

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES.

PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.



**SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y PERCEPCION DE
RENDIMIENTO ACADEMICO EN UNIVERSITARIAS**

Tesis presentada por los Bachilleres:

YANCARLO ALEXANDER APAZA CENTELLAS

JONATHAN YONOSHIROVÁSQUEZ BARRIGA

Para obtener el Título en Licenciados en Psicología

Arequipa – Peru

2014

A mis padres por siempre apoyarme y nunca perder la esperanza en mí, y enseñarme que el mejor legado es una biblioteca, a mis profesores porque me enseñaron la maravilla de nuestra ciencia, a la ciudad de Arequipa que me permitió realizar mis sueños, “Mi deuda con ella, es tan grande como mi agradecimiento”

Yancarlo Apaza Centellas

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi hermanos que siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padre.

A mi abuelo por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

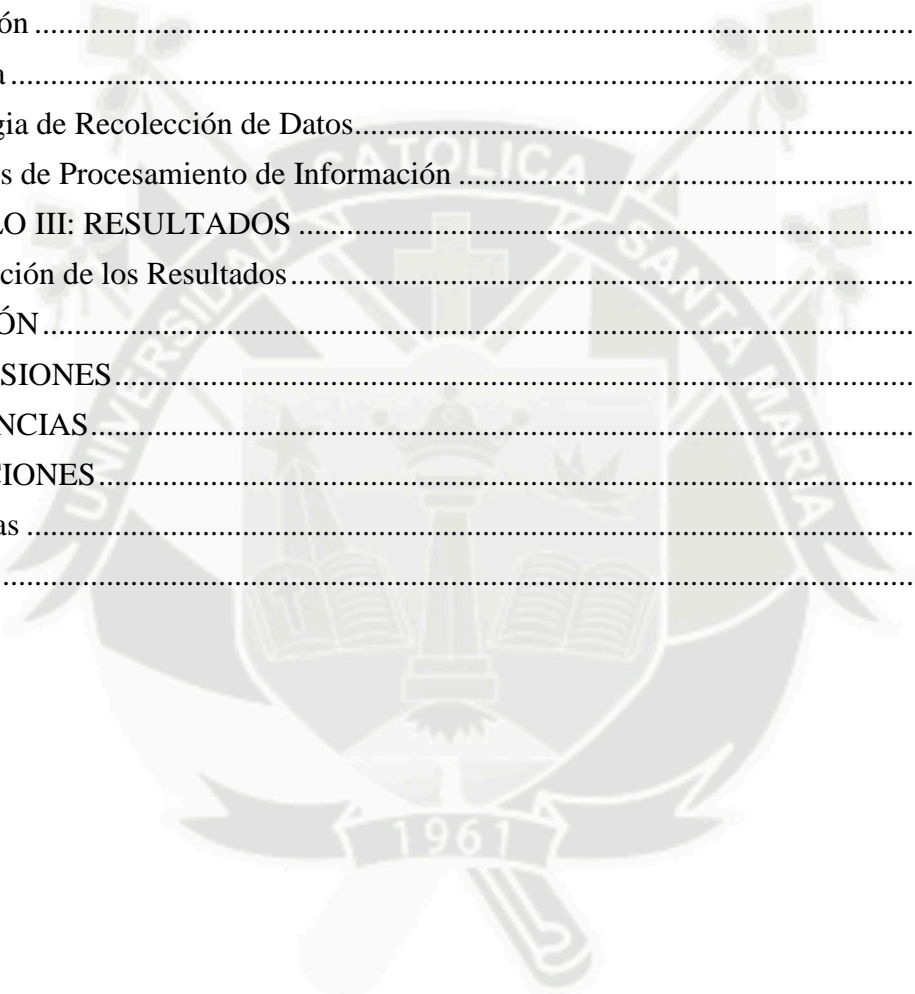
A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Jonathan Vásquez Barriga

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	3
Introducción.....	3
Problema.....	4
Variable 1	4
Definición Operacional.....	4
Variable 2	5
Definición Operacional.....	5
Interrogantes Secundarias.....	5
Objetivo	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Secundarios	6
Antecedentes Teóricos - Investigativos.....	7
Trastornos de la Conducta Alimentaria	7
Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE).....	8
<i>Trastorno por Atracción (TA)</i>	8
<i>Trastorno del Comedor Nocturno</i>	8
<i>Obesidad</i>	9
Síntomatología de los Trastornos Alimentarios según Garner.....	9
Factores Etiopatógenos.....	14
Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios	18
Modelos Explicativos de los Trastornos Alimentarios.....	23
Rendimiento Académico	26
Evaluación del Rendimiento.....	27
Objetivos de la Evaluación.....	28
Técnicas e Instrumentos de evaluación del Rendimiento Académico	28
Evaluación del Aprendizaje.....	29
Resultado de la Educación.....	29
Hipótesis	31
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
Diseño de Investigación.....	32

Técnica.....	32
Instrumentos	32
Ficha técnica.....	32
Descripción.....	33
Confiabilidad	34
Validez.....	35
Población	36
Muestra	36
Estrategia de Recolección de Datos.....	37
Criterios de Procesamiento de Información	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
Descripción de los Resultados.....	38
DISCUSIÓN.....	63
CONCLUSIONES.....	66
SUGERENCIAS.....	68
LIMITACIONES.....	69
Referencias	70
ANEXOS.....	75



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la correlación entre la sintomatología de trastornos alimentarios y la percepción de rendimiento académico en universitarias residentes en la ciudad de Arequipa. Se tomó una muestra de 299 universitarias de la Universidad Católica de Santa María y 269 de la Universidad Nacional de San Agustín con edades de 16 a 30 años, se realizó el análisis de diseño descriptivo correlacional- comparativo con las variables de: Sintomatología de trastornos alimentarios y percepción de rendimiento académico. Se comprobó la hipótesis puesto que existe una relación entre una mayor sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y una menor percepción de rendimiento académico, en al escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, asimismo no existe una marcada diferencia entre las 11 escalas del EDI 2 entre la U.C.S.M. y la U.N.S.A. excepto en la escala de obsesión por delgadez que existe un 13% por parte de las universitarias de la U.C.S.M. a diferencia de sus pares de la U.N.S.A que tienen un 3%.

PALABRAS CLAVES: Trastornos de la Conducta Alimentaria, rendimiento académico, Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo Impulsividad, Inseguridad Social

ABSTRACT

The present researches aimed to understand the correlation between eating disorder symptomatology and the perception on the academic performance in female students in a college living in the city of arequipa. A sample of 299 female college students carried at the Catholic University of Saint Maria and another sample obtained from San Agustin University aged 16 to 30 years. The analysis comparative descriptive correlational design followed by two variables indicated that the symptoms of eating disorders and the academic performance. This result brings to a conclusion: the hypothesis applied showed that there is a relationship between increased symptoms of disorder eating behavior and a lower perception on their academic record/achievement in the scales of bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, interpersonal despair, asceticism, impulsivity and social despair. Also, it showed a remarkable difference between the 11 stopovers in these colleges respectively. However, slimming by obsession seen 13 % at cusp in contrast to say with 3%.

KEYWORDS: Disorder of eating behavior, academic performance, bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, interpersonal despair, interoceptive awareness, fear of maturity, asceticism, aggressively, social despair.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

Introducción

Actualmente la fuerte presión social ejercida sobre las mujeres para adaptarse a patrones de belleza poco realistas y peligrosos para la salud, está creando una cultura que sobrevalora la delgadez y estigmatiza la obesidad. Calle (2005) explica que los medios de comunicación y la publicidad fijan prototipos de belleza, considerando a personas delgadas como atractivas, este modelo actual de cuerpo es inaccesible para la mayoría de personas e incompatible con una buena salud.

Es este tipo de cultura está originando en las mujeres un descontento con el propio cuerpo, una alarmante preocupación por el peso, estados de ánimo como la ansiedad o depresión, y un desajuste social, que a su vez si bien no siempre terminan en un trastorno de la conducta alimentaria como anorexia o bulimia, se debe tomar como un signo de alerta, que de no ser tratado a tiempo y de manera adecuada, traerá graves riesgos para la salud mental así como para la salud física, y culminará con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Grilo (2006) considera que existe un continuum dimensional que va desde la persona que presenta insatisfacción corporal, pasando por una sintomatología de trastornos alimentarios, en ocasiones trastornos alimentarios no especificados, en la que esta atrapada un trastorno de la conducta alimentaria.

Se puede inferir la importancia de la identificación y diferenciación temprana de la sintomatología de los trastornos alimentarios, para prevenir una evolución insana y, lo que es más importante, para disminuir o hacer desaparecer el malestar normativo y permitir una vida más activa, alegre y funcional de las personas que presenten los problemas antes mencionados.

Al ser los trastornos alimentarios un problema real y actual, que va en alarmante aumento, a su vez siendo las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, la población más vulnerable, encontrándose en mayor población en la etapa universitaria y más concretamente en el área de ciencias sociales, en carreras como psicología, turismo y

hotelería, y publicidad. Farfán (2004) afirma que al ser disciplinas con población predominantemente femeninas, se halla mayor prevalencia en conductas inadecuadas, como dieta y otras conductas compensatorias para disminuir el peso corporal. Estas conductas inadecuadas en población femenina suelen repercutir en áreas como la social, familiar, laboral, y académica, y al ser esta última la principal área de desenvolvimiento de las adolescentes y mujeres jóvenes. Por la edad de la población femenina el área académica puede ser afectada en especial su rendimiento académico es por esto que se consideró conveniente investigar la relación que pudiera existir, entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y la percepción de rendimiento académico en estudiantes universitarias.

Problema

¿Existe relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y una percepción del rendimiento académico inferior en universitarias?

Variable 1

Sintomatología de los trastornos alimentarios.

Definición Operacional

La sintomatología de los trastornos alimentarios (Garner, 1980) está constituida en actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal), rasgos psicológicos (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia Interoceptiva, miedo a la madurez), y tres escalas nuevas que evalúa ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

Variable 2

Percepción del rendimiento académico.

Definición Operacional

Es la opinión personal sobre el rendimiento académico que tienen las universitarias, ya sea un alto rendimiento académico, que es la opinión de pertenecer al tercio superior, un rendimiento académico medio que está relacionado al tercio medio y un rendimiento por debajo de lo normal que se relaciona con pertenecer al tercio inferior.

Interrogantes Secundarias

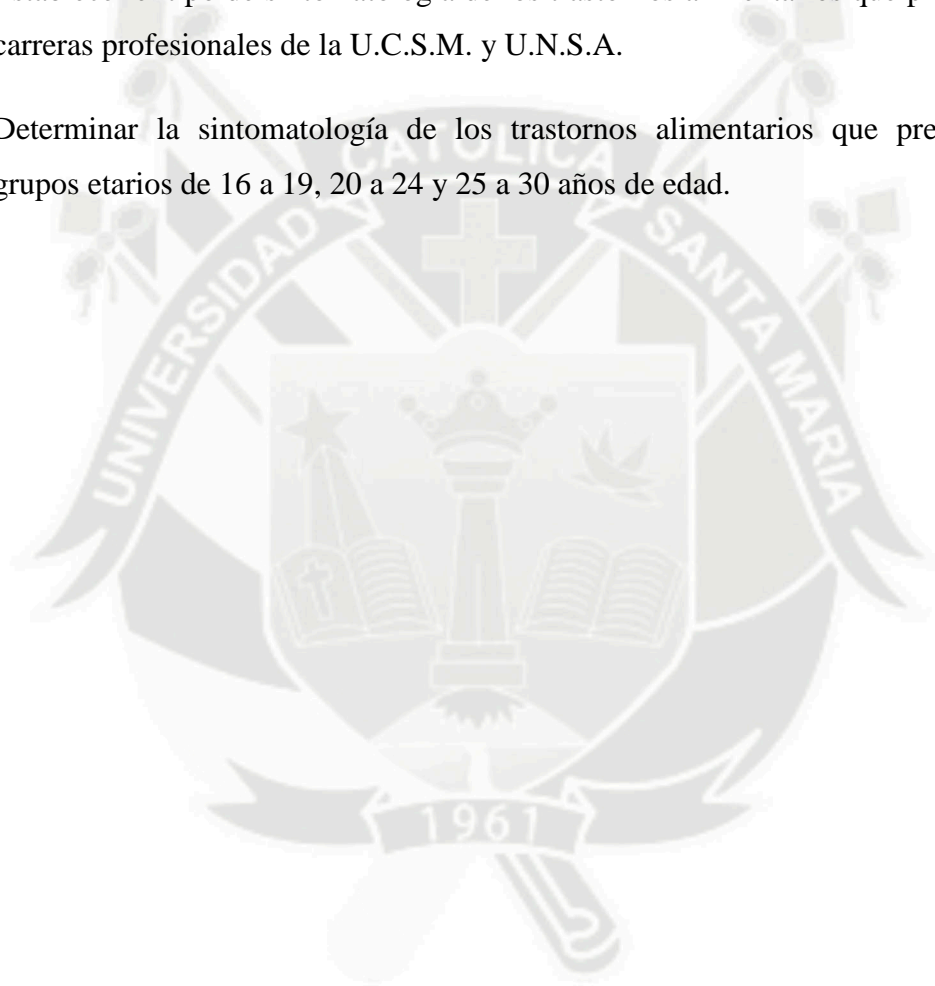
- ¿Qué sintomatología de los trastornos alimentarios presentaran las estudiantes universitarias de cada universidad?
- ¿Qué tipo de sintomatología de los trastornos alimentarios presentaran las carreras profesionales de la U.C.S.M. y U.N.S.A.?
- ¿Qué tipo de sintomatología de los trastornos alimentarios presentarán los grupos etarios de 16 a 19, 20 a 24 y 25 a 30 años de edad?

Objetivo**Objetivo General**

- Determinar la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y una percepción de rendimiento académico inferior en estudiantes universitarias.

Objetivos Secundarios

- Establecer la sintomatología de los trastornos alimentarios en las estudiantes de ambas universidades.
- Establecer el tipo de sintomatología de los trastornos alimentarios que presentan las carreras profesionales de la U.C.S.M. y U.N.S.A.
- Determinar la sintomatología de los trastornos alimentarios que presentan los grupos etarios de 16 a 19, 20 a 24 y 25 a 30 años de edad.



Antecedentes Teóricos - Investigativos

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Raich (2011) afirma que el término trastornos de la conducta alimentaria se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y bulimia nerviosa, sin embargo posturas como las de Sarason y Sarason (2006) consideran a los trastornos de la conducta alimentaria como conductuales, en el sentido que la persona se comporta de forma tal, que aunque no causa deterioro al principio, puede convertirse en algo serio a medida del transcurso del tiempo.

Sandoval (2001) señala que un trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida. Para la persona que padece algún trastorno alimentario, la comida adquiere un protagonismo especial, le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos como evolutivos, y basa en ella todos los pensamientos así como actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose súper dependientes de esa idea.

Farfán (2004) refiere que los trastornos de la conducta alimentaria son manifestaciones extremas de una sintomatología en particular y de una variedad de preocupaciones por el peso y la comida, experimentadas por mujeres y hombres, estos incluyen la anorexia, la bulimia nerviosa. Y aunque no han sido tan *populares* como los antes mencionados también están la vigorexia y la ortorexia. Todos estos son problemas emocionales serios que pueden llegar a tener consecuencias letales. No se puede olvidar que antes de un diagnóstico formal de un trastorno alimentario, está la persona con insatisfacción corporal, que pasa por una presencia de una sintomatología, luego un trastorno de conducta alimentaria no especificado, para llegar finalmente a un trastorno alimentario.

Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE)

La realidad humana es difícilmente encasillable en los moldes diagnósticos, y actualmente se están desarrollando nuevos conceptos que encajan dentro del contexto de los trastornos alimentarios. En el DSM – IV TR se añadió una propuesta que permitía incluir trastornos que no llegan a presentar todas las características descritas en las clasificaciones anteriores (TCANE). A continuación se procederá a mencionarlos.

Trastorno por Atracón (TA)

Rodríguez (2013) refiere que consiste en sucesiones de atracones (objetivos) relacionados con un estado de ánimo disfórico sin conductas compensatorias de forma habitual. Toro (2004) argumenta la destacable vivencia de pérdida de control. En los criterios actuales no se aluden preocupaciones acerca del peso y la imagen corporal, si bien es bastante relevante. Raich (2011) relaciona este trastorno con la obesidad, por lo que la insatisfacción y preocupaciones acerca del peso y la figura les separan de otras personas con obesidad. Más allá del malestar y ánimo depresivo por los atracones, se observan comprobaciones del cuerpo, por ejemplo pellizcarse para verificar la gordura, evitaciones de situaciones por el estado físico (no acudir a lugares públicos) y tendencia a camuflar la apariencia (no llevar ropa que muestre la figura corporal).

Trastorno del Comedor Nocturno

Se trata de una manifestación que está en estudio. Rodríguez (2013) señala que se caracteriza por hiperfagia nocturna, insomnio y anorexia diurna. En los despertares nocturnos se produce una ingesta sustancial de alimentos en comparación con el resto del día.

Obesidad

Aunque la obesidad no está reconocida entre los trastornos alimentarios, puede acercarse a estos trastornos. Rodríguez (2013) refiere que se encuentra una relación significativa entre la gordura, insatisfacción corporal, distorsión de la imagen corporal, conductas alimentarias anómalas. Raich (2006) afirma que la obesidad hace referencia para indicar una enfermedad, con influencia genética, que da lugar a un índice de masa corporal superior a 30 kg/m² (el sobrepeso se sitúa entre 25 y 30 kg/m²). Se trata básicamente de un desequilibrio mantenido en el tiempo entre la ingesta y el gasto energético.

Sintomatología de los Trastornos Alimentarios según Garner

La sintomatología consta de 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de trastornos alimentarios, tres que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo de conducta (Obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal), cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia Interoceptiva y miedo a la madurez) y tres adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Huamán y Salazar (2006) demostraron que adolescentes varones y mujeres difieren en las escalas del EDI – 2 y en las categorías de las dimensiones de la personalidad, sin embargo existe una correlación positiva en varones y mujeres entre las escalas y categorías. Se concluye que las adolescentes y jóvenes adultas son más susceptibles a desarrollar algún tipo de sintomatología de trastorno alimentario, dependiendo de la individualidad de sus propios rasgos de personalidad.

Obsesión por la delgadez. García - Camba (2002) señala que este síntoma se caracteriza por una considerable obsesión o fijación en el propio cuerpo, así mismo de cumplir patrones de delgadez poco realistas. A la vez que presenta una preocupación constante por su peso, y la mayoría de veces desemboca en una modificación en el ritmo de

sus comidas, así mismo lleva a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar, entre las que se puede llegar a presentar la provocación del vomito.

Cano y Castaño (2007) refiere que no existe una demarcada relación entre la obsesión por la delgadez o el impulso por la delgadez, con el número de materias o cursos desaprobados, sin embargo demarcaba una gran preocupación y que les quitaba mucho tiempo. Se puede inferir que este tipo de sintomatología asociada a otros rasgos de personalidad podría desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

Bulimia. Consiste en la tendencia a tener pensamientos y conductas incontrolables (comilonas incontrolables), seguidas de una purga autoproducida a través de vómitos (Garner, 1998). Este tipo de conducta es una característica típica de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los tipos de anorexia, bulímico y restrictivo. Garner (1998) encontró que hay casos de bulimia que no cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria, pero en la mayoría de los casos, la bulimia está asociada con marcadas disfunciones psicológicas.

Insatisfacción corporal. La insatisfacción se considera como uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1980). También como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Raich, 2011). La insatisfacción corporal se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa. La insatisfacción corporal constituye un factor previo para la instauración de un trastorno de la conducta alimentaria. La insatisfacción corporal se deriva de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y auto rechazo.

Ineficacia. Se refiere a los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Garner (1980) describe el sentimiento abrumador de ineficacia como aquella perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Este concepto se emplea en la mayor parte de las experiencias

clínicas para explicar los trastornos de la conducta alimentaria. Desde una perspectiva meramente conceptual este indicador está asociado con una pobre autoestima o una evaluación negativa, pero va más allá de estos conceptos, ya que incluye sentimientos de vacío y soledad. Si en la evaluación se encuentra puntaje superior interpreta como la presencia de un déficit significativo de autoestima, debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación. Caballero (2007) demostró que niveles superiores de autoeficacia, se relaciona con un nivel bajo estrés, permitiendo un mejor rendimiento académico, y niveles inferiores de autoeficacia, también los asocio a niveles altos de estrés y así mismo bajo de rendimiento académico.

Perfeccionismo. Permite conocer el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Garner (1980) describió que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Cano y Castaño (2008) indican que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de algún trastorno alimentario. Galarregi y Keegan (2012) encontraron que los estudiantes que tenían niveles superiores de perfeccionismo tendían a ser exigentes con ellos mismo e intentaban siempre dar la talla en todos los ámbitos de sus vidas, no solo en el académico sino que también en el social.

Por lo antes expuesto se infiere que las personas que presenten niveles superiores de esta sintomatología, tendrían un buen rendimiento académico, por ser tan exigentes consigo mismo. Este indicador evalúa el grado en que el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan resultados excepcionales (Garner, 1998).

Desconfianza interpersonal. Evalúa los sentimientos generales de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Garner, 1998). Una causa relevante de un rendimiento académico inferior en estudiantes universitarios es la falta de compañerismo, y la poca orientación al trabajo en equipo. La dificultad de las personas que presenten esta sintomatología los asocia a un rendimiento académico inferior o promedio. Se considera

que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria (Tejedor & Valcárcel, 2007). El compañerismo y trabajo en equipo mejora el rendimiento académico de los estudiantes universitarios, a la vez que mejora el bienestar psicológico, la autoestima, la sensación de control, reduce la ansiedad y da recursos para afrontar problemas (Salanova, 2005).

Conciencia interoceptiva. Evalúa el grado de confusión o de dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas emociones viscerales relacionadas con el hambre y la ansiedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia nerviosa (Garner, 1998). Selvini - Palazoli (1978) acuñó el término paranoia intrapsíquica para definir la profunda desconfianza que los anoréxicos tienen en sus estados internos.

Miedo a la madurez. Evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1980) argumenta que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia y bulimia nerviosa es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. En este marco, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonales pre-puberales. El sujeto piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares (Garner, 1980). Incluso también numerosos pacientes dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales maduros que forman el sustrato biológico de las experiencias psicológicas.

Ascetismo. Evalúa la tendencia a perseguir ideales espirituales autoimpuestos, como disciplina, negación de sí misma, hipercontrol sobre las necesidades corporales y sacrificio. Garner (1998), describe cómo la abstinencia voluntaria del alimento es un ritual prescrito en

muchas tradiciones religiosas como un esfuerzo para liberarse a sí mismo del egoísmo, intereses materialistas y para purificar el cuerpo y el alma.

Inicialmente, al tratar la anorexia nerviosa se ocuparon frecuentemente del ascetismo; basándose en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. Últimamente, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento (disminución) de otras como la obsesión por la delgadez que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, hay personas que parecen estar motivadas por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral (Garner, 1998).

Impulsividad. La impulsividad es una predisposición a reaccionar de forma brusca y no planificada ante estímulos internos o externos, sin considerar las consecuencias para sí mismo o para los otros; es un tipo específico de agresión inmediata, una respuesta ante un estímulo ambiental interpretado como amenazante o como un rasgo de personalidad. También, se define también como la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión, y se caracteriza por comportamientos inadecuados, poco planificados. Garner (1998) refiere que es la dificultad de las personas para regular los impulsos o descontrol de los impulsos, con tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción, y la destrucción de las relaciones interpersonales. Saiz (2001) describe que la impulsividad es un síntoma de pronóstico preocupante en los casos de trastorno de la conducta alimentaria.

Inseguridad social. Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad (Garner, 1998). Lo que dificulta la interrelación del sujeto con el entorno social que lo rodea, con un nivel bajo de autoestima, la falta de habilidades sociales, poca seguridad de sí mismo y la tendencia a replegarse en sí mismo.

Garner (1998), refiere que existen casos en los cuales algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, lo que puede incidir en el tratamiento.

Factores Etiopatógenos

Los factores que intervienen en la etiopatogenia de los trastornos alimentarios son de cuatro tipos:

- Biológicos.
- Psicológicos.
- Familiares.
- Socioculturales.

Factores biológicos. Huerta (2004) refiere que diversos hechos hacen pensar en una influencia genética en los trastornos alimentarios. Así, se ha comprobado que las mujeres con familiares con trastornos alimentarios tienen un riesgo muy superior de desarrollar este tipo de trastorno que la población general, o de desarrollar más rápidamente la sintomatología de estos, tanto en el caso de la anorexia nerviosa como de la bulimia.

Toro (2004) señala que la susceptibilidad para el desarrollo de comportamientos, actitudes y sintomatologías características de los trastornos alimentarios podría explicarse por una combinación de factores genéticos y ambientales con un fenotipo latente único para dichos trastornos que supondrían una elevada heredabilidad (hasta el 60%). En concreto, en el caso de la bulimia, la combinación de vómitos y purgas (sintomatología), que constituye la forma de conducta compensatoria más habitual, se ha interpretado como la resultante de la interrelación de diversos genes con influencias ambientales propias de cada paciente.

Se ha especulado mucho sobre el mecanismo subyacente en esta vulnerabilidad genética en la anorexia. Podría suceder que la alteración en el control del peso corporal se

pusiera solo de manifiesto con la propia pérdida de peso o como consecuencia del estrés psicosocial. En este sentido, se ha visto que cuando se produce un importante adelgazamiento por cualquier causa, por ejemplo en el marco de una reacción de duelo, un episodio febril importante o una huelga de hambre, puede desencadenarse en anorexia (García - Camba, 2002).

Factores psicológicos. Los rasgos psicológicos que se han hallado asociados a los trastornos alimentarios son déficits en la autoestima, dependencia, temores a la pérdida de control, vivencias de soledad y temor a la misma y al abandono, vivencia de control externo, inseguridad y problemas de identidad. En una muestra de adolescentes recuperadas de su anorexia nerviosa, encontraron niveles superiores de perfeccionismo y desconfianza interpersonal que en un grupo de control, observando que la depresión y las fobias, incluyendo la social, era la comorbilidad psiquiátrica más frecuente. Raich (2011) manifestó la existencia de comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los de la personalidad aunque no existe una personalidad específica que defina el vínculo directo entre ambos. Aguinaga (1996) explica que los estudios clínicos coinciden en destacar la personalidad premórbida de la anorexia nerviosa como obsesivo, rígido, meticuloso, perfeccionista, deprimente y socialmente inhibido. Los intentos de Garner por definir el temperamento anoréxico mediante la escala EPQ (Eysenck Personality Questionnaires) de Eysenck llevaron a la conclusión de que las personas con anorexia nerviosa eran más inestables emocionalmente, más introvertidas y con niveles de ansiedad más altos que los restantes grupos de la población.

Aguinaga (1996) relaciona la bulimia nerviosa con el trastorno límite de la personalidad. Según las dimensiones de personalidad establecidas por Eysenck, las pacientes bulímicas suelen puntuar alto en neurotismo y psicoticismo y bajo en integración social. Además obtienen puntuaciones elevadas en la escala de adicción. Es necesario tener en cuenta que los trastornos alimentarios suelen gestarse (producirse) en la adolescencia cuando las dinámicas en relación con la identidad, la autoimagen, el desarrollo corporal, la dependencia/autonomía, el rol social e interpretación, juegan un rol crucial. Precisamente, la psicopatología de la imagen corporal y su distorsión ha sido especialmente estudiada en

los trastornos alimentarios y constituye uno de los criterios diagnósticos, especialmente en la anorexia nerviosa.

En la anorexia los trastornos de la personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, sobre todo en la anorexia restrictiva. En cuanto a la bulimia parece establecida una relación con el trastorno límite de la personalidad que se caracteriza entre otros rasgos por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impasibilidad (García - Camba, 2002).

Factores familiares. En las familias de los jóvenes con trastornos alimentarios usando el modelo sistémico, se han descrito con especial frecuencia la presencia de depresión, trastornos por consumo de alcohol, obesidad y cambios de la conducta alimentaria. En las madres de pacientes con trastornos alimentarios se ha hallado también mayor insatisfacción con su imagen corporal (Kreipe&Dukarm, 1999). Jara y Tintaya (2008) señalan que existe una relación entre la prevalencia total de los trastornos de la conducta alimentaria y la composición familiar de padre y madre, tanto en las universitarias de la Universidad Nacional de San Agustín como en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco. También existe una relación significativa entre la prevalencia total de los trastornos de la conducta alimentaria y la no realización de actividades recreativas, del mismo modo se encontró una relación significativa entre la bulimia nerviosa y la no realización de actividades recreativas en las estudiantes universitarias de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco

Talavera y Aragón (2006) demostraron que existen disfunciones familiares en los pacientes con trastornos alimentarios. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda. En los familiares de los pacientes con bulimia se han observado de igual manera mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y madres con alteraciones de la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar. En cualquier caso, no se ha demostrado una clara causalidad familiar, aunque la familia puede mantener, mediatizar y complicar la evolución de la enfermedad. Por ello los trastornos alimentarios en la familia son siempre

un problema de grupo y en ello se basan las propuestas terapéuticas del llamado modelo sistémico. Según este modelo el paciente con anorexia es el síntoma de una familia enferma en su conjunto, que exige por lo tanto un tratamiento global (García - Camba, 2002).

Factores socioculturales. Su gran influencia parece clara si se tiene en cuenta las diferencias en prevalencia halladas en diferentes grupos sociales y las peculiaridades de la cultura occidental moderna en la relación con el comer y con la apariencia del cuerpo. Es conocida también la asociación de determinadas profesionales (gimnastas, bailarinas) en las que además se observan a menudo casos subclínicos o atípicos. No obstante, como estas tendencias epidemiológicas son considerablemente cambiantes, parece que en los últimos años tiende a equilibrarse su distribución entre las clases sociales.

El anhelo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura. Seis de cada diez jóvenes entre los 15 y 29 años están preocupadas por el peso y se sienten obesas con mayor o menor intensidad, mientras que en el caso de los varones esta preocupación la tienen 3 de cada 10. La delgadez mitificada significa en la sociedad actual el éxito, la inseguridad, la belleza, estar en forma y es aceptada socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que la delgadez, se convierta en un fin, incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez (Aguinaga, 1996). García - Camba (2002) refiere que otro factor sociocultural se encuentra en los estereotipos sexuales que la sociedad establece a los jóvenes, lo que los hace más vulnerable a las opiniones y comportamientos de los otros. Por otra parte la belleza es un componente central de la femineidad, lo que a su vez aumenta el valor del estereotipo cultural femenino.

No puede olvidarse, el crecimiento exponencial que han experimentado las industrias relacionadas con el adelgazamiento (gimnasia, alimentos dietéticos, etc.) y que han creado el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado y en forma. Esta expansión ha conllevado un paralelo crecimiento de los trastornos alimentarios. También se ha dicho que la falta de un modelo familiar adecuado puede hacer buscar modelos populares en los medios de comunicación, el cine, que casi siempre son súper mujeres. Es probable que las

adolescentes que desarrollo trastornos de la alimentación tengan una mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios.

Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios

Agras (2010) señala que los factores de riesgo de un trastorno, pueden determinarse después de estudios preliminares que encuentran asociaciones o retrospectivas, o concurrentemente entre el trastorno y variables particulares. En primer lugar, se puede identificar un factor de riesgo en estudios prospectivos. En segundo lugar, un factor de riesgo causal puede ser identificado experimentalmente alterando la fuerza del factor de dicha alteración en la ocurrencia del trastorno o de un componente importante de dicho trastorno en ensayos controlados.

Factores de Riesgo. Stice (2002) describe una serie de factores de riesgo los cuales son la presión social por estar delgado, la interiorización del modelo estético delgado, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, la historia de burlas relacionadas con la apariencia física por parte de los pares y/o de los progenitores, la autoestima baja, el efecto negativo y el perfeccionismo.

Predisponentes genéticos. A pesar de que no es posible verificar la existencia de una familia típica o específica de anorexia o bulimia, se han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos. Rodríguez (2013) señala que las familiares de primer grado pueden presentar trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias y obesidad de la madre.

La presión social a la delgadez. Todas las sociedades han desarrollado unos ideales de belleza que marcan los objetivos a conseguir y dentro de estas exigencias se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenina. Rodríguez (2013) refiere que la prevalencia de estos trastornos sería mayor en unas sociedades más que otras, para ser más exactos en las sociedades en las que se enfatiza la delgadez como sinónimo de belleza.

Entre las características de las sociedades occidentales y su estereotipo de belleza femenina, se mencionan la idolatría a los cuerpos delgados, las presiones para ajustarse al modelo ideal, y el incremento de la connotación negativa del sobrepeso (Rodríguez, 2013).

La interiorización del modelo estético delgado. Desde muy pequeños, a los niños les llegan mensajes sobre los estándares del atractivo físico a través de diferentes fuentes como los medios de comunicación o alguna otra influencia.

Thompson y Heinberg (1993) mencionan que en la medida en que estos mensajes culturales son internalizados, se transforman en ideales personales que pueden afectar negativamente a la autoevaluación y la satisfacción corporal con la propia apariencia física. Raich, Torras y Figueras (1996) concluyen de que el 80 por 100 de las mujeres/estudiantes que se encuentren en un rango de peso normal quieren adelgazar, un 100 por 100 de las que presentan sobrepeso de igual manera quieren adelgazar.

En diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en distintos países occidentales queda reflejado el deseo de las mujeres por ser delgadas, ya que les facilita el acceso a diversos servicios y beneficios, y les brinda un sentido de seguridad (Raich, 2011). Las personas tienen más expectativas positivas y se comparan de manera más favorable con las personas atractivas que con las menos atractivas, por tanto, se espera que la gente atractiva desarrolle un autoconcepto más favorable.

La dieta restrictiva. Es consecuencia lógica de la insatisfacción con el propio cuerpo y el establecimiento de dietas; la dieta restrictiva parece ser la causa más cercana al desencadenamiento de la ingesta. Polovy y Herman (1985) explican que el hecho de mantener una restricción respecto a determinados alimentos (especialmente los prohibidos) genera que cuando, por la circunstancia que sea se rompa la dieta estricta, la persona dietista se descontrola totalmente y consume grandes cantidades de estos alimentos.

Raich (2011) señala que las chicas que presentan una insatisfacción corporal presentan un régimen de dieta estricta; comportamientos poco saludables para el control de peso y atracones, así como menos actividad física y consumo de frutas y verduras.

La insatisfacción corporal. En una sociedad donde las mujeres son bombardeadas constantemente con el modelo estético de belleza super delgado y en el que la mayoría, al compararse con este, muestran gran insatisfacción con su propio cuerpo. Los medios de comunicación social tienen un papel central en erigir, difundir y perpetuar valores e ideas culturales relacionados con el modelo de belleza y éxito social femenino asociados a la delgadez corporal.

Cash (1997) afirma que hay varios elementos importantes en la insatisfacción corporal que son: la sobrevaloración de la apariencia en la construcción de la propia identidad, percepción y sentimiento. Todo ello relacionado a la propia idea que tiene el sujeto de sí mismo, teniendo un ideal de belleza interiorizado e irreal, creencias y sentimientos desadaptativos del cuerpo y, conductas poco saludables o limitadas provocadas por la insatisfacción corporal.

Queralt y Escuresell (2003), señalan que las quejas sobre las partes del cuerpo en una muestra de mujeres con trastornos alimentarios no diferían de mujeres sin este trastorno sin embargo existía una diferencia en el nivel de preocupación, en el que las mujeres con trastornos alimentarios puntuaban alto. Lo que indica que las mujeres se preocupaban por partes específicas del cuerpo como caderas, nalgas y muslos en ambas muestras.

Sobrepeso y obesidad. La casuística estudiada (casos clínicos) aporta muchas pruebas sobre cómo una de las causas que ha inducido en el establecimiento de dietas rígidas y la eclosión (aparición) del trastorno ha sido un pasado turbulento de sobrepeso. La presión sociocultural inclina los gustos de este sentido; no solo está bien ser delgado, sino que se puede hablar de estigmatización de los obesos. Raich (2011) menciona que de alguna forma, ser gordo equivale a ser descuidado, perezoso. Ser delgado es solo cuestión

de fuerza de voluntad, si uno quiere serlo, únicamente debe seguir una de las innumerables dietas conocidas.

Raich, Portell y Peláez - Fernández (2010) hallaron que las chicas con sobrepeso presentaron actitudes más distorsionadas y que habían percibido una mayor presión para estar delgado que sus compañeras de peso normal o inferior. El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que incitan a la adopción de conductas alteradas que pueden desembocar en un trastorno alimentario. No es necesario que la persona presente un sobrepeso real, solo sentir y pensar que lo tiene, y que este le afecte. Una gran mayoría de mujeres, aun estando en un rango de peso normativo, quieren pesar menos. No es de extrañar si los modelos con que se bombardea en la publicidad son tan esqueléticos.

Por otra parte, se ha fomentado con igual rapidez la idea de que estar delgado es sinónimo de saludable. Aunque es verdad que un gran sobrepeso es perjudicial para la salud, no es cierto lo contrario: cuanto más delgado, más sano. Finalmente, el que una persona con sobrepeso sea considerada atractiva o no depende de las exigencias de la moda.

Historia de burlas relacionadas con la apariencia física por parte de padres y/o de los progenitores. Ser criticado, o sufrir burlas a causa de la apariencia en la infancia o adolescencia, puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta: cuatro ojos, bola de grasa, vaca, gorda. Raich (2011) refiere que genera un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal, y sigue lastrándola en la edad adulta. La preocupación acerca de la apariencia comienza en la infancia, al recibir determinadas burlas.

La literatura científica ha recogido bastantes casos en los que las pacientes se quejan de burlas de familiares o de amigos como desencadenante de su trastorno. Fairburn (2008) cita entre los factores que influyen en la anorexia y bulimia los comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso, y las burlas por la apariencia. Thompson y Heinberg (1993) mencionan la influencia de comentarios verbales negativos, especialmente bromas y burlas, y de las comparaciones sociales sobre las alteraciones de la imagen corporal. Estos

autores hallaron que, cuando se dirigían específicamente al cuerpo y al peso corporal, constituían un predictor de la aparición de los trastornos alimentarios.

Baja autoestima. Es la idea básica de una imagen corporal negativa que está asociada a una autoestima baja y a sentimientos de ineficacia. Raich (2011) indica que las personas con trastorno alimentario desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones en sí mismo lo cual influye en sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la pubertad, cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente.

Las mujeres con trastornos alimentarios tienen una alarmante baja autoestima, sentimientos de ser una persona poco valiosa y mucho miedo a ser despreciadas o rechazadas, no se autovaloran. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que consiga apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en las mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo. Dada la gran importancia que se atribuye a la apariencia física, y especialmente al peso, no es difícil que las adolescentes y jóvenes adultas adopten una postura que todo su valor depende de tener un cuerpo perfecto (Mora & Raich, 2005).

Afecto negativo. Las personas que llegan a presentar trastornos alimentarios tienen una forma de respuesta emocional más frágil que las que no las tienen. Raich, (2011) comprueba que la inanición (salud) es la causa de depresiones, y que estas desaparecen cuando se reanuda una alimentación equilibrada.

Perfeccionismo. Raich (2011) refiere que el perfeccionismo es común entre personas que sufren trastornos alimentarios incluso antes de presentarlo. Las personas con perfeccionismo clínico se juzgan a sí mismas exclusivamente en términos de trabajar duro para conseguir *standars* en áreas de la vida que son importantes para ellos. Si sufren trastornos alimentarios aplican estos *standars* extremos en el comportamiento de comer, el

peso y la silueta corporal, y de su control. La psicopatología del perfeccionismo intensifica los aspectos de sus trastornos alimentarios y lo hace más difícil de tratar.

Raich (2011) refiere que existe determinadas características clínicas sobre el perfeccionismo como la sobrevaloración del logro por sí mismo y del logro en áreas de la vida que son importantes para ello, marginalización de los otros aspectos de la vida, persecución rigurosa para conseguir los *standars* que se han fijado, aun sufriendo consecuencias adversas en su rendimiento real y deterioro en otras áreas de la vida, no se fijan en cada logro que consiguen pues este es reemplazado por otro más exigente, repetida revisión de su rendimiento, miedo a fallar en conseguir los logros fijados, evitación de evaluaciones cruciales en su rendimiento por miedo a no conseguir el rendimiento deseado y preocupación con pensamientos acerca de su rendimiento.

Modelos Explicativos de los Trastornos Alimentarios

Modelo evolutivo de Striegel – Moore (1993). Señala que desde muy tempranamente las niñas se identifican con su género, el cual evidentemente está ligado a las expectativas de su rol sexual. La feminidad se refiere al grado en el que una adolescente o una joven adulta posee las características asociadas con el estereotipo de su rol sexual, y hay dos características muy claras en la feminidad:

- Las mujeres están más orientadas interpersonalmente que los hombres.
- La belleza es un aspecto central de la feminidad.

En cuanto al primero, parece que las mujeres consideran más relevante preocuparse de los sentimientos y el bienestar de los demás que los hombres. Están más interesadas que ellos en obtener la aprobación social y evitar la desaprobación, y quieren dar por ello la impresión de ser sociales. Por otra parte en nuestra sociedad se

considera más atractiva a aquellas personas, tanto hombres como mujeres, que son sociables y populares.

En las mujeres, el atractivo está además ligado al segundo aspecto, la belleza. Los hombres conceden gran importancia a la belleza física de sus parejas, más que las mujeres (Toro, 2004). Ser delgada es una condición central de la belleza femenina. Dada la gran importancia de la apariencia física en las mujeres para obtener éxito social, y tienen en cuenta las opiniones y la aprobación de los demás, no es de extrañar que den a su apariencia y peso una prioridad para su vida (Raich, 2011).

Las mujeres físicamente atractivas son percibidas como más femeninas que las que no lo son. Las delgadas y que comen poco son consideradas más femeninas y atractivas, que las que comen más (Rolls, Federoff & Guthrie, 1991).

Si consideramos seriamente estas premisas de lo que es la feminidad y pensamos en la adolescencia, fácilmente podremos concluir que para las adolescentes representan un importante conflicto, lo cual es sin lugar a dudas enfrentarse a los cambios corporales, con el aumento de peso y grasa corporal que es normal en la pubertad de las mujeres, sitúa a la adolescente en el polo opuesto del mundo social. Raich (2011) indica que la autoestima decrece mucho en la adolescencia y es así que muchas adolescentes ven la consecuencia de esta preocupación en diversos escenarios de su vida como es la vida universitaria y el rendimiento académico, por otra parte, es el momento en que suelen producirse las primeras citas entre adolescentes. La experiencia de estas suele ser más estresante para las mujeres que para los varones, no siendo extraño que ellas atribuyan los fallos a su manera de ser.

Modelo explicativo de doble vía de Stice (2001). Propone un modelo de doble vía en el camino, que va desde la normalidad hasta la adquisición de síntomas bulímicos. Dado que existe una presión hacia la esbeltez y la interiorización del modelo estético de delgadez, aparece la insatisfacción corporal al comparar el propio cuerpo con el de los maniqués, y esto lleva a la realización de dietas y al afecto

negativo (Raich, 2011). En una evaluación posterior de este modelo se añade como factor de riesgo el índice de masa corporal (IMC) y la insatisfacción corporal, lo que lleva a la dieta o al efecto negativo. De cualquier manera, la dieta provoca síntomas bulímicos o el efecto negativo, o incluso ambos (Stice, 2002).

Modelo transdiagnóstico de Fairburn (2008). Refiere que la manera en que están clasificados los trastornos alimentarios apoya el punto de vista de que existen diferentes condiciones de trastornos de la conducta alimentaria y que cada una de ellas requiere un tipo distinto de tratamiento. El autor cree que existen fuertes razones para cuestionar estas afirmaciones. Entre las mencionadas podemos destacar:

- La manera en que son clasificados los trastornos de la conducta alimentaria, desarrolla la idea de que la prevalencia de trastornos alimentarios esta en los llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados, y que estos quedaran incluidos en el DSM – V, dentro de una definición más amplia de anorexia y bulimia nerviosa.
- Que lo que llama la atención no es lo que distingue a la anorexia, a la bulimia nerviosa o trastornos de la conducta alimentaria no especificados, sino lo parecidos que son estos trastornos entre ellos.
- Que la característica básica de cualquier trastorno alimentario es que es esencialmente un trastorno cognitivo, pues su patología nuclear es la naturaleza cognitiva: sobrevaloración de la figura, el peso y de su control.
- Que los hábitos alimentarios, la conducta de control de peso y el peso corporal son derivados de esta patología nuclear.

- Que muchas personas pasan de uno a otro trastorno a largo de su enfermedad. La mitad de las personas que sufren anorexia evolucionan hacia la bulimia nerviosa o trastornos de la conducta alimentaria no especificados.
- Si uno se plantea estas migraciones de uno a otro trastorno puede ver que difícilmente la persona que ha pasado de anorexia a bulimia nerviosa y después a una forma de trastorno de la conducta alimentaria no especificada podrá creer que ha pasado por tres diferentes tratamientos.

Propuesta de un modelo explicativo de Raich (2011). Señala que la presión sociocultural a la esbeltez, junto a la estigmatización de la obesidad, juegan un papel fundamental, pero evidentemente es necesario que existan otros elementos para que se desarrollen estos trastornos, estos elementos pueden ser: una herencia genética determinada, un contexto educativo cercano y un ambiente familiar que valore y particularice para la persona implicada estos modelos sociales; una baja autoestima, falta de capacidades de afrontamiento como de resolución de problemas, de autorrelajación y dificultades en el contacto social.

Rendimiento Académico

Etimológicamente viene del latín *reddere* que significa sustituir, pagar. Calle (2005) menciona que es la relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo.

Díaz (2005) afirma que el rendimiento es el resultado que presentan los estudiantes al terminar o finalizar su periodo de estudios, y es únicamente a través de sus notas que se puede tener un concepto de cada uno, si ha aprendido o no los conocimientos que se las ha impartido. Según los dos autores anteriormente señalados, coinciden en afirmar, que es un

resultado o más bien la verificación de un esfuerzo, obteniéndose ello a través de sus notas, que vendría a ser el baremo de lo aprendido por parte del estudiante

El rendimiento se refiere al nivel, en el cual una persona opera en el momento presente, cuyo resultado es medido mediante el uso adecuado de pruebas, aquí juega un papel importante el examinador, ya que es una persona indicada para medir el grado de eficiencia actual del estudiante y verificar en qué medida es satisfactorio o negativo.

Evaluación del Rendimiento

Programa positivo de la evaluación del rendimiento, deberá estar basado primeramente en el conocimiento y comprensión de las necesidades, hábitos e intereses de los estudiantes, de los métodos, o formas de adquisición de aprendizajes y el estudio de los factores determinantes del comportamiento humano o más específicamente del estudiante.

De ahí que, para una justa evaluación del rendimiento, es menester considerar al estudiante como un todo, como una unidad psicofisiológica, que tiene problemas propios que enfrentar y resolver, afronta labores de aprendizaje que varían relativamente con su status económico social, lógicamente sin dejar de lado las etapas de su desarrollo biológico. Caballero (2007) señala que la evaluación del rendimiento académico se basa en la interacción de múltiples factores, como el nivel de ansiedad, el clima familiar, la satisfacción corporal y la desconfianza interpersonal. Ya que estos factores juegan un papel crucial en el universitario, y que además influyen de sobremanera en su desempeño académico.

La evaluación del rendimiento debe considerarse lo siguiente:

- Los procesos logrados en la adquisición de conocimientos de principios básicos acerca de la vida del individuo.

- El uso que este hace o puede hacer de los conocimientos adquiridos en la vida del estudiante.

Objetivos de la Evaluación

Díaz (2005) afirma que la evaluación es parte integrante de la educación y debe basarse en los objetivos del profesor, para que tenga validez, los objetivos enfocan su atención en cómo debe desempeñarse el estudiante y recomiendan como medir el desempeño. Los criterios de éxito incluidos en cada objetivo hacen que resulte más fácil formarse juicios de valores sobre el desempeño de los estudiantes y, por ende asignarles calificaciones.

Técnicas e Instrumentos de evaluación del Rendimiento Académico

Las principales técnicas e instrumentos de evaluación son las siguientes:

Observación. Es una técnica a través de la cual el docente obtiene información relacionada con las habilidades cognoscitivas, afectivas y sociales y todo cambio gradual que se produzca en el educando ante un estímulo previsto por el docente, en relación a un objetivo que se desea evaluar (Díaz, 2005).

Investigativa. Se refiere a cuando el docente no dispone de la referencia de conducta en observación.

Descriptiva. Es cuando es posible interpretar los hechos observados valiéndose de otras informaciones adicionales obtenidas de encuestas, sociogramas, fichas de ingreso, etc.

Confirmativa. Hace referencia a la observación del comportamiento en el mismo estudiante que se da en el transcurso del tiempo.

Evaluación del Aprendizaje

Lemus (1974) considera que el término evaluar se puede considerar como sinónimo de valorar. La evaluación es el proceso de juzgar el valor o la cantidad de algo por medio de una cuidadosa medida, las actividades gracias a las cuales, el maestro o cualquier persona, trata de medir el proceso del aprendizaje o de una situación ocasional determinada.

La evaluación es la actitud crítica de una de las conductas que una comunidad democrática tiende a desarrollar, fortalecer a sus miembros; teniendo como misión esclarecer los objetivos que proporcionan la capacidad para valorar un objeto, una idea, un punto de vista o una conducta. El proceso de la evaluación como apreciación científica de la capacidad de la preparación del estudiante debe ir acompañada de principios psicopedagógicos que tiene en cuenta al educando, expresados en resultados estadísticos (Díaz, 2005).

Resultado de la Educación

Se refiere a la autopercepción social y atribuciones cognoscitivas como factores motivacionales que influyen en el rendimiento escolar. Martínez (2004) afirma que el resultado de la educación, si se lleva en condiciones óptimas, se vería expresada por el buen rendimiento académico del estudiante, graficada sobre todo, por las notas o calificaciones obtenidas en las áreas. En consecuencia, todos los agentes educativos, en nuestra sociedad, se encuentran en el producto de la enseñanza – aprendizaje.

Este viene a ser referente inmediato, para catalogar a los estudiantes con un nivel inferior, medio y superior de su rendimiento académico. Las notas son la expresión inmediata y decisiva para saber si un estudiante tiene o no rendimiento medio o superior, y por consiguiente, si ha aprovechado o no su situación de estudiante.

En realidad se trata de un criterio reduccionista e instrumental, que solo persigue la productividad, la calidad final, sin considerar que se trata de todo un proceso. De acuerdo a

Martínez (2004), refiere que intervienen ciertas variables (para este proceso) que se mencionan a continuación:

- El alumnado y el conocimiento que tiene de su progreso.
- El conjunto de profesores que programan la actividad escolar.
- La administración educativa, que procura un mejoramiento de la calidad del sistema.
- Los progenitores y el seguimiento que hace la familia de la marcha escolar de los hijos.
- La sociedad, que valora la eficacia del funcionamiento de las instituciones educativas.

Abordar el tema del rendimiento académico es sumamente complejo por que interactúan, como hemos visto múltiples variables.

Martínez (2004) afirma que se trata de un constructo complejo y que viene determinado por un gran número de variables y las correspondientes interacciones de muy diversos referentes: inteligencia, motivación, personalidad, actitud, contextos, etc. Es pues un producto multicondicionado y multidimensional.

Trastornos Alimentarios y Rendimiento Académico

Es así que los trastornos alimentarios y al ser tan amplia como compleja su sintomatología, se convierte en una problemática actual y real que va en aumento como dice Raich (2011), debido a factores sociales, familiares, así como culturales, también afirma que la edad promedio de los trastornos es de 16 a 19 años que coincide con la adolescencia. Rodríguez (2013) señala que la prevalencia de los trastornos de la conducta

alimentaria se da de manera particular en adolescentes y adultas jóvenes. Ya que estas son las más afectadas, y por ser una etapa donde la vida cotidiana gira en torno a la educación superior, se convierte el área académica el eje principal en estas etapas de la vida (adolescencia y adultez. Huerta (2004) halló que las postulantes al examen extraordinario de la U.N.S.A. que presentaron mayor sintomatología en cuanto a trastornos alimentarios tendían a postular a carreras en el área de ciencias sociales.

Por otra parte el rendimiento académico en universitarias está influenciado tanto en factores internos como externos. Almaguer (1998) refiere que el éxito o fracaso académico se atribuye a factores internos (autoestima, buen autoconcepto, satisfacción, felicidad y percepción de la imagen corporal), el éxito provoca orgullo, aumento de la autoestima y expectativas optimistas sobre el futuro. Si las causas del éxito o fracaso son vistas como externas, la persona se sentirá afortunada por buena suerte cuando tenga éxito y amargada por su destino cruel cuando fracase. En este último caso, el individuo no asume el control o participación en los resultados de su tarea y cree que es la suerte la que determina lo que sucede (woolfolk, 1995).

Bricklin y Bricklin (1998) señalan que el grado de cooperación y la apariencia física son factores de influencia en los estudiantes para considerar a sus pares como más inteligentes y mejores estudiantes y por ende afectan su rendimiento académico. Almaguer (1998) refiere que el rendimiento académico está influenciado por factores subjetivos como la vestimenta, la manera de hablar, el concepto de imagen corporal y la manera de vestirse. De este modo se vio por conveniente estudiar de qué manera se relaciona la sintomatología de los trastornos alimentarios con la percepción del rendimiento académico en las estudiantes universitarias.

Hipótesis

Existe una relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y una percepción de rendimiento académico inferior.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de Investigación

La presente investigación es de carácter descriptivo, comparativo-correlacional (Vara, 2012), porque tiene como objetivo lograr la identificación de la sintomatología de los trastornos alimentarios, teniendo como referencia el Inventario de trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, y relacionarlos con la percepción de rendimiento académico de las estudiantes de la Universidad Católica de Santa María y la Universidad Nacional de San Agustín.

Técnica

La técnica que se utilizó para medir las variables fue la aplicación de un cuestionario y una encuesta.

Instrumentos

Para fines de la siguiente investigación se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), y tres preguntas elaboradas específicamente para puntualizar la percepción de rendimiento académico.

Ficha técnica

Nombre: (EDI-2), Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Nombre original: EDI-2, Eating Disorder Inventory-2.

Autor: David M. Gardner, Ph.D.

Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

Adaptación española: Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEAS Ediciones, S.A.).

Aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 20 minutos aproximadamente, no está limitado.

Edad: 11 años en adelante.

Significado: Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN).

Tipificación: Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

Descripción

El inventario de los trastornos de la conducta alimentaria es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia y bulimia nerviosa, ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos en los que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, o siempre).

El inventario de los trastornos de la conducta alimentaria consta de 11 escalas: tres que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal), cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia Interoceptiva y miedo a la madurez) y tres adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social).

La aplicación del inventario de los trastornos de la conducta alimentaria en diversos momentos proporciona una información muy valiosa sobre el estado clínico del sujeto y su respuesta al tratamiento. Fuera del ámbito clínico, el inventario de los trastornos de la conducta alimentaria representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria subclínicos o que tienen riesgo de desarrollar en el futuro este tipo de conductas. Así puede aplicarse con facilidad en colegio, equipos deportivos, escuela de danzas, centros de educación superior y otros que puedan tener predisposición a esta patología.

Los cientos de estudios de investigación hechos con el inventario de los trastornos de la conducta alimentaria indican que es un valioso instrumento de investigación por que suministra información descriptiva y permite la comparación entre muestras de diversos orígenes o composición.

Confiabilidad

Consistencia interna. Es uno de los criterios utilizados para seleccionar las escalas de la versión definitiva del EDI es su consistencia interna (alfa de cronbach), que es superior a 0,80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Dicha consistencia del EDI ha sido objeto de diversos estudios, por ejemplo, con una amplia muestra de pacientes suecos que también fue comparada con una muestra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de Wellington, Nueva Zelanda (Welch, 1988; Welch, Hall y Norring, 1990). En el estudio con la muestra sueca no se incluían los coeficientes alfa a todas las escalas pero se indicaba que en seis de ellas eran similares a los del manual original, con valores comprendidos entre 0,84 y 0,92, mientras que bajaban algo en perfeccionismo (0,76) y desconfianza interpersonal (0,74). Incluyendo también los datos de la muestra de neozelanda, Welch (1988) obtuvo coeficientes un poco más bajos, entre 0,70 y 0,81.

Confiabilidad del test retest. La utilidad del método test-retest ha sido puesta en duda, tanto desde el punto de vista teórico como por razones prácticas, pero no puede negarse que da una información útil sobre la estabilidad de rasgos que presumiblemente son de naturaleza relativamente estable. La obtención e interpretación de los coeficientes de fiabilidad de test-retest debe hacerse con precaución porque en el retest pueden intervenir diversas variables perturbadoras como enfermedades, recuerdo de las respuestas dadas con anterioridad y fluctuaciones en el estado psicológico.

Validez

Las primeras muestras de pacientes de anorexia nerviosa y de control se utilizaron para seleccionar los elementos a retener de entre un primer conjunto de elementos experimentales. Éstos, para ser aceptados, tenían que cumplir tres condiciones:

- Debían demostrar su validez adecuadamente entre los pacientes de anorexia nerviosa y el grupo de control.
- Debían correlacionar más fuertemente con su propia escala que con cualquiera de las restantes escalas. Dado que los elementos del conjunto original fueron analizados independientemente en la muestra clínica y en la de control, se repitió el estudio de los requisitos de validez y homogeneidad de los elementos. Posteriormente se construyeron otros elementos y se evaluaron de igual forma en muestra de pacientes y grupos de control.
- Los elementos debían poder agruparse en escalas con un coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) superior a 0,80 en la muestra de percentiles de anorexia nerviosa.

Antes de realizar la primera publicación del EDI, se realizaron otros análisis dirigidos a demostrar su validez. Entre ellos podemos citar los siguientes. Correlación entre las puntuaciones de los pacientes en las escalas y las valoraciones otorgadas por los clínicos en las medidas por el EDI.

Las puntuaciones medias en las escalas del EDI de un grupo pequeño de pacientes de anorexia nerviosa curados resultaron ser similares a las puntuaciones del grupo no clínico y significativamente más bajas que las del grupo anorexia nerviosa sintomática. Se observaron diferencias significativas en la escala de bulimia entre los pacientes de anorexia nerviosa de ambos tipos.

Se demostró la validez convergente y discriminante mediante las correlaciones entre las escalas del EDI y otros instrumentos de medida con diferentes grados de solape conceptual.

La validez de contenido, la validez de criterio, la validez concurrente y la validez de constructo complementan los datos anteriormente mencionados, aportando nuevos datos de validez con muestras más amplias. Desde la primera publicación del manual del EDI, se han hecho numerosos estudios, muchos de ellos a cargo de profesionales independientes, que aumentan la información disponible sobre la validez de la prueba.

Población

La población que se tomó en cuenta estuvo constituida por las estudiantes universitarias de la Universidad Católica de Santa María que son 14,100 y las estudiantes de la Universidad Nacional de San Agustín 22,416.

Muestra

La muestra fue seleccionada por conveniencia no aleatoria, y estuvo compuesta por 568 estudiantes universitarias, de entre 16 y 30 años de edad, de primero, tercero y quinto semestre, de los Programas Profesionales de Psicología, Enfermería, Ingeniería Comercial, de la Universidad Católica de Santa María, y primer año, segundo año y cuarto año de las escuelas profesionales de Psicología, Enfermería y Economía de la Universidad Nacional de San Agustín. De la cual 299 pertenecen a la Universidad Católica de Santa María y 269 pertenecen a la Universidad Nacional San Agustín. 328 estudiantes universitarias se ubican entre los 16 a 19 años, 216 entre los 20 a 24 años, y 24 entre los 25 a 30 años de edad, de los cuales 18.5% de la muestra total pertenece al programa profesional de Enfermería de la U.C.S.M., el 22% a la escuela profesional de Enfermería de la U.N.S.A., el 23.1% al programa profesional de Psicología de la U.C.S.M., el 13.4% a la escuela profesional de Psicología de la U.N.S.A., el 11.1% al programa profesional de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 12% corresponde a la escuela profesional de Economía de la U.N.S.A.

Estrategia de Recolección de Datos

Se solicitó permiso bajo solicitud a los profesores o encargados de los cursos seleccionados para poder aplicar el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y la encuesta, todo ello en horas de clase. El tiempo de aplicación es de 20 minutos como mínimo y 30 minutos como máximo.

La toma del cuestionario y la encuesta fue de manera anónima. Una vez detalladas las instrucciones los autores permanecieron en los diferentes salones de clase para la resolución de cualquier duda que pudiera presentarse durante el llenado del EDI-2. Una vez obtenidas y calificadas las pruebas, además de tener la información de la percepción de rendimiento académico de las estudiantes, se procederá a relacionar las diferentes sintomatologías con la percepción de rendimiento académico.

Criterios de Procesamiento de Información

Dado que nuestra investigación es de tipo descriptiva, comparativa y correlacional, utilizamos la prueba estadística chi-cuadrado que es muy útil sobre todo en investigaciones del tipo conductual. Puesto que se trabajó la relación de las variables.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Descripción de los Resultados

Presentaremos las tablas de los resultados describiendo cada una de las variables, así mismo demostraremos la relación de la sintomatología de trastornos alimentarios y percepción de rendimiento académico, de igual manera el área de estudios y la edad de las estudiantes universitarias.



Tabla 1*Relación de Actitudes y Conductas Alimentarias y Percepción del Rendimiento Académico.*

		Rendimiento						Estadística	
		Tercio Inferior		Tercio Medio		Tercio Superior		X ²	Sig.
		N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Obsesión por la delgadez	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	8.277	P < 0.219
	Inferior	0	0	6	1	0	0		
	Normal	19	3	301	53	152	27		
	Superior	0	0	49	9	18	3		
	Muy superior	0	0	15	3	8	1		
Bulimia	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	24.289	P < 0.00
	Inferior	0	0	13	2	3	1		
	Normal	5	1	183	31	101	18		
	Superior	11	2	163	29	74	13		
	Muy superior	3	1	12	2	0	0		
Insatis. corporal	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	81.117	P < 0.00
	Inferior	0	0	0	0	0	0		
	Normal	5	2	223	39	110	19		
	Superior	14	2	148	26	68	12		
	Muy superior	0	0	0	0	0	0		
Total		19	4	371	65	178	31	568	100

La Tabla 1, muestra los niveles de las escalas Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal que el 9% y el 3% de estudiantes del tercio medio y tercio superior se encuentran en un nivel superior respecto con a la escala de Obsesión por la Delgadez y el 3% del tercio medio, 1% del tercio superior se encuentran ubicados en un nivel muy superior. El 2% del tercio inferior, el 29% del tercio medio y el 13% del tercio superior se encuentran ubicados en un nivel superior, el 1% del tercio inferior, el 2% del tercio medio se encuentran ubicados en un nivel muy superior con respecto a la escala de la Bulimia. El 2% del tercio inferior, el 26% del tercio medio y el 12% del tercio superior se encuentran en un nivel superior en cuanto a la escala de Insatisfacción Corporal.

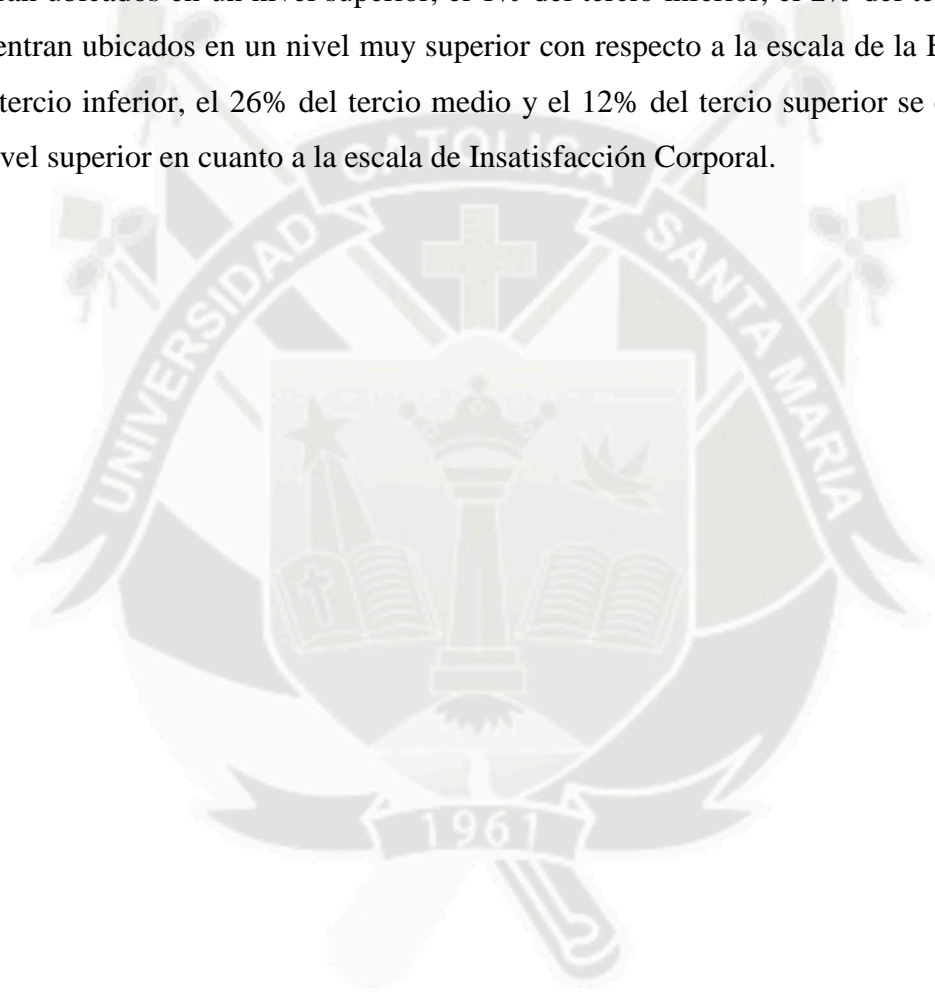


Tabla 2
Relación de Rasgos Psicológicos y Percepción de Rendimiento Académico.

		Rendimiento						Estadística	
		Tercio Inferior		Tercio Medio		Tercio Superior		X ²	Sig.
		N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%		
Inefica.	Inferior	0	0	0	0	0	0	29.838	P < 0.00
	Normal	0	0	227	39	100	18		
	Superior	14	2	111	20	65	11		
	Muy superior	5	2	33	6	13	2		
	Muy inferior	0	0	0	0	0	0		
Perfecci.	Inferior	0	0	13	2	2	0	19.322	P < 0.00
	Normal	5	2	198	35	75	13		
	Superior	14	2	119	21	65	12		
	Muy superior	0	0	41	7	36	6		
	Muy inferior	0	0	0	0	0	0		
Descon. Inter.	Inferior	0	0	4	0	5	1	15.216	P < 0.01
	Normal	3	1	91	16	37	7		
	Superior	14	3	199	35	117	20		
	Muy superior	2	0	77	14	19	3		
	Muy inferior	0	0	0	0	0	0		
Conci. Introe.	Inferior	0	0	0	0	0	0	7.06	P < 0.132
	Normal	0	0	96	17	42	7		
	Superior	14	3	195	34	93	16		
	Muy superior	5	1	80	14	43	8		
	Muy inferior	0	0	0	0	0	0		
Miedo a la Madurez.	Inferior	0	0	2	0	3	0	8.413	P < 0.209
	Normal	0	0	47	8	32	6		
	Superior	8	2	135	24	63	11		
	Muy Superior	11	2	187	33	80	14		
	Total	19	4	371	65	178	31		

La Tabla 2 señala que el 2% del tercio inferior, el 20% del tercio medio y el 11% del tercio superior de estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior; el 2% del tercio inferior, el 6% del tercio medio y el 2% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala de Ineficacia. El 2% del tercio inferior, el 21% del tercio medio y el 12% del tercio superior se encuentran en un nivel muy superior; el 7% del tercio medio y el 6% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala de Perfeccionismo. El 3% del tercio inferior, el 35% del tercio medio y el 20% del tercio superior se ubican en un nivel superior; el 14% del tercio medio y el 3% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala de Desconfianza interpersonal. Un 3% del tercio inferior, el 34% del tercio medio y el 16% del tercio superior se ubican en un nivel superior; el 1% del tercio inferior, el 14% del tercio medio y el 8% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala de Conciencia Interoceptiva. El 2% del tercio inferior, el 24% del tercio medio y el 11% del tercio superior se ubican en un nivel superior; el 2% del tercio inferior, el 33% del tercio medio y el 14% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la Miedo a la Madurez.

Tabla 3
Relación de Escalas adicionales y Percepción de Rendimiento Académico,

		Rendimiento						Estadística	
		Tercio Inferior		Tercio Medio		Tercio Superior		X ²	Sig.
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Ascetismo	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	81.117	P < 0.00
	Inferior	0	0	55	9	32	5		
	Normal	5	1	170	30	90	16		
	Superior	11	2	94	17	47	8		
	Muy superior	3	1	52	9	9	2		
Impulsi.	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	81.117	P < 0.00
	Inferior	0	0	3	0	3	0		
	Normal	3	1	189	33	109	18		
	Superior	13	2	95	17	45	8		
	Muy superior	3	1	84	15	21	4		
Inseguri. Social	Muy inferior	0	0	0	0	3	1	81.117	P < 0.00
	Inferior	0	0	9	1	13	2		
	Normal	0	0	225	40	104	18		
	Superior	13	3	102	18	48	9		
	Muy superior	6	1	35	6	10	2		
Total		19	4	371	65	178	31	568	100

La Tabla 3 muestra que el 2% del tercio inferior, el 17% del tercio medio y el 8% del tercio superior de estudiantes universitarias se ubican en un nivel superior; el 1% del tercio inferior, el 9% del tercio medio y el 2% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala del Ascetismo. El 2% del tercio inferior, el 17% del tercio medio y el 8% del tercio superior se ubican en un nivel superior; el 1% del tercio inferior, el 15% del tercio medio y el 4% del tercio superior pertenecen a un nivel muy superior con respecto a la escala de Impulsividad. Un 18% del tercio medio y el 9% del tercio superior se ubican en un nivel superior; el 1% del tercio inferior, el 6% del tercio medio y el 2% del tercio superior están en un nivel muy superior con respecto a la escala de Inseguridad Social.

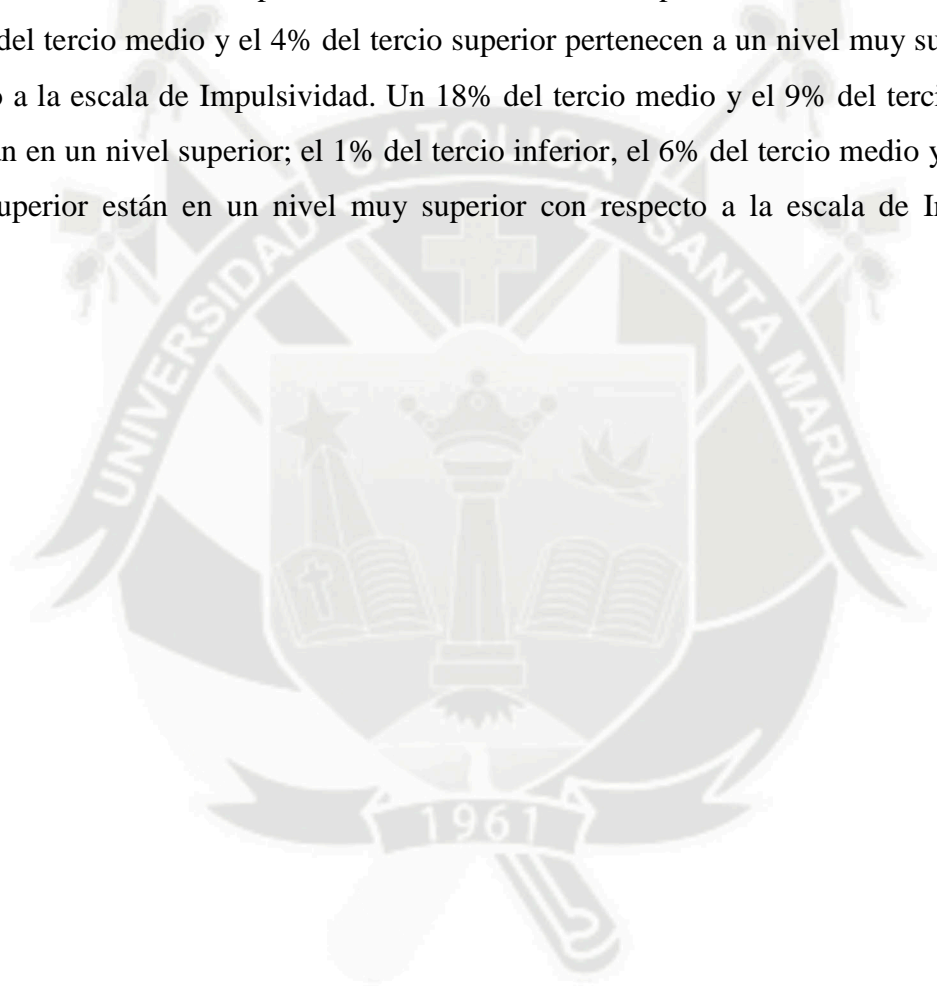


Tabla 4

Diferencias de Actitudes y Conductas Alimentarias Entre Universidades

	Universidad						
	U.C.S.M.		U.N.S.A.		Estadística		
	Nº.	%	Nº.	%	X ²	Sig.	
Obsesión por la delgadez	Muy inferior	0	0	0	0	41.631	P < 0.00
	Inferior	6	1	0	0		
	Normal	224	39	248	44		
	Superior	58	11	9	1		
	Muy superior	11	2	12	2		
Bulimia	Muy inferior	0	0	0	0	35.135	P < 0.00
	Inferior	3	1	13	2		
	Normal	173	30	116	20		
	Superior	108	19	140	25		
	Muy Superior	15	3	0	0		
Insatisfa.	Muy inferior	0	0	0	0	0.0826	P < 0.662
	Inferior	102	18	97	17		
	Normal	187	33	160	28		
	Superior	10	2	12	2		
	Muy superior	0	0	0	0		
Total	299	53	269	47	568		100

La Tabla 4 señala que el 11% de la U.C.S.M. y el 1% de la U.N.S.A. de universitarias se encuentran en un nivel superior, el 2% de la U.C.S.M. y el 2% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior en relación con la escala de Obsesión por la delgadez. El 19% de la U.C.S.M. y el 25% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior, el 3% de la U.C.S.M. están en nivel muy superior con relación a la escala de Bulimia. El 2% de la U.C.S.M. y el 2% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior en relación con la escala de Insatisfacción corporal.



Tabla 5
Diferencias de Rasgos Psicológicos Entre Universidades

		Universidad				Estadística	
		U.C.S.M.		U.N.S.A.		X ²	Sig.
		Nº.	%	Nº.	%		
Ineficacia	Inferior	0	0	0	0	5.503	P < 0.064
	Normal	165	29	162	29		
	Superior	112	20	78	13		
	Muy superior	22	4	29	5		
	Muy inferior	0	0	0	0		
Perfeccionismo	Inferior	10	2	5	0	61.624	P < 0.00
	Normal	175	31	112	20		
	Superior	105	18	84	15		
	Muy superior	9	2	68	12		
	Muy inferior	0	0	0	0		
Desconfianza Interpersonal	Inferior	3	1	6	1	37.783	P < 0.00
	Normal	61	11	70	12		
	Superior	204	36	126	22		
	Muy superior	31	5	67	12		
	Muy inferior	0	0	0	0		
Conciencia Introceptiva	Inferior	0	0	0	0	0.517	P < 0.772
	Normal	76	13	62	11		
	Superior	158	29	144	25		
	Muy superior	65	11	63	11		
	Muy inferior	0	0	0	0		
Miedo a la Madurez	Inferior	5	1	0	0	13.06	P < 0.00
	Normal	45	8	34	6		
	Superior	121	21	85	15		
	Muy Superior	128	23	150	26		
	Total	299	53	269	47		

La Tabla 5 muestra que el 20% de la U.C.S.M. y el 13% de la U.N.S.A. de universitarias se encuentran en un nivel superior; el 4% de la U.C.S.M. y el 5% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior en relación con la escala de Ineficacia. El 18% de la U.C.S.M. y el 15% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior; el 2% de la U.C.S.M. y el 12% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior con relación a la escala de perfeccionismo. Un 36% de la U.C.S.M. y el 22% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior; el 5% de la U.C.S.M. y el 12% de la U.N.S.A. presentan un nivel muy superior con relación a la escala de Desconfianza Interpersonal. El 29% de la U.C.S.M. y el 25% de la U.N.S.A. se encuentran en un superior; el 11% de la U.C.S.M. y el 11% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior en relación con la escala de Conciencia Interoceptiva. Un 21% de la U.C.S.M. y el 15% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior; el 23% de la U.C.S.M. y el 26% de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Miedo a la Madurez.

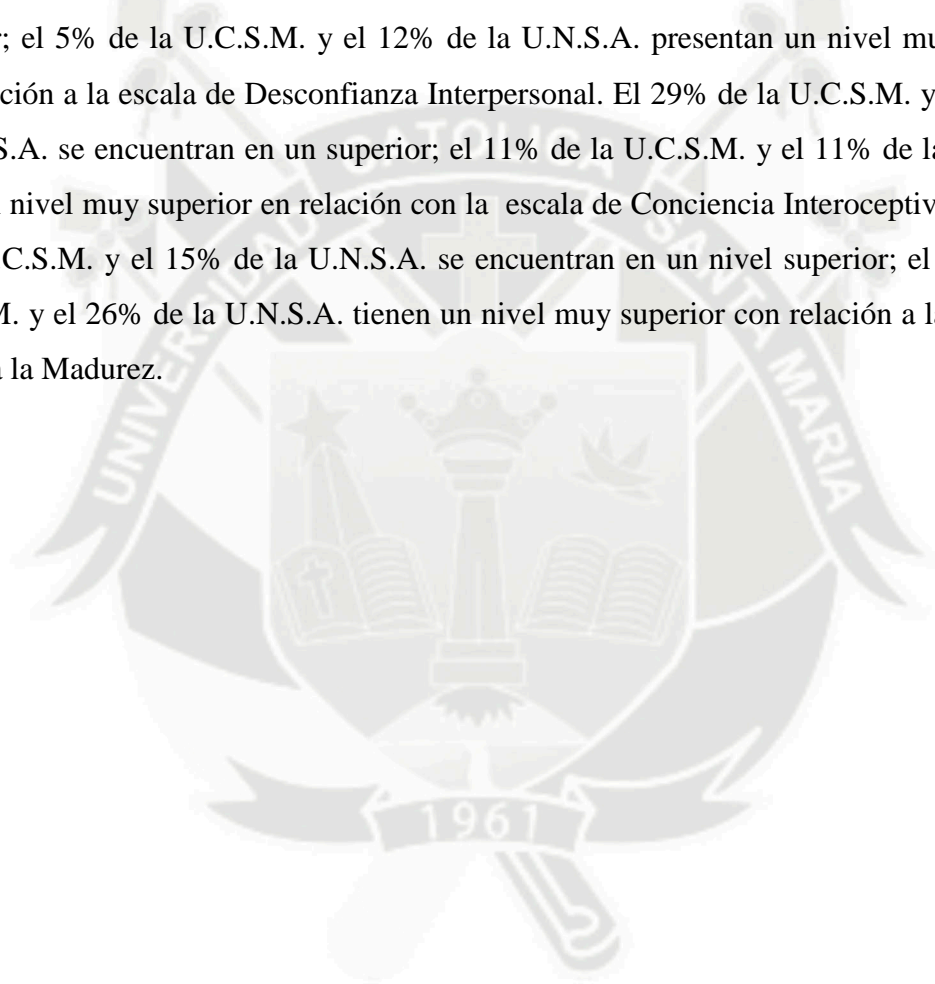


Tabla 6

Diferencia de Escalas Adicionales Entre Universidades.

		Universidad				Estadística	
		U.C.S.M.		U.N.S.A.		X ²	Sig.
		N°.	%	N°.	%		
Ascetis.	Muy Inferior	0	0	0	0	7.668	P < 0.053
	Inferior	39	6	48	8		
	Normal	140	25	131	23		
	Superior	77	14	69	12		
	Muy superior	43	8	21	4		
Impulsi.	Muy inferior	0	0	0	0	49.059	P < 0.00
	Inferior	3	0	3	0		
	Normal	157	28	144	25		
	Superior	109	19	44	8		
	Muy superior	30	5	78	14		
Inseguri. Social	Muy inferior	3	1	0	0	7.625	P < 0.106
	Inferior	11	2	11	2		
	Normal	189	33	153	27		
	Superior	76	13	74	13		
	Muy superior	20	4	31	5		
Total		299	53	269	47	568	100

La Tabla 6 señala que el 14% de la U.C.S.M. y el 12% de la U.N.S.A. de universitarias se encuentran en un nivel superior; el 8% de la U.C.S.M. y el 4% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior en relación con la escala de Ascetismo. Un 19% de la U.C.S.M. y el 8% de la U.N.S.A. se encuentran en un superior; el 5% de la U.C.S.M. y el 14% de la U.N.S.A. están en nivel muy superior con relación a la escala de Impulsividad. Y el 13% de la U.C.S.M. y el 13% de la U.N.S.A. se encuentran en un nivel superior; el 4% de la U.C.S.M. y el 5% de la U.N.S.A. presentan un nivel muy superior con relación a la escala de Inseguridad Social.



Tabla 7

Actitudes y Conductas Alimentarias por Carreras Profesionales

		CARRERAS PROFESIONALES												Estad.	
		U.C.S.M.						U.N.S.A							
		Enfermería		Psicología		Ingeniería Comercial		Psicología		Enfermería		Economía			
		N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	X ²	Sig.
Obsesión por la delgadez	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81.117 P<0.00	
	Inferior	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Normal	80	14	90	16	54	10	67	12	125	22	56	9		
	Superior	22	4	27	5	9	1	3	1	0	0	6	1		
	Muy superior	0	0	11	2	0	0	6	1	0	0	6	1		
Bulimia	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81.117 P<0.00	
	Inferior	0	0	3	1	0	0	0	0	13	2	0	0		
	Normal	69	12	63	11	41	7	40	8	50	9	26	4		
	Superior	30	5	56	10	22	4	36	6	62	11	42	7		
	Muy superior	6	1	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0		
Insatisfacción	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57.006 P<0.00	
	Inferior	31	5	36	6	35	6	20	4	63	11	14	2		
	Normal	74	13	85	15	28	5	50	9	62	11	48	8		
	Superior	0	0	10	3	0	0	6	1	0	0	6	1		
	Muy superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Total	105	18	131	24	63	11	76	14	125	22	68	11		

La tabla 7 señala que el 4% de Enfermería, el 5% de Psicología, el 1% de Ingeniería Comercial de estudiantes universitarias de la U.C.S.M. y el 1% de Psicología, el 1% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 2% de Psicología de la U.C.S.M. y el 1% de Psicología, el 1% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Obsesión por la delgadez. El 5% de Enfermería, el 10% de Psicología, el 4% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 11% de Enfermería, el 6% de Psicología y el 7% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 1% de Enfermería, el 2% de Psicología de la U.C.S.M. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Bulimia. El 3% de Psicología de la U.C.S.M. y el 1% de Psicología de la U.N.S.A. y, el 1% de Economía se ubican en un nivel superior con relación a la escala de Insatisfacción.

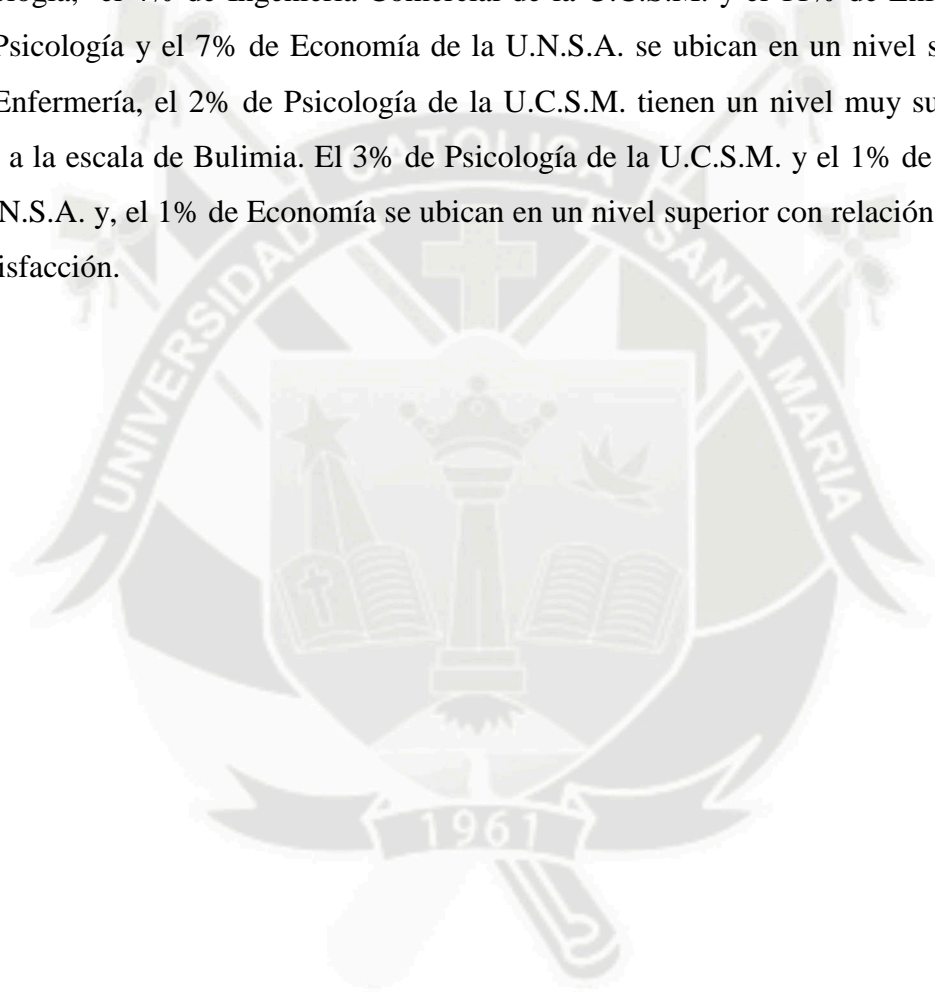


Tabla 8

Rasgos Psicológicos por Áreas

		Área												X ²	Sig.
		U.C.S.M.						U.N.S.A.							
		Enfermería		Psicología		Ingeniería Comercial		Psicología		Enfermería		Economía			
		N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Ineficacia	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,883	p<0.082
	Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Normal	54	10	72	13	39	6	49	9	75	13	38	7		
	Superior	44	8	53	10	15	3	20	4	37	7	21	2		
	Muy superior	7	1	6	1	9	2	7	1	13	2	9	2		
Perfec_ cionismo	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	125,812	p< 0.000
	Inferior	0	0	5	1	5	1	5	1	0	0	0	0		
	Normal	50	9	82	14	43	7	41	7	38	6	33	5		
	Superior	49	8	41	8	15	3	11	2	61	11	12	2		
	Muy superior	6	1	3	1	0	0	19	4	26	5	23	4		
Desconfianza Interpersonal	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96,332	p= 0.00
	Inferior	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	3	0		
	Normal	6	1	13	2	13	2	26	5	13	2	14	2		
	Superior	71	12	50	9	50	9	35	6	50	9	35	6		
	Muy superior	28	5	0	0	0	0	12	2	0	0	16	3		
Concienci. Interocep.	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86,457	p<0.00
	Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Normal	9	1	26	5	26	5	14	2	26	5	9	2		
	Superior	77	14	18	3	18	3	38	8	18	3	33	5		
	Muy superior	19	3	19	3	19	3	24	4	19	3	26	4		
Miedo a la Madurez	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,413	p=<0.209
	Inferior	0	0	5	1	5	1	0	0	5	1	0	0		
	Normal	6	1	5	1	5	1	8	2	5	1	0	0		
	Superior	33	5	22	4	22	4	34	6	22	4	15	2		
	Muy Superior	66	12	31	5	31	5	34	6	31	5	53	9		
Total		105	18	131	24	63	11	76	14	125	22	68	11		

La Tabla 8 muestra que el 8% de Enfermería, el 10% de Psicología, el 3% de Ingeniería Comercial de estudiantes universitarias de la U.C.S.M. y el 7% de Enfermería, el 4% de Psicología, el 2% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 1% de Enfermería, el 1% de Psicología, el 2% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 2% de Enfermería, el 1% Psicología, el 2% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Ineficacia. El 8% de Enfermería, el 8% de Psicología, el 3% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 11% de Enfermería, el 2% de Psicología, el 2% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 1% de Enfermería, el 1% de Psicología de la U.C.S.M. y el 5% de Enfermería, el 4% de Psicología y el 4% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Perfeccionismo. El 12% de Enfermería, el 15% de Psicología, el 9% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 10% de Enfermería, el 6% de Psicología, el 6% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un superior; el 5% de Enfermería, el 1% Psicología de la U.C.S.M. y el 7% de Enfermería, el 2% de Psicología, y el 3% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la Desconfianza Interpersonal. Un 14% de Enfermería, el 12% de Psicología, el 3% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 13% de Enfermería, el 8% de Psicología, el 5% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 3% de Enfermería, el 5% de Psicología, el 3% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 2% de Enfermería, el 4% de Psicología, y el 4% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Conciencia Interoceptiva. El 5% de Enfermería, el 13% de Psicología, el 4% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 6% de Enfermería, el 6% de Psicología, el 2% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 12% de Enfermería, el 5% de Psicología, el 5% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 11% de Enfermería, el 6% de Psicología el 9% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Miedo a la Madurez.

Tabla 9

Escalas Adicionales por Áreas

		Área										X ²	Sig.		
		U.C.S.M.					U.N.S.A.								
		Enfermería		Psicologi.		Ingenieri. Comerci.		Psicología		Enfermería				Econo.	
		N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%			N°.	%
Ascetismo	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13.769	p<0.03	
	Inferior	6	1	12	2	21	3	20	4	13	2	15			2
	Normal	45	8	72	13	23	4	32	6	75	13	24			4
	Superior	34	5	33	7	10	2	18	3	37	7	14			2
	Muy superior	20	4	14	2	9	2	6	1	0	0	15			3
Impulsividad	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28.7328	p<0.00	
	Inferior	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3			0
	Normal	65	11	57	10	35	6	49	9	39	7	18			3
	Superior	30	5	60	12	19	3	16	3	73	13	17			3
Inseguridad Social	Muy superior	7	1	14	2	9	2	11	2	13	2	30	5	33.378	p<0.00
	Muy inferior	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Inferior	0	0	3	1	8	2	5	1	0	0	3	0		
	Normal	64	11	94	17	31	5	42	8	26	5	29	5		
	Superior	29	5	23	5	24	4	22	4	36	6	25	4		
	Muy superior	12	2	8	1	0	0	7	1	63	11	11	2		
	Total	105	18	131	24	63	11	76	14	125	22	68	11		

La Tabla 9 muestra que el 5% de Enfermería, el 7% de Psicología, el 2% de Ingeniería Comercial de estudiantes universitarias de la U.C.S.M. y el 7% de Enfermería, el 3% de Psicología, el 2% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 4% de Enfermería, el 2% de Psicología, el 2% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 1% de Psicología, el 3% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Ascetismo. El 5% de Enfermería, el 12% de Psicología, el 3% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 2% de Enfermería, el 3% de Psicología, el 3% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 1% de Enfermería, el 2% de Psicología, el 2% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 7% de Enfermería, el 2% de Psicología y el 5% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Impulsividad. El 5% de Enfermería, el 5% de Psicología, el 4% de Ingeniería Comercial de la U.C.S.M. y el 5% de Enfermería, el 4% de Psicología, el 4% de Economía de la U.N.S.A. se ubican en un nivel superior; el 2% de Enfermería, el 1% de Psicología de la U.C.S.M. y el 2% de Enfermería, el 1% de Psicología, y el 2% de Economía de la U.N.S.A. tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Inseguridad Social.

Tabla 10

Actitudes y Conductas Alimentarias por Edad

		Edad						Estad. X ² Sig.
		16 - 19 años		20 - 24 años		25 - 30 años		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Obsesión por la delgadez	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	9.930 p<0.128
	Inferior	1	0	5	1	0	0	
	Normal	274	48	175	31	23	4	
	Superior	42	8	25	4	0	0	
	Muy superior	11	2	11	2	1	0	
Bulimia	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	4.78 p<0.580
	Inferior	10	2	5	1	1	0	
	Normal	164	29	116	20	9	2	
	Superior	143	25	91	16	14	2	
	Muy superior	11	2	4	1	0	0	
Insatisfacción Corporal	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	0.928 p<0.921
	Inferior	113	20	79	14	7	1	
	Normal	201	35	130	23	16	3	
	Superior	14	3	7	1	1	0	
	Muy superior	0	0	0	0	0	0	
Total		328	58	216	38	24	4	

La Tabla 10 muestra que el 8% de estudiantes universitarias de entre 16–19 años y el 4% de 20–24 años de edad presentan un nivel superior; el 2% de 16–19 y el 2% de 20–24 de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Obsesión por la Delgadez. El 25% de 16–19 años, el 16% de 20–24 años y el 2% de 25–30 años presentan un nivel superior. El 2% de 16–19 años y el 1% de 20–24 de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Bulimia. El 3% de 16–19 años y el 1% de 20–24 años de edad presentan un nivel superior con relación a la escala de Insatisfacción Corporal.

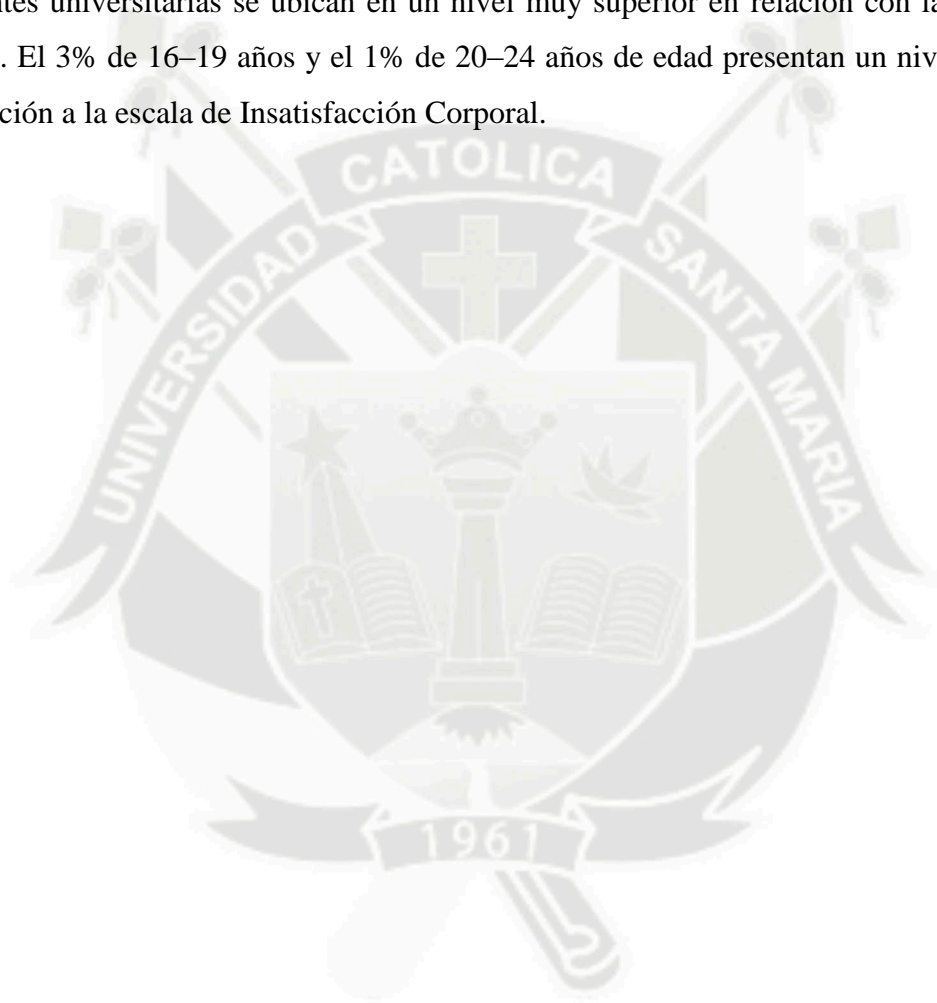


Tabla 11

Rasgos Psicológicos por Edad

		Edad						Estad.	
		16 - 19 años		20 - 24 años		25 - 30 años		X ²	Sig.
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Ineficacia	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	1.508 p<0.825	
	Inferior	0	0	0	0	0	0		
	Normal	182	32	130	23	15	3		
	Superior	116	21	67	12	7	1		
	Muy superior	30	5	19	3	2	0		
Perfec_ cionismo	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	8.627 p<0.196	
	Inferior	7	1	6	1	2	0		
	Normal	175	31	99	17	13	2		
	Superior	99	18	84	15	6	1		
	Muy superior	47	8	27	5	3	1		
Desconfianza Interpers onal	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	8.728 p<0.189	
	Inferior	6	1	2	0	1	0		
	Normal	72	13	50	9	9	2		
	Superior	190	33	132	23	8	1		
	Muy superior	60	11	32	6	6	1		
Conciencia Interocept iva	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	8.728 p<0.189	
	Inferior	0	0	0	0	0	0		
	Normal	88	15	43	8	7	1		
	Superior	171	31	120	21	11	2		
	Muy superior	69	12	53	9	6	1		
Miedo a la Madurez	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	6.533 p< 0.366	
	Inferior	4	1	1	0	0	0		
	Normal	50	9	25	4	4	1		
	Superior	110	19	90	16	6	1		
	Muy superior	164	29	100	18	14	2		
Total		328	58	216	38	24	4		

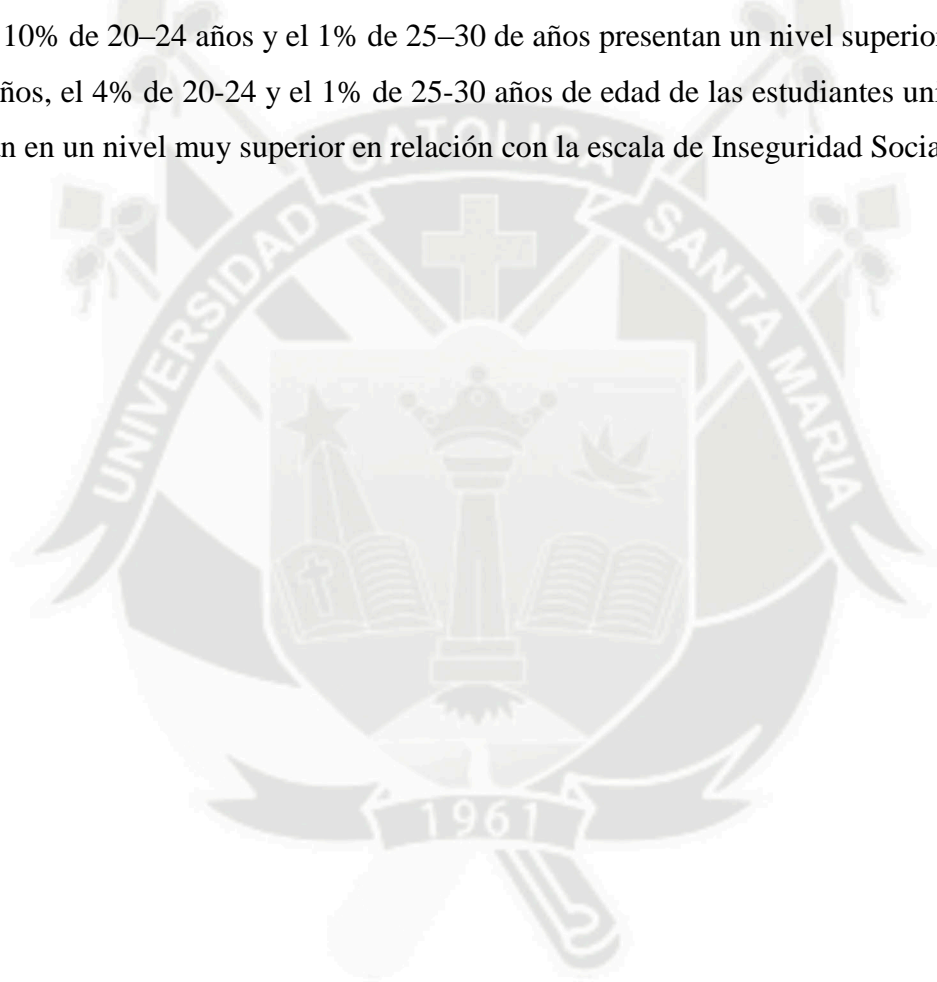
La Tabla 11, indica que el 21% de universitarias de entre 16–19 años, el 12% de 20–24 años y el 1% de 25–30 años de edad presentan un nivel superior; el 5% de 16–19 y el 3% de 20–24 de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Ineficacia. Asimismo el 18% de 16–19 años, el 15% de 20–24 años y el 1% de 25–30 años de edad presentan un nivel superior; el 8% de 16–19, el 5% de 20–24 y el 1% de 25–30 años de edad de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con a la escala de Perfeccionismo. El 33% de 16–19 años, el 23% de 20–24 años y el 1% de 25–30 años presentan un nivel superior; el 11% de 16–19 años, el 6% de 20–24 y el 1% de 25–30 años de edad de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Desconfianza Interpersonal. El 31% de 16–19 años, el 21% de 20–24 años y el 2% de 25–30 años de edad presentan un nivel superior; el 12% de 16–19, el 9% de 20–24 y el 1% de 25–30 años de edad de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Conciencia Interoceptiva. El 19% de 16–19 años, el 16% de 20–24 años y el 1% de 25–30 años de edad presentan un nivel superior; También se observa que el 29% de 16–19 años, el 18% de 20–24 y el 2% de 25–30 años tienen un nivel muy superior con relación a la escala de Miedo a la Madurez.

Tabla 12

Escalas Adicionales por Edad

		Edad						Estad.	
		16 - 19 años		20 - 24 años		25 - 30 años			
		N°.	%	N°.	%	N°.	%	X ²	Sig.
Ascetismo	Muy Inferior	0	0	0	0	0	0	11.204	p< 0.082
	Inferior	53	9	31	5	3	1		
	Normal	153	27	100	18	18	3		
	Superior	89	16	54	10	3	1		
	Muy superior	33	6	31	5	0	0		
Impulsividad	Muy inferior	0	0	0	0	0	0	1.704	p< 0.0.945
	Inferior	3	1	3	1	0	0		
	Normal	170	30	116	20	15	3		
	Superior	90	16	58	10	5	0		
	Muy superior	65	11	39	7	4	1		
Inseguridad Social	Muy inferior	3	1	0	0	0	0	3.498	P< 0.889
	Inferior	12	2	9	2	1	0		
	Normal	200	35	129	22	13	2		
	Superior	86	15	56	10	8	1		
	Muy superior	27	5	22	4	2	1		
Total		328	58	216	38	24	4		

La tabla 12 señala que el 16% de 16 - 19 años, el 10% de 20-24 años y el 1% de 25-30 de años presentan un nivel superior; el 6% de 16-19 años y el 5% de 20-24 de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Ascetismo. El 16% de 16-19 años, el 10% de 20-24 años presentan un nivel superior; se observa que el 11% de 16-19 años, el 7% de 20-24 y el 1% de 25-30 años de edad se ubican en un nivel muy superior en relación a la escala de Impulsividad. El 15% de 16-19 años, el 10% de 20-24 años y el 1% de 25-30 de años presentan un nivel superior; el 5% de 16-19 años, el 4% de 20-24 y el 1% de 25-30 años de edad de las estudiantes universitarias se ubican en un nivel muy superior en relación con la escala de Inseguridad Social.



DISCUSIÓN

La investigación realizada con estudiantes universitarias de la Universidad Católica de Santa María y la Universidad Nacional de San Agustín: con relación a la sintomatología de la conducta alimentaria y percepción de rendimiento académico, ha mostrado fehacientemente nuestra hipótesis planteada, que existe una relación entre las sintomatologías de los trastornos alimentarios y una percepción de rendimiento inferior. Cabe mencionar que una parte significativa de la muestra estudiada se encuentra en los niveles superior y muy superior con relación a las escalas de bulimia 47%, insatisfacción corporal 40%, ineficacia 43%, perfeccionismo 48%, desconfianza interpersonal 75%, ascetismo 39%, impulsividad 47% e inseguridad social 39%. En consecuencia las estudiantes que presenten niveles altos en las escalas señaladas tienen mayor riesgo de presentar comportamientos de trastornos alimentarios como refiere Levine y Smolak (2006).

También se halló relación entre la escala de perfeccionismo con el rendimiento académico, que guarda concordancia con el estudio realizado por Galarregi y Keegan (2012) que encontraron que los estudiantes que tenían niveles superiores de perfeccionismo tendían a ser estrictos con ellos mismo y exigentes en los ámbitos de su vida, no solo en el académico sino que también en el social, se observa también que las universitarias que presentan una percepción de rendimiento académico inferior tienen niveles superiores en la escala de ineficacia que guarda relación con Caballero (2007) que demostró que a niveles superiores de autoeficacia por parte de los estudiantes bajos son los niveles de estrés en los mismos, permitiendo un mejor rendimiento académico en ellos, y en los que presentaban niveles inferiores de autoeficacia, también los asocio con niveles altos de estrés y así mismo un rendimiento inferior. También se observa niveles superiores en la escala de bulimia en estudiantes con un rendimiento académico inferior, que guarda relación con Raich (2011) que afirma que un rendimiento académico inferior de las estudiantes con trastornos de la conducta alimentaria se debe a las conductas purgativas propias de la bulimia, lo que disminuirá considerablemente la concentración, la percepción y la memoria, lo que impedirá un buen rendimiento académico.

En la investigación se observa que las estudiantes del tercio inferior tienen un nivel superior y muy superior en la escala de impulsividad lo que se relaciona con el estudio de Garner (1980) que señala que la impulsividad está altamente ligado al descontrol de impulsos, a la hostilidad, la agitación, y la destrucción de relaciones interpersonales, destruyendo el compañerismo en el entorno académico y la falta de disciplina académica, así mismo esta escala se relaciona con la desconfianza interpersonal que también presentan las estudiantes con un rendimiento académico inferior, puesto que les dificulta el área de sociabilización y dificulta el trabajo, y no permiten un desenvolvimiento adecuado en el área académica, también se relacionó a las estudiantes con un rendimiento académico inferior con niveles superiores en cuanto a insatisfacción corporal, sin embargo Rodríguez (2013) afirma que la insatisfacción corporal tiende a ser compensada en otras áreas como la académica o social, es decir a niveles superiores de insatisfacción corporal, mayor será el rendimiento académico.

Se encontró además que una percepción de rendimiento académico inferior no guarda relación con la escala de miedo a la madurez, no obstante Crisp (1980) afirma que si existe relación y repercute en el área académica, ya que el miedo a la madurez va aligado a la inseguridad en la adolescencia con respecto al peso en la adultez y eso trae problemas o confusión en la adolescencia así como problemas familiares.

En cuanto a las sintomatologías de la Universidad Católica de Santa María y la Universidad Nacional de San Agustín se encontraron similitudes en las escalas de Bulimia 22% - 25%, perfeccionismo 20% - 27%, desconfianza interpersonal 41% - 34%, miedo a la madurez 44% - 41%, impulsividad 24% - 22%, sin embargo en la escala de obsesión por delgadez existe un 13% por parte de las universitarias de la U.C.S.M. a diferencia de sus pares de la U.N.S.A que tienen un 3%.

Se encontró que el área de psicología de ambas universidades presentan niveles superiores de sintomatologías con relación a las de enfermería, economía e ingeniera comercial (U.C.S.M. y U.N.S.A.), lo que se relaciona con Farfán (2004) que indica que al

ser esta la población predominante femenina se halla mayor prevalencia en conductas inadecuadas como dietas y otras conductas compensatorias para disminuir el peso corporal.

No se encontró relación entre la edad y las 11 escalas del EDI 2, sin embargo cabe resaltar que Raich (2011) afirma que la aparición de los trastornos alimentarios como anorexia y bulimia tiene la predominancia a las edades de 16 a 19 años de edad.



CONCLUSIONES

- **PRIMERA:** Existe una correlación positiva entre las escalas de bulimia 47%, insatisfacción corporal 40%, ineficacia 43%, perfeccionismo 48%, desconfianza interpersonal 75%, ascetismo 39%, impulsividad 47% e inseguridad social 39% y una percepción de rendimiento académico inferior.
- **SEGUNDA:** Se encontró que las escalas obsesión por la delgadez, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez no guardan una correlacional positiva con una percepción de rendimiento académico inferior.
- **TERCERA:** Las estudiantes presentaron un nivel superior y muy superior en las siguientes escalas del EDI 2: bulimia 47%, insatisfacción corporal 40%, ineficacia 43%, perfeccionismo 48%, desconfianza interpersonal 75%, ascetismo 39%, impulsividad 47% e inseguridad social 39% con respecto a una percepción de rendimiento académico inferior.
- **CUARTA:** Se encontraron similitudes en las escalas de Bulimia 22% - 25%, perfeccionismo 20% - 27%, desconfianza interpersonal 41% - 34%, miedo a la madurez 44% - 41%, impulsividad 24% - 22% en ambas universidades, sin embargo en la escala de obsesión por delgadez existe un 13% por parte de las universitarias de la U.C.S.M. a diferencia de sus pares de la U.N.S.A que tienen un 3%.
- **QUINTA:** Se halló que las estudiantes de enfermería de la U.C.S.M. tienen niveles superiores en las escalas de desconfianza interpersonal 17% y conciencia interoceptiva 17%, con respecto a sus pares de la U.N.S.A. que presentan niveles superiores en las escalas de perfeccionismo 16%, desconfianza interpersonal 17% y conciencia interoceptiva 15%.

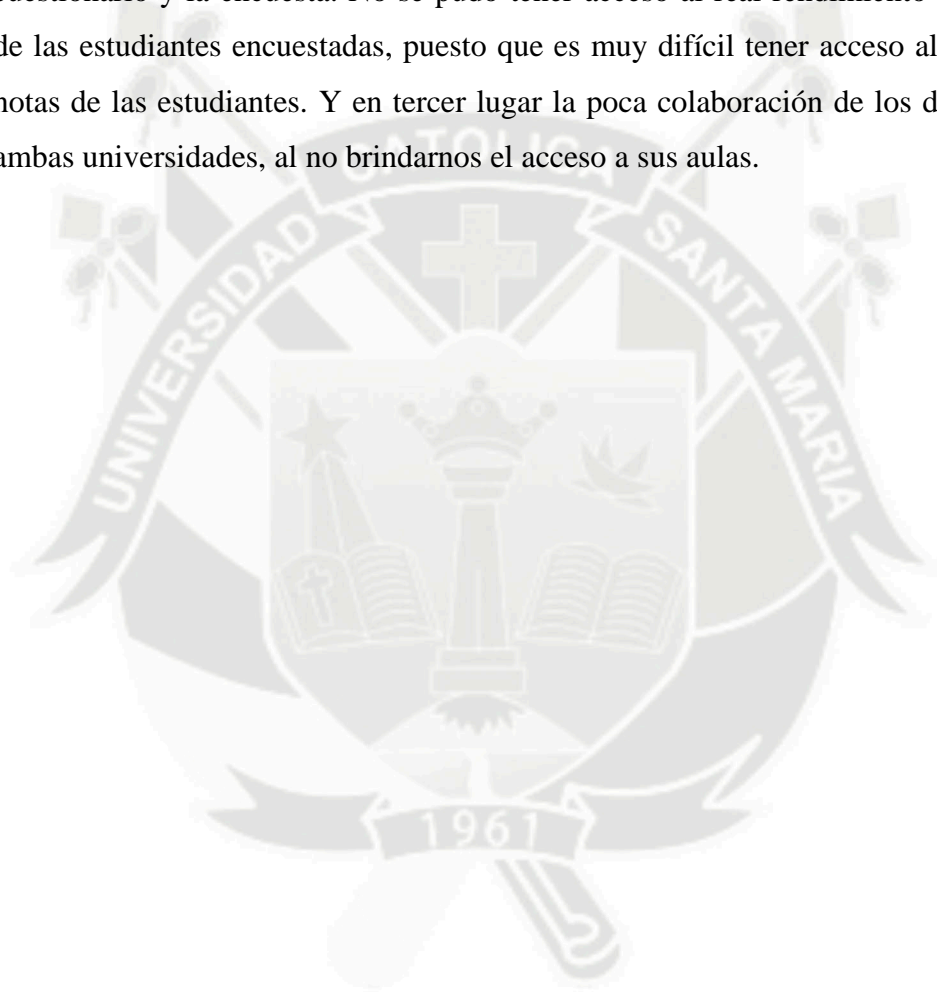
- **SEXTA:** Se encontró que las estudiantes de psicología de la U.C.S.M. presentan niveles superiores en las escalas desconfianza interpersonal 16% y conciencia interoceptiva 17% con relación a sus iguales de la U.N.S.A., y esta última solo en la escala de conciencia interoceptiva 12%.
- **SEPTIMA:** Se halló que las estudiantes ingeniería comercial de la U.C.S.M. muestran niveles superiores en la escala de conciencia interoceptiva 9%, con respecto a sus pares de economía de la U.N.S.A. y estas últimas presentan niveles superiores en las escalas de desconfianza interpersonal 9% y conciencia interoceptiva 9%.
- **OCTAVA:** Las estudiantes de entre 16 a 19 años de edad son el común denominador en la muestra seleccionada ya que existe un 58% de estudiantes universitarias ubicadas en ese rango de edad, seguido de un 38% de las que tienen de entre 20 a 24 años y con un 4% las que están entre los 25 a 30 años de edad.
- **NOVENA:** No existe relación alguna entre las 11 escalas del EDI-2 y la edad según la prueba de chi cuadrado, sin embargo se halló los tipos de sintomatología que predominan. En las estudiantes de 16-19 y 20-24 años muestran niveles superiores en la escala de miedo a la madurez 48% – 34% y las de 25-30 años de edad presentan un 4% en la escala de conciencia interoceptiva.

SUGERENCIAS

- Promover campañas masivas tanto en la U.C.S.M. como en la U.N.S.A., donde se brinde información sobre la conducta alimentaria, sus peligros así como sus consecuencias además de atención y orientación a los adolescentes y jóvenes, para prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario como la bulimia o anorexia.
- Realizar programas para desarrollar la autoconfianza, la motivación y el adecuado establecimiento de las relaciones interpersonales (habilidades de la inteligencia emocional) en las universitarias.
- Capacitar a los alumnos de psicología y carreras afines en temas sobre el régimen alimentario, y una vida sana, para que estos conocimientos puedan ser transferidos en sus actividades profesionales.
- Capacitar a las estudiantes universitarias y darles recursos para afrontar la fuerte presión social ejercida sobre ellas, respecto al ideal de belleza que actualmente es sinónimo de súper delgadez, que en muchos casos es algo irreal y que pone en peligro su salud.

LIMITACIONES

- Durante la realización de la presente investigación se presentaron diversas limitaciones que se expondrán a continuación. La primera fue que un pequeño grupo de la muestra no tenían la suficiente disposición para responder el cuestionario y la encuesta. No se pudo tener acceso al real rendimiento académico de las estudiantes encuestadas, puesto que es muy difícil tener acceso al listado de notas de las estudiantes. Y en tercer lugar la poca colaboración de los docentes de ambas universidades, al no brindarnos el acceso a sus aulas.



Referencias

Agras, W.S. (2010). Introduction and overview. En W.S... Agras (ed.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. Nueva York: Oxford University Press.

Beck, G. (1992). *Bullying amongst incarcerated young offenders*. Tesis de Maestría no publicada, Birkbeck College, University of London.

Caballero, C (2007). *Relación del burnout y rendimiento académico con la satisfacción frente a los estadios en estudiantes universitarios*. Bogotá. Avances en Psicología Latinoamericana.

Cano, A. y Castaño, J. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Revista de Psicología de la Universidad de Manizales*, Vol. 3, 187 – 194.

Calle, C. (2005). *Trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad en adolescentes*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Perú.

Carretero, c. (2005). *Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): definición y tipología*. Guadalajara, México.

Cash, T. F. (1997). *The body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. Nueva York: New Harbinger Publications.

Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa. Let me be*. London: Academic Press.

Díaz. H. (2005). *Asociación de fobia social en el rendimiento académico de los alumnos del curso de fisiología de la U.N.S.A. y U.C.S.M. Arequipa – 2001*. Tesis para optar el grado de Magister en Educación Superior, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., y Hawker, D. (2008). *Clinical perfectionism. Core low self esteem and interpersonal problems*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 197-220.

Farfán. R. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria y su relación en la elección de la carrera profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa – 2004*. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Galarregui, M. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y procrastinación: relación con desempeño académico y malestar psicológico. *VIII Encuentro de investigadores en psicología de MERCOSU*, suplemento especial, noviembre, 72 – 75.

García-Camba E. (2001) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masón.

García - Camba. E. (2002) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Primera edición. Masón.

Garner. D. (1980). Psychometric rating in the assesement of prograss in anorexia nervosa. *British Journal of psychiatry*.

Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*.

Grilo, C. M. (2006). *Eating and weight disorders*. Psychology Press.

Goldman, B. (2000). *Anorexia nerviosa: un nuevo padecer*, Buenos aires. Argentina.

Hartley. J (1999) Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología: *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes adolecentes mujeres*. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima, Perú.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality-disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Huamán, O., Salazar, J. (2006). *Trastornos de la conducta alimentaria y dimensiones de la personalidad en adolescentes*: Tesis para optar el título de Licenciadas. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Huerta, A. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en postulantes del concurso extraordinario UNSA*. Tesis para optar el título de Magister, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Jara, L., Tintaya, Y. (2008). *Trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año de la universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco*. Tesis para optar el título de Licenciadas en psicología. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Kreipe, R., Dukarm, C. (1999) *Trastornos alimentarios de adolescentes y niños mayores*. *Pediatrics in review* 1999; 20 (12): 410-421.

León, A. (1993). *Evaluación del aprendizaje*. Editorial Ildet, Pags. 12 – 13.

Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating disorders: theory, resarch, and practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence EarlbaumAssociates.

Martinez, H. (2004). *Auto percepción social y atribuciones cognoscitivas como factores motivacionales que influyen en el bajo rendimiento académico*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

Moral J. (2010). Clasificación y modelos discriminantes de trastornos de la conducta alimentaria.

Phiper, M. (1999). *Hambre a la moda - HungerPains*. Editorial Grijalbo, Barcelona

Polovy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: a causal análisis. *American psychologist*, 40. 193-2001.

Raich, R., Mora, M. y Sanchez – Carrecedo, D. (2002). Anorexia y Bulimia, *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. (2006). *Evaluación psicológica de la imagen corporal*, Madrid: Pirámide.

Raich, R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*, Madrid: Pirámide.

Rodríguez, M. (1995). *Conceptos básicos de interés para prevenir y tratar algunas enfermedades crónicas*. Revista cubana de endocrinología, enero - junio. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/vol6_1_95/end07195.htm.

Rodríguez, J. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. España: Síntesis S.A.

Sandoval, O. (2001). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia*. Disponible en: http://www.psicentro.com/cgi-in/articulo_d.asp?texto =ast42001.

Sarason, I., y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson

Salanova, M. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarias: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Publicaciones de la universidad de Murcia*, Edición impresa 0212-9798, 170 – 180.

Selvini, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Terapia familiar. 1ª Edición. Paidós.

Selvini, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Jason Aronson.

Stacy, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta analytic review. *Psychological Bulletin*.

Talavera, D., Aragón, H. (2006). *Actitudes hacia la alimentación en adolescentes de la ciudad de Arequipa*. Tesis para optar el título de Licenciadas en Psicología: Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

Tejada, L. y Guillen, M. (2008). *Insatisfacción corporal, distorsión en la percepción del peso e índice de masa corporal en adolescentes universitarias*. Tesis para optar el título de Licenciadas en Psicología. Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

Tejedor, F. y García – Valcárcel, A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (En opinión de los profesores y alumnos) propuestas para mejorar en el marco EEES. *Revista de educación*, 443 – 473.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

Thompson, J. K. y Heinberg, L. J. (1993). Preliminary test of two hypothesis of body image disturbance. *International journal of eating disorders*. New York: Pergamon Press.

Zusman, L. (2004). *Los desórdenes de la alimentación: una lectura psicoanalítica*. Tesis para optar el título de Magister en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Disponible en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/107/zusman_tinman_lillyana_desordenes_alimentacion.pdf?sequence=1.

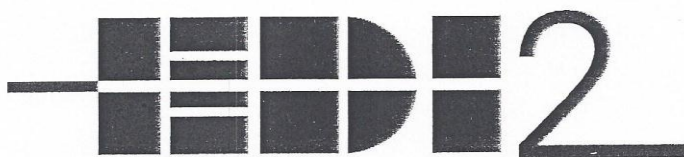
ANEXOS



Dr. David M. Garner. Ph. D.

Copyright 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.

Copyright 1991 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24: 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS, Si le presentan en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.



CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Debes comentar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentadas.

Las respuestas debes anotarlas en la Hoja de respuestas que se re ha entregado aparte. No debes hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

En caso frase contesta si lo que se dice te ocurre

CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD

Autor: David M. Garner. Ph. D.

Copyright ©1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.

Copyright ©1991 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24: 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS, Si le presentan en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

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

- 1** Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
- 2** Creo que mi estómago es demasiado grande.
- 3** Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
- 4** Suelo comer cuando estoy disgustado.
- 5** Suelo hartarme comiendo.
- 6** Me gustaría ser más joven.
- 7** Pienso en ponerme a dieta.
- 8** Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
- 9** Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
- 10** me considerado una persona poco eficaz.
- 11** Me siento muy culpable cuando como en exceso.
- 12** Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- 13** En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
- 14** La infancia es la época más feliz de la vida.
- 15** Soy capaz de expresar mis sentimientos.
- 16** Me aterroriza la idea de engordar.
- 17** Confío en los demás.

- 18** Me siento sólo en el mundo.
 - 19** Me siento satisfecho con mi figura.
 - 20** Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
 - 21** Suelo estar confuso sobre mis emociones.
 - 22** Preferiría ser adulto a ser niño.
 - 23** Me resulta fácil comunicarme con los demás.
 - 24** Me gustaría ser otra persona.
 - 25** Exagero o doy demasiada importancia al peso.
 - 26** Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
 - 27** Me siento incapaz.
 - 28** He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
 - 29** Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
 - 30** Tengo amigos íntimos.
 - 31** Me gusta la forma de mi trasero.
 - 32** Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
 - 33** No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
 - 34** Me gusta expresar mis emociones a los demás.
- CONTINÚE EN LA PAGINA SIGUIENTE**

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

- 35** Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36** Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37** Me siento seguro de mí mismo.
- 38** Suelo pensar en darme un atracón de comida.
- 39** Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40** No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41** Tengo mala opinión de mí.
- 42** Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43** Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44** Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45** Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46** Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47** Me siento hinchado después de una comida normal.
- 48** Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49** Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
- 50** Me considero una persona valiosa.
- 51** Cuando estoy disgustado sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- 52** Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53** Pienso en vomitar para perder peso.
- 54** Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55** Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56** Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57** Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58** Los mejor años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59** Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60** Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61** Como o bebo a escondidas.
- 62** Creo que mis caderas tienen al tamaño adecuado.
- 63** Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64** Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65** La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66** Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

CONTINÚE EN LA PAGINA SIGUIENTE

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

- 67** La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68** Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69** Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo. _____
- 70** Digo impulsivamente cosas de las que, después me arrepiento.
- 71** Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72** Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73** Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74** Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75** La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76** La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77** Tengo pensamiento extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78** Comer por placer es signo de debilidad moral.

- 79** Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80** Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
- 81** Debo tener cuidado con (mi tendencia) deber demasiado alcohol.
- 82** Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83** Los demás dicen que me irrito con facilidad.
- 84** Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85** Tengo cambios de humor bruscos.
- 86** Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87** Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88** El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89** Sé que la gente me aprecia.
- 90** Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- 91** Creo que realmente se quien soy.

FIN DE LA PRUEBA

Sexo..... Edad..... Fecha.....

- Según la percepción que tiene sobre su actual rendimiento académico Ud. ¿Con cuál de los siguientes grupos se identificaría?

Tercio Superior..... () Tercio Medio..... () Tercio Inferior..... ()

- En su último semestre académico. ¿Cuál fue su impresión con respecto a sus notas obtenidas?

Buena..... () Regular..... () Mala..... ()

- Actualmente. ¿Cómo ve su rendimiento académico?

Superior al promedio... () Promedio.... () Inferior al promedio.... ()