



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

**ESTUDIO DEL APORTE DE UN INSTRUMENTO (TEST DE
ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26),
EN LA EVALUACIÓN DE CAMBIOS EN ADOLESCENTES
SOMETIDOS A UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
OBESIDAD.**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Lic. Ps. Leonor Corada Luis, Lic. Ps. Alejandra Montedónico Arancibia.

Profesor Patrocinante y Asesor Metodológico:

Ps. y Mag. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago, Noviembre de 2007

Agradecimientos

Agradecemos muy sinceramente a las personas que nos permitieron trabajar en la ejecución del Programa de prevención de obesidad “Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes” y nos brindaron su apoyo para realizar nuestra memoria a partir de los datos obtenidos. Agradecemos al equipo coordinador del programa, en primer lugar a nuestra profesora patrocinante y coordinadora metodológica del programa de prevención de obesidad, Ps. Elisabeth Wenk, por su apoyo incondicional, comprensión y cariño a lo largo de estos meses, y por ser un gran ejemplo para nosotras como profesional y en especial en su labor formadora. También agradecemos al Director de la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile, Ps. Juan Yáñez por darnos la oportunidad de participar y entregarnos todo su apoyo y ánimo para realizar esta investigación, y a las Doctoras Claudia Sagredo y Constanza Echeñique por su preocupación y esfuerzo en sacar adelante un proyecto como éste.

Por último agradecemos a la Ps. Rosa Herrera por su perseverancia y trabajo como coordinadora del equipo de evaluación y a todas las personas que trabajaron en la ejecución de la intervención psicológica dentro del Programa de prevención de obesidad: Ps. Valeria Mandakovic, Ps. Macarena Espinoza, Valeria Francesetti y Luciana Marín.

En primer lugar, agradezco a mi familia por su constante amor, valores, apoyo y por ayudarme a convertirme en la persona que soy. Gracias por darme la fuerza para finalizar esta etapa.

Gracias Mamá por tu ejemplo de fortaleza, por el gran amor y cariño que me entregas día a día y por ser siempre un gran ejemplo a seguir como persona y profesional.

Tuto, gracias por tu apoyo y por enseñarme que con perseverancia todo se puede.

Gigio, gracias por enseñarme que se puede soñar y por ser un ejemplo de perfeccionismo como persona y profesional.

Anto, gracias por tu comprensión y apoyo constante.

Cata y Martina, gracias por su inocencia y locuras que iluminan y le dan energía a mi vida.

Cristian, gracias por tu amor, paciencia y comprensión.

...Y muy especialmente gracias a ti Papá, porque se que desde el cielo debes estar disfrutando este momento.

Alejandra.

Gracias familia por ser mi sustento, por el apoyo constante y por darme la oportunidad de realizarme plenamente como persona y como profesional.

Gracias Mamá por ser el más hermoso ejemplo a seguir, por el inmenso amor que me entregas y porque en mis momentos de mayor angustia e incertidumbre siempre has estado ahí.

Gracias Papá por enseñarme a que uno debe reponerse de las frustraciones y mirar siempre hacia adelante para superarse.

Gracias hermanos por mostrarme el camino a seguir y por apoyarme en todos mis sueños.

Gracias María Eugenia por ser como una madre para mí y por ser mi gran amiga en las buenas y en las malas.

Gracias Santiago e Isidora por ser una luz en mi vida y darme la energía necesaria para finalizar esta etapa.

Leonor.

Tabla de Contenidos

• Resumen.....	3
• Introducción.....	4
• Antecedentes.....	6
- Obesidad: Un Problema Nacional Actual.....	6
- La Adolescencia como Grupo de Riesgo.....	7
- Sociedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	8
- Iniciativas y Estrategias contra la Obesidad.....	10
- Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.....	12
• Objetivos.....	13
• Hipótesis General de Investigación.....	14
• Método.....	14
- Variables.....	14
- Tipo y Diseño de Investigación.....	16
- Colectivo y Muestra.....	17
- Instrumento.....	17
- Procedimiento.....	18
• Análisis de Resultados.....	20
- Descripción Sociodemográfica de la Muestra.....	20
- Análisis Descriptivo y Comparativo.....	22
• Conclusiones.....	40
• Referencias Bibliográficas.....	46
• Anexo I: Sesiones Taller Psicológico.....	49
• Anexo II: Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.....	55

Resumen

La presente investigación tiene por objetivo evaluar si el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 es sensible a detectar cambios cuando se realiza una intervención dentro del marco del Programa de prevención de obesidad “Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes” en una población específica, lo cual representa un aporte a la Validez de Constructo del instrumento.

Este trabajo corresponde a un estudio de carácter metodológico aplicado y estadístico, de enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio descriptivo y comparativo y de diseño pre-experimental de preprueba-postprueba con un solo grupo.

La muestra utilizada está compuesta por 95 sujetos de entre 12 y 18 años, 74 mujeres y 21 hombres, pertenecientes a 3 establecimientos educacionales municipales de nivel socioeconómico medio.

Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los análisis realizados, lo cual permite concluir que el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 no es sensible a detectar cambios en una población de preadolescentes y adolescentes entre 12 y 18 años. Asimismo, se puede concluir que las variables Sexo y Grupo Étnico se presentan de manera indiferenciada, expresándose como factores no determinantes en los resultados de esta investigación. Esto se observa en el Grupo Antes del Proceso de Intervención, en el Grupo Después del Proceso de Intervención y en la comparación de ambos grupos en forma conjunta.

Introducción

En el último tiempo las condiciones de vida y los hábitos de alimentación han sufrido importantes cambios, tanto a nivel de país como de América Latina. Es en este sentido que se ha observado un aumento considerable de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición (ECNT). En especial, el tema de la obesidad es de gran preocupación por la predominancia cada vez mayor de enfermedades asociadas, transformándose en un problema de morbimortalidad, tanto desde el punto de vista médico, psicológico como social. Esto se asocia a los cambios dietéticos generados por un nuevo modelo de consumo, que se caracteriza por una alta cantidad de grasas y alimentos procesados. (Albala, Burrows, Díaz y Kain, 2000).

Este tipo de cuadro tiende a manifestarse desde etapas tempranas del desarrollo, como lo es la infancia y la adolescencia. Es por esta razón que se hace necesario trabajar en torno a disminuir el impacto de la obesidad en Chile. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSAL) y FONASA, en el año 2006, comienzan a desarrollar el Programa *“Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes”* (Echeñique, Muñoz, Sagredo, Wenk y Yáñez, 2006).

Dentro de este Programa de prevención, que considera evaluaciones físicas desde un enfoque médico, se incluyen evaluaciones psicológicas en donde se utiliza una batería de pruebas proyectivas y objetivas, entre las cuales está el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, que constituye la base de la presente investigación y a través de la cual se pretende responder si este Test es sensible a detectar cambios, cuando se lleva a cabo algún tipo de intervención en una población específica.

La importancia de realizar este estudio se asocia con que el aporte, desde un punto de vista metodológico, posibilita entregar datos e información del instrumento que permitan enriquecer el campo de conocimiento ligado al Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, específicamente en relación a su capacidad para detectar cambios. A su vez, los resultados obtenidos entregarán una contribución a la caracterización de la población adolescente con riesgo de ECNTs. Ahora bien, desde un punto de vista teórico, se intenta entregar información con relación a si se producen cambios en la población estudiada, en virtud de analizar la efectividad de las intervenciones. Con relación a la relevancia práctica, la investigación intenta ser un aporte para poder realizar intervenciones más

efectivas, con mejores herramientas para enfrentar una problemática de la magnitud como lo es la malnutrición en exceso.

En torno a las proyecciones de esta investigación, se proponen dos posibles líneas de trabajo. Un primer aporte va en la línea de la aplicación y utilización de la prueba EAT-26 para futuras intervenciones en el ámbito de la obesidad y trastornos alimentarios, dado que este estudio se orienta a entregar información acerca de la sensibilidad de la prueba a cambios en las actitudes alimentarias, lo cual es relevante en el trabajo de prevención en dichos ámbitos y constituye un primer aporte a la Validez de Constructo del instrumento. Un segundo aspecto se relaciona con la contribución de los estudios de réplica de la investigación global efectuada, ya que en la medida que éstos se realicen, se estarían aportando evidencias a la eficiencia de la intervención, lo que también constituiría un aporte a la Validez de Constructo del Programa de prevención de obesidad llevado a cabo.

Debido a que se trabaja con las características de una prueba objetiva, como lo es el EAT-26, y que se desarrolla una investigación de carácter metodológico aplicado y estadístico, se utiliza un enfoque cuantitativo. Para llevar a cabo el estudio se ha considerado a los preadolescentes y adolescentes que participaron en el Programa de prevención de obesidad antes mencionado, y la realización de mediciones del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 en dos momentos, lo que constituye un diseño pre-experimental de preprueba-postprueba con un solo grupo. Por otra parte, ya que se pretende recoger información sobre la sensibilidad de la prueba a los cambios y establecer relaciones entre ambas mediciones, el tipo de estudio es descriptivo y comparativo.

Antecedentes

Obesidad: Un Problema Nacional Actual.

La obesidad se entiende como una patología crónica caracterizada “por un incremento de la grasa corporal a un nivel que compromete la salud” (Rozowski y Arteaga, 1997, p. 1218), que se ha definido internacionalmente como Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m^2 , a su vez que el sobrepeso se define con un IMC igual o superior a 25 kg/m^2 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

Esta patología es considerada actualmente un problema de salud pública nacional que afecta indistintamente de la edad y sexo de las personas, y que manifiesta una tendencia que ha ido en aumento a través de los años. Estadísticas Nacionales de Sobrepeso y Obesidad muestran que en los sujetos menores de 6 años se presenta un 25% de sobrepeso y obesidad, en los de 7 a 9 años un 35%, en los de 10 a 19 años un 20%, en los de 20 a 49 años un 38%, y en las personas mayores de 50 años un 50% (Ministerio de Salud [MINSAL], 2002). El Mapa Nutricional de JUNAEB del año 2005 revela que el 18.5% de niño(a)s de primero básico a nivel nacional se encuentra en situación de obesidad (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB], 2005). Por otra parte, un estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de Santiago, realizado por Fagalde y Atalah (2003, en Atalah, 2005), demuestra que los adultos entre 20 y 39 años presentan un 41.8% de sobrepeso y un 11.2% de obesidad, los sujetos entre 40 y 49 años un 48.9% de sobrepeso y un 15.2% de obesidad, los individuos entre 50 y 59 años un 55.8% de sobrepeso y un 20.7% de obesidad, y en los adultos mayores de 60 años un 50.5% presenta sobrepeso y un 26.3% obesidad.

El sobrepeso y la obesidad van ligados directamente tanto a cambios en el estilo de alimentación, con un aumento considerable de grasas y azúcares, como a una disminución de la actividad física, favoreciéndose estilos de vida sedentarios. En la Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada por el Ministerio de Salud el año 2000, se encontró una prevalencia de sedentarismo de 88.8% en adultos varones y de 93.3% en mujeres adultas (Olivares, 2002). A pesar de esto, diversos estudios han demostrado que esta enfermedad “presenta una etiología multifactorial con un grado de presentación extremadamente variable” (Rozowski y Arteaga, 1997, p. 1218).

La presencia de obesidad en un individuo está asociada a hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico,

enfermedades cardiovasculares (MINSAL, 2005), vinculándose también a una mayor ocurrencia de varios tipos de cáncer, colestiasis, trastornos osteoarticulares, de músculos y ligamentos (Albala *et al.*, 2000). Estas patologías, y el riesgo vital que ellas implican, más los altos índices de obesidad en los distintos grupos etáreos, hace necesario tomar medidas al respecto para evitar que esta suerte de epidemia siga afectando a la población chilena. De sobre manera se hace importante trabajar en torno a la prevención de esta enfermedad en grupos que están en etapas de formación y desarrollo, como lo es la niñez y la adolescencia.

La Adolescencia como Grupo de Riesgo.

