

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA,
AREQUIPA – 2010**

Tesis presentada por el Magíster:

CARLOS ALBERTO MEDINA POMAREDA

Para Optar el Grado Académico de:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Arequipa – Perú
2010**

DEDICATORIA

**A mi Rosa a Carlitos, mi amor eterno,
por su apoyo constante, por una familia
siempre unida. Gracias Señor.**



**Al Dr. Máximo Medina Díaz y
Haydee Pomareda de Medina mis
maravillosos padres por haberme
traído al mundo y poder concretar
todas mis aspiraciones.**

**A mis hermanos, por siempre
agradecido, por ser el ejemplo
de una familia como mis padres
lo desearon.**

Si al partir
llora la esperanza
las ilusiones se acaban
las promesas se marchitan

No atormentes más mi vida
no alargues más mi agonía
y dame el postrero abrazo
en silencio
no me digas nunca adiós.

Siempre recuerdo aquel instante
en que mi madre adorada
con lágrimas en los ojos
me decía estas frases.

No te olvides hijo mío
si en tu largo caminar
algún día desfalleces
agobiado por los
golpes de la vida.

Ten presente que tú tienes
una madre que te espera
para que lloremos juntos
tus fracasos y empecemos
nueva vida.

¡Si al partir llora la esperanza!

Dr. Máximo Medina Díaz

INDICE

RESUMEN	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCIÓN.....	vi

CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

	Págs.
1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	2
2. RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS.....	4
3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ALUMNOS.....	5
4. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS	16
5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	28
CONCLUSIONES.....	42
SUGERENCIAS.....	43
PROPUESTA TEÓRICA.....	44
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	51
Anexo N° 01: Proyecto de investigación	52
Anexo N° 02: Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	150
Anexo N° 03: Matrices de Sistematización	154
Anexo N° 04: Tratamiento Estadístico	171
Anexo N° 05: Resultados Comparativos por Programas Profesionales	173

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y especialmente, educativos. Como consecuencia, estas dificultades no se tienen que tratar exclusivamente desde la perspectiva sanitaria. Nos encontramos delante de un problema social y cultural en el que se tendría que intentar profundizar desde los distintos sectores y agentes implicados, para encontrar las herramientas más adecuadas para darle respuesta con la sensibilidad que requiera la especial situación de las personas que la sufren y de sus familias.

La presente investigación tiene como objetivo fundamental determinar el rendimiento académico de los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María; evaluar los trastornos de la conducta alimentaria, para finalmente relacionar los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la UCSM; para lograr estos objetivos se diseñó una investigación de campo y relacional.

La investigación demostró que el rendimiento académico encontrado en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María; fue en su mayoría, de regular a deficiente. Asimismo los trastornos de la conducta alimentaria encontrados en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud con sólo niveles de riesgo superior fueron en la obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal y con riesgo superior y muy superior se presentaron en los trastornos de la conducta alimentaria de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

Los hallazgos encontrados evidencian que el rendimiento académico de los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud se relacionó con la mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria con excepción de obsesión por la delgadez y desconfianza interpersonal, en los estudiantes del Área de ciencias de la Salud de la UCSM.

Palabras claves: rendimiento, trastornos, conducta.

SUMMARY

The upheavals of the nutritional conduct (TCA), between which are the nervous anorexia and bulimia, constitute a problem of emergent health that has a fort impact in our society. The problematic one of these upheavals so is varied and multi-factor that it demands an attention and action that includes the clinical aspects, familiar, but cultural, social and, also especially educative. Consequently, these difficulties do not have to try exclusively from the sanitary perspective. We were in front of a social and cultural problem in which it would have to try to deepen from the different sectors and implied agents, to find the tools most suitable to give answer him with the sensitivity that requires the special situation of the people undergo who it and their families.

The present investigation has like main target to determine the academic yield of the students of the Area of Sciences of the Health of the Catholic University of Santa Maria; to evaluate the upheavals of the nourishing conduct, finally to relate the upheavals of the nourishing conduct and the academic yield in the students of the Area of Sciences of the Health of the UCSM; in order to achieve these objectives design an investigation of relational field and.

The investigation demonstrated that the found academic yield in the students of the Area of Sciences of the Health of the Catholic University of Santa Maria; it was in his majority, of regulating to deficient. Also the upheavals of the nourishing conduct found in the students of the Area of Sciences of the Health just by risk levels superior were in the obsession by the thinness and corporal dissatisfaction and with risk superior and very superior appeared in the upheavals of the nourishing conduct of bulimia, inefficiency, perfeccionismo, interpersonal distrust, brings back to consciousness introceptiva, fear to the maturity, asceticism, impulsiveness, social insecurity.

The found findings demonstrate that the academic yield of the students of the Area of Sciences of the Health was related to the majority of the upheavals of the nourishing conduct except obsession by the thinness and interpersonal distrust, in the students of the Area of sciences of the Health of the UCSM.

Key words: yield, upheavals, conduct.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la anorexia nerviosa fue descrita hace más de dos siglos, hasta hace unos años enfermedades como la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimentarios apenas se conocían.

Se puede decir que la aparición y el aumento en la incidencia de estos trastornos nos ha cogido desprevenidos, sin que conozcamos muy bien las causas que producen estas enfermedades y tampoco su tratamiento, y sin que tengamos la estructura sanitaria adecuada para enfrentarnos a ellas. Con frecuencia, los pacientes y sus familiares se enfrentan a una enfermedad que no es entendida por muchos, incluyendo algunos profesionales de la Salud.

Los factores causales son múltiples y variados. La anorexia nerviosa es un trastorno muy complejo; en su génesis y mantenimiento juega un papel importante la interacción de diversos factores: genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales... A ello se une la poderosa influencia de los medios de comunicación, aunque éste es sólo uno más de los factores que influyen en el desarrollo de estas enfermedades. La responsabilidad de los medios en el desarrollo de los trastornos alimenticios, siempre compartida con otros factores, se demostró al observar que la introducción de la televisión occidental en ciertos países (como China o los países del Este de Europa), iba asociada a un aumento de la incidencia de la anorexia.

A esta problemática se asocia las implicancias de estos trastornos alimentarios y el rendimiento académico. Al respecto se señala que bajo este esquema patológico, nos encontramos frente a estudiantes inseguros y dubitativos, por lo que necesitan de apoyo emocional y reconocimiento por parte de los docentes universitarios. Debido a esta inseguridad, viven muy mal y como un fracaso cuando las calificaciones no están a la altura de sus expectativas. Por el contrario, les anima el más mínimo reconocimiento de su esfuerzo.

Es fácil comprender que sean estudiantes que estén por debajo de sus posibilidades en cualquier actividad evaluable: exámenes por ejemplo.

Sobre una base ansiosa, ansiedad rasgo, sufren descompensaciones frecuentes, especialmente en época de evaluaciones.

Las dificultades se agravan debido a las alteraciones del sueño que lo hacen poco reparador.

Estas dificultades son la causa de que muchos estudiantes de asignaturas superiores abandonen la Universidad. De aquí la importancia de un diagnóstico apropiado y precoz para establecer las ayudas necesarias.

Estamos convencidos que la prevención de esta problemática, nos debe convocar a todos los miembros de la comunidad universitaria, para implementar acciones preventivo promocionales que permitan la conservación de una salud física y mental, la cual repercutirá en el desarrollo de sus capacidades cognitivas y actitudinales, y a un desempeño académico óptimo, con la finalidad de lograr profesionales que estén integrados al desarrollo de la nación.

De lo anteriormente consignado, la organización del presente informe ha considerado un capítulo único donde se plasman los resultados de la investigación, en la que se indican: rendimiento académico de los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la UCSM, trastornos de la conducta alimentaria y la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico en los estudiantes del Área de ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María.

El estudio incluye una discusión de los resultados, donde se comenta y se contrasta lo hallado, con los antecedentes investigativos a nivel nacional e internacional.

Posteriormente se consignan las conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados y a los resultados encontrados, así como las recomendaciones y sugerencias pertinentes a la problemática investigada.

Finalizando se plantea una propuesta en la que se indican los objetivos, acciones, recursos, y la aplicación de un programa preventivo promocional enmarcados en temas de Salud Pública que contemplen esta problemática.

Se adjunta como anexo el proyecto de investigación, así como, los instrumentos para la recolección de datos y sus respectivas matrices de sistematización, tabulación y cálculos estadísticos.



CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA N°. 1

DISTRIBUCION DE LAS FRECUENCIAS DE ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD QUE VOLUNTARIAMENTE ACCEDIERON A LA ENCUESTA EDI-2

PROGRAMAS	N°.	%
Enfermería	25	7,9
Farmacia y bioquímica	49	15,5
Ing. biotecnológica	46	14,6
Medicina humana	122	38,6
Obstetricia y puericultura odontología	24	7,6
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°.1, muestra que de los 2961 estudiantes del área de Ciencias de la Salud; 316 respondieron a la encuesta electrónica que se colgó en el portal de la Universidad; los cuales 38.6% correspondieron a estudiantes de la Medicina Humana; 15.5% a estudiantes del Programa Profesional de Farmacia y Bioquímica.

