado a la 13 directamente si puso (a), pero mejor considerar la combinación.

11b-12a: sin riesgo	3 días a la semana por 2 horas diarias
11b-12b: bajo riesgo	3 días a la semana por 3 horas
11b-12c: riesgo moderado	3 días a la semana por 4 horas
11b-12d: riesgo alto	3 días a la semana por más de 4 horas

11c-12a: sin riesgo	6 días a la semana por 2 horas
11c-12b: bajo riesgo	6 días a la semana por 3 horas
11c-12c: riesgo moderado	6 días a la semana por 4 horas
11c-12d: riesgo alto	6 días a la semana por más de 4 horas

11d-12a: sin riesgo	7 días a la semana por 2 horas
11d-12b: bajo riesgo	7 días a la semana por 3 horas
11d-12c: riesgo moderado	7 días a la semana por 4 horas
11d-12d: riesgo alto	7 días a la semana por más de 4 horas

13. ¿Te has provocado vómitos alguna vez?

SI _____ NO _____

(Si la respuesta es SI, contesta la siguiente pregunta, en caso contrario continúa con la pregunta 15).

14. En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?

- a) Nunca (sin riesgo)
- b) 1 vez al mes o menos (bajo riesgo)
- c) 1 vez a la semana (riesgo moderado)
- d) 2 veces a la semana ó más (riesgo alto)

15. ¿Consumes líquido (agua, bebidas, jugo, té, café, aguas de hierba) PARA DISMINUIR LA SENSACIÓN DE HAMBRE?

SI _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta. En el caso de ser negativa, continúa con la N° 17)

NO _____

16. ¿Cuánto líquido tomas para saciar el hambre?

- a) 2 Litros diarios o menos (sin riesgo)
- b) 2 a 3 Litros diarios (bajo riesgo)
- c) 3 a 4 Litros diarios (riesgo moderado)
- d) Más de 4 Litros diarios (riesgo alto)

17. ¿Fumas?

SI _____ NO _____ (Si tu respuesta fue positiva, continúa con la siguiente pregunta, en el caso de ser negativa, continúa con la N° 19)

18. ¿Fumas tabaco PARA DISMINUIR EL HAMBRE y así evitar comer?

- a) Nunca (sin riesgo)
- b) Rara vez (bajo riesgo)
- c) A veces (riesgo moderado)
- d) Frecuentemente (riesgo alto)

19. ¿Has seguido alguna de las siguientes dietas, durante el último año?

(Marca con una X la o las alternativas que correspondan)

1. Dieta Cetogénica o de Atkins _____

2. Dieta de la NASA _____

3. Dieta de la Luna _____

4. Dieta de un solo alimento: de la manzana, del repollo, de la sopa, del pomelo, etc. _____

5. Otra (especificar nombre): _____

(Si marcaste al menos una de ellas, contesta la siguiente pregunta. En caso contrario, continua con la pregunta 21).

20. ¿En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces has realizado las dietas anteriormente seleccionadas?

- a) 1 a 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 o más veces

21. Cuando estás a dieta ¿Qué alimentos dejas de consumir?

(En este caso puedes marcar más de una alternativa)

- a) Legumbres (porotos, lentejas, garbanzo, arvejas)
- b) Cereales (Para el desayuno como hojuelas, avena y muesli)
- c) Pan
- d) Pastas (Fideos, arroz)
- e) Papas
- f) Frutas
- g) Verduras
- h) Lácteos (Leche, Yogurt)
- i) Queso
- j) Carnes Rojas (Vacuno, Cerdo, Cabrito)
- k) Carnes Blancas (Pollo, Pavo, Pescado)
- l) Huevos
- m) Paltas, Aceitunas, Frutos secos oleaginosos (maní, nueces, almendras)
- n) Aceite,
- o) Margarina, Mantequilla, mayonesa.
- p) Pasteles, Queques, Helados, Manjar, Tortas, Chocolates, Mermeladas, Golosinas.
- q) Azúcar, bebidas y jugos azucarados.
- r) Hamburguesas, Papas fritas, Pizzas, Nuggets, Sopaipillas, Completos, Empanadas.

Categorías para evaluar riesgo

Se considera que la adolescente estaría **fuera de riesgo (sin riesgo)**, si al momento de estar a dieta, **elimina los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes:**

- Exclusivamente legumbres y azúcar
- Exclusivamente Legumbres
- Exclusivamente Huevos
- Exclusivamente Verduras
- Exclusivamente Frutas
- Exclusivamente Cereales, papas, pastas.
- Exclusivamente Pan y Azúcar
- Exclusivamente Azúcar

O bien, si elimina sólo los alimentos considerados no saludables:

- Hamburguesas, Papas fritas, Pizzas, Nugget, Sopaipillas, Completos, Empanadas.
- Pasteles, Queques, Helados, Manjar, Tortas, Chocolates, Golosinas en general.

Se considera que la adolescente está **en riesgo bajo**, si al momento de estar a dieta **reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes:** Exclusivamente pollo, pescado, pavo (y por ejemplo mantiene consumo de lácteos, carnes rojas, leguminosas)

- Exclusivamente Carnes rojas (misma idea)
- Exclusivamente Carnes rojas y blancas (misma idea)
- Exclusivamente Pastas, cereales, papas, pan (mantiene otras fuentes de hidratos de carbono y nutrientes. Ceballos agrega que es importante destacar que sólo quedan las legumbres supliendo los nutrientes y éstas nunca se comen todos los días).

Se considera que la adolescente está **en riesgo moderado**, si al momento de estar a dieta reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo aquellos que suplen el aporte del mismo tipo de nutrientes:

- Legumbres, cereales, pastas, papas, pan

O bien,

- consume solo un tipo de verduras y excluye las frutas (ejemplo: sólo consume lechuga)

Se considera que la adolescente está **en riesgo alto**, si al momento de estar a dieta reduce o elimina, los siguientes alimentos, manteniendo los demás:

- Todos los Lácteos
- Todas las Frutas y verduras
- Lácteos, legumbres, cereales, pan, azúcar
- Aceite, Paltas, Aceitunas, Frutos secos (maní, nueces, almendras)
- Lácteos, carnes de todo tipo, y huevo.

22. Qué factores han contribuido (o ayudado) en tu decisión de realizar cualquier conducta para perder peso por tu cuenta (en este caso puedes marcar más de una alternativa)

- a) Familia
- b) Amigos/ compañeras
- c) Medios de comunicación: revistas; TV; Internet
- d) Otras _____
- e) Ninguna

11.10 Carta de solicitud y descripción del estudio para establecimientos educacionales



Señor(a) Director(a):

Valparaíso, Agosto de 2010

La Psicóloga Liliana Contreras, docente de la Universidad de Valparaíso y las alumnas tesistas de la carrera de Psicología: Scarlett Frez, Carola Lagos, María Paz Marín, María de los Angeles Pinto, Erika Suzarte; se dirigen a usted con el motivo de solicitar su consentimiento para la participación de las alumnas que estén cursando entre séptimo de enseñanza básica y cuarto año de enseñanza media, en un estudio sobre “Hábitos Alimentarios de Mujeres Adolescentes”. El propósito de esta investigación es conocer los niveles de satisfacción corporal, y preocupación por la delgadez junto a conductas de control de peso riesgosas para la salud. Este trabajo se utilizará para ser presentado como Seminario de Título en la facultad de Medicina, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, para optar al título de psicólogo.

Agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden atentamente,

Ps. Liliana Contreras
7.264.654-1

Alumna Tesista
Scarlett Frez H.
16.677.879-4

Alumna Tesista
Carola Lagos O.
16.574.018-1

Alumna Tesista
María Paz Marín F.
16.301.663-k

Alumna tesista
María de los Ángeles Pinto B.
16.302.974-k

Alumna Tesista
Erika Suzarte A.
16.201.161-8

Antecedentes del Estudio para Establecimientos Educativos

Título de la Investigación: “Conductas de control de peso, insatisfacción corporal, e importancia por la delgadez en mujeres adolescentes con normopeso y obesidad de la comuna de Valparaíso”.

Los fines de esta investigación son contribuir a la salud de las adolescentes a través del conocimiento de las conductas alimentarias y ciertas actitudes y percepciones que éstas tienen acerca de su propio cuerpo y de la alimentación.

El procedimiento en sí consistiría, en primer lugar, en la entrega de un consentimiento informado a las alumnas participantes, en donde se garantiza la voluntariedad y confidencialidad de éstas. En caso de que la institución lo requiera, este consentimiento informado también se extenderá a los padres y apoderados.

Por otro lado, para que la investigación pueda llevarse a cabo, es necesario conocer el peso y talla actualizado de las alumnas participantes, por lo que se solicita dicha información al establecimiento. En caso de que no se tenga, se solicita a su vez el acceso al profesor (a) de educación física, con el fin de que éste pudiese obtener las medidas requeridas. En última instancia, se requeriría autorización para que las investigadoras obtengan esta información directamente.

La participación de las alumnas en la investigación consistiría en responder tres cuestionarios, dos de ellos dirigidos a conocer asuntos relacionados con la imagen corporal y el último, a conocer hábitos alimentarios. La duración de la aplicación es de 40 minutos aproximadamente, y se realizará en las fechas y horarios que el establecimiento considere pertinentes.

Las investigadoras se comprometen a resguardar la voluntariedad y confidencialidad tanto del establecimiento como de las participantes, así como también a garantizar el derecho de retirarse en cualquier momento y, por último, a la devolución de los resultados generales de la investigación en caso de que el establecimiento así lo requiera.

11.11 Carta de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Acta del Consentimiento informado: “Hábitos alimentarios en adolescentes”.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando los hábitos alimentarios en los adolescentes. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en contestar tres cuestionarios sobre mis hábitos de alimentación y como me siento con mi cuerpo; además se registrará mi peso y talla. Este procedimiento durará aproximadamente 30 minutos.

Yo entiendo que estos procedimientos no significan riesgos para mi salud física ni psicológica, ni tampoco beneficios garantizados, salvo colaborar en el desarrollo del conocimiento científico para contribuir a la salud de las adolescentes.

Cualquier pregunta que yo desee hacer con relación a mi participación en este estudio, será respondida por las investigadoras (Scarlett Frez, Carola Lagos, María Paz Marín, María de los Ángeles Pinto, Érika Suzarte) o bien por la profesora encargada de la investigación (Liliana Contreras Alarcón; liliana.contreras@uv.cl; Av. Brasil 2140, Valparaíso; Fono: 2508607).

Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligada a dar razones y sin que esto me perjudique.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre no será revelado y mis datos permanecerán en **forma confidencial**.

MI CONSENTIMIENTO ESTÁ DADO VOLUNTARIAMENTE SIN QUE HAYA SIDO OBLIGADA O FORZADA.

Investigadoras a cargo y Alumnas Seminaristas Carrera de Psicología, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina (Scarlett Frez Hernández, Carola Lagos Olivares, María Paz Marín Farías, María de los Ángeles Pinto, Erika Suzarte Aguilera).

Yo....., **he conocido las condiciones de la investigación hábitos alimentarios y acepto participar.**

Firma de la participante.

11.12 Resultados Cuestionario de Conductas de Control de Peso

Nombre de Selección Deportiva y/o Danza

La Tabla XI-1 muestra las actividades de danza y/o deportivas que las adolescentes realizan, de acuerdo a lo que escribieron en los cuestionarios aquellas que respondieron que SI en la misma pregunta. Es posible reconocer que 82 de ellas realiza baile, lo que corresponde al 38,14%. Por otro lado, 34 participantes practican fútbol.

Tabla XI-1: Actividades de danza y deportivas

Actividades Deportivas	n	%
Baile	82	38,14%
Fútbol	34	15,81%
Basketball	21	9,77%
Deporte; Deporte del Colegio; Ed. Física	12	5,58%
Gimnasio-Aeróbica-Step	10	4,65%
Taekwondo-Karate-Capoeira	10	4,65%
Volleyball	7	3,26%
Gimnasia Rítmica-Artística	5	2,33%
Atletismo	4	1,86%
Cheerleader	4	1,86%
Handball	4	1,86%
Natación	3	1,39%
Patinaje	2	0,93%
Remo	2	0,93%
Otros	1	0,47%
NR	14	6,51%
Total	215	100%

11.12.1 Resultados de preguntas cuyas respuestas son consideradas para el establecimiento de riesgo

En la Tabla XI-2 los resultados obtenidos a partir de las respuestas de las preguntas consideradas para establecer presencia e intensidad de riesgo, N° 3; N° 4; N° 5; N° 7; N° 9; N° 10; N°11; N°12; N°14; N°16; N°18 y N° 21. Las preguntas N° 3-N° 4; N° 9-N°

10; y N° 11-N° 12, presentan resultados combinados obtenidos a partir de la presencia e intensidad de riesgo (Ver Anexo 11.9).

En cuanto a la combinación de la pregunta N° 3 y N° 4, de las 234 mujeres adolescentes que sí realizan dietas, el 33,33% corresponde a la categoría de sin riesgo, mientras que el 23,93% se encuentra en bajo riesgo. Respecto al riesgo moderado el porcentaje es de 25,6%, y por último en riesgo alto hay un 17,2%.

Respecto a la pregunta N° 5, de total de 465 sujetos, un 85,16% corresponde a la categoría de sin riesgo, es decir, no realizan la conducta de tomar laxantes y/o diuréticos, mientras que bajo riesgo es 5,16%, riesgo moderado 3,66% y riesgo alto 6,02%. En resumen, 69 adolescentes llevan a cabo esta conducta. En la pregunta N° 7 de un total de 465 mujeres adolescentes, un 95,26% equivale a sin riesgo, es decir, no realizan la conducta de consumir pastillas para adelgazar, y el total del porcentaje de las categorías restantes es de 4,74%. El total de mujeres que ejecutan la conducta es de 22. En cuanto a la combinación de la pregunta N° 9 y N° 10 de un total de 207 sujetos, el porcentaje correspondiente a la categoría de sin riesgo es de 36,7%. En la categoría de bajo riesgo el porcentaje es 5,8%, riesgo moderado 25,6%, y riesgo alto 31,9%. En la combinación de la pregunta N°11 y N°12 de 226 mujeres adolescentes que realizan la conducta de hacer ejercicio, un 84,96% de las respuestas de los sujetos se ubica en la categoría de sin riesgo. El porcentaje de las categorías restantes es de 9,73%, 3,1% y 1,33%.

Respecto a la pregunta N° 14 de un total de 73 sujetos que contestaron que sí se han autoprovocado vómitos alguna vez, en la categoría sin riesgo se ubica el 31,51%, en riesgo bajo se obtiene el mayor porcentaje, 42,47%, riesgo moderado, 16,44%, y riesgo alto 9,58%.

En la pregunta N° 16, de un total de 219 que contestaron que sí consumen algún líquido para disminuir la sensación de hambre, el mayor porcentaje es de 77,63%, equivalente a sin riesgo. Luego, la categoría bajo riesgo corresponde a un 15,98%. Las categorías restantes tienen un 3,65%.

Con respecto a la pregunta N° 18 de un total de 139 sujetos que contestaron que sí fuman, un 53,24% se ubica en la categoría de sin riesgo. En la categoría de bajo riesgo, hay un 25,18%, riesgo moderado un 16,55%, y riesgo alto un 3,6%.

En cuanto a la pregunta N° 21 de 234 mujeres adolescentes que realizan dietas, el 41,5% disminuyen alimentos que no implican riesgo para la salud. El 29,1% se clasifica en riesgo bajo, un 16,6% en riesgo moderado y un 11,5% en riesgo alto.

Tabla XI-2: Establecimiento de presencia e intensidad de riesgo

Preg.	Sin riesgo		Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		N
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Comb. N° 3 y N° 4 (que si hacen dietas)	78	33,33%	56	23,93%	60	25,64%	40	17,1%	234
N° 5	396	85,16%	24	5,16%	17	3,66%	28	6,02%	465
N° 7	443	95,26%	16	3,44%	3	0,65%	3	0,65%	465
Comb. N°9 y N°10	76	36,7%	12	5,8%	53	25,6%	66	31,9%	207
Comb. N°11 y N°12	192	84,96%	22	9,73%	7	3,1%	3	1,33%	465
N° 14	23	31,51%	31	42,47%	12	16,44%	7	9,58%	73
N° 16	170	77,63%	35	15,98%	6	2,74%	2	0,91%	219
N° 18	74	53,24%	35	25,18%	23	16,55%	5	3,6%	139
N° 21	97	41,5%	68	29,9%	39	16,6%	27	11,5%	234

11.12.2 Resultados de preguntas cuyas respuestas no son consideradas para el establecimiento de riesgo

En la Tabla XI -3 se muestran las respuestas dadas por las adolescentes de manera escrita en el cuestionario a la pregunta N° 2 (Ver Anexo 11.7) y su frecuencia y porcentaje respecto al número de participantes que contestaron SI en la pregunta anterior, respecto a si han realizado dietas alguna vez.

La mayor parte de las 234 mujeres adolescentes que contestaron afirmativamente, corresponde a las edades entre 12 y 15 años, con un total de 153, equivalente a un 65,39%. La edad mínima es de 7 años y la máxima de 18 años. El mayor porcentaje se ubica en los 12 años, lo que corresponde al 18,38%. Por su parte, el promedio es de 13 años y la desviación estándar de 2,03.

Tabla XI-3: Respuesta corta pregunta N° 2 (edad de inicio de las dietas)

Respuesta	n	%
7 años	1	0,43
8 años	2	0,85
9 años	7	2,99
10 años	11	4,7
11 años	19	8,12
12 años	43	18,38
13 años	38	16,24
14 años	30	12,82
15 años	42	17,95
16 años	13	5,56
17 años	8	3,42
18 años	1	0,43
No Responde	19	8,12
Total	234	100

11.12.3 Resultados de preguntas breves planteadas por las adolescentes

A continuación, se expone en la Tabla XI-4 las respuestas dadas por las adolescentes de manera escrita en el cuestionario a la pregunta N° 6 (Ver Anexo 10.7), y su frecuencia y porcentaje respecto al número de la muestra que responde que SI a la pregunta anterior.

Se obtiene que 37 mujeres adolescentes consumen té, constituyendo la frecuencia más alta, esto es, el 44,57%. Se observan adolescentes que consumen otro tipo de laxantes y/o diuréticos, pero en menor frecuencia, esto es, el 1,2% respectivamente. Por otro lado, 4 de las jóvenes que consume estos compuestos, no responde qué tipo utiliza, conformando el 4,81% del grupo.

Tabla XI-4: Respuesta corta pregunta N°6 (nombre de laxante y/o diurético)

Laxantes y/o Diuréticos	N	%
Té	37	44,57%
Yogurts	16	19,27%
Ciruelax	6	7,22%
Mermeladas	5	6,02%
Laxantes	5	6,02%
Pastillas	3	3,61%
Cápsulas de Vinagre de Manzana	2	2,4%
Chocolate	1	1,2%
Naturismo	1	1,2%
Digested	1	1,2%
Pastillas de fisicoculturistas	1	1,2%
Limonada, canela, mucha agua	1	1,2%
No Responde	4	4,81%
Total	83	100%

La Tabla XI-5 corresponde a las respuestas dadas por las adolescentes de manera escrita en el cuestionario a la pregunta N° 8 (Ver Anexo 10.7), y su frecuencia y porcentaje respecto al número de la muestra que responde que SI a la pregunta anterior:

De acuerdo a los datos proporcionados por las 11 jóvenes que consumen pastillas adelgazantes, se obtiene que cuatro de ellas, es decir, el 36,36% consume Vinagre de manzana. Las minorías, que consumen pastilla de ajo con algas, Ipogras, Tonalín, corresponden al 9,09% respectivamente.

Tabla XI-5: Respuesta corta pregunta N°8 (nombre de pastillas para adelgazar)

Pastillas Adelgazantes	N	%
Vinagre de manzana	4	36,36%
Productos naturales	2	18,18%
Ciruelax	1	9,09%
Pastilla de ajo con algas	1	9,09%
Ifogran	1	9,09%
Ipogras, Tonalín	1	9,09%
Té verde, agua flacia, pastilla de fisicoculturista	1	9,09%
Total	11	100%

11.12.4 Resultados Preguntas Dicotómicas

A continuación, se presentan en la Tabla XI-6 las respuestas dadas por las participantes en la pregunta N° 1; N° 13; N° 15; y N° 17. Las frecuencias y porcentajes expuestos son de acuerdo al total de la muestra.

Se distingue en la pregunta N°1, que 234 adolescentes han hecho dieta alguna vez, lo que equivale a un 50,32%. En la pregunta N° 13, respecto a si se han provocado vómitos, 73 mujeres responden de manera positiva a dicha pregunta, correspondiendo a un 15,26%. En la pregunta N°15, en cuanto al consumo de líquido, se evidencia que 219 adolescentes realizan dicha conducta para disminuir la sensación de hambre, es decir el 47,09% de la muestra total. Referente al consumo de cigarrillo, pregunta N°17, 139 contestan de forma positiva a esta interrogante, lo que equivale al 29,89%.

Tabla XI-6: Respuestas preguntas dicotómicas

Preguntas	n Respuesta Afirmativa	%	N Respuesta Negativa	%	NR	%
N° 1	234	50,32%	231	49,67%	0	0%
N°13	73	15,69%	391	84,08%	1	0,2%

Preguntas	n Respuesta Afirmativa	%	N Respuesta Negativa	%	NR	%
N°15	219	47,09%	246	52,90%	0	0%
N°17	139	29,89%	324	69,67%	2	0,43%

11.12.5 Resultados de Preguntas de Selección Múltiple con Opción de Contestar más de una Alternativa

La Tabla XI-7 expone las respuestas dadas por las adolescentes a la pregunta N° 19 (Ver Anexo 10.7). La frecuencia y porcentaje presentados son respecto a al número de la muestra que la contestó.

En este caso, las participantes tienen la posibilidad de contestar más de una alternativa. 133 marcan una o más alternativas, lo cual equivale al 28,6%. La mayor frecuencia, 64, se ubica en la respuesta de dietas de un solo alimento. La siguiente frecuencia de respuesta en orden descendente, 57, corresponde a la alternativa.

Tabla XI-7: Respuestas pregunta N° 19

Pregunta 19	n	%
Dieta Citogénica o de Atkins	3	2,06 %
Dieta de la NASA	3	2,06%
Dieta de la Luna	18	12,41%
Dieta de un solo alimento	64	44,13%
Otras	57	39,31%
Total	145	100%

11.12.6 Resultados de Preguntas de Selección Múltiple alternativas “Otra”

Las Tablas XI – 8 Y XI – 9 exponen las respuestas dadas por las adolescentes en la alternativa “Otra” en las preguntas N° 19 Y N° 22 respectivamente:

Tabla XI-8: Respuestas pregunta N° 19 alternativa “Otras”

Respuestas	n
Dejar Ciertos Alimentos	10
Comer Menor Cantidad	10
No Comer Golosinas	5
Del Agua	4
La mía o Por Mí	4
No Comer	3
Sólo Ensaladas	2
Dieta Verde	2
Frutas y/o Verduras	2
Cereal Fitness	2
Comer Cosas Livianas	1
Comer Sano	1
De 500 Calorías	1
Dieta Hipocalórica	1
no comer en 3 -4 días, pura agua y correr	1
Del arroz, pollo, manzana, sin sal y azúcar	1
Dieta Top	1
Comida Diet	1
Dieta para un Atleta	1
Saltarme Comidas	1
Equilibrio mis Comidas	1
Dieta Herbalife	1
No comer a deshora	1
No Responde	4
Total	61

Tabla XI-9: Respuestas pregunta N° 22 alternativa “Otras”

Respuestas	n
Yo misma	15
Pareja, pololo	9
Sentirse bien consigo misma	4
Salud	4
Verano	4
Mamá	3
Verse bien, verse mejor	2
Ropa no quede bien	2
Por mí	2
Deporte	2
Autoestima	2
Ver que ídola es delgada	1
Satisfacción y comodidad	1
Querer estudiar preparador físico	1
Primos, tía	1
Porque yo quiero pero nunca resulta	1
Sentirse mejor	1
PC	1
Verse bien para pololo	1
Bienestar propio	1
Médico	1
Me doy asco	1
Libros	1
Las cabras flacas que pasan por la calle	1
Ginecólogo en el caso de pastillas anticonceptivas	1
Gente que me tiene mala	1
Ejemplos de obesidad en la familia	1
Depresión	1
Burlas	1
Amigas en misma situación	1
Aburrimento	1
Estar bien consigo misma	1
Total	70