La adolescencia ha sido definida como un período de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales” (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005, p. 431), que no tiene una duración determinada, pues varía según las distintas culturas y personalidades. Dentro de lo que se conoce como adolescencia existe una etapa temprana, conocida como Preadolescencia, que abarca desde los 12 hasta los 14 años y que marca la transición real entre la niñez y la adolescencia misma. Esta etapa generalmente está marcada por el desarrollo de la Pubertad, entendida como el proceso mediante el cual se alcanza la madurez sexual y capacidad para reproducirse. Desde los 15 a los 21 años aproximadamente, se consolida la etapa de la adolescencia, tanto desde el punto de vista del desarrollo sexual como cognitivo (razonamiento hipotético-deductivo) (Papalia *et al.*, 2005).

Según Erikson, la tarea principal de la adolescencia es lograr la identidad personal, entendiendo ésta como un proceso de constante construcción (Márquez, 2004). “Según este proceso, el individuo se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros los juzgan a él comparándolo con ellos” (Erikson, 1968, p. 19, en Márquez, 2004, p. 97). La adolescencia vendría a ser el período en que los sujetos alcanzarían su identidad individual coherente, siempre y cuando logren resolver adecuadamente la crisis “Identidad versus confusión de identidad” que plantea el autor. (Márquez, 2004).

Dentro de la elaboración de la identidad, el adolescente debe vivir diversos procesos de gran relevancia para su formación, como lo es el desarrollo de la autoestima, del ámbito afectivo relacional, entre otros. En estos procesos se torna de gran importancia el

tema del autoconocimiento y la valoración personal, dentro de los cuales se encuentra como uno de los ejes articuladores la identidad corporal. Es precisamente durante la adolescencia que se produce el desarrollo puberal, en donde se comienza a manifestar una asimétrica distribución de las grasas corporales y consecuentemente una diferencia en la estructura corporal para hombres y mujeres. En este contexto, el cuerpo y su valoración tienen un gran peso en la formación de la identidad personal, ya que se sobrevalora el cuerpo y se establecen cánones estrictos de belleza que son reforzados por la sociedad y los medios de comunicación (Lameiras, Rodríguez y Carrera, 2005). Los jóvenes que se encuentran fuera de estos cánones comienzan a vivir una situación de discriminación generalizada. “Con la edad, el rechazo por parte de sus pares y la incapacidad de rendir físicamente repercute en la autoestima, la que suele ser normal en los niños pequeños pero está disminuida en los niños mayores y en los adolescentes” (Burrows, 2000, en Albala *et al.*, 2000, p. 151).

Sociedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

A raíz de lo anterior podría hablarse “de un descontento “normativo” con el cuerpo, lo que resulta alarmante, pues este descontento puede dar lugar, en muchos casos, a consecuencias tan graves como pueden ser los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y en todos los casos a la insatisfacción con uno/a mismo/a y a las dificultades en la relación con los/as demás” (Lameiras *et al.*, 2005, p. 50). En la sociedad occidental actual está instalada una modalidad particular de inclinación a la autosuperación, en la cual el mayor logro se identifica con la obtención de una configuración corporal ideal que resalta la delgadez. Los ideales estéticos implican exigencias cada vez mayores con respecto, principalmente, a la imagen corporal en relación al peso (Behar, 1996). Con relación a esto, se postula que “dondequiera que exista disponibilidad de alimento, unido a ciertas influencias socioculturales, surgirán sujetos vulnerables, tanto mujeres como hombres, cuya persecución de lo superior e insuperable se confirma en y se traslada a una patología tan autodestructiva como es un Trastorno del Hábito del Comer” (Behar, 1996, p. 260).

Dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que afectan principalmente a lo(a)s jóvenes, los dos más importantes son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. La Anorexia Nerviosa es un síndrome en donde existe un deseo irrefrenable por alcanzar la delgadez a toda costa, caracterizándose “por una pérdida significativa del peso corporal

(superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar” (Toro, 1999, p.7)

Los criterios para diagnosticar la Anorexia Nerviosa, según el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) son:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal al nivel o sobre un peso mínimo normal para la edad y la altura (por ejemplo: pérdida de peso que conduce a un peso corporal de menos del 85% del esperado o fracaso en obtener el peso esperado durante el período de crecimiento y que conduce a un peso corporal de menos del 85% de lo esperado).
- B) Intenso temor a la ganancia ponderal o a la gordura aún estando emaciada¹.
- C) Distorsión del modo como se experimenta el propio peso o silueta corporal, influencia inapropiada del peso o silueta corporal en la autoevaluación o negación de la seriedad del bajo peso corporal actual.
- D) En las mujeres, ausencia al menos de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).

Especificación del tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa el individuo no recurre regularmente a comilonas o a purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgatorio: durante el episodio de Anorexia Nerviosa el individuo recurre regularmente a comilonas o a purgas (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Por su parte, la Bulimia Nerviosa es un trastorno que se caracteriza por “episodios recidivantes de ingesta incontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensadoras para evitar los efectos de la gran cantidad de alimento que se ha consumido, con lo que el efecto neto consiste en que el paciente suele mantener su peso normal” (Parmelee, 1998, pp. 150-151).

¹ Se entiende por “emaciada” el adelgazamiento exagerado por causa patológica.

Los criterios para diagnosticar la Bulimia Nerviosa, según el DSM-IV (APA, 1995) son:

- A) Episodios recurrentes de comilonas.
- B) Conducta compensatoria inapropiada recurrente para prevenir la ganancia ponderal como vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.
- C) La comilona y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren en promedio al menos dos veces a la semana por tres meses.
- D) La autoevaluación es inapropiadamente influenciada por el peso y silueta corporales.
- E) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

Especificación del tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Iniciativas y Estrategias contra la Obesidad.

Es frente a lo expuesto anteriormente que se ha hecho evidente, en el marco de la Salud Pública Chilena, la importancia de desarrollar planes de acción que permitan prevenir y manejar el tema de la obesidad y sus consecuencias. Dentro de esto, es que en el año 2005 el Ministerio de Salud comenzó a lo largo del país una “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital”, que revela la situación nutricional mediante la consejería en vida sana en distintas acciones en salud. En este contexto, se hace necesario realizar análisis, estudios e intervenciones específicas en los grupos etáreos de riesgo para intentar disminuir el impacto de este fenómeno. Específicamente y tal como expresado anteriormente, en el año 2006 el Ministerio de Salud y FONASA promueven el Programa “*Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*” (Echeñique *et al.*, 2006), que “consiste en desarrollar un programa piloto de intervención en niño(a)s y adolescentes obesos, con alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico. El propósito es disminuir en esta población el riesgo de síndrome metabólico, a través de intervenciones sucesivas

con seguimiento alimentario-nutricional, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable” (Echeñique *et al.*, 2006, p. 5), con el objetivo de mejorar la situación nutricional de una determinada población, para aminorar el riesgo de Síndrome Metabólico y ECNTs., asociados al sobrepeso y obesidad. (Echeñique *et al.*, 2006)

Este Programa se orienta a trabajar con una población de niño(a)s y adolescentes entre los 6 y 19 años, con un IMC \geq al percentil 95 para edad y sexo, con un Perímetro de Cintura (PC) \geq al percentil 90 NHANES III, y con al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos y/o abuelos: obesidad, dislipidemia, DM2 y/o infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 50 años. Los criterios de exclusión para participar en el Programa son antecedentes de enfermedades con compromiso orgánico o psiquiátrico de relevancia, patología oncológica, embarazo y lactancia, y cualquier otra patología que represente contraindicación para el ingreso. (Echeñique *et al.*, 2006).

Las atenciones que contempla el Programa consisten en 4 meses de intervención con consultas individuales con médico, nutricionista y psicólogo; actividades grupales con psicólogo, nutricionista y profesor de educación física o kinesiólogo; sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor de educación física o kinesiólogo; y exámenes de laboratorio realizados al ingreso y al 4º mes. También se contempla un control tardío a los 6 meses y a los 12 meses realizado por cualquiera de los profesionales involucrados (Echeñique *et al.*, 2006)

A través de estas actividades se busca “promover cambios hacia hábitos más saludables, sin dañar la autoestima ni la imagen corporal del menor, considerando la alta vulnerabilidad de los adolescentes a desarrollar trastornos de su conducta alimentaria (TCA) y/o trastornos del ánimo secundarios” (Echeñique *et al.*, 2006, pp. 4-5). Es por esta razón que el equipo de salud mental, conformado por psicólogos, se enfoca en dos áreas de acción, una orientada al desarrollo de talleres de psicoterapia grupal y la otra vinculada a la evaluación a través de instrumentos psicológicos. Dentro de esto último, se utiliza una batería de pruebas que incluyen test proyectivos como el Test de Zulliger y Pruebas Gráficas (Dibujo Libre, Figura Humana, Persona Bajo la Lluvia y H.T.P), y pruebas objetivas tales como el Test de Autoestima Escolar (TAE), la Escala de Evaluación de

Insatisfacción Corporal en Adolescentes (EEICA) y el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, prueba en que se centra la presente investigación.

Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel, 1982). Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítemes, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Maloney y colaboradores en el año 1988, crean una versión para niños denominada CHEAT-26 que utiliza un lenguaje más sencillo (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004). Para identificar a los sujetos con algún tipo de TCA se han propuesto los siguientes puntos de corte: “más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y el CHEAT-26” (Iñarritu *et al.*, 2004, Eating Attitudes Test, 2). El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (Iñarritu *et al.*, 2004).

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (Garner *et al.*, 1982). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas” (Garner, Rosen y Barry, 1998 en About the EAT-26, (s.f.), EAT-26 Scoring and Interpretation, 3). Al ser una prueba de tamizaje (screening), se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte (About the EAT-26, (s.f.), EAT-26 Scoring and Interpretation, 3). Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes y conductas

alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001).

Los ítemes de la prueba se agrupan en 3 factores: El Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a), el Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia, y el Factor 3 Control Oral esta relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (Garner *et al.*, 1982).

Objetivos

➤ *Objetivo General:*

Evaluar la sensibilidad del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 para detectar cambios, cuando se lleva a cabo algún tipo de intervención en una población preadolescente y adolescente específica.

➤ *Objetivos Específicos:*

- Describir los resultados de la prueba EAT-26 aplicada a los preadolescentes y adolescentes participantes en el Grupo Antes del Proceso de Intervención (Grupo API), con relación al grupo global y a las variables sexo y grupo étnico.
- Aportar a la Validez de Constructo del EAT-26 al comparar los resultados de la prueba aplicada a los preadolescentes y adolescentes participantes en el Grupo Antes del Proceso de Intervención, con relación a las variables sexo y grupo étnico.
- Describir los resultados de la prueba EAT-26 aplicada a los preadolescentes y adolescentes participantes en el Grupo Después del Proceso de Intervención (Grupo DPI), con relación al grupo global y a los variables sexo y grupo étnico.
- Aportar a la Validez de Constructo del EAT-26 al comparar los resultados de la prueba aplicada a los preadolescentes y adolescentes participantes en el Grupo Después del Proceso de Intervención, con relación a las variables sexo y grupo étnico

- Aportar a la Validez de Constructo del EAT-26 al comparar los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba en el Grupo Antes del Proceso de Intervención con el Grupo Después del Proceso de Intervención, descartando a los sujetos que desertaron del Programa, con relación al grupo global, sexo y grupo étnico.
- Aportar a la Validez de Constructo del EAT-26 al comparar, dentro del Grupo Antes del Proceso de Intervención, los resultados de la prueba, entre los preadolescentes y adolescentes evaluados que finalizaron su participación en el Programa y aquellos que desertaron de su participación en el Programa.

Hipótesis General de Investigación

H_i: Los preadolescentes y adolescentes sometidos a un Programa de prevención de obesidad mostrarán diferencias significativas entre los resultados de la evaluación realizada con el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 Antes del Proceso de Intervención y los resultados de la evaluación realizada Después del Proceso de Intervención. A su vez, mostrarán diferencias significativas de acuerdo a los criterios Sexo, Grupo Étnico y Deserción del Programa.

Método

Variables

En este estudio se considerará como Variable Dependiente las “Actitudes Alimentarias” y como Variable Independiente “Intervenciones para la prevención de Obesidad en preadolescentes y adolescentes”.

- Actitudes Alimentarias

Definición conceptual: Organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra del acto de comer, que predispone una

acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho acto. Como toda actitud, se caracteriza por la presencia de tres componentes: Cognoscitivo, Afectivo y De tendencia a la Acción o Conducta. (Corada y Montedónico, 2007)².

Definición Operacional: Respuestas de autoreporte dadas a los distintos ítemes del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, por los preadolescentes y adolescentes sometidos a medición para la presente investigación.

- Intervenciones para la prevención de Obesidad en preadolescentes y adolescentes

Definición conceptual: Conjunto de acciones destinadas a preadolescentes y adolescentes, orientadas a prevenir la obesidad, sus consecuencias y a mejorar la situación nutricional, intentando promover hábitos más saludables.

Definición operacional: Realización de 3 controles médicos (uno al ingreso para diagnóstico inicial y explicación del Programa; otro al primer mes para evaluación de adherencia al Programa; y el último al cuarto mes para cierre del proceso de intervención), exámenes de laboratorio (Glicemia en ayunas y postprandial, Insulinemia basal y Perfil lipídico, realizados al ingreso y al cuarto mes), 3 controles individuales con profesional nutricionista (uno antes de los primeros quince días donde se realiza una evaluación de los hábitos de estilo de vida; y los otros dos realizados al segundo mes y tercer mes, para evaluar los resultados de la intervención alimentaria y de actividad física), 16 sesiones supervisadas de actividad física (plan de actividad física de tipo aeróbica para cada paciente, a cargo de un kinesiólogo o profesor de educación física), y evaluación y taller psicológico (aplicación de pruebas psicológicas proyectivas y objetivas y desarrollo de un taller psicoterapéutico grupal). Al finalizar el conjunto de intervenciones se contempla la realización de 2 controles médicos tardíos (al sexto y duodécimo mes), los cuales no incluyen seguimiento psicológico. (Echeñique *et al.*, 2006)

Debido a la orientación de la presente investigación, de los componentes de esta variable, interesa específicamente lo que atañe a la intervención en el ámbito psicológico, específicamente en lo que respecta al taller psicológico.

² Definición creada por las investigadoras a partir de lo expuesto por Aroldo Rodrigues en el libro "Psicología Social" (1976,p.341 en Riquelme, 2005, p.24). Se realizó una reformulación de lo expresado por este autor, ya que no se logró encontrar una definición específica de Actitudes Alimentarias).

- Taller psicológico: El objetivo de esta intervención es promover el desarrollo de formas adecuadas de enfrentamiento de la ansiedad alimentaria y relacional, debido a que se considera a la conducta alimentaria de los sujetos con obesidad como una estrategia interpersonal que podría servir como instrumento para regular las propias sensaciones y el espacio de intercambio con otros. Los objetivos específicos a trabajar dentro de las sesiones son: (Yáñez, Vergara y Mandakovic, 2006)
 - Promover el contacto corporal y emocional consigo mismo y en la relación con los demás.
 - Facilitar el reconocimiento del nexo entre la vivencia de demandas interpersonales y la conducta alimentaria posterior.
 - Promover el reconocimiento de los significados atribuidos a la imagen corporal.
 - Estimular el desarrollo de conductas asertivas, tanto a nivel de expresión como de recepción de deseos, pensamientos y sentimientos.

La elaboración y realización del taller estuvo a cargo del Equipo Constructivista-Cognitivo de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile. El taller se compone de 6 sesiones de trabajo, cada una con una duración de 1 hora y media. Para llevar a cabo el taller, se divide a los alumnos de cada colegio en grupos de 10-12 integrantes de acuerdo a la edad, formando grupos relativamente homogéneos en función de este criterio. Cada grupo es dirigido por 2 Psicólogas.

La estructura de cada sesión se conforma por 3 momentos: una bienvenida inicial, una actividad práctica y finalmente un momento de reflexión y análisis de la experiencia vivida llamado plenario. (Para la descripción de cada sesión ver Anexo I)

Tipo y Diseño de Investigación.

El enfoque en el que se basa esta investigación es de carácter metodológico aplicado y estadístico, orientado al desarrollo de tecnologías propias de la disciplina psicológica.

Para la realización de esta investigación se trabaja con una metodología de enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio descriptivo y comparativo y de diseño pre-experimental de preprueba-postprueba con un sólo grupo.

Colectivo y Muestra.

Para fines de la investigación, se considera del universo de niño(a)s y adolescentes obeso(a)s entre 6 y 19 años, una muestra intencionada y dirigida de sujetos de edades entre 12 y 18 años, utilizando los mismos criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente con relación al Programa *“Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes”*. (Echeñique *et al.*, 2006). Adicionalmente, se incluye dentro de los criterios que los participantes hayan rendido, por lo menos en uno de los dos momentos de evaluación, el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.

La muestra utilizada está conformada por 95 sujetos preadolescentes y adolescentes, 74 mujeres y 21 hombres, pertenecientes a 3 establecimientos educacionales municipales, de nivel socioeconómico medio³, ubicados en la Región Metropolitana: el Liceo Betsabé Hormazábal de Alarcón (mujeres) y el Liceo Andrés Bello (hombres), ubicados en la comuna de San Miguel y el Liceo Rosa Ester Alessandri Rodríguez (mujeres), ubicado en la comuna de Independencia.

Instrumento

Como se ha descrito con anterioridad, dentro de todas las pruebas utilizadas en ambos momentos de la evaluación psicológica, se considera para efectos de esta investigación sólo el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 como instrumento para llevar a cabo este estudio (ver Anexo II).

El EAT-26 es una prueba de tamizaje (screening), que consta de 26 ítemes y que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica. Es un test de autoreporte que tiene una duración aproximada de 15 minutos, el cual debe aplicarse en un recinto que cumpla condiciones adecuadas de luz, temperatura y sonido, y que cuente con material básico para su aplicación (silla y una superficie de apoyo).

Antes de comenzar el test, el examinador debe entregar las instrucciones correspondientes sobre cómo completar los datos personales (nombre, edad, curso), cómo responder a los ítemes de la prueba, el tiempo de duración e indicaciones con relación a que no existen respuestas correctas o incorrectas y a que se debe responder con sinceridad.

³ La identificación de la pertenencia al nivel socioeconómico se realizó a través de los criterios proporcionados por E. Wenk (2006) e incorporada en la investigación de Echeñique *et al* (2006).

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios. (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001).

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul, 1999).

Procedimiento

En el marco del Programa “*Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*” (Echeñique *et al.*, 2006) se realizaron una serie de intervenciones, dentro de las cuales se encuentra la psicológica. Esta intervención se llevó a cabo entre los meses de Septiembre y Diciembre del año 2006, a través de 3 etapas: Antes del Proceso de Intervención, Etapa de intervención y Después del Proceso de Intervención. Se hace relevante destacar que entre la primera y tercera etapa se produjo una deserción de 25 participantes, lo que corresponde a un 26.32% de la muestra total. Esta tasa de deserción podría asociarse tanto a las variables que intervinieron en el desarrollo del Programa, como a las expectativas iniciales que lo(a)s participantes tenían del Programa de prevención de obesidad, las cuales, en cierta medida, no concordaron con los objetivos de éste, provocando el retiro voluntario.

- *Antes del Proceso de Intervención (API)*: Durante los meses de Septiembre y Octubre de 2006 se llevó a cabo una evaluación a través de instrumentos psicológicos a cada uno de los alumno(a)s que formaban parte del Programa. En esta etapa se

aplicó el Test de Actitudes alimentarias EAT-26 en conjunto con otras pruebas objetivas (Test de Autoestima Escolar (TAE), la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes (EEICA)), test proyectivos como el Test de Zulliger y pruebas gráficas (Dibujo Libre, Figura Humana, Persona Bajo la Lluvia y el H.T.P). Además, se aplicó la versión en español de la prueba Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ) a profesores, padres y apoderados para indagar en la percepción que tenían respecto de la conducta de estos alumnos.

Este procedimiento se efectuó al interior del establecimiento educacional, prolongándose alrededor de 2 horas.

- *Etapas de Intervención:* Durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2006, se llevaron a cabo las sesiones del taller psicológico, las cuales tuvieron una duración de 1 hora y media. Las sesiones se realizaron al interior de los establecimientos educacionales en forma paralela debido a que lo(a)s alumno(a)s se dividieron en grupos de 10 a 12 participantes según edad. Cada grupo trabajó en salas separadas y estuvo a cargo de 2 Psicólogas del Equipo Constructivista-Cognitivo de la Universidad de Chile.
- *Después del Proceso de Intervención (DPI):* La última sesión del taller (realizada a fines de Diciembre de 2006) se utilizó también para llevar a cabo el procedimiento de evaluación de los alumnos participantes del taller. En esta ocasión, se aplicaron las mismas pruebas utilizadas en la primera etapa de evaluación, salvo el Test de Autoestima Escolar (TAE) y la prueba Y-OQ dirigida a padres, apoderados y profesores.

El objetivo de esta última etapa fue evaluar el estado general de los alumnos asistentes al taller, así como indagar el nivel de impacto que pudiera haber tenido la intervención en lo(a)s alumno(a)s.

Análisis de Resultados

Para llevar a cabo un estudio más exhaustivo de los datos recogidos, el análisis de los resultados se divide en dos partes, un primer análisis sociodemográfico de la muestra total participante en el Programa de prevención de obesidad y un segundo análisis descriptivo y comparativo de los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones de la prueba EAT-26. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico computacional SPSS.

Descripción Sociodemográfica de la Muestra.

Para el estudio sociodemográfico de la muestra se consideran las variables Edad, Sexo y Establecimiento Educativo. Debido a que la variable Edad se encuentra en un nivel de medición intervalar, se utilizan como estadísticos descriptivos las medidas de tendencia central Moda, Mediana y Media, como medidas de dispersión la Desviación Estándar, el Puntaje Mínimo y el Puntaje Máximo, y como medidas de posición los Percentiles 25 y 75. Por otra parte, dado que las variables Sexo y Establecimiento Educativo se encuentran en un nivel de medición nominal se describen a través de porcentajes.

- *Edad*: Los sujetos participantes presentan un promedio de 14,29 años ($S=1,577$), con edades que fluctúan entre los 12 y 18 años. A continuación en la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a esta variable.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos para la Variable Edad.

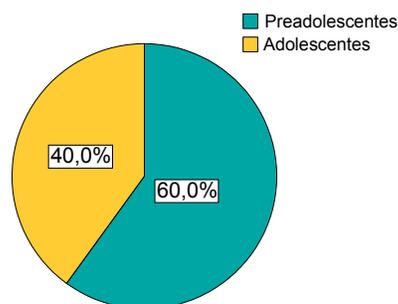
Estadísticos	Edad
Media	14,29
Mediana	14,00
Moda	14
Desv. Estándar	1,577
Mínimo	12
Máximo	18
Percentil 25	13
Percentil 75	15

Con relación a la Edad, para lograr una mayor comprensión de los análisis obtenidos con los datos de la prueba EAT-26 se optó por establecer dos subgrupos, de acuerdo con la base teórica de la presente investigación: en Preadolescentes (12 a 14 años) y Adolescentes (15 a 18 años). La distribución de estos grupos etáreos y su graficación se presentan respectivamente en la Tabla 2 y en el Gráfico 1.

Tabla 2: Distribución por Grupo Etáreo

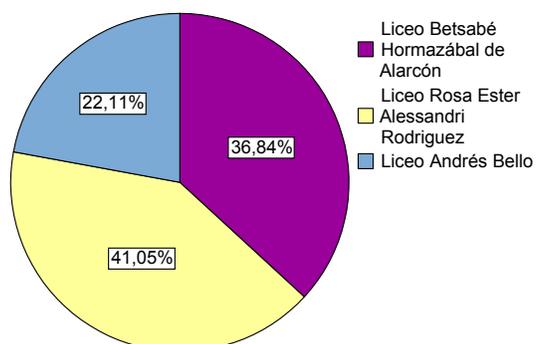
Grupo Etáreo	Frecuencia	Porcentaje
Preadolescentes	57	60,0%
Adolescentes	38	40,0%
Total	95	100,0%

Gráfico 1: Distribución por Grupo Etáreo



- **Sexo:** De la muestra total de 95 sujetos participantes en el Programa de prevención de obesidad, 74 de ellos son mujeres, lo que corresponde al 77,89% y 21 son hombres, representando un 22,11%.
- **Establecimiento Educativo:** La muestra de sujetos participantes en el Programa de prevención de obesidad pertenece a tres establecimientos educacionales: el Liceo Betsabé Hormazábal de Alarcón, del cual participan 35 mujeres; el Liceo Andrés Bello, del cual participan 21 hombres y el Liceo Rosa Ester Alessandri Rodríguez, del cual participan 39 mujeres. A continuación, en el Gráfico 2, se presenta la distribución porcentual de sujetos participantes de acuerdo a cada establecimiento educacional.

Gráfico 2: Distribución por Establecimiento Educativo



Análisis Descriptivo y Comparativo.

Con el objeto de describir las puntuaciones resultantes de la prueba EAT-26 tanto para la muestra total en sus dos aplicaciones (Grupo API y Grupo DPI) como para los subgrupos definidos por las variables Sexo y Grupo Etnico, debido a que los puntajes entregados por la prueba EAT-26 se asumen en un nivel de medición intervalar, se utilizan como estadísticos descriptivos las medidas de tendencia central Moda, Mediana y Media, como medidas de dispersión la Desviación Estándar, el Puntaje Mínimo y el Puntaje Máximo, y como medidas de posición los Percentiles 25 y 75.

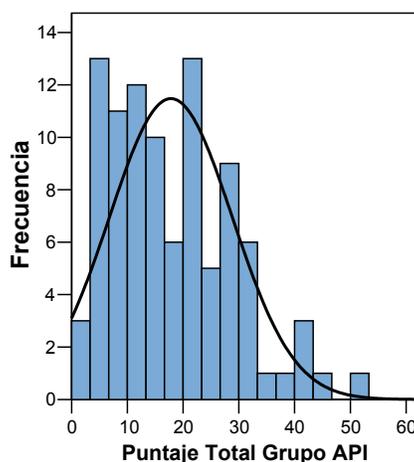
Por otra parte, para la comparación de los resultados entregados por la prueba EAT-26 en las dos aplicaciones y de acuerdo a las distintas variables, es decir, “para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 539), se utiliza como prueba estadística paramétrica la Prueba t de Student. Se trabaja con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$ tal como se ha convenido para las Ciencias Sociales, el cual implica que se tiene un 95% de valor de certeza y un 5% de valor de error (Hernández *et al.*, 2003).

- *Descripción del Grupo API como Grupo Global:* Los puntajes totales obtenidos en la Prueba EAT-26 por los sujetos participantes del Grupo API presentan una Media de 17,81 puntos con una Desviación Estándar de 11,008 puntos y con puntajes que fluctúan entre un mínimo de 1 punto y un máximo de 52 puntos. A través de estos datos se puede observar que los puntajes se encuentran muy dispersos, lo que se asocia con la heterogeneidad del grupo. A continuación, en la Tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos y su correspondiente ilustración en el Gráfico 3.

Tabla 3: Estadísticos Descriptivos para el Grupo API como grupo global

N	95
Media	17,81
Mediana	16,00
Moda	11
Desv. Estándar	11,008
Mínimo	1
Máximo	52
Percentil 25	9,00
Percentil 75	25,00

Gráfico 3: Grupo API como grupo Global



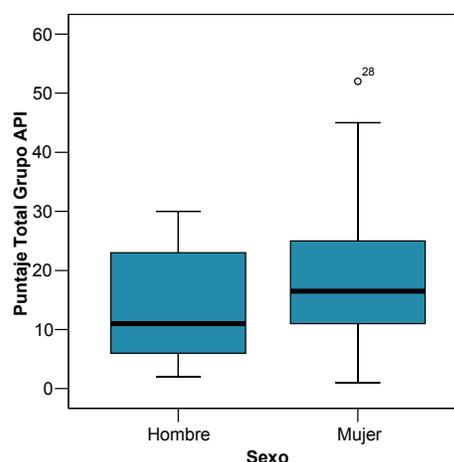
- *Descripción del Grupo API según variable Sexo:* Los puntajes totales obtenidos en la Prueba EAT-26 por los hombres participantes del Grupo API presentan una Media de 14,48 puntos con una Desviación Estándar de 9,852 puntos y con puntajes que fluctúan entre un mínimo de 2 puntos y un máximo de 30 puntos. A su vez, las mujeres participantes del Grupo API presentan una Media de 18,76 puntos con una Desviación Estándar de 11,195 y con puntajes que fluctúan entre 1 y 52 puntos. En la Tabla 4 se presentan los estadísticos descriptivos para hombres y mujeres y su correspondiente ilustración en el Gráfico 4.

Tabla 4: Estadísticos Descriptivos para el Grupo API según variable Sexo

	Sexo	
	Hombre	Mujer
N	21	74
Media	14,48	18,76
Mediana	11,00	16,50
Moda	4(a)	11(a)
Desv. Estándar	9,852	11,195
Mínimo	2	1
Máximo	30	52
Percentil 25	5,50	10,75
Percentil 75	25,00	25,25

(a) Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Gráfico 4: Grupo API según variable Sexo



Con los datos anteriores se puede establecer que las mujeres del Grupo API presentan una Media 4,28 puntos mayor que los hombres del Grupo API. También se puede observar que la dispersión en el grupo de las mujeres es mayor respecto de la del grupo de los hombres, presentándose un rango de puntajes menor en este último. Esto se relaciona con una mayor heterogeneidad en las mujeres respecto de los hombres.

- *Descripción del Grupo API según variable Grupo Étáreo:* En la Prueba EAT-26 los puntajes totales logrados por los preadolescentes del Grupo API muestran una Media de 18,18 puntos con una Desviación Estándar de 11,293 puntos, mientras que los adolescentes del Grupo API presentan una Media de 17,26 puntos con una Desviación Estándar de 10,691 puntos. Por otra parte, los preadolescentes presentan un Rango de puntajes que fluctúa entre 1 y 45 puntos, mientras que los adolescentes muestran un

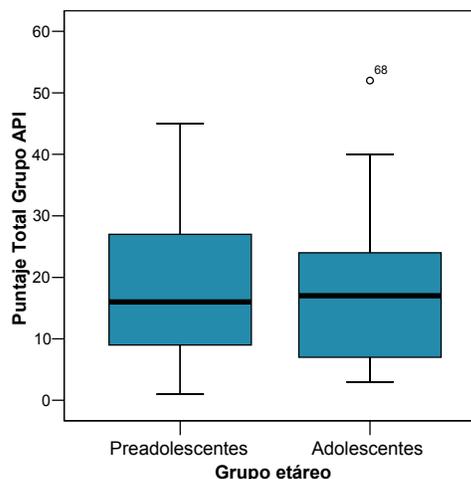
Rango de puntajes que oscila entre 3 y 52 puntos. Los estadísticos descriptivos para preadolescentes y adolescentes se presentan en la Tabla 5 con su respectiva ilustración en el Gráfico 5.

Tabla 5: Estadísticos Descriptivos para el Grupo API según variable Grupo Etéreo

	Grupo Etéreo	
	Preadolescentes	Adolescentes
N	57	38
Media	18,18	17,26
Mediana	16,00	17,00
Moda	4(a)	7(a)
Desv. Estándar	11,293	10,691
Mínimo	1	3
Máximo	45	52
Percentil 25	9,00	7,00
Percentil 75	27,00	24,00

(a) Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Gráfico 5: Grupo API según variable Grupo Etéreo



A partir de estos datos se puede establecer que los preadolescentes y los adolescentes del Grupo API presentan una Media relativamente similar, evidenciándose una diferencia de 0,92 puntos entre ellas. Respecto de la dispersión de los puntajes, se puede observar una variabilidad levemente mayor en los preadolescentes con relación a los adolescentes.

- *Comparación del Grupo API según variable Sexo:* Para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo API en la Prueba EAT-26 tomando como criterio de división la variable Sexo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de hombres y mujeres en el Grupo API. Lo anterior se expresa en la Tabla 6.

Tabla 6: Prueba t de Student para Grupo API según variable Sexo

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Hombre	-1,585	0,116
	Mujer		

- *Comparación del Grupo API según variable Grupo Etéreo:* Con el objetivo de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en la Prueba EAT-26 entre los puntajes totales del Grupo API según la variable Grupo Etéreo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados obtenidos demuestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de los preadolescentes y adolescentes del Grupo API. En la Tabla 7 se expresan los valores de este análisis.

Tabla 7: Prueba t de Student para Grupo API según variable Grupo Etéreo

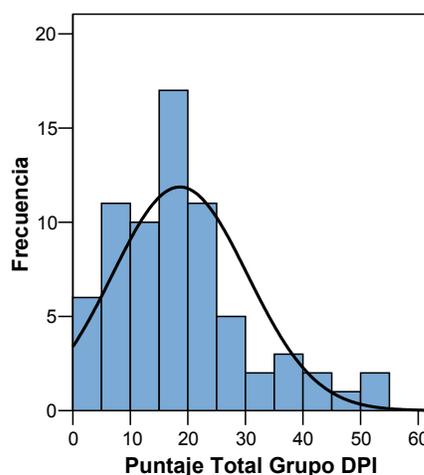
	Grupo Etéreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Preadolescentes	0,394	0,695
	Adolescentes		

- *Descripción del Grupo DPI como grupo global:* Con relación a los puntajes totales de los sujetos participantes del Grupo DPI obtenidos en la Prueba EAT-26, se puede observar una Media de 18,61 puntos con una Desviación Estándar de 11,762 puntos y un rango de puntajes que oscila entre un mínimo de 2 puntos y un máximo de 55 puntos. Estos datos permiten apreciar que el grupo es heterogéneo, ya que se puede ver una gran variabilidad en sus puntajes. A continuación, en la Tabla 8 se presentan los estadísticos descriptivos y su correspondiente ilustración en el Gráfico 6.

Tabla 8: Estadísticos Descriptivos para el Grupo DPI como grupo global

N	70
Media	18,61
Mediana	17,00
Moda	13
Desv. Estándar	11,762
Mínimo	2
Máximo	55
Percentil 25	10,50
Percentil 75	23,25

Gráfico 6: Grupo DPI como grupo Global

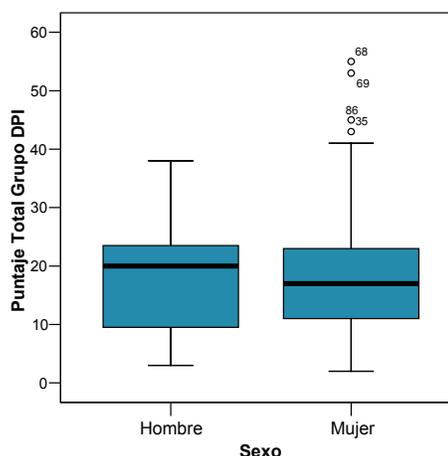


- *Descripción del Grupo DPI según variable Sexo:* Los puntajes totales obtenidos en la Prueba EAT-26 por los hombres participantes del Grupo DPI presentan una Media de 18,18 puntos con una Desviación Estándar de 10,562 puntos y con puntajes que fluctúan entre un mínimo de 3 puntos y un máximo de 38 puntos. A su vez, las mujeres participantes del Grupo DPI presentan una Media de 18,69 puntos con una desviación Estándar de 12,055 y con puntajes que fluctúan entre 2 y 55 puntos. En la Tabla 9 se presentan los estadísticos descriptivos para hombres y mujeres y su correspondiente ilustración en el Gráfico 7.