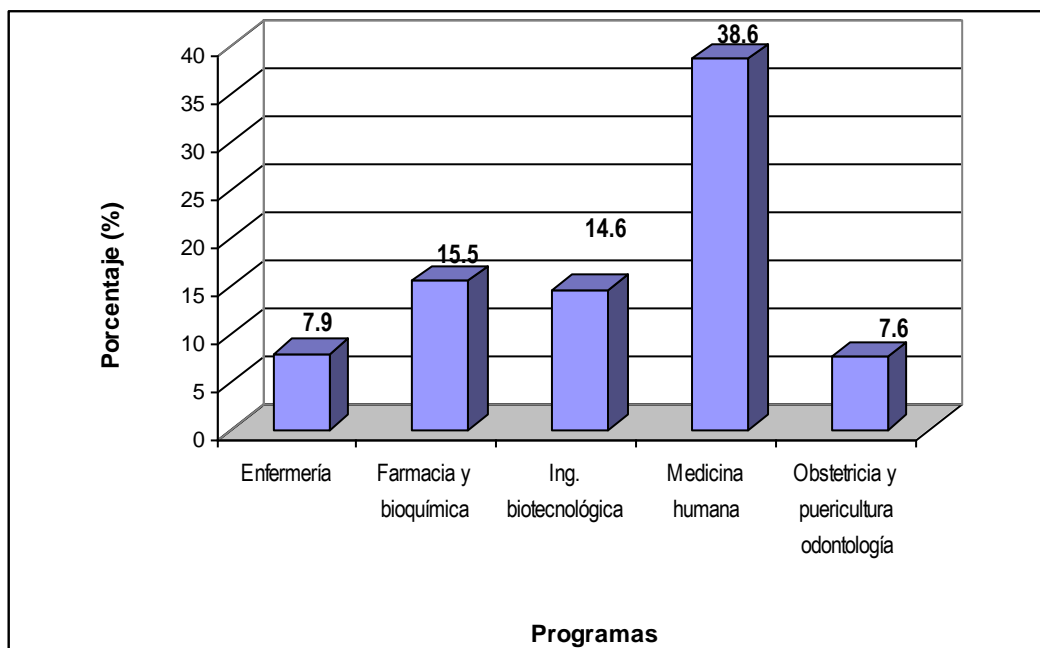


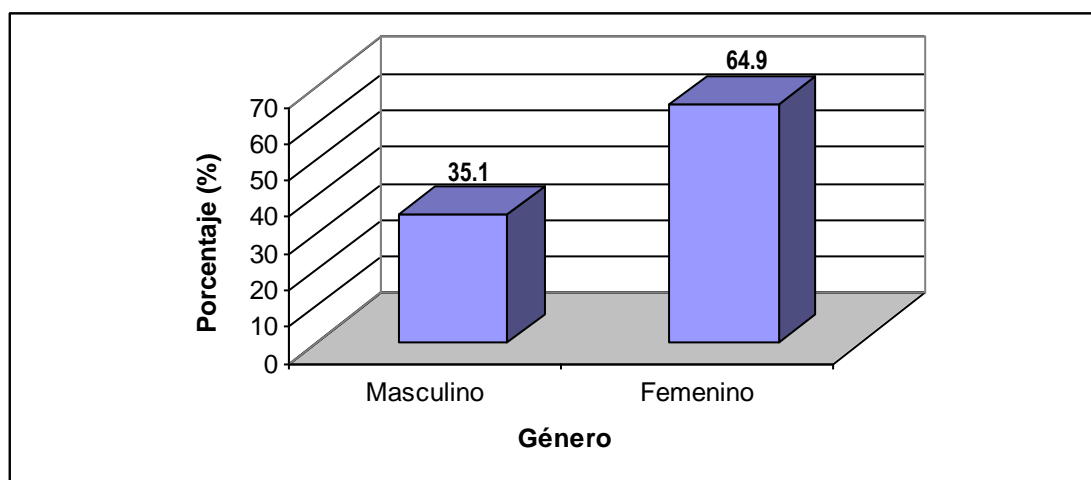
TABLA N°. 2

**DISTRIBUCION DEL GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM**

GÉNERO	N°.	%
Masculino	111	35,1
Femenino	205	64,9
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 2, muestra que del total 2961, sólo el 64.9% de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Santa María son femeninos y el 35.1 % son varones.



2. RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS

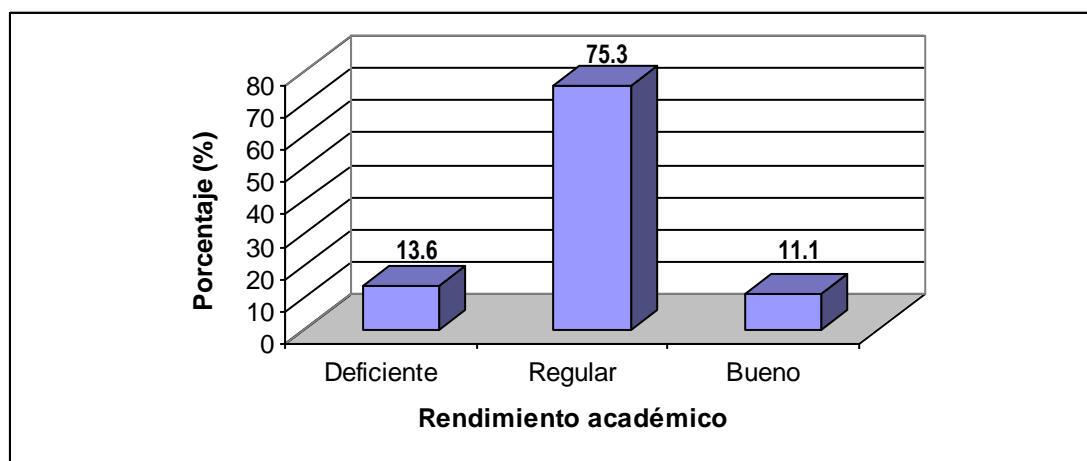
TABLA N° 3

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM

RENDIMIENTO ACÁDEMICO	N°.	%
Deficiente	43	13,6
Regular	238	75,3
Bueno	35	11,1
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N° 3, muestra que el 75.3% de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la UCSM presentó un rendimiento académico regular y el 13.6% de los estudiantes tienen un rendimiento académico deficiente.



3. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ALUMNOS

TABLA N° 4

OBSESIÓN POR LA DELGADEZ EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM

OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	N°.	%
Muy inferior	16	5,1
Inferior	156	49,4
Normal	89	28,2
Superior	55	17,3
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N° 4, muestra que el 28.2 % de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron riesgo de obsesión por la delgadez debido; es decir, están normales. Asimismo se aprecia que el 17.3% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar obsesión por la delgadez.

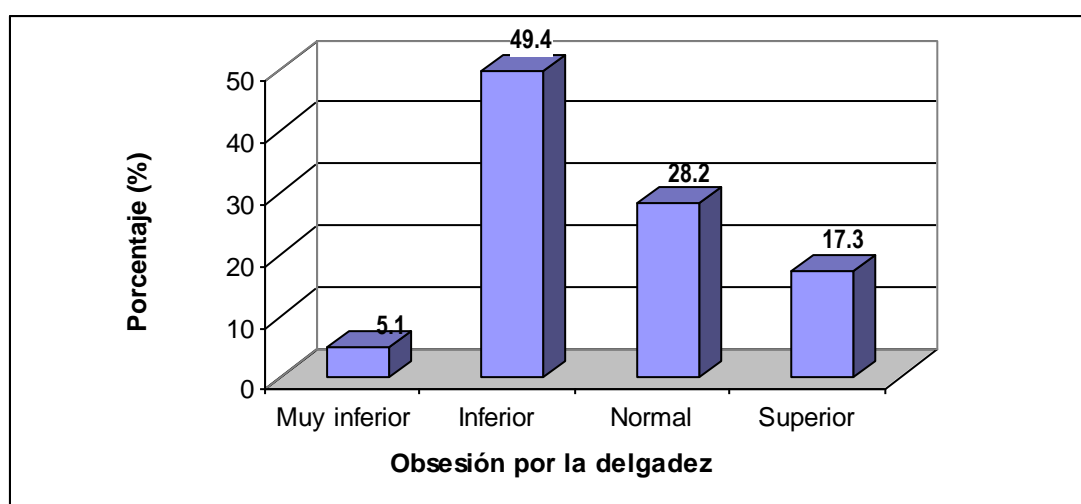


TABLA N°. 5

**BULIMIA EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UCSM**

BULIMIA	N°.	%
Muy inferior	2	0,6
Inferior	79	25,0
Normal	221	70,1
Superior	12	3,7
Muy superior	2	0,6
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 5, muestra que el 70.1% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron riesgo de bulimia. Asimismo se aprecia que el 3.7% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar bulimia y el 0.6% niveles muy superiores de bulimia.

