

Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años

CLAUDIA CRUZAT-MANDICH^a, FERNANDA DÍAZ-CASTRILLÓN^b,
PAULA LIZANA-CALDERÓN^c, ANDREA CASTRO^d

Body image, psychological symptoms and eating disorders among Chilean adolescents and young adults

Background: *The construction of body image is crucial during adolescent development. Several studies show that body dissatisfaction is common, especially among women. This is a risk factor for eating behavior disorders. Aim:* *To describe psychological variables and dimensions about body image among adolescents and young adults. Material and Methods:* *Three self-administered questionnaires, MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) that measures body image, Symptom Checklist (SCL-90) that measures the presence of psychological and psychiatric symptoms and the Eating Disorder Inventory (EDI-2), which measures eating problems, were applied to 1,438 students aged 19 ± 2.7 years (53% women) from three Chilean regions. Results:* *Sixty five percent of respondents would like to weigh less. Compared with men, women have greater psychological distress, concerns about their appearance and their weight, are more obsessed with thinness, and have fewer behaviors aimed at solving these problems. Conclusions:* *A high percentage of respondents want to lose weight. In addition, women have serious desires and search for thinness.*

(Rev Med Chile 2016; 144: 743-750)

Key words: Adolescent; Body Image; Feeding and Eating Disorders.

Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, CECA, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.

^aPsicóloga, PhD en Psicoterapia, Magíster en Psicología y Psicoterapia.

^bPsicóloga, Magíster en Psicología Clínica.

^cPsicóloga, Magíster y PhD (c) en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud.

^dPsicóloga. Magíster en Psicología.

Fuente de apoyo financiero: Proyecto FONDECYT regular 2014, N° 1140085. Cambios en la imagen corporal en adolescentes sometidos a cirugía bariátrica.

Recibido el 17 de agosto de 2015, aceptado el 7 de mayo de 2016.

Correspondencia a:
Claudia Cruzat-Mandich
Diagonal Las Torres 2640.
Peñalolén. Santiago, Chile.
Teléfono: +562 23311648 / Fax:
56-2- 278 4413
claudia.cruzat@uai.cl

La imagen corporal es un constructo multidimensional que implica las percepciones, pensamientos y sentimientos de una persona acerca de su propio cuerpo, generalmente conceptualizado por la incorporación de la estimación del tamaño corporal, la evaluación de su atractivo y emociones asociadas a la forma y estructura corporal¹. En la conformación de la imagen corporal y, por tanto, también en la alteración de su percepción, intervienen variados aspectos biopsicosociales. Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales son los factores socioculturales, entre los cuales destacan

el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo². Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento social, la adolescencia, el perfeccionismo y los sitios de internet².

La adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo de la imagen corporal. La cultura global presiona a las adolescentes con el mensaje de que se les valora y juzga por su cuerpo, instándoles a compararse con el ideal estético corporal femenino de delgadez prácticamente inalcanzable. Asimismo, la presión social por la estética femenina y las transformaciones biológicas propias de ese período favorecen la mayor atención por su cuerpo en las adolescentes, y mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal^{2,3}.

Además, los vínculos y la necesidad de aceptación por los pares, la admiración de figuras de culto e ídolos, más la presión de los padres, van construyendo la imagen que la joven adquiere de sí misma^{2,3}. Por lo anterior, las adolescentes y jóvenes cursan un período altamente vulnerable para insatisfacción con la imagen corporal^{2,3}.

La alteración de la imagen corporal ha sido considerada entre los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria⁴. La distorsión de la imagen corporal puede oscilar desde un grado leve a severo y posee un valor predictor del pronóstico². En Chile, se encontró que la insatisfacción corporal está presente en grado extremo en las pacientes con anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno alimentario no especificado. Las personas con anorexia mostraron mayor insatisfacción corporal acompañada de sentimientos de inutilidad personal y perfeccionismo⁵. También se ha planteado que las jóvenes que exhiben algún grado de insatisfacción corporal tienen alto riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria⁵⁻⁷.

Por otro lado, la insatisfacción corporal se ha relacionado con la presencia de obesidad en adolescentes⁸. Un trabajo con estudiantes chilenos de enseñanza media mostró que los adolescentes asocian el concepto de obesidad con calificativos que revelan insatisfacción corporal, además de asociarla a depresión, ansiedad y baja autoestima, entre otros⁹. Otros estudios han encontrado correlación positiva y significativa entre índice de masa corporal (IMC) e insatisfacción con la imagen corporal^{10,11}. En adolescentes con sobrepeso y obesidad se ha observado que las mujeres están significativamente más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres¹⁰. Además, las mujeres sobreestiman más que los varones el IMC autopercibido/real¹².

También existe evidencia que demuestra que la

insatisfacción corporal puede conducir a conductas de riesgo para la salud, como lo son las dietas severas, el ejercicio extremo y el uso de sustancias para tratar de modificar la imagen corporal¹³.

Además, es importante destacar que la insatisfacción corporal se ha relacionado con una serie de alteraciones psicológicas, entre las que se incluyen la baja autoestima, la depresión, la ansiedad y la ideación suicida¹⁴⁻¹⁶.

El número de investigaciones sobre la insatisfacción corporal y los factores asociados en muestras latinoamericanas es aún insuficiente, por ello es necesario recabar más información relevante, para la detección temprana de los trastornos o síntomas vinculados a dicha alteración.

El objetivo de este estudio es comparar por sexo, en muestra no clínica de adolescentes y jóvenes, características en relación a síntomas psicopatológicos, conductas alimentarias y dimensiones de la imagen corporal.

Material y Método

Se efectuó una investigación cuantitativa, no experimental, transversal, descriptiva y correlacional. El estudio se realizó en una muestra intencionada que alcanzó un total de 1.438 estudiantes de 14 a 25 años de edad de establecimientos educacionales de enseñanza media municipalizados, particulares subvencionados y particulares; de universidades e institutos profesionales de las regiones Metropolitana, V y VIII del país, durante el año 2014.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)*¹⁷. Cuestionario autoaplicado de 69 ítems, que se contesta en escala de Likert de 5 puntos, según nivel de acuerdo/desacuerdo. Su versión en español fue validada por Botella, Rivas y Benito (2009)¹⁸, obteniéndose índices de consistencia interna superiores a 0,7 para todas las subescalas. Evalúa diversos aspectos de la imagen corporal.
2. *Inventario de síntomas de Derogatis revisado (SCL-90 R)*¹⁹, versión validada en estudiantes universitarios chilenos²⁰. Es un cuestionario de síntomas autoadministrado de buenas cualidades psicométricas²⁰. El SCL-90-R se compone de 90 ítems que caracterizan al evaluado en nueve dimensiones primarias. Además, reporta tres índices globales.

3. *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*, validado en población chilena²¹, mide síntomas psicológicos asociados comúnmente a AN, BN y otros trastornos alimentarios. La versión usada consta de 91 ítemes, con 11 subescalas. Es un cuestionario autoadministrado con seis alternativas de respuesta (de total acuerdo a ningún acuerdo). Tres de las subescalas miden actitudes y comportamientos referentes al comer, al peso y a la forma. Otras cinco se relacionan con construcciones más generales de la organización o los rasgos psicológicos clínicos relevantes en los trastornos alimentarios. Por último, hay tres subescalas adicionales.
4. Cuestionario demográfico-clínico, donde se preguntó sobre el sexo, edad, peso y estatura. Se consultó sobre el peso deseado y se relacionó con el peso real. Se indagó sobre antecedentes de sobrepeso y diabetes mellitus familiar (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones y escalas de los instrumentos aplicados: MBSRQ, SCL-90 y EDI-2

MBSRQ	SCL 90	EDI-2
Satisfacción con la apariencia (AE): Satisfacción con la forma y atractivo físico de mi cuerpo	Somatización (SOM): Malestares por percepción de síntomas corporales dependientes fundamentalmente del SNA	Obsesión por la delgadez (DT): Impulso al adelgazamiento
Orientación hacia la apariencia (AO): Preocupación por el aspecto físico, incluye lo percibido por otro	Obsesiones (OBS): Síntomas de los cuadros obsesivos compulsivos	Bulimia (B): Pensamientos o comportamientos de ingestión excesiva de comida
Evaluación del deporte y aptitudes físicas (FE): Evaluación de mi estado físico o capacidad física	Sensitividad interpersonal (SI): Sentimientos de inferioridad e inadecuación	Insatisfacción con el propio cuerpo (BD): Insatisfacción con la forma y/o partes del cuerpo
Orientación por el deporte y aptitudes físicas (FO): Conductas orientadas a mantener la forma física	Depresión (DEP) Manifestaciones clínicas de síntomas depresivos	Ineficacia (I): Sentimientos de incapacidad general, inseguridad, desprecio
Interés por la salud (HO): Interés por cuidar de la salud y por la alimentación que me ayuda a tener un estilo de vida saludable	Ansiedad (ANS) Nerviosismo, tensión y ataques de pánico	Perfeccionismo (P): Grado en que la persona premia exageradamente sus logros personales
Evaluación de la salud (HE): Qué diagnóstico hago respecto de mi salud	Hostilidad (HOS): Expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento	Desconfianza interpersonal (ID): Incapacidad para mostrar los sentimientos, desconfianza y dificultad de comunicación con los demás
Orientación a la enfermedad (IO): Preocupación por enfermar, signos hipocondríacos	Ansiedad fóbica (FOB): Miedo persistente e irracional y conductas evitativas	Conciencia interoceptiva (IA): Grado de dificultad para interpretar las sensaciones corporales relacionadas con el hambre y la saciedad
Preocupación por el peso (OP): Preocupación por el peso y por hacer cosas para mantenerlo o modificarlo de ser necesario	Ideación Paranoide (PAR): Distorsiones cognitivas paranoides	Miedo a la madurez (MF): Deseos de volver a la seguridad de la infancia
Clasificación por el peso (SCW): Evaluación de mi peso desde mi perspectiva y desde la de otros	Psicoticismo (PSIC): Sintomatología psicótica, alucinaciones y trastornos del pensamiento	Ascetismo (A): Tendencia a buscar virtud a través de la realización de ideales como la autodisciplina, dominio de sí mismo
Satisfacción corporal (BAS): Grado de satisfacción con partes y aspectos de mi cuerpo	Índice de gravedad global (IGS)	Impulsividad (IR): Regulación del impulso
	Índice de malestar positivo (PSDI)	Inseguridad social (SI): Creencia de que las relaciones sociales son tensas, decepcionantes y de mala calidad
	Total de síntomas positivos (TP)	

La clasificación del estado nutricional se realizó mediante el cálculo del IMC de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²².

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Adolfo Ibáñez, y de Conicyt. Se obtuvo la autorización de los directivos de los establecimientos educacionales. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado (y en caso de menores de edad, también el adulto responsable). La información fue anónima y confidencial.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.0. Se efectuó análisis descriptivo a través de distribución de frecuencias y estadísticos descriptivos. La relación entre las variables de interés se evaluó a través de la prueba *t* para diferencias de medias en muestras independientes, considerando el tamaño del efecto. Se estableció un nivel de significación estadístico de 0,05.

Resultados

El 56,5% de los participantes eran de género femenino y 43,5% de género masculino. Sus edades fluctuaron entre 14 y 25 años, con un promedio de 18,7 años (*DE* 2,7). El 31,8% eran pre-adolescentes (entre 14 y 17 años), 41,2% adolescentes (entre 18 y 20 años) y 27,1% jóvenes adultos (entre 21 y 25 años).

El IMC promedio fue de 22,5 (*DE* 3,2); se encontró 15,8% de sobrepeso, 2,2% de obesidad y 7% de bajo peso. El 74,9% presentaba un estado nutricional normal.

Se observó que 65,3% deseaba pesar menos de lo que pesa, 17,9% deseaba pesar más y sólo 16,8% estaba satisfecho con su peso (porcentaje que representa el peso deseado respecto del peso real).

Respecto de antecedentes familiares, 53,2% tenía antecedente de sobrepeso en su familia y 46,8% antecedente de diabetes mellitus.

Los resultados del reporte de los cuestionarios se presentan en la Tabla 2. Se describen sólo las variables cuyos tamaños del efecto son medianos o grandes ($d > 0,5$)²³.

En el MBRSQ existen diferencias significativas en la orientación por la apariencia (AO), es decir, las mujeres presentaron mayor preocupación por el aspecto físico que los hombres; también las

mujeres presentaron menos conductas orientadas a mantener la forma física o desarrollar aptitudes físicas a través del deporte (FO) que los hombres. Por último, las mujeres presentaron mayor preocupación por el exceso de peso (OP) que los hombres.

En relación al SCL-90, las mujeres presentaron significativamente mayores niveles de somatización (SOM) y depresión (DEP) que los hombres. Cabe destacar, aun cuando los tamaños del efecto son pequeños a medianos ($d < 0,40$), que las mujeres presentaron mayores síntomas ansiosos, y tendieron a describir sus síntomas de manera más intensa (PSDI).

En cuanto al EDI-2, se observa que las mujeres presentaban una mayor preocupación por la delgadez (DT) que los hombres, siendo el tamaño del efecto notoriamente mayor que para el resto de los ítems. Finalmente, se observó que las mujeres presentaron mayor insatisfacción con su apariencia (BD) que los hombres.

Discusión

El presente trabajo tuvo por objeto comparar por sexo una muestra de adolescentes y jóvenes de tres regiones de Chile, para describir la relación que existe entre la imagen corporal y otras variables psicopatológicas en población normal. Esto es relevante dada la asociación entre la (in)satisfacción corporal y otras variables mediadoras, como la autoestima, la centración en el cuerpo, presión social por la delgadez y el humor negativo, todas relacionadas especialmente con riesgos de presentar algún tipo de TA^{24,25}.

Hay 25% de esta muestra que presenta algún riesgo de salud, ya sea por bajo o sobrepeso. Pero además, 53% declara antecedentes familiares directos de sobrepeso u obesidad. Esto coincide parcialmente con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud²⁶, en que los jóvenes entre 15 y 24 años presentan 11% de obesidad.

Llama la atención que los jóvenes y adolescentes de esta muestra señalen el antecedente familiar de diabetes mellitus en 46,5%. Aunque es un dato declarado y no hay registro de cuántos de ellos están médicamente diagnosticados, es un porcentaje muy superior a lo que dicen las encuestas en Chile, en que la diabetes mellitus tipo 2 aparece en 9,4% de la población²⁶. Según

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y diferencias según género en escalas MBRSQ, SCL-90 y EDI-2

Escala Dimensiones	Mujeres		Hombres		Diferencias género		
	M	DE	M	DE	t	p	d
MBRSQ							
AE	3,16	0,86	3,44	0,73	6,62	p < 0,001	0,35
AO	3,72	0,58	3,35	0,59	-11,62	p < 0,001	0,64*
FE	3,39	0,86	3,67	0,77	6,66	p < 0,001	0,35
FO	3,32	0,83	3,73	0,75	9,69	p < 0,001	0,51*
HE	3,5	0,72	3,71	0,65	5,78	p < 0,001	0,31
HO	3,23	0,62	3,1	0,58	-3,83	p < 0,001	0,2
IO	3,07	0,8	2,93	0,72	-3,41	p < 0,001	0,18
BAS	3,21	0,7	3,5	0,67	7,87	p < 0,001	0,42
OP	2,98	0,93	2,4	0,77	-12,71	p < 0,001	0,67*
SCW	3,16	0,64	2,91	0,72	-6,83	p < 0,001	0,36
SCL-90							
SOM	1,07	0,7	0,74	0,61	-9,59	p < 0,001	0,51*
OBS	1,45	0,77	1,25	0,74	-4,99	p < 0,001	0,26
SI	1,02	0,74	0,79	0,64	-6,27	p < 0,001	0,34
DEP	1,14	0,77	0,78	0,61	-9,65	p < 0,001	0,51*
ANS	1,00	0,71	0,71	0,61	-8,13	p < 0,001	0,43
HOS	0,99	0,78	0,95	0,79	-0,97	p = 0,334	
FOB	0,5	0,57	0,33	0,47	-6,47	p < 0,001	0,34
PAR	0,86	0,74	0,8	0,73	-1,48	p = 0,138	
PSIC	0,61	0,6	0,5	0,57	-3,53	p < 0,001	0,19
TP	44,29	18,84	38,0	19,8	-6,14	p < 0,001	0,32
IGS	1,0	0,58	0,78	0,52	-7,56	p < 0,001	0,4
PSDI	1,93	0,47	1,76	0,43	-7,1	p < 0,001	0,38
EDI-2							
DT	6,44	6,22	2,52	3,61	-14,94	p < 0,001	0,82*
B	2,19	3,05	2,2	2,94	-0,07	p = 0,948	
BD	7,83	6,21	4,85	4,32	-10,69	p < 0,001	0,57*
I	3,46	4,3	2,72	3,31	-3,71	p < 0,001	0,2
P	4,84	3,89	5,25	3,91	2,0	p = 0,046	0,11
ID	3,5	3,58	3,35	3,38	-0,84	p = 0,404	
IA	4,99	4,82	3,49	3,71	-6,64	p < 0,001	0,35
MF	7,26	4,88	6,73	4,81	-2,03	p = 0,043	0,11
A	3,45	2,78	3,1	2,65	-2,4	p = 0,017	0,13
IR	3,44	4,54	3,55	4,27	0,47	p = 0,639	
SI	3,65	3,79	3,63	3,49	-0,09	p = 0,93	

*Los tamaños del efecto considerados como significativos, fueron los moderados y grandes (> 0,5).

datos nacionales^{26,27}, esta patología aparece fundamentalmente en individuos mayores de 45 años, es más prevalente después de los 60 años de edad, y en estratos socioeconómicos más bajos. Otros estudios en Chile^{28,29} plantean que es necesario realizar intervenciones regulares para que las personas diagnosticadas mantengan un control de la enfermedad, en población chilena la adherencia a los tratamientos es baja, por lo que aumentan los riesgos y complicaciones de la enfermedad. Desde el punto de vista de salud pública, el porcentaje encontrado en esta muestra es alarmante, y es necesario seguir investigando.

Otro hallazgo relevante se refiere a la evaluación, percepción y actitudes en relación al peso. El 65% señala que desearían pesar menos, y las mujeres, en promedio, quieren pesar aun menos que los hombres. Esto concuerda con algunas investigaciones internacionales³⁰, en que 70% de las adolescentes mujeres quieren estar más delgadas. Un porcentaje significativo de las mujeres adolescentes y jóvenes de esta muestra, que presenta un peso normal, desea bajar de peso. Diversos autores^{25,31}, describen que los adolescentes reciben presiones para estar más delgados, especialmente aquellos que además tienen baja satisfacción con su propio cuerpo. Específicamente en Chile³², se ha observado que la necesidad de estar más delgada se relaciona con la necesidad de alcanzar los estándares culturales de belleza. Junto a lo anterior, cabe considerar que en el período de la pubertad, los cambios corporales y la influencia social son aun más relevantes, siendo una etapa de alto riesgo para desarrollar conductas alimentarias alteradas³⁰.

Al comparar la muestra por sexo, se obtiene que las mujeres presentan una gran preocupación por estar delgadas, la que es significativamente superior a la de los hombres en estas edades. Además, las mujeres, en comparación con los hombres, presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal y una mayor preocupación por el peso. Esto concuerda con estudios internacionales³³ y con otras investigaciones realizadas en Chile, las que han encontrado que las mujeres chilenas presentan mayor preocupación por su imagen y mayor conciencia de su peso que los hombres, y también que otras mujeres latinas^{34,35}.

Dado estos resultados, es importante pensar si la preocupación por el peso, en estas edades, es un indicador desde el cual se evalúa sólo la apariencia.

Este es un indicador importante, porque por un lado, tiene una alta correlación con la presencia de TA², y por otro, porque podría ser un elemento que permita intervenir tempranamente. Trabajar desde el constructo de apariencia corporal, en estas edades, puede significar el comprometer otros temas relacionados, como: hábitos alimentarios, síntomas afectivos negativos, autoestima; todos estos definidos, además, como factores de riesgo de problemas en la conducta alimentaria^{24,25}. También podría favorecer estilos de vida más saludable, lo que es relevante dados los malos hábitos alimentarios presentados por los adolescentes y jóvenes en Chile^{26,36}.

Se observa también, que son los hombres los que realizan actividades para desarrollar más habilidades y aptitudes físicas; aunque, las mujeres están preocupadas por su peso y su apariencia, y están insatisfechas con su imagen corporal, realizan en menor proporción actividades concretas para mejorarlas. Las encuestas chilenas²⁶ plantean que hay entre 25-30% de baja actividad física a lo largo del país, independientemente de la edad y el sexo. Los promedios son levemente más altos en la V Región y levemente más bajos en la Región Metropolitana y VIII Región, por lo que estos datos parecen coincidir con lo observado. Es relevante pensar si la capacidad física de estos jóvenes está realmente disminuida, y sería importante investigar más sobre este indicador en población adolescente, dado que estos resultados pueden reflejar problemas de orden físico en estas poblaciones, sobre todo en patologías como la obesidad, que ha ido en aumento en los últimos años²⁶.

Finalmente, las mujeres presentan numerosos síntomas somáticos, mayores síntomas ansiosos y depresivos que los hombres. Es decir, mujeres entre 14 y 25 años aparecen como población de riesgo; presentan: mayores malestares psicológicos, insatisfacción con su cuerpo, desean bajar proporcionalmente más de peso, están incluso obsesionadas por la delgadez, y no presentan conductas dirigidas a solucionar aquello que les preocupa. Esto es coincidente con otras investigaciones realizadas en Chile y otros países latinoamericanos^{37,38} en cuanto a que la población femenina adolescente presenta mayor prevalencia y potencial de riesgo para trastornos afectivos, especialmente depresión y trastorno ansioso.

Una de las limitaciones de este estudio es el

procedimiento de muestreo no probabilístico. Además, no se cuenta con el número de casos que no accedieron a participar; se observó mayor negación en los alumnos de los colegios, donde su participación dependía fundamentalmente del consentimiento de los padres, en comparación con los estudiantes de las universidades. En ambos casos, los instrumentos se aplicaron con autorización de las autoridades educacionales respectivas. Por otro lado, no se contó con las características sociodemográficas poblacionales, lo que hubiese permitido evaluar la representatividad de la muestra en esos factores.

Agradecimientos. Este estudio fue posible gracias al financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), por medio del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT-Regular N° 1140085): *Cambios en la imagen corporal en adolescentes sometidos a cirugía bariátrica.*

Referencias

- Grogan S. Body image health: contemporary perspectives. *J Health Psychol* 2006; 11 (4): 523-30.
- Behar R. La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 319-34.
- Rodríguez S, Cruz S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema* 2008 (1); 20: 131-7.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Behar R, Vargas C, Cabrera E. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011 (1); 49: 26-36.
- Stice E, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Chil Psychol Psychiatry* 2010; 51: 518-25.
- Moreno M, Ortíz G. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol* 2009; 27 (2): 181-90.
- Neumark-Sztainer D, Paxton S, Hannan P, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescents females and males. *J Adolesc Health* 2006; 39: 244-51.
- Cillipal E, Silva H, Vargas R, Martínez C. Significado de la obesidad para adolescentes de Temuco-Chile. *Int Morphol* 2006; 24 (2): 259-62.
- Trejo P, Castro D, Facio A, Mollinedo F, Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Rev Cubana Enfermer* 2010; 26 (3): 144-54.
- Santana M, Silva R, Assis A, Raich R, Machado M, Pino E, et al. Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutr Hosp* 2013; 28 (3): 747-55.
- Sámano R, Rodríguez A, Sánchez-Jiménez B, Godínez E, Noriega A, Zelonka R, et al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal. *Nutr Hosp* 2015; 31 (3): 1082-8.
- Garrusi B, Garousi S, Baneshi M. Body image and body change: predictive factors in an Iranian population. *Int J Prev Med* 2013; 4 (8): 940-8.
- Stice E, Hayward C, Camero R, Killen J, Taylor C. Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 2000; 109 (3): 438-44.
- Paxon S, Eisenberg M, Neumark-Sztainer D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescents girls and boys: a five-year longitudinal study. *Dev Psychol* 2006; 42 (5): 888-99.
- Brausch A, Gutiérrez P. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threat Behavi* 2009; 39 (1): 58-71.
- Brown T, Cash T, Mikulka P. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *J Pers Assess* 1990; 50: 135-44.
- Botella L, Rivas E, Benito J. Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Rev Argent Clin Psicol* 2009; XVIII: 253-64.
- Derogatis L. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Gempp R, Avendaño C. Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Ter Psicol* 2008; 26 (1): 39-58.
- Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del Test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr* 2009; 36 (4): 1063-73.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (WHO technical report series 894). Geneva: World Health Organization, 2000.

23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39 (2): 175-91.
24. Stice E. Risk and Maintenance factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 2002; 128 (5): 825-48.
25. Murray K, Rieger E, Byrne D. The relationship between Stress and Body Satisfaction in female and male adolescents. *Stress Health: J Int Soc Invest Stress* 2013; 31: 13-23.
26. Encuesta Nacional de Salud. ENS Chile 2009-2010. Ministerio de Salud, Chile. Disponible: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64d-fe040010165012d23.pdf> (consultado el 20 de diciembre de 2015).
27. Asociación de Diabéticos de Chile. Estudio Nacional de Prevalencia de Diabetes en Chile 2006. Disponible en: <http://www.adich.cl/Estudio.html> (consultado el 20 de diciembre de 2015).
28. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Téllez A, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo-2 en un Centro de Atención primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2010; 138: 729-37.
29. Urzúa A, Cabrera C, González C, Arenas P, Guzmán M, Caqueo-Urizar A, et al. Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2-EATDM-III. *Rev Med Chile* 2015; 143: 733-43.
30. Wertheim E, Paxton S. Body Image Development in adolescents girls. En *Body Image. A handbook of Science, Practice, and Prevention*. Eds. Cash & Smolak 2011; pp. 76-84.
31. Mellor D, Mc Cabe M, Ricciardelli L, Merino ME. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The rol of sociocultural factors. *Body Image*, 5, 205-215. Doi: 10.1016/j.bodyim.2008.01.004.
32. Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Toro J, Gutiérrez-Maldonado J, Peñaloza C, Cuadros-Sosa Y, et al. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorders symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image* 2011; 8: 78-81. Doi: 10.1016/j.bodyim.2010.11.004
33. Dion J, Blackburnn ME, Auclairb J, Laberge S, Gaudreault M, Vachon P, et al. Development an aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *Int J Adolesc Youth* 2015; 20 (2): 151-66.
34. Durán S, Díaz V, Record J, Córdón K, Encina C, Araya M. Diferencias entre índice de masa corporal real y el percibido en mujeres universitarias de Chile, Panamá y Guatemala. *Nutr clín Diet Hosp* 2014; 34 (2): 29-36.
35. Durán S, Rodríguez MP, Record J, Barra R, Olivares R, Tapia A, et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Rev Chil Nutr* 2013; 40 (1): 26-32.
36. Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Rev Med Chile* 2012; 140: 1571-9.
37. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23 (5): 521-9.
38. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre A, Vacio-Muro MA, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2015; 72 (2); 149-55.