Tabla 9: Estadísticos Descriptivos para el Grupo DPI según variable Sexo

	Sexo	
	Hombre	Mujer
N	11	59
Media	18,18	18,69
Mediana	20,00	17,00
Moda	20	13
Desv. Estándar	10,562	12,055
Mínimo	3	2
Máximo	38	55
Percentil 25	7,00	11,00
Percentil 75	24,00	23,00

Gráfico 7: Grupo DPI según variable Sexo



Estos datos muestran que mujeres y hombres del Grupo DPI presentan una Media similar, con una diferencia de 0,51 puntos. También se puede observar una mayor heterogeneidad en las mujeres debido a que la dispersión que se presenta en este grupo es levemente mayor respecto de la del grupo de los hombres, mostrándose un rango de puntajes menor en este último.

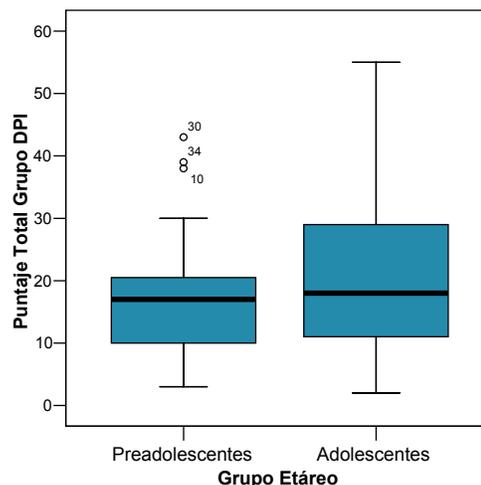
- *Descripción del Grupo DPI según variable Grupo Étnico:* En la Prueba EAT-26, los puntajes totales obtenidos por los preadolescentes del Grupo DPI muestran una Media de 16,84 puntos con una Desviación Estándar de 9,243 puntos, mientras que los adolescentes del Grupo DPI presentan una Media de 21,62 puntos con una Desviación Estándar de 14,833 puntos. A su vez, los preadolescentes presentan un Rango de puntajes que fluctúa entre 3 y 43 puntos, mientras que los adolescentes muestran un

Rango de puntajes que oscila entre 2 y 55 puntos. Los estadísticos descriptivos para preadolescentes y adolescentes se presentan en la Tabla 10 con su respectiva ilustración en el Gráfico 8.

Tabla 10: Estadísticos Descriptivos para el Grupo DPI según variable Grupo Etéreo

	Grupo Etéreo	
	Preadolescentes	Adolescentes
N	44	26
Media	16,84	21,62
Mediana	17,00	18,00
Moda	17	13
Desv. Estándar	9,243	14,833
Mínimo	3	2
Máximo	43	55
Percentil 25	9,50	10,50
Percentil 75	20,75	29,50

Gráfico 8: Grupo DPI según variable Grupo Etéreo



Con relación a los datos anteriores se puede establecer que los adolescentes presentan una Media 4,78 puntos mayor a la de los preadolescentes del Grupo DPI. Respecto de la dispersión de los puntajes, se puede observar una variabilidad mayor en el grupo de los adolescentes con relación al grupo de los preadolescentes, lo que se asocia a una mayor heterogeneidad en el primer grupo.

- *Comparación del Grupo DPI según variable Sexo:* Para establecer si se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo DPI en la Prueba EAT-26 según la variable Sexo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados expresan que no existen diferencias significativas entre las Medias de hombres y mujeres en el Grupo DPI. La Tabla 11 muestra los valores de este análisis.

Tabla 11: Prueba t de Student para Grupo DPI según variable Sexo

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo DPI	Hombre	-0,132	0,895
	Mujer		

- *Comparación del Grupo DPI según variable Grupo Etéreo:* Con el objetivo de identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en la Prueba EAT-26 entre los puntajes totales del Grupo DPI tomando como criterio de división la variable Grupo Etéreo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Tal como se puede observar en la Tabla 12, los resultados obtenidos demuestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de los preadolescentes y adolescentes del Grupo DPI.

Tabla 12: Prueba t de Student para Grupo DPI según variable Grupo Etéreo

	Grupo Etéreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo DPI	Preadolescentes	-1,662	0,101
	Adolescentes		

- *Comparación del Grupo API con el Grupo DPI como grupo global:* Para establecer si se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo API y los puntajes totales del Grupo DPI en la Prueba EAT-26, se utiliza la Prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados demuestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de ambos grupos, como lo expresa la Tabla 13.

Tabla 13: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI como grupo global

Puntaje Total	t	Sig. (bilateral)
Grupo API	0,203	0,804
Grupo DPI		

- *Comparación del Grupo API con el Grupo DPI según variable Sexo:* Con el propósito de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en la Prueba EAT-26 entre los puntajes totales del Grupo API y los puntajes totales del Grupo DPI según la variable Sexo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados obtenidos permiten observar que no existen diferencias significativas entre las Medias de ambos grupos tanto en hombres como en mujeres. En la Tabla 14 se expresan los valores de este análisis.

Tabla 14: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI según variable Sexo

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API-	Hombres	-0,592	0,567
Puntaje Total Grupo DPI	Mujeres	0,661	0,512

- *Comparación del Grupo API con el Grupo DPI según variable Grupo Étáreo:* Con el objetivo de identificar si se presentan diferencias estadísticamente significativas en la Prueba EAT-26 entre los puntajes totales del Grupo API y del Grupo DPI utilizando como criterio de división la variable Grupo Étáreo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras relacionadas. Tal como se puede observar en la Tabla 15, los resultados obtenidos demuestran que no existen diferencias significativas entre las Medias del Grupo API y el Grupo DPI tanto en los preadolescentes como en los adolescentes.

Tabla 15: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI según variable Grupo Étáreo

	Grupo Étáreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API-	Preadolescentes	1,212	0,101
Puntaje Total Grupo DPI	Adolescentes	-1,361	0,186

- *Comparación del Grupo API de acuerdo a la continuidad en el Proceso de Intervención:* Para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en la Prueba EAT-26 en los puntajes totales del Grupo API, entre los sujetos que finalizaron su participación en el Programa de prevención de obesidad y aquellos que desertaron de su participación en él, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes.

Como muestra la Tabla 16 los resultados permiten observar que no existen diferencias significativas entre las Medias de ambos subgrupos, por lo que se puede plantear que es no es posible distinguir entre aquellos sujetos que continúan en el Proceso de Intervención y los que desertan de seguir participando en el Programa. Esto se asocia a que a través de la Prueba EAT-26 no es posible predecir la permanencia en el Programa de prevención de obesidad de los preadolescentes y adolescentes que participan en él.

Tabla 16: Prueba t de Student para el Grupo API de acuerdo a la continuidad en el Proceso de Intervención

	Intervención	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Si continuaron	1,541	0,127
	No Continuaron		

Debido a que en los resultados obtenidos en los análisis previos no se observan diferencias significativas, se considera necesario realizar nuevas pruebas estadísticas con el objetivo de lograr un análisis más profundo de las aplicaciones de la Prueba EAT-26. Los resultados de estas pruebas son presentados a continuación:

- *Descripción del Grupo API segmentado según variables Sexo y Grupo Étnico:* En la Prueba EAT-26 los puntajes totales logrados por los hombres preadolescentes del Grupo API muestran una Media de 14,50 puntos con una Desviación Estándar de 10,113 puntos, mientras que las mujeres preadolescentes del Grupo API presentan una Media de 19,61 puntos con una Desviación Estándar de 11,519 puntos. Los hombres preadolescentes presentan un Rango de puntajes que fluctúa entre 2 y 30 puntos, mientras que las mujeres preadolescentes muestran un Rango de puntajes que oscila entre 1 y 45 puntos. A partir de estos datos se puede establecer que las mujeres preadolescentes del grupo API obtienen en la Prueba EAT-26, una Media 5,11 puntos mayor que la de los hombres preadolescentes. Asimismo, el grupo de las mujeres preadolescentes muestra una mayor dispersión de sus puntajes presentándose como un grupo más heterogéneo respecto a los hombres preadolescentes.

Por otra parte, los puntajes totales logrados por los hombres adolescentes del Grupo API en la prueba EAT-26 presentan una Media de 14,40 puntos con una Desviación Estándar de 10,090 puntos, mientras que las mujeres adolescentes de este grupo muestran una Media de 17,70 puntos con una Desviación Estándar de 10,861 puntos. El Rango de puntajes de los hombres adolescentes fluctúa entre 4 y 27 puntos, mientras que el Rango de puntajes de las mujeres adolescentes oscila entre 3 y 52 puntos. Con relación a los datos anteriores, se puede establecer que las mujeres adolescentes presentan una Media 3,30 puntos mayor a la de los hombres adolescentes del Grupo API. Respecto de la dispersión de los puntajes, se puede observar una variabilidad mayor en el

grupo de las mujeres adolescentes con relación al grupo de los hombres adolescentes, lo que se asocia a una mayor heterogeneidad en el primer grupo. Los estadísticos descriptivos para el Grupo API segmentado se presentan en la Tabla 17 con sus respectivas ilustraciones en los Gráfico 9 y 10.

Tabla 17: Estadísticos Descriptivos para el Grupo API segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo

	Grupo Etéreo			
	Preadolescentes		Adolescentes	
	Sexo		Sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
N	16	41	5	33
Media	14,50	19,61	14,40	17,70
Mediana	10,00	16,00	11,00	18,00
Moda	4(a)	15(a)	4(a)	18
Desv. Estándar	10,113	11,519	10,090	10,861
Mínimo	2	1	4	3
Máximo	30	45	27	52
Percentil 25	5,25	11,00	5,50	8,00
Percentil 75	26,00	28,00	25,00	24,00

(a) Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Gráfico 9: Grupo API segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo (Preadolescentes)

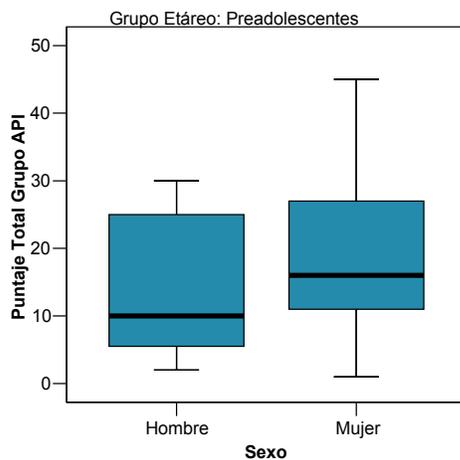
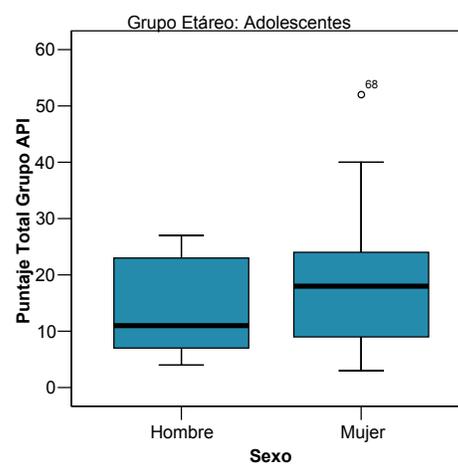


Gráfico 10: Grupo API segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo (Adolescentes)



- *Comparación del Grupo API según variable Grupo Etéreo segmentado por variable Sexo:* Para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo API en la Prueba EAT-26 según la variable Grupo Etéreo segmentando por la variable Sexo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de preadolescentes y adolescentes tanto en hombres como en mujeres del Grupo API, tal como se expresa en las Tablas 18 y 19.

Tabla 18: Prueba t de Student para el Grupo API según la variable Grupo Etéreo segmentado por la variable Sexo (Hombres)

	Grupo Etéreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Preadolescentes	0,019	0,985
	Adolescentes		

Tabla 19: Prueba t de Student para el Grupo API según la variable Grupo Etéreo segmentado por la variable Sexo (Mujeres)

	Grupo Etéreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Preadolescentes	0,728	0,469
	Adolescentes		

- *Comparación del Grupo API según variable Sexo segmentado por variable Grupo Etéreo:* Con el propósito de establecer si se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo API en la Prueba EAT-26 según la variable Sexo segmentando por la variable Grupo Etéreo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de hombres y mujeres tanto para los preadolescentes como para los adolescentes del Grupo API, tal como queda representado en las Tablas 20 y 21.

Tabla 20: Prueba t de Student para el Grupo API según la variable Sexo segmentado por la variable Grupo Etéreo (Preadolescentes)

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Hombres	-1,554	0,126
	Mujeres		

Tabla 21: Prueba t de Student para el Grupo API según la variable Sexo segmentado por la variable Grupo Etéreo (Adolescentes)

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Hombres	-0,637	0,528
	Mujeres		

- *Descripción del Grupo DPI segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo:* Los puntajes totales logrados en la Prueba EAT-26 por los hombres preadolescentes del Grupo DPI presentan una Media de 17,10 puntos con una Desviación Estándar de 10,472 puntos, mientras que las mujeres preadolescentes del Grupo DPI muestran una Media de 16,76 puntos con una Desviación Estándar de 9,022 puntos. Los hombres preadolescentes presentan un Rango de puntajes que fluctúa entre 3 y 38 puntos, mientras que las mujeres preadolescentes muestran un Rango de puntajes que oscila entre 3 y 43 puntos.

Con relación a los datos entregados se puede apreciar que los hombres preadolescentes del grupo DPI logran en la Prueba EAT-26, una Media 0,34 puntos mayor que la de las mujeres preadolescentes. Asimismo, el grupo de los hombres preadolescentes muestra una variabilidad mayor, mostrándose como un grupo más heterogéneo respecto del grupo de las mujeres preadolescentes, a pesar de que estas últimas presentan un Rango de puntajes mayor, lo que se debe a dos casos extremos.

En cuanto a los puntajes totales logrados por las mujeres adolescentes del Grupo DPI en la prueba EAT-26, se observa una Media de 21,32 puntos con una Desviación Estándar de 15,060 puntos y con un Rango de puntajes que fluctúa entre 2 y 55 puntos. En los hombres adolescentes de este grupo no es posible obtener estos datos debido a que se presenta un sólo caso que tiene un puntaje de 29 puntos. Los estadísticos descriptivos para el Grupo DPI segmentado se presentan en la Tabla 22 con sus respectivas ilustraciones en los Gráfico 11 y 12. Este último muestra sólo lo que sucede

con las mujeres adolescentes, ya que en los hombres adolescentes se presenta un caso único.

Tabla 22: Estadísticos Descriptivos para el Grupo DPI segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo

	Grupo Etéreo			
	Preadolescentes		Adolescentes	
	Sexo		Sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
N	10	34	1	25
Media	17,10	16,76		21,32
Mediana	19,00	16,50		18,00
Moda	20	17		13
Desv. Estándar	10,472	9,022		15,060
Mínimo	3	3		2
Máximo	38	43		55
Percentil 25	6,75	10,50		10,00
Percentil 75	23,25	20,25		29,50

(a) Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Gráfico 11: Grupo DPI segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo (Preadolescentes)

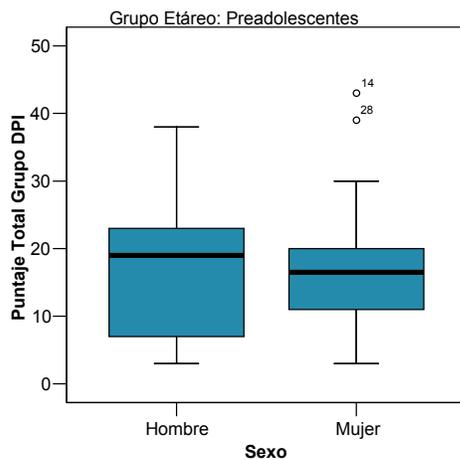
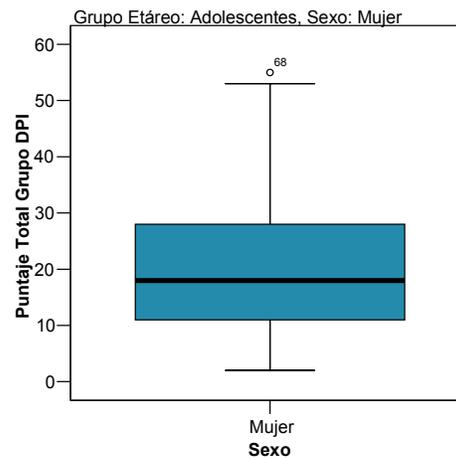


Gráfico 12: Grupo DPI segmentado según variables Sexo y Grupo Etéreo (Adolescentes)



- *Comparación del Grupo DPI según variable Grupo Etéreo segmentado por variable Sexo:* Con el objetivo de identificar si se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo DPI en la Prueba EAT-26 según la

variable Grupo Etéreo segmentando por la variable Sexo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de preadolescentes y adolescentes en las mujeres del Grupo DPI, tal como se expresa en la Tabla 23. Para los hombres no es posible obtener este dato debido a la existencia de un caso único.

Tabla 23: Prueba t de Student para el Grupo DPI según la variable Grupo Etéreo segmentado por la variable Sexo (Mujeres)

	Grupo Etéreo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Preadolescentes	-1,448	0,153
	Adolescentes		

- *Comparación del Grupo DPI según variable Sexo segmentado por variable Grupo Etéreo:* Con el propósito de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes totales del Grupo DPI en la Prueba EAT-26 según la variable Sexo segmentado por la variable Grupo Etéreo, se utiliza la Prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de hombres y mujeres para los preadolescentes del Grupo DPI, tal como queda representado en la Tabla 24. Para los adolescentes no es posible obtener este dato debido a la existencia de un caso único en los hombres.

Tabla 24: Prueba t de Student para el Grupo DPI según la variable Sexo segmentado por la variable Grupo Etéreo (Preadolescentes)

	Sexo	t	Sig. (bilateral)
Puntaje Total Grupo API	Hombres	0,100	0,921
	Mujeres		

- *Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo API según variables Sexo y Grupo Etéreo:* A continuación en las Tablas 25 y 26 se expone la cantidad de sujetos que presentan y no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en el Grupo API según las variables antes mencionadas.

Tabla 25: Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo API según la variable Sexo

Grupo API		Riesgo		Total
		No Presenta	Presenta	
Sexo	Hombre	12	9	21
	Mujer	43	31	74
Total		55	40	95

Tabla 26: Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo API según la variable Grupo Étáreo

Grupo API		Riesgo		Total
		No Presenta	Presenta	
Grupo Étáreo	Preadolescentes	32	25	57
	Adolescentes	23	15	38
Total		55	40	95

- *Comparación de Riesgo para Grupo API según variable Sexo:* Con el fin de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos del Grupo API que presentan y los que no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26 según la variable Sexo, se utiliza la Prueba de X^2 (Chi Cuadrado). Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, por lo que el sexo no podría ser considerado como un factor que se asocie a la presencia de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26. Lo anterior queda representado en la Tabla 27.

Tabla 27: Prueba X^2 para Riesgo de TCA en el Grupo API según la variable Sexo

Grupo API	Sexo	Prueba	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Riesgo	Hombres	Chi-cuadrado de Pearson	0,006	0,937
	Mujeres			

- *Comparación de Riesgo para Grupo API según variable Grupo Etéreo:* Con el objeto de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos del Grupo API que presentan y los que no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26 según la variable Grupo Etéreo, se utiliza la Prueba de X^2 (Chi Cuadrado). En los resultados obtenidos se observa que no existen diferencias significativas entre preadolescentes y adolescentes, por lo que el grupo etéreo no podría ser considerado como un factor que se asocie a la presencia de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26., tal como que se expresa en la Tabla 28.

Tabla 28: Prueba X^2 para Riesgo de TCA en el Grupo API según la variable Grupo Etéreo

Grupo API	Grupo Etéreo	Prueba	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Riesgo	Preadolescentes	Chi-cuadrado de Pearson	0,180	0,671
	Adolescentes			

- *Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo DPI según variables Sexo y Grupo Etéreo:* A continuación en las Tablas 29 y 30 se expone la cantidad de sujetos que presentan y no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en el Grupo DPI según las variables antes mencionadas.

Tabla 29: Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo DPI según la variable Sexo

Grupo DPI		Riesgo		Total
		No Presenta	Presenta	
Sexo	Hombre	5	6	11
	Mujer	39	20	59
Total		44	26	70

Tabla 30: Tabla de Contingencia de Riesgo para Grupo DPI según la variable Grupo Etéreo

Grupo DPI		Riesgo		Total
		No Presenta	Presenta	
Grupo Etéreo	Preadolescentes	30	14	44
	Adolescentes	14	12	26
Total		44	26	70

- *Comparación de Riesgo para Grupo DPI según variable Sexo:* Con el propósito de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos del Grupo DPI que presentan y los que no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26 según la variable Sexo, se utiliza la Prueba de X^2 (Chi Cuadrado). Tal como se observa en la Tabla 31, los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, por lo que el sexo no podría ser considerado como un factor que se asocie a la presencia de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26.

Tabla 31: Prueba X^2 para Riesgo de TCA en el Grupo DPI según la variable Sexo

Grupo DPI	Sexo	Prueba	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Riesgo	Hombres	Chi-cuadrado de Pearson	1,693	0,193
	Mujeres			

- *Comparación de Riesgo para Grupo DPI según variable Grupo Étáreo:* Para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos del Grupo DPI que presentan y los que no presentan Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26 según la variable Grupo Étáreo, se utiliza la Prueba de X^2 (Chi Cuadrado). Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas entre preadolescentes y adolescentes, por lo que el grupo étáreo no podría ser considerado como un factor que se asocie a la presencia de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Prueba EAT-26., tal como que se expresa en la Tabla 32.

Tabla 32: Prueba X^2 para Riesgo de TCA en el Grupo DPI según la variable Grupo Étáreo

Grupo DPI	Grupo Étáreo	Prueba	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Riesgo	Preadolescentes	Chi-cuadrado de Pearson	1,439	0,230
	Adolescentes			

- *Comparación del Grupo API con el Grupo DPI según Factores de la prueba EAT-26:* Con el fin de profundizar mayormente en los análisis realizados con los datos de las aplicaciones de la Prueba EAT-26, a raíz de que hasta el momento no se han observado diferencias significativas, se trabaja con los valores obtenidos en los Factores Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida y Control Oral que componen la Prueba EAT-26, que se encuentran descritos previamente en los antecedentes teóricos.

Para establecer si se existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de cada Factor de la Prueba EAT-26 en los Grupos API y DPI, se utiliza la Prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las Medias de ambos grupos en ninguno de los Factores de la Prueba, tal como lo expresan las Tablas 33, 34 y 35.

Tabla 33: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI según Factor Dieta

	Grupo	t	Sig. (bilateral)
Factor Dieta	API	0,000	1,000
	DPI		

Tabla 34: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI según Factor Bulimia y Preocupación por la Comida

	Grupo	t	Sig. (bilateral)
Factor Bulimia y Preocupación por la Comida	API	1,254	0,214
	DPI		

Tabla 35: Prueba t de Student para los Grupos API y DPI según Factor Control Oral

	Grupo	t	Sig. (bilateral)
Factor Control Oral	API	-0,234	0,816
	DPI		

Conclusiones

En primer lugar, se debe mencionar que el objetivo de la presente investigación, que es evaluar la sensibilidad del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 para detectar cambios una vez que se realiza una intervención específica en una población de preadolescentes y adolescente, se pudo llevar a cabo en su totalidad entregando datos relevantes para los análisis propuestos. Esto se relaciona estrechamente con la utilidad que pretende lograr el estudio en términos de intentar ser un aporte a la Validez de Constructo del instrumento.

La hipótesis guía de esta memoria supone que los preadolescentes y adolescentes sometidos a un Programa de prevención de obesidad mostrarán diferencias significativas entre los resultados de la evaluación realizada con el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 Antes del Proceso de Intervención y los resultados de la evaluación realizada Después del Proceso de Intervención. Los resultados obtenidos no permiten comprobar esta hipótesis, ya que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los análisis realizados. Por esta razón se podría concluir que el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 no es sensible a detectar cambios en una población de preadolescentes y adolescentes entre 12 y 18 años, cuando se lleva a cabo una intervención dentro del marco del Programa de prevención de obesidad “Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes” (Echeñique *et al.*, 2006).

Lo expuesto anteriormente queda evidenciado a partir de los resultados de los análisis contemplados para cada objetivo específico. Con relación a esto, se puede concluir que en la Prueba EAT-26, tanto en el Grupo Antes del Proceso de Intervención como en el Grupo Después del Proceso de Intervención, las variables Sexo y Grupo Étáreo se presentan de manera indiferenciada, manifestándose como factores no determinantes en los resultados de esta investigación. Asimismo, si se comparan los resultados de la Prueba EAT-26 de los dos grupos en forma conjunta, se puede apreciar que las variables Sexo y Grupo Étáreo tampoco permiten discriminar con relación a los resultados de la prueba.

En este contexto, el que la Prueba EAT-26 no sea sensible a detectar cambios con relación a una intervención realizada dentro del Programa de prevención de obesidad, podría estar asociado a las características de la prueba en términos de su estructura, utilización y ámbito de medición.

Respecto de la estructura de la prueba, un aspecto relevante se relaciona con que ésta sea de autoreporte y monitoreo, ya que las mediciones obtenidas dependen directamente de la información entregada por los participantes (Bas, Asçi, Krabudak y Kiziltan, 2004, p. 598), lo cual podría interferir en la veracidad de las respuestas. Asimismo se hace posible plantear que los resultados de la Prueba EAT-26 podrían estar también afectados por la deseabilidad social, entendida como “la tendencia de las personas a responder en función de qué consideran que está bien visto socialmente” (Manzano, 2003, p. 2). En este caso, la deseabilidad social estaría relacionada con temas como los hábitos del comer, la imagen corporal, el cuidado del cuerpo y otros conceptos enraizados en la cultura occidental. Cabe mencionar que al ser el EAT-26 una prueba de monitorización, no se ha establecido como un instrumento definitivo en la identificación de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que esta prueba puede ser una eficiente herramienta de monitorización como parte de un proceso de tamizaje (screening) de dos fases, en el cual quienes puntúen 20 puntos o más deberán ser entrevistados para determinar un diagnóstico más exacto, y quienes puntúen por debajo de los 20 puntos no debiesen ser inmediatamente excluidos de las evaluaciones, pues aún así podría existir la posibilidad de riesgo de un TCA (Test de Actitud ante la Comida EAT-26, (s./f.),3).

Otros aspectos relevantes de considerar respecto de la estructura de la prueba son la adaptación de los ítemes y la puntuación otorgada a las categorías de respuesta del EAT-26. Con relación al primer aspecto, se puede observar que en la traducción de la prueba del idioma inglés al español algunos conceptos no logran ser expresados con claridad o presentan una expresión un tanto académica que resulta poco empática para los adolescentes, lo cual quedó evidenciado al momento de su aplicación, existiendo ítemes que provocaron confusión en lo(a)s participantes, como por ejemplo los siguientes ítemes: *“He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer”* (4), *“Me preocupa el contenido calórico de los alimentos”* (6), *“Mantengo un control de mi ingesta”* (19) y *“Engancho con conductas de dieta”* (23). El segundo aspecto se relaciona con que en los ítemes del 1 al 24 y el 26, las categorías “A veces”, “Rara vez” y

“Nunca” poseen el mismo puntaje, correspondiente al valor “0”, siendo que la presencia de la variable en cada una de estas categorías tiene distintos grados de manifestación. Lo mismo sucede en el ítem 25, en donde las categorías “Siempre”, “Casi siempre” y “Frecuentemente” también presentan el mismo valor. Esto, de alguna forma podría estar influenciando los puntajes totales obtenidos en la prueba y consecuentemente la clasificación de Riesgo.

De acuerdo con la utilización de la Prueba EAT-26 se plantean algunos puntos que podrían influir en los resultados de los puntajes de los participantes, tales como las instrucciones de la prueba y las examinadoras. En primer lugar, respecto de las instrucciones del EAT-26, se puede decir que a pesar de que se elaboró una consigna general para la prueba, ésta no fue utilizada de igual forma por todas las examinadoras, lo que en cierta medida podría haber tenido incidencia en la comprensión de cómo responder por parte de los sujetos participantes. En segundo lugar, con relación a las examinadoras que aplicaron el EAT-26, se puede decir que el hecho de que las mismas personas que realizaron los talleres de intervención psicológica hayan dirigido ambas aplicaciones de la prueba podría afectar la calidad de las respuestas de los participantes. Esto se podría explicar por el vínculo y alianza generados entre alumno(a)s y psicólogas a lo largo del Proceso de Intervención, lo cual podría generar dos posibles escenarios: por una parte podría suceder que lo(a)s participantes contesten con mayor confianza y sinceridad a la prueba en la aplicación Después del Proceso de Intervención, y por otra parte esto podría generar respuestas asociadas a la deseabilidad social con el fin de lograr una mayor aceptación por parte de las psicólogas.

Respecto del ámbito de medición de la prueba, que son las actitudes alimentarias, se puede plantear que el hecho de que la Prueba EAT-26 no sea sensible a detectar cambios con relación al Proceso de Intervención se debe, en alguna medida, a que las actitudes alimentarias son una variable de desarrollo lento, ya que las actitudes en general se caracterizan tanto por ser estables y permanentes, no expresando opiniones momentáneas susceptibles a cambiar por el razonamiento, como por ser adquiridas a través del proceso de socialización y por la experiencia (Podadera y Serrano, 2003). Es en este sentido que se considera que el período de tiempo transcurrido entre las aplicaciones de la Prueba EAT-26 Antes del Proceso de Intervención y Después del Proceso de Intervención, no permite reflejar cambios sustanciales en las actitudes alimentarias. Por esta razón, se sugiere considerar un mayor período de tiempo entre

ambas aplicaciones de la prueba para futuras realizaciones del Programa de prevención de obesidad.

Un último aspecto relacionado con la prueba se relaciona con el hecho de que no proporciona un factor que permita predecir la permanencia en el Programa de prevención de obesidad. Esto se concluye a partir de que en la comparación de los resultados no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que permanecieron en el Programa y aquellos que desertaron de seguir participando en él, razón por la cual no se lograron distinguir elementos que pudiesen servir de predictores de abandono del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se pueden plantear adicionalmente dos líneas de discusión que constituyen un aporte al foco objetivo de este estudio, que es la sensibilidad de la Prueba EAT-26 a los cambios. Una línea está orientada al Programa de prevención de obesidad como tal y la otra relacionada con las variables intervinientes que pudiesen haber afectado su ejecución.

Respecto de la primera línea de discusión, se puede considerar que debido a ser la primera implementación del Programa de prevención de obesidad "*Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*" (Echeñique *et al.*, 2006), en nuestro medio, se presentaron algunas falencias vinculadas al desarrollo y estructura de éste, tales como la organización de las actividades y la coordinación de los profesionales participantes en cada área de acción, y los tiempos y plazos establecidos. Estos aspectos podrían haber afectado, indirectamente, el proceso de intervención y sus resultados, dificultando que el Programa y las intervenciones se llevaran a cabo de la misma forma y al mismo tiempo en los distintos establecimientos educacionales. Asimismo, con relación a la estructura del Programa se hace relevante plantear que, a pesar de que en su diseño se contempla un control tardío a los 6 y 12 meses, éste no incluye un seguimiento específico en el área psicológica, concretamente en lo vinculado a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que se puede realizar por cualquiera de los profesionales involucrados sin un formato establecido hasta el momento.

Ahora bien, con relación a la segunda línea de discusión, se hace necesario plantear la existencia de variables que pudieron estar interviniendo en el desarrollo del Programa, obstaculizando de esta manera el logro de los resultados esperados tanto por

lo(a)s participantes como por los profesionales y coordinadores de éste. Una primera variable se asocia a lo ocurrido con los padres de lo(a)s participantes del Programa de prevención de obesidad, en términos del poco apoyo prestado por algunos a sus hijo(a)s a través del proceso de intervención y en mayor medida en lo relacionado con el cumplimiento de la dieta alimentaria a seguir. Esto se refleja a partir de los comentarios y observaciones hechas por lo(a)s mismo(a)s participantes en torno a las constantes tentaciones ofrecidas por sus padres, lo cual significó una amenaza para el logro de las metas establecidas. Del mismo modo, el tema de los casinos y kioscos dentro de los establecimientos educacionales se constituye como una segunda variable, ya que a pesar de que en un comienzo se intentó intervenir estos locales, considerando la dieta de los participantes, luego de un tiempo esta medida no tuvo mayor efectividad pues no se siguieron ofreciendo los alimentos incluidos en la dieta de lo(a)s alumno(a)s. Estos dos puntos podrían estar vinculados con una especie de boicot al Programa de prevención de obesidad, lo que pudo afectar en algún grado los resultados de lo(a)s participantes tanto en las metas del Programa como en la Prueba EAT-26. Para intentar evitar que se produzca esta “amenaza” al Programa, se sugiere que a futuro se considere la inclusión de los padres como un eje más de éste, elaborando instancias de psicoeducación y contención en el proceso de apoyo a sus hijo(a)s.

Una tercera variable interviniente se relaciona con la organización particular del Programa en cada establecimiento educacional, evidenciándose una administración distinta de los tiempos (horarios destinados a las actividades de intervención), de los espacios (salas y lugares de trabajo) y de la infraestructura (materiales y equipos de multimedia) necesaria para el desarrollo del Programa, lo que generó contextos diferentes de intervención en cada establecimiento. Por último, una cuarta variable se asocia al periodo del año (Septiembre-Diciembre) en que se llevó a cabo el Programa “*Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*” (Echeñique *et al.*, 2006), el cual está marcado por la presión académica de final de año, por eventos conmemorativos como celebraciones de los colegios y graduaciones, y también por el cansancio y desmotivación propia de los últimos meses del año escolar. Estas variables pudieron también afectar indirectamente los resultados obtenidos por los sujetos en el Programa, por lo cual se sugiere tenerlos en consideración para futuras aplicaciones de éste.

Con respecto a la relevancia de esta investigación, los datos obtenidos en ésta logran ser un aporte en cuanto a la caracterización de la población de preadolescentes y adolescentes con riesgo de ECNTs ligados a la nutrición, y a su vez enriquecen el campo de conocimientos ligado al Test de Actitudes Alimentarias EAT-26. También entrega un aporte en la línea de futuras aplicaciones, tanto de la prueba misma como del Programa de prevención de obesidad.

El hecho que no se compruebe la hipótesis ni los objetivos específicos de esta investigación, si bien no permite validar de Constructo el instrumento, de igual forma proporciona información teórica sobre el comportamiento de la Prueba EAT-26, siendo así un aporte al conocimiento sobre la Validez de Constructo del Test.

Cabe mencionar la importancia de considerar las limitaciones de la presente investigación, las cuales se relacionan con la elección de la muestra utilizada y con el tipo de diseño. En cuanto a la muestra utilizada, se debe decir que al ser intencionada y dirigida, la elección de lo(a)s participantes no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la previa decisión de las investigadoras. Desde este punto de vista, los datos obtenidos a partir de esta muestra tienen un valor limitado y relativo a la muestra en sí, no pudiendo generalizarse a una población mayor.

Finalmente, con relación al tipo de diseño, el que este fuese pre-experimental de preprueba-postprueba con un sólo grupo, lleva a que los resultados obtenidos deban ser analizados con reserva, pues no se cuenta con un grupo de control que permita realizar una comparación de acuerdo a la manipulación de la variable. Adicionalmente, este tipo de diseño se encuentra limitado por la existencia de diversas fuentes de invalidación tales como el tiempo y la historia (Hernández *et al.*, 2003). Es por esto que se señala como una posible línea de investigación la realización de un estudio similar a éste pero que contemple un diseño de tipo experimental, ya sea con grupo de control o un estudio de réplica. En la medida que estas proyecciones se lleven a cabo, se estará realizando un aporte en lo que respecta a la Validez de Constructo tanto de la Prueba EAT-26 como del Programa de prevención de obesidad "*Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*" (Echeñique *et al.*, 2006).

Referencias Bibliográficas

1. Ábalos, C., Esquivel, N., y Gallardo, C. (2004). *Adaptación de la Escala de Calificación de la Psicopatología Revisada (PCL-R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago. Memoria no publicada.
2. *About The EAT-26 (s.f.)*. River Centre. <http://www.river-centre.org/abouteat26.html>
3. Albala, C., Burrows, R., Diaz, E. y Kain, J. (2000). *Obesidad: Un desafío pendiente*. Santiago: Editorial Universitaria.
4. American Psychiatric Association [APA]. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. (4ª ed.). Barcelona: Ed. Masson.
5. Anastasi, A. (1998) *Test psicológicos*. México. Prentice Hall.
6. Bas, M., Asçi, H., Krabudak, E. y Kiziltan, G. (2004). Eating Attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. *Adolescence*, 155 (39), 593-599.
7. Behar, R. (1996). El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 34, 257-262.
8. *Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul. Satellite Teleconference (1999, Febrero 25)*. Extraído el 10 de Febrero de 2007 de <http://www.ace-network.com/eatdis/EATtest.htm>.
9. Echeñique, C., Muñoz, C., Sagredo, C., Wenk, E. y Yáñez, J. (2006). *Alimentación Saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes*. Universidad de Chile. Proyecto FONASA / MINSAL 2006.
10. Atalah E. (2005). De la desnutrición a la obesidad: Evolución de los problemas nutricionales en Chile. Departamento de Nutrición, Universidad de Chile <http://www.minsal.cl/ici/nutricion%5CSituaci%F3n%20Epidemiol%F3gica%20Nutricional%20de%20Chile.ppt#357>
11. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
12. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

13. Iñarritu, M., Cruz, V. y Morán, I. (2004, Abril-Junio). Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 2 (5). Extraído el 17 de Mayo, 2007 de <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/index.html>
14. Jones J.M., Bennett S., Olmsted M.P., Lawson M.L., y Rodin G.(2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
15. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB] (2005). *Estudio sobre situación nutricional según criterios de obesidad, retraso de la talla y desnutrición, en escolares de primero básico de establecimientos municipalizados y particulares subvencionados, según región y comuna*. Santiago: Autor.
16. Lameiras M., Rodríguez Y., y Carrera M. V., (2005). Evaluación cuantitativa de un programa de educación afectivo-sexual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 73, 48-58.
17. Manzano, V. (2003). *Respuesta aleatorizada: Primer contacto*. Santiago: Universidad de Sevilla. 1-9
18. Márquez, A. (2004). *Ordenamiento de género al interior de las familias y de los grupos de pares de varones adolescentes*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
19. Ministerio de Salud [MINSAL]. (2002). *Obesidad* <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Obesidad.ppt>
20. Ministerio de Salud [MINSAL] (2005). *Estrategia Global contra la Obesidad EGO-Chile*. Santiago: Autor.
21. Olivares, S. (2002). Prevención del Sobrepeso y Obesidad. En: Chile. Ministerio de Salud, OMS/OPS, INTA. *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles: material educativo en nutrición para profesionales de atención primaria de la salud*. Santiago: Ministerio de Salud, OMS/OPS, INTA. 93-108
22. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic *WHO Technical Report Series 894*. Ginebra.
23. Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
24. Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.

25. Podadera, P. y Serrano, E. (2003) La actitud y la innovación tecnológica: Un estudio sobre la provincia de Málaga (I). *Instituto Superior de Economía Local, Cuadernos de Gestión Pública Local L*. Extraído el 25 de junio, 2007, de http://www.isel.org/cuadernos_L/Articulos/PodaderaP2.htm
26. Riquelme, I. (2005). *Actitudes de los estudiantes de cuarto medio hacia las ciencias naturales*. Tesis de Magíster para la obtención del Grado de Magíster en Educación con Mención en Currículo y Comunidad Educativa. Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
27. Rozowski, J. y Arteaga, A. (1997). El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 10 (125), 1217-1224.
28. Test de Actitud ante la Comida. (s./f.). Extraído el 10 de Febrero de 2007 de <http://est.unileon.es/~ed/eat26.html>
29. Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
30. Wenk, E. (2006) Apuntes docentes. Asignatura Metodología Psicométrica. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
31. Yáñez, J., Vergara, P. y Mandakovic V. (2006) Taller Psicoterapéutico grupal. Documento desarrollado en Caps Universidad de Chile para el Programa “Alimentación saludable y actividad física para la prevención de enfermedades crónicas en niño(a)s y adolescentes”.

ANEXO I: SESIONES TALLER PSICOLÓGICO

- *Estructura de las sesiones:*

1. Inicio (presentación, evaluación general de los asistentes, recopilación de última sesión).
2. Actividad.
3. Plenario.
4. Cierre.

- *Descripción de sesiones:*

- **Sesión 1:**

Objetivo general: Contacto corporal y emocional consigo mismo y en la relación con los demás.

Inicio (3 minutos)

Presentación de las Psicólogas y características generales del proyecto.

Actividades (40 minutos)

a) Lazarillo: Se divide al grupo en parejas al azar. Se les indica que existen dos roles, un guía y un guiado, y que todos tendrán que realizar ambos. A la persona que asuma el rol de guiado se le vendarán los ojos y el guía la dirigirá hacia algún punto del patio del colegio, desde donde luego deberán regresar.

Materiales: 5 pañuelos.

b) Presentación Cruzada: Luego de finalizada la actividad anterior, se señala que deberán presentar frente al grupo completo, al compañero que les fue asignado anteriormente. Para ello, se les indica que deberán buscar algún objeto que consideren, representa las características de su compañero. Así, presentan al otro mediante el objeto seleccionado.

Materiales: No se requieren.

Plenario (40 minutos)

Exploración acerca de las impresiones y vivencias experimentadas en ambas actividades.

Cierre (10 minutos)

Encuadre: Se presentan aspectos formales del funcionamiento del taller:

- Asistencia y Puntualidad.
- Duración taller, horarios, días, duración de cada sesión.
- Confidencialidad.
- Clima de respeto.
- Motivar participación.

➤ **Sesión 2:**

Objetivo general: Reconocimiento del nexo entre la vivencia de demandas interpersonales y la conducta alimentaria posterior.

Inicio (5 minutos)

Se evalúa el estado general de los asistentes.

Actividades (45 minutos)

a) Psicoeducación:

Se les presenta información general acerca de:

- Los efectos biológicos asociados a la ingesta excesiva de alimentos (por ejemplo, se elimina la sensación de saciedad). Asimismo, que es una ingesta sin hambre y que tiende a ser compulsiva.
- Relevancia de la ansiedad en la ingesta excesiva, plantear diferencias entre la ingesta asociada a hambre y la ingesta asociada a ansiedad (por ejemplo, se altera la conducta alimentaria ya que la persona come más lento cuando tiene hambre, y además existe sensación de saciedad).

b) Guión Cinematográfico: Se divide al grupo en subgrupos de 3 y 4 alumnos. Se le entrega a cada subgrupo una historia incompleta, graficada en láminas. Ellos deberán completar las fases de la historia que no están desarrolladas, contando para ello con

diversos materiales (hojas, revistas, lápices de colores). El objetivo es que realicen un collage para las fases faltantes. Posteriormente, cada subgrupo deberá presentar su trabajo al grupo completo, para lo cual se deberá realizar una dramatización de la historia completa. Mientras uno de los integrantes relata al grupo la historia, los compañeros restantes del subgrupo deben actuarla.

Es importante que cada subgrupo tenga historias con comienzo diferente, y final similar (el personaje se da “un atracón” de comida). Las opciones de personajes son:

- Figuras de autoridad
- Grupo de pares
- Pareja

Materiales: Cartulinas (9 aprox.), Plumones (3), Lápices de colores (3 cajas), Lápices grafito (10), Goma (3), Tijeras (3), Pegamento (3), Revistas.

Plenario (40 minutos)

Importante hacer preguntas abiertas al grupo ¿Qué les pasó, qué sintieron?, ¿Les ha pasado?, ¿Qué opinan?

Cierre

Despedida, se recuerda próxima sesión.

➤ **Sesión 3:**

Objetivo general: Significación de la imagen corporal.

Inicio (5 minutos)

Se evalúa el estado general de los asistentes.

Actividades (45 minutos)

a) ¿Cómo soy?: Se le pide a los asistentes que en una hoja en blanco hagan un dibujo que consideren, representa cómo son, cuáles son sus características. También se les da la opción de escribir una lista con su descripción personal.

Materiales: Hojas en blanco, Lápices de colores y grafito (10 lápices grafito, 4 cajas de lápices de colores), Goma (3).

b) Estatua: Se les divide en grupos de 3 y 4 personas, y se les señala que deberán “armar” a uno de sus integrantes, de acuerdo con las características que ellos reconocen en éste. Para ello pueden utilizar diversos implementos (adornos, disfraces) además de moldear el cuerpo de la persona. Durante este proceso, aquellos que moldean discuten sus impresiones y llegan a acuerdos sin que “la estatua” pueda emitir opinión. Debe permanecer en silencio durante toda la actividad. Una vez que se finaliza una estatua, se pasará por cada grupo con un espejo de manera que la persona pueda ver cómo los demás la perciben y cómo quedó luego del moldeamiento. Todos deben pasar por el rol de ser estatua.

Materiales: Espejo (2), Ropa, adornos, disfraces.

Plenario (40 minutos)

¿Hay relación entre mi imagen corporal y la imagen que los otros tienen de mí?

Cierre

Despedida, se recuerda próxima sesión.

➤ **Sesión 4:**

Objetivo general: Desarrollo de conductas asertivas (expresión y recepción).

Inicio (5 minutos)

Se evalúa el estado general de los asistentes.

Actividad (45 minutos)

a) Role Playing situaciones interpersonales: Se proponen diversas situaciones interpersonales (conflictivas, invitaciones, etc.) y se le pide a 2 asistentes que representen ese encuentro. El objetivo es fortalecer conductas específicas del tipo “decir que no”, “iniciar y mantener una conversación”, etc., existiendo como eje central el promover la expresión de deseos, sentimientos y pensamientos en el contexto interpersonal. Así

también, las conductas receptivas. Todo el grupo debiera participar de al menos 1 ejercicio de role playing.

Materiales: No se requieren.

Plenario (40 minutos)

Cierre

Despedida, se recuerda próxima sesión.

➤ **Sesión 5:**

Objetivo general: Desarrollo de conductas asertivas (expresión y recepción).

Inicio (5 minutos)

Se evalúa el estado general de los asistentes.

Actividad- (45 minutos)

a) Dar y recibir afecto: Se le pide a los asistentes que se ubiquen en círculo y que uno de ellos se ubique en el centro. Posteriormente, cada uno de ellos le expresa aquellos aspectos que percibe como valorables o positivos en el otro. La persona ubicada en el centro no puede hacer ningún comentario ni replicar alguna de las opiniones dadas por los demás. Todos los participantes deben pasar por el centro del círculo.

Materiales: No se requieren.

Plenario (40 minutos)

Cierre

Despedida, se recuerda próxima sesión.

➤ **Sesión 6:**

Objetivo general: Cierre del Taller Psicológico y Evaluación (Fase Después del Proceso de Intervención).

Inicio (5 minutos)

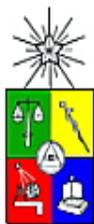
Se evalúa el estado general de los asistentes.

Actividades (80 minutos)

- a) Plenario de Cierre y Evaluación del Taller.
- b) Aplicación de pruebas psicológicas (Fase Después del Proceso de Intervención):
 - Pruebas gráficas: Dibujo libre, Figura humana, Persona bajo la lluvia, H.T.P.
 - Test de Zulliger
 - Test de Actitudes Alimentarias EAT-26
 - EEICA

Materiales: Hojas blancas, Lápices de colores y grafito, Goma, Sacapuntas, Hoja de respuesta Test de Zulliger.

Cierre Final (5 minutos)

ANEXO II: TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26**EAT-26**

Nombre: _____
 Colegio: _____
 Curso: _____
 Edad: _____

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						

	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como mas lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						