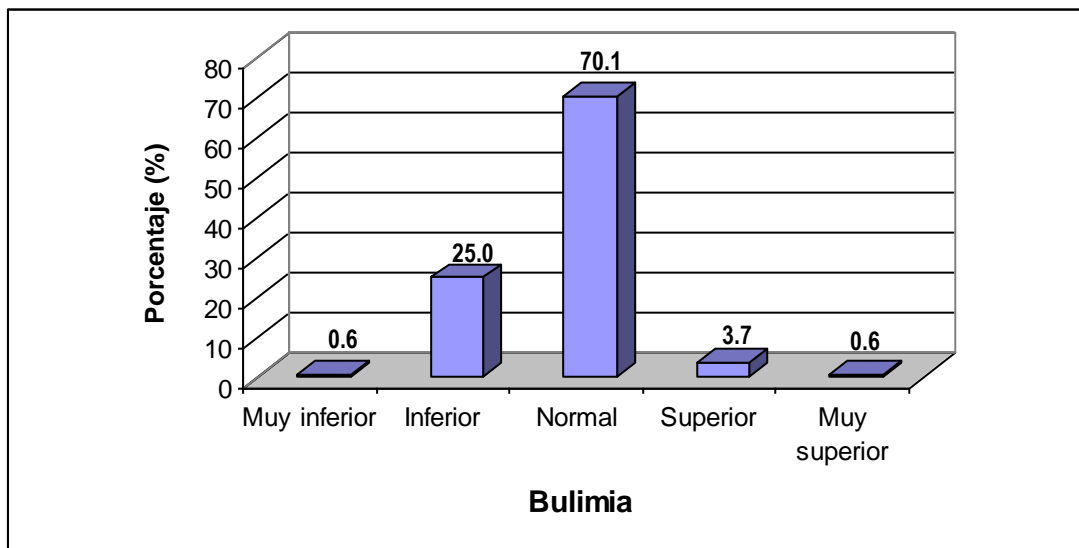


TABLA N°. 6

**INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM**

INSATISFACCIÓN CORPORAL	N°.	%
Muy inferior	1	0,3
Inferior	20	6,3
Normal	261	82,6
Superior	34	10,8
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 6, muestra que el 82.6% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la insatisfacción personal. Asimismo se aprecia que el 10.8% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar insatisfacción personal.

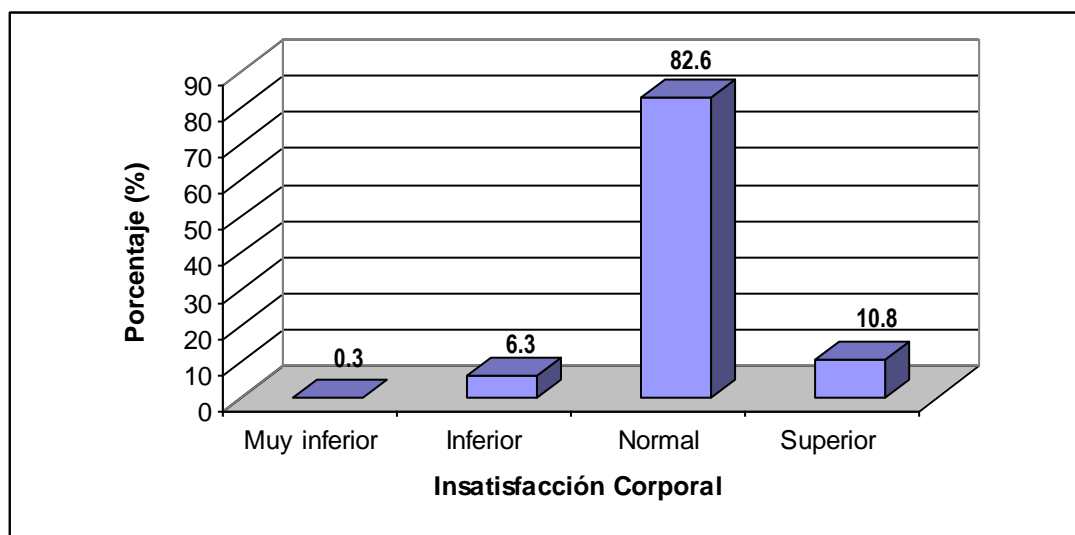


TABLA N° 7

**INEFICACIA EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UCSM**

INEFICACIA	N°.	%
Normal	40	12,6
Superior	246	77,9
Muy superior	30	9,5
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N° 7, muestra que el 12.6% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la ineficacia. Asimismo se aprecia que el 77.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar insatisfacción personal y el 9.5% niveles muy superiores.

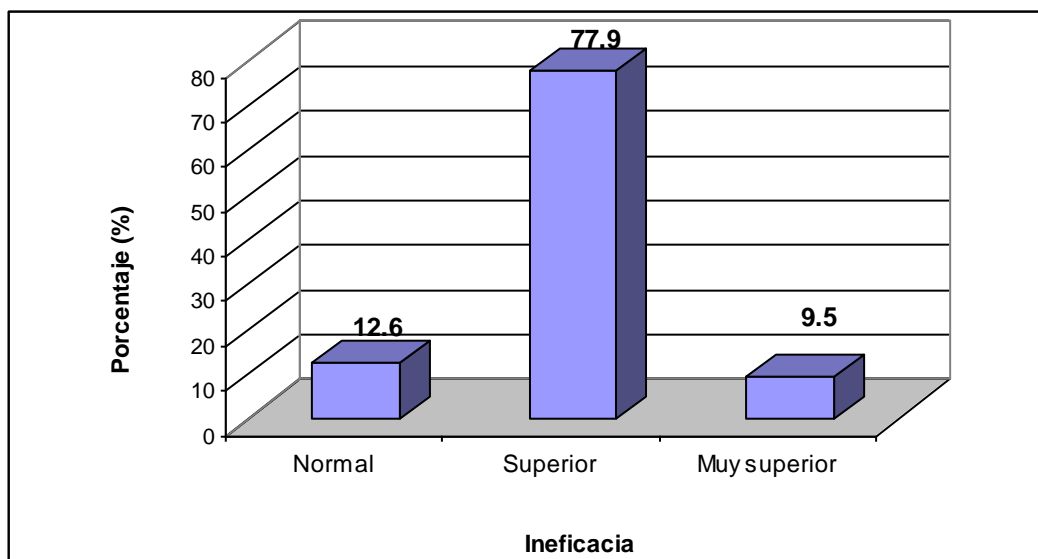


TABLA N° 8

**PERFECCIONISMO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE
LA SALUD DE LA UCSM**

PERFECCIONISMO	N°.	%
Muy inferior	2	0,6
Inferior	2	0,6
Normal	49	15,6
Superior	87	27,5
Muy superior	176	55,7
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N° 8, muestra que el 15.6% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto al perfeccionismo. Asimismo se aprecia que el 27.5% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar insatisfacción personal y el 55.7% niveles muy superiores.

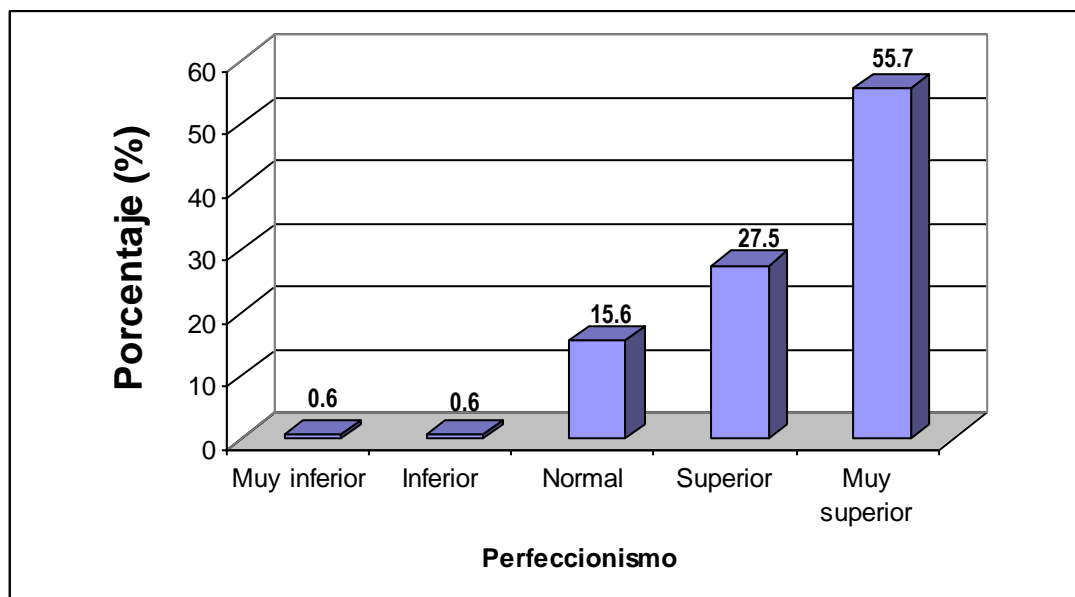


TABLA N°. 9

**DESCONFIANZA INTERPERSONAL EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM**

DESCONFIANZA INTERPERSONAL	N°.	%
Inferior	1	0,3
Normal	8	2,5
Superior	97	30,7
Muy superior	210	66,5
TOTAL	316	100,0

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 9, muestra que el 2.5% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la desconfianza interpersonal. Asimismo se aprecia que el 30.7% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar desconfianza interpersonal y el 66.5% niveles muy superiores.

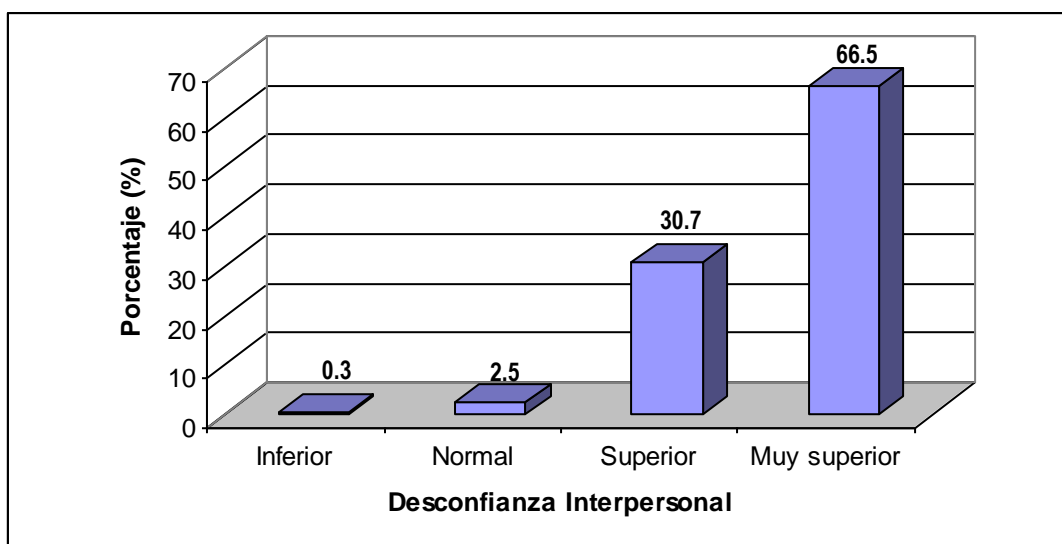


TABLA N°. 10

**CONCIENCIA INTROCEPTIVA EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UCSM**

CONCIENCIA INTROCEPTIVA	N°.	%
Muy inferior	1	0,3
Inferior	3	0,9
Normal	166	52,5
Superior	101	32,0
Muy superior	45	14,3
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 10, muestra que el 52.5% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la conciencia introceptiva. Asimismo se aprecia que el 32.0% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar conciencia introceptiva y el 14.3% niveles muy superiores.

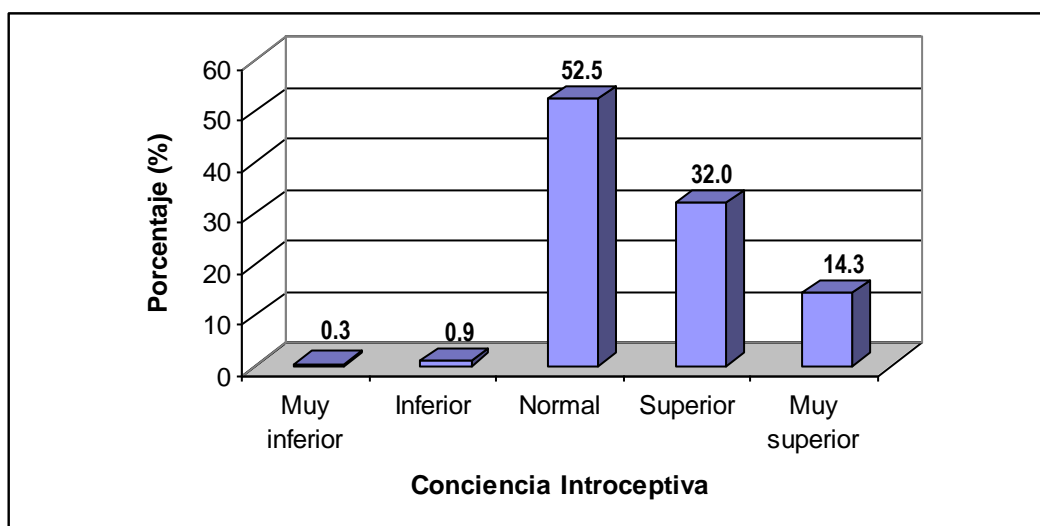


TABLA N°. 11

**MIEDO A LA MADUREZ EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UCSM**

MIEDO A LA MADUREZ	N°.	%
Inferior	2	0,6
Normal	3	0,9
Superior	124	39,3
Muy superior	187	59,2
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 11, muestra que el 0.9% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto al miedo a la madurez. Asimismo se aprecia que el 39.3% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar miedo a la madurez y el 59.2% niveles muy superiores.

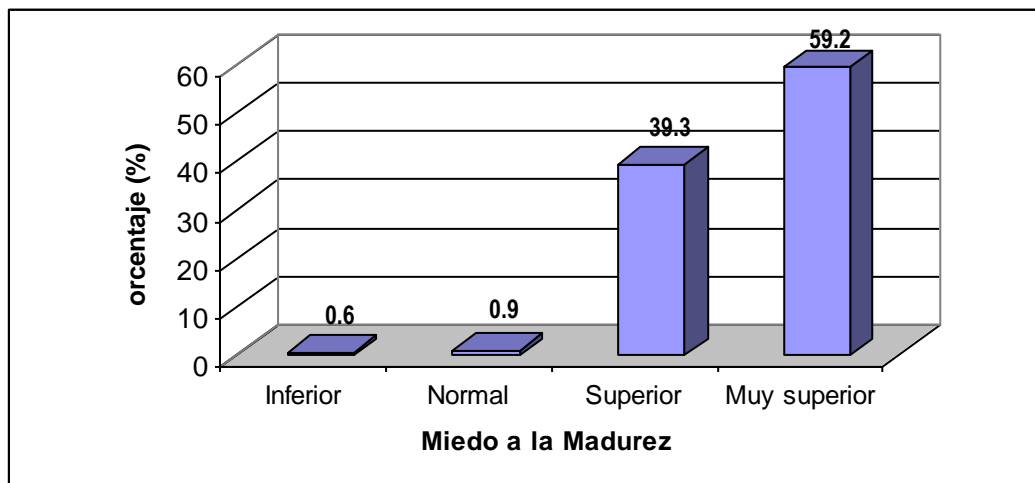


TABLA N°. 12

**ASCETISMO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UCSM**

ASCETISMO	N°.	%
Muy inferior	8	2,6
Inferior	20	6,3
Normal	94	29,7
Superior	123	38,9
Muy superior	71	22,5
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 12, muestra que el 29.7% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto al ascetismo. Asimismo se aprecia que el 38.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar ascetismo y el 22.5% niveles muy superiores.

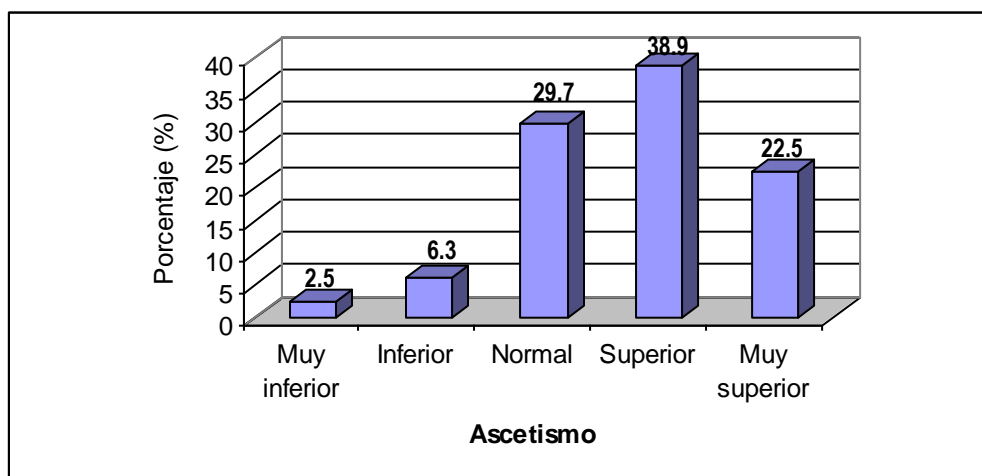


TABLA N°. 13

**IMPULSIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UCSM**

IMPULSIVIDAD	N°.	%
Inferior	3	0,9
Normal	44	13,9
Superior	88	27,9
Muy superior	181	57,3
TOTAL	316	100,0

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 13, muestra que el 13.9% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la impulsividad. Asimismo se aprecia que el 27.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar impulsividad y el 57.3% niveles muy superiores.

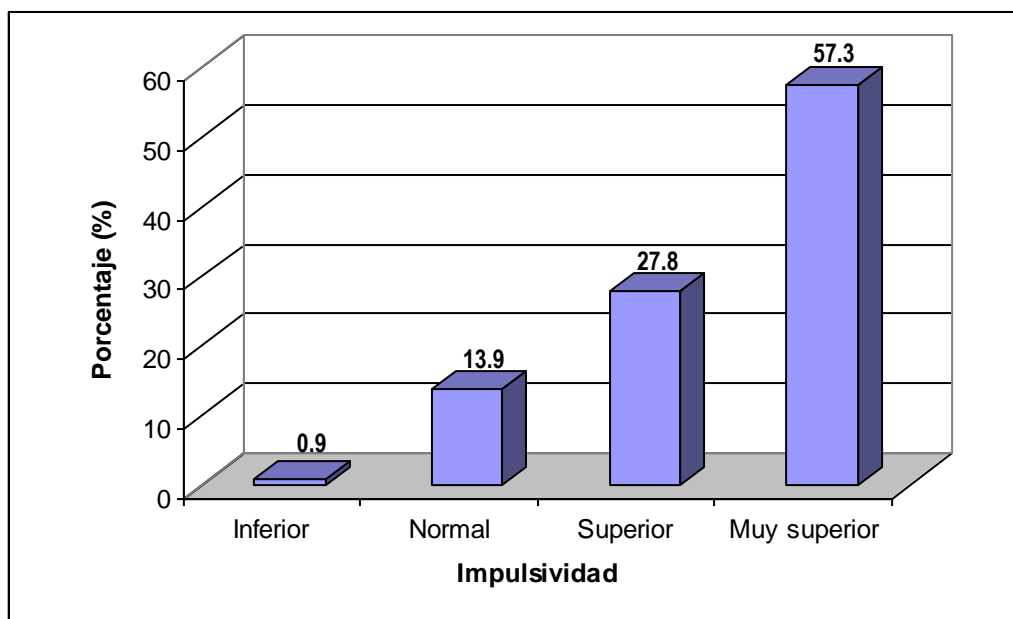


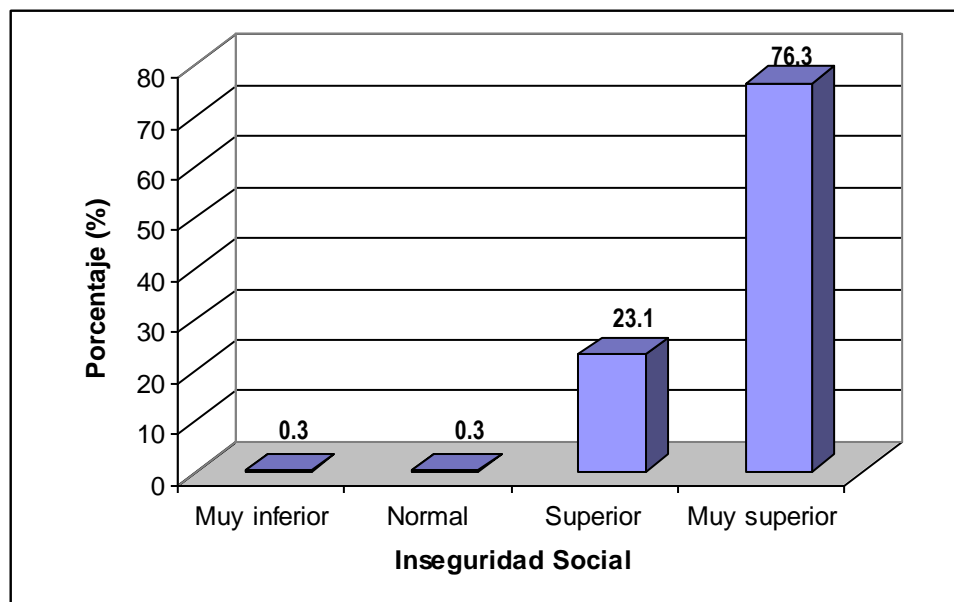
TABLA N°. 14

**INSEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UCSM**

INSEGURIDAD SOCIAL	N°.	%
Muy inferior	1	0,3
Normal	1	0,3
Superior	73	23,1
Muy superior	241	76,3
TOTAL	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

La tabla N°. 14, muestra que el 0.3% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM no presentaron trastorno alimentario respecto a la inseguridad social. Asimismo se aprecia que el 23.1% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar inseguridad social y el 76.3% niveles muy superiores.



4. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS

TABLA N°. 15

RELACIÓN ENTRE LA OBSESIÓN POR LA DELGADEZ Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

OBSESION POR LA DELGADEZ	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	5	1,6	10	3,2	1	0,3	16	5,1
Inferior	20	6,4	115	36,4	21	6,6	156	49,4
Normal	9	2,8	75	23,7	5	1,7	89	28,2
Superior	9	2,8	38	12,0	8	2,5	55	17,3
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=10.60$$

$$P>0.05$$

La tabla N°. 15, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.60$) se aprecia que el rendimiento académico no presentó una relación estadística significativa ($P>0.05$) con la obsesión por la delgadez en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 2.8% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior de obsesión por la delgadez. De la misma manera observamos que el 12% de los estudiantes con riesgo superior de obsesión por la delgadez presentaron un rendimiento académico regular.

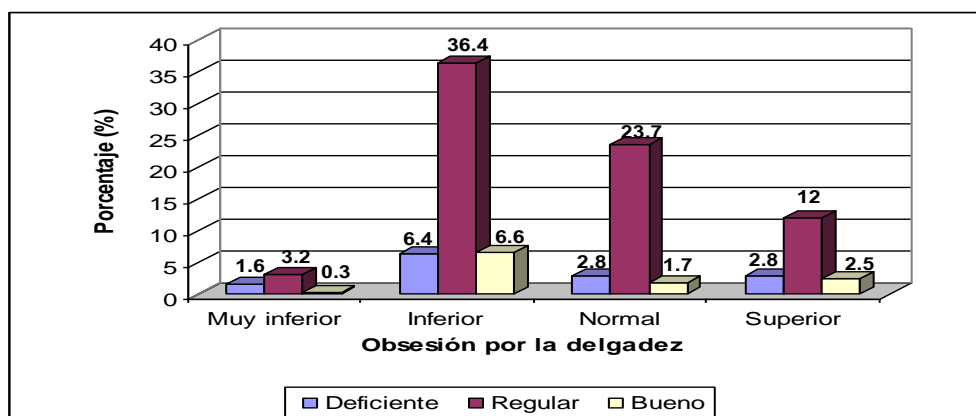


TABLA N°. 16

**RELACIÓN ENTRE LA BULIMIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN
LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

BULIMIA	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	0,6
Inferior	10	3,2	60	19,0	9	2,8	79	25,0
Normal	31	9,8	168	53,2	22	7,1	221	70,1
Superior	1	0,3	9	2,8	2	0,6	12	3,7
Muy Superior	1	0,3	1	0,3	0	0,0	2	0,6
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=19.34$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 16, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.34$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la bulimia en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 0.3% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de bulimia. De la misma manera observamos que el 2.8% de los estudiantes con riesgo superior de bulimia y el 0.3% con riesgo muy superior de bulimia presentaron un rendimiento académico regular.

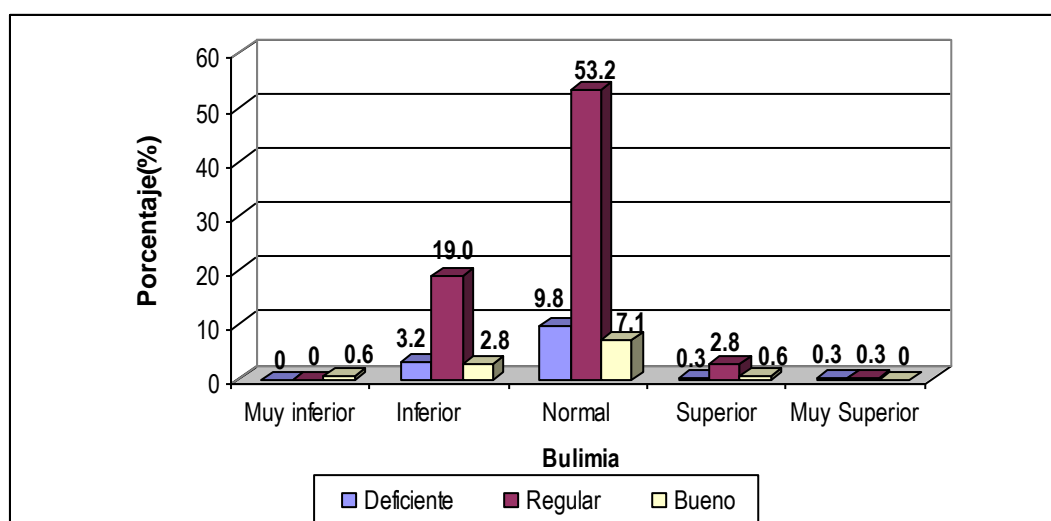


TABLA N°. 17

**RELACIÓN ENTRE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y EL
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

INSATISFACCIÓN CORPORAL	RENDIMIENTO ACADEMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Inferior	5	1,6	12	3,8	3	0,9	20	6,3
Normal	31	9,8	203	64,2	27	8,5	261	82,6
Superior	7	2,2	23	7,3	4	1,3	34	10,8
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=13.25$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 17, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.25$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la insatisfacción corporal en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 2.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior de insatisfacción corporal. De la misma manera observamos que el 7.3% de los estudiantes con riesgo superior de insatisfacción corporal presentaron un rendimiento académico regular.

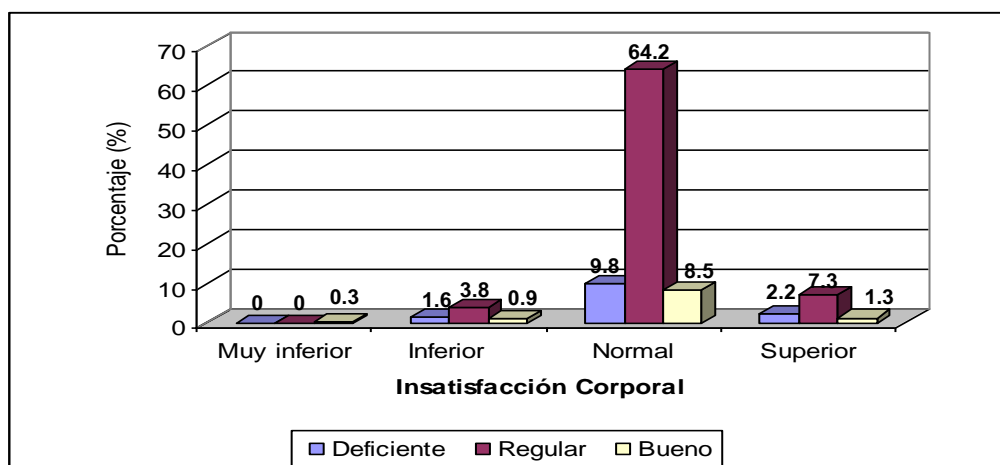


TABLA N°. 18

**RELACIÓN ENTRE LA INEFICACIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

INEFICACIA	RENDIMIENTO ACADEMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Normal	7	2,2	31	9,8	2	0,6	40	12,6
Superior	27	8,5	188	59,5	31	9,9	246	77,9
Muy Superior	9	2,9	19	6,0	2	0,6	30	9,5
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=10.64$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 18, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.64$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la ineficacia en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 8,5% y el 2.9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de ineficacia. De la misma manera observamos que el 59.5% de los estudiantes con riesgo superior de ineficacia y el 6,0% con riesgo muy superior de ineficacia presentaron un rendimiento académico regular.

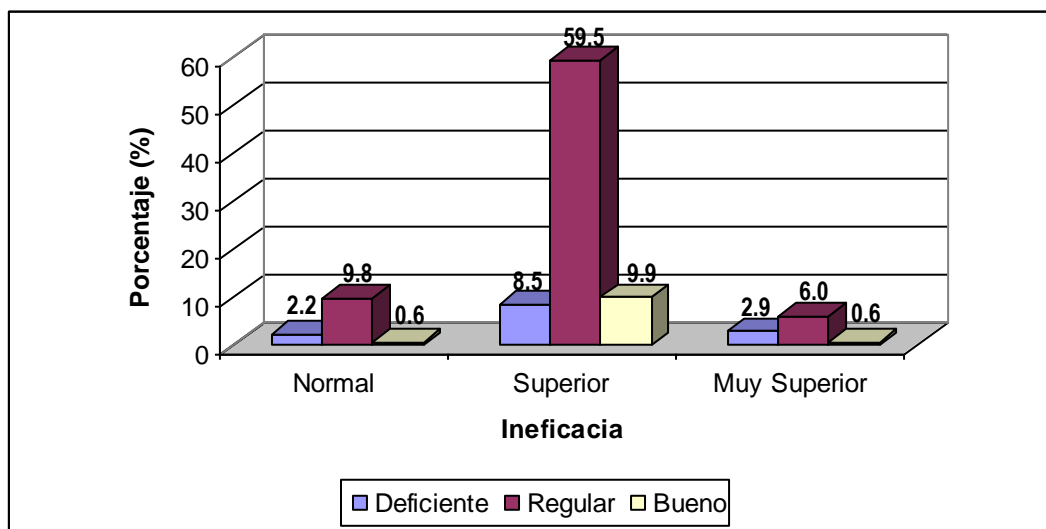


TABLA N°. 19

**RELACIÓN ENTRE EL PERFECCIONISMO Y EL RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA
SALUD**

PERFECCIONISMO	RENDIMIENTO ACADEMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	0,6
Inferior	1	0,3	0	0,0	1	0,3	2	0,6
Normal	8	2,5	37	11,7	4	1,4	49	15,6
Superior	5	1,6	73	23,1	9	2,8	87	27,5
Muy Superior	29	9,2	128	40,5	19	6,0	176	55,7
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=28.97$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 19, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=28.97$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con el perfeccionismo en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 1.6% y el 9.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de perfeccionismo. De la misma manera observamos que el 23.1% de los estudiantes con riesgo superior de perfeccionismo y el 40.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

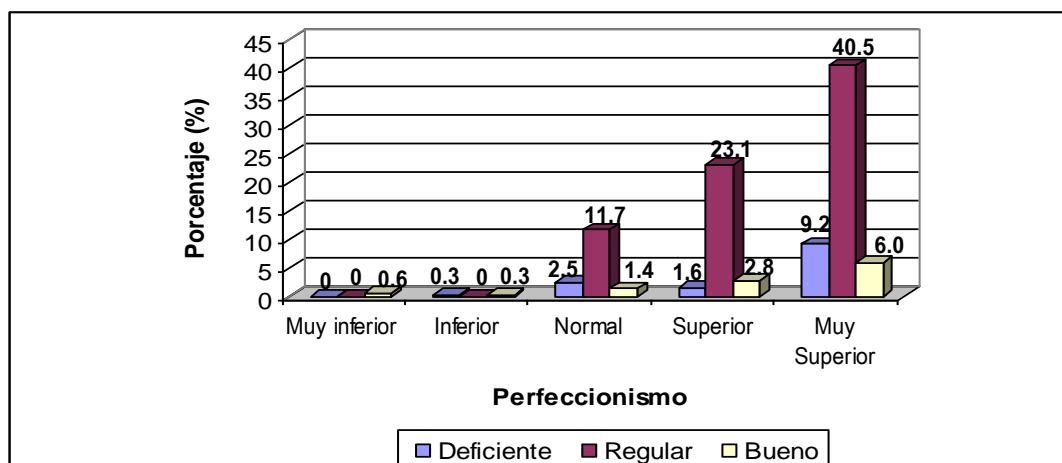


TABLA N°. 20

RELACIÓN ENTRE LA DESCONFIANZA INTERPERSONAL Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DESCONFIANZA INTERPERSONAL	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Inferior	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Normal	2	0,6	5	1,6	1	0,3	8	2,5
Superior	13	4,1	77	24,3	7	2,3	97	30,7
Muy Superior	28	8,9	156	49,4	26	8,2	210	66,5
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$X^2=10.87$

$P>0.05$

La tabla N°. 20, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.87$) se aprecia que el rendimiento académico no presentó una relación estadística significativa ($P>0.05$) con desconfianza interpersonal en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 4.1% y el 8.9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de desconfianza interpersonal. De la misma manera observamos que el 24.3% de los estudiantes con riesgo superior de desconfianza interpersonal y el 49.4% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

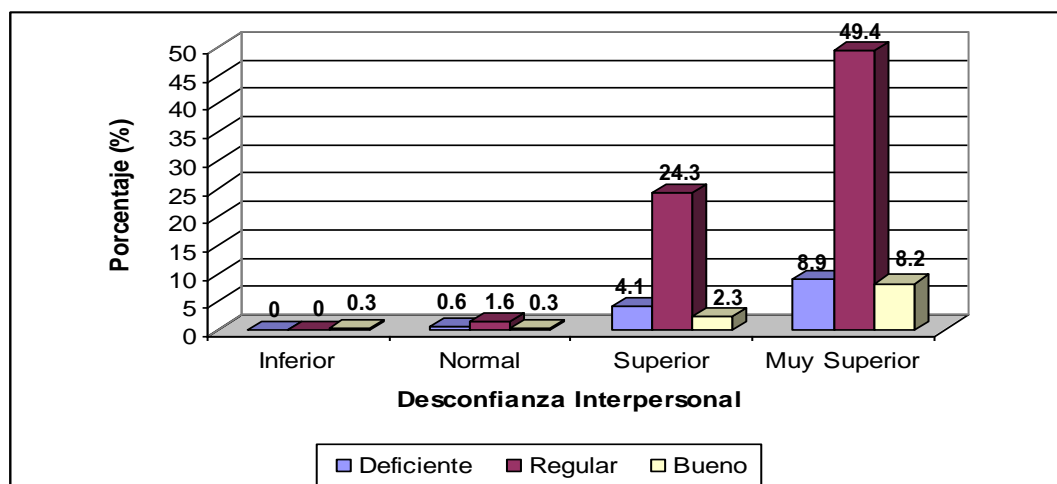


TABLA N°. 21

**RELACIÓN ENTRE LA CONCIENCIA INTROCEPTIVA Y EL
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

CONCIENCIA INTROCEPTIVA	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Inferior	1	0,3	2	0,6	0	0,0	3	0,9
Normal	23	7,3	122	38,6	21	6,6	166	52,5
Superior	11	3,5	84	26,6	6	1,9	101	32,0
Muy Superior	8	2,5	30	9,5	7	2,3	45	14,3
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=15.32$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 21, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.32$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la conciencia introceptiva en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 3.5% y el 2.5% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de conciencia introceptiva. De la misma manera observamos que el 26.6% de los estudiantes con riesgo superior de conciencia introceptiva y el 9.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

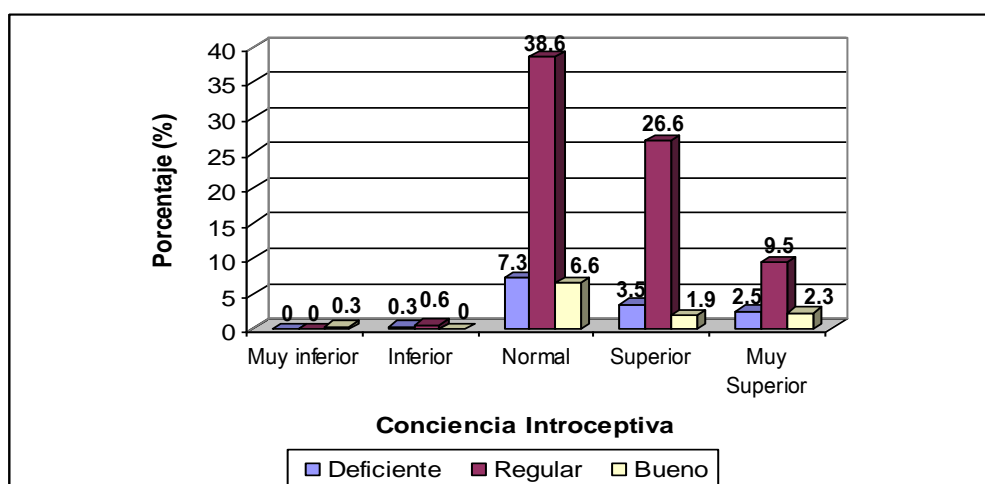


TABLA N°. 22

RELACIÓN ENTRE EL MIEDO A LA MADUREZ Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MIEDO A LA MADUREZ	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Inferior	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	0,6
Normal	0	0,0	3	0,9	0	0,0	3	0,9
Superior	15	4,7	96	30,4	13	4,2	124	39,3
Muy Superior	28	8,9	139	44,0	20	6,3	187	59,2
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=17.67$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 22, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.67$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con miedo a la madurez en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 4.7% y el 8.9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de miedo a la madurez. De la misma manera observamos que el 30.4% de los estudiantes con riesgo superior de miedo a la madurez y el 44.0% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

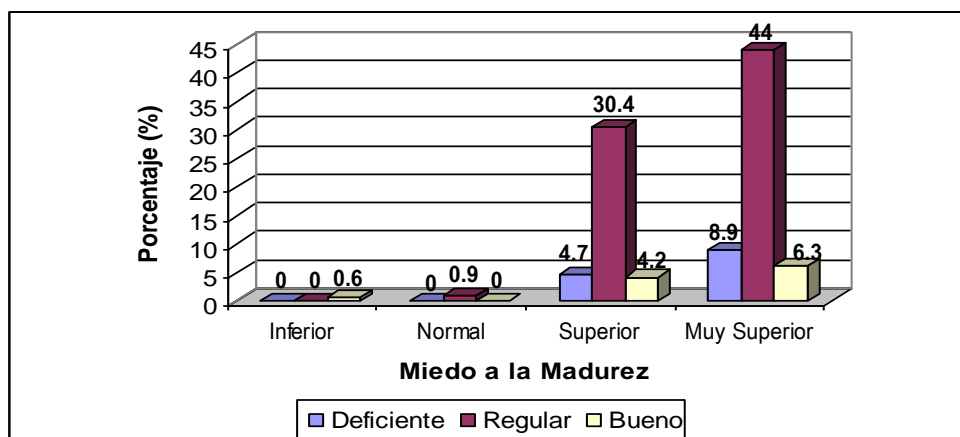


TABLA N°. 23

**RELACIÓN ENTRE EL ASCETISMO Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ASCETISMO	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy inferior	0	0,0	4	1,3	4	1,3	8	2,6
Inferior	3	1,0	15	4,7	2	0,6	20	6,3
Normal	11	3,5	73	23,1	10	3,1	94	29,7
Superior	15	4,7	95	30,1	13	4,1	123	38,9
Muy Superior	14	4,4	51	16,1	6	2,0	71	22,5
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$$X^2=15.87$$

$$P<0.05$$

La tabla N°. 23, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.87$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con el ascetismo en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 4.7% y el 4.4% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de ascetismo. De la misma manera observamos que el 30.1% de los estudiantes con riesgo superior de ascetismo y el 16.1% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

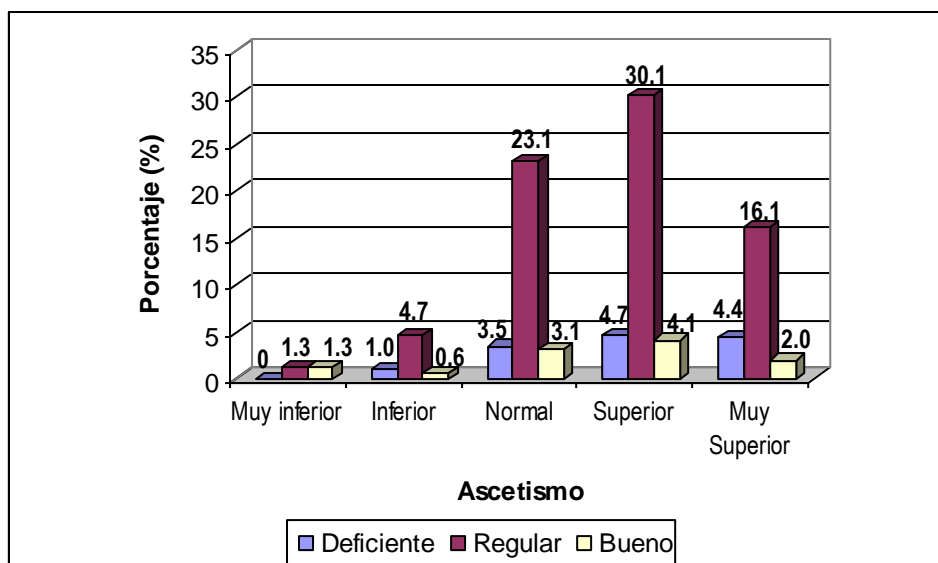


TABLA N°. 24

**RELACIÓN ENTRE LA IMPULSIVIDAD Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

IMPULSIVIDAD	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Inferior	0	0,0	0	0,0	3	0,9	3	0,9
Normal	5	1,6	33	10,4	6	1,9	44	13,9
Superior	14	4,4	62	19,6	12	3,9	88	27,9
Muy Superior	24	7,6	143	45,3	14	4,4	181	57,3
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$X^2=27.82$

$P<0.05$

La tabla N°. 24, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=27.82$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la impulsividad en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 4.4% y el 7.6% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de impulsividad. De la misma manera observamos que el 19.6% de los estudiantes con riesgo superior de impulsividad y el 45.3% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

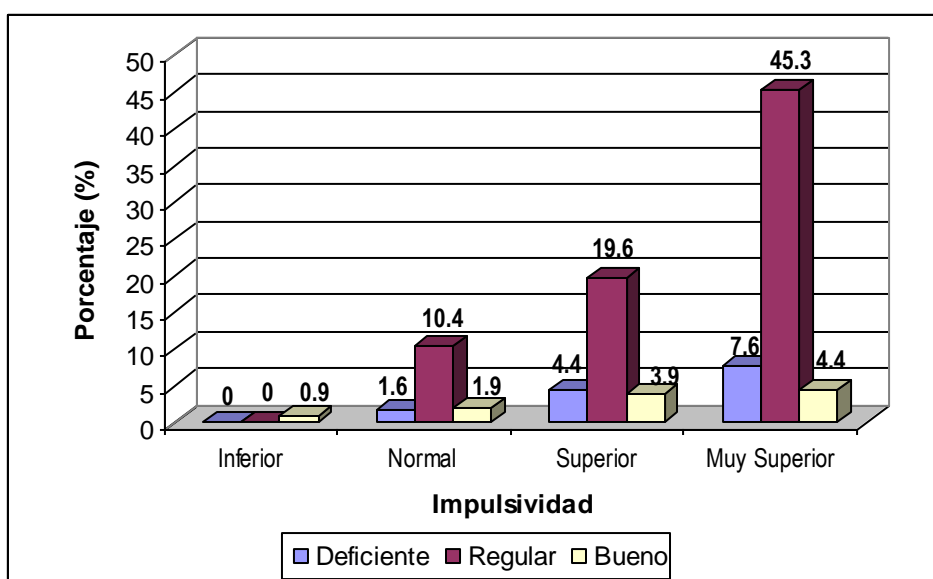


TABLA N°. 25

RELACIÓN ENTRE LA INSEGURIDAD SOCIAL Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSEGURIDAD SOCIAL	RENDIMIENTO ACADÉMICO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Muy Inferior	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Normal	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Superior	17	5,4	52	16,5	4	1,3	73	23,1
Muy Superior	26	8,2	185	58,5	30	9,5	241	76,3
TOTAL	43	13,6	238	75,3	35	11,1	316	100

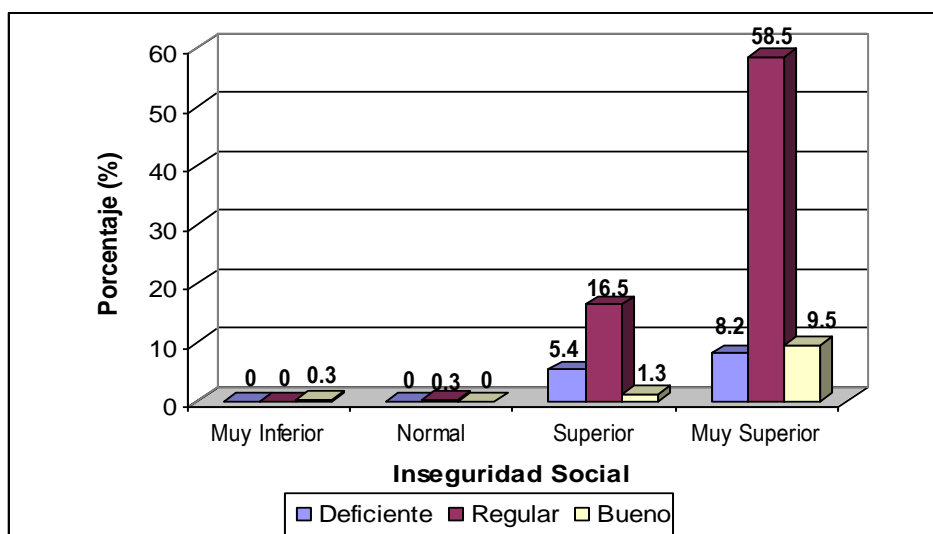
Fuente: Elaboración propia UCSM-2010.

$X^2=17.49$

$P<0.05$

La tabla N°. 25, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.49$) se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa ($P<0.05$) con la inseguridad social en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 5.4% y el 8.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de inseguridad social. De la misma manera observamos que el 16.5% de los estudiantes con riesgo superior de inseguridad social y el 58.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.



5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los trastornos de la conducta alimentaria no solo se refieren a la anorexia y bulimia, según el instrumento validado EDI 2; los trastornos involucran 11 dimensiones que en la presente investigación son estudiadas en los alumnos del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María, siendo el objetivo fundamental, buscar la relación entre las dimensiones de los TCA con el rendimiento académico.

La encuesta realizada evaluó 316 estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María; correspondiendo el 64.9% a estudiantes de sexo femenino y el 30.4% a estudiantes de sexo masculino.

El resultado encontrado en los estudiantes fue en su mayoría estudiantes de regular (75.3%) a deficiente (13.6%) rendimiento esto debido a factores que se involucran en el comportamiento y actitudes sociales como la alimentación de los estudiantes universitarios (Jiménez, 2010). Asimismo podemos indicar que el bajo rendimiento que encontramos en el área de ciencias de la salud debe de entenderse como una limitación para la asimilación y aprovechamiento de los conocimientos adquiridos en el proceso de enseñanza – aprendizaje en estudiantes. ⁽¹⁾

Por otro lado, el bajo rendimiento, básicamente puede resumirse, como la discordancia entre los resultados académicos obtenidos y los esperables por el potencial de los estudiantes, con noción de fracaso personal. ⁽²⁾

¹ Argelia Anacona. Clima Social Escolar y Rendimiento Académico en Alumnos del 3º año de Secundaria de la Institución Educativa Santa Rosa de Trujillo, p. 83.

² Bras Marquillas, Joseph. Esquemas de Pediatría Preventiva. Barcelona, p. 59.

Según J. Le Gall, citado por Arancibia (³); los factores responsables del bajo rendimiento académico se agrupan en tres zonas o en tres niveles, social, familiar y estudiantil.

En cuanto al riesgo de obsesión por la delgadez; el 17.3% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a desencadenar obsesión por la delgadez. Buitrago C. Mirella (⁴) en su investigación de Estilos de vida de alumnos de alto rendimiento Académico de las Facultades de Medicina y Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos, realiza un análisis descriptivo de técnicas cualitativas – cuantitativas con el propósito de finalmente concluir que bajo conductas sanas replicables a otros estudiantes, relacionadas con hábitos de estudio, alimentación, sueño, recreación, actividad física, etc., aseguran una red social de alta densidad, que nos permite ubicarnos en niveles de riesgo normales sin estar propensos a TCA por obsesión por la delgadez.

Ésta investigación señala que los estudiantes tienen una alta motivación y constancia por el estudio; concluyen que los estudiantes poseen una red social de alta densidad protectora. Indican que su alto rendimiento académico está asociado a poseer una red de apoyo familiar importante desde la infancia. Por otra parte se evidencian estilos de vida poco saludables y conductas de riesgo, lo que hace necesario proponer estrategias de intervención para el auto cuidado de la salud.

En otro estudio realizado por Ana María Naranjo en la Universidad de Tarapacá, Arica (2005) asocian el sobrepeso y la obesidad con una mayor morbimortalidad, no encontraron diferencias significativas entre el estado nutricional, nivel educacional y rendimiento académico.

³ J. Le Gall, M. Olivier, and J.-J. Greffet. (1997). Experimental and theoretical study of reflection and coherent thermal emission by a SiC grating supporting a surface-phonon polariton Phys, p. 45.

⁴ Buitrago Candelori, Mirella. Estilos de vida de alumnos de alto rendimiento espacial de la diabetes tipo 1 en la Región Metropolitana período, p. 103.

Es necesario señalar que la obsesión por la delgadez implica el análisis de distintos criterios para determinar el porcentaje de riesgo de presentar y/o desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y los resultados se encuentran en función de distintas variables.

En lo referente a la bulimia el mayor porcentaje se encuentra en niveles de riesgo normales (70.1%). Asimismo se indica que el 3.7% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a la bulimia y el 0.6% niveles muy superiores de bulimia. Al respecto en el estudio de Factores Determinantes de Estrés y su Asociación a Toxicomanías en Adolescentes Universitarios de la UAEM, (Hilda Hernández, Arnulfo L'Gamiz, Aurora Maravilla, Eneida Camarillo, Gerardo Huitrón. Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México. (2004), reconocen que modificaciones en la dieta, puede ser un indicativo de alimentación inadecuada o bien de trastornos de la Alimentación como anorexia y bulimia que son otro de los males que aquejan actualmente a los adolescentes (⁵). Por tanto, es necesario incorporar programas de fomento a la Salud, en los planes de estudio oficiales o como actividades extracurriculares, para que se promuevan al interior de las Universidades, estilos de vida saludables.

El 10.8% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a la Insatisfacción Personal. Salazar Mora, Zaida ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ, Reflexiones, Vol. 87, Núm. 2, 2008, pp. 67-80 Universidad de Costa Rica, en su investigación titulada ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ, Agosto del 2008; analiza la importancia de la imagen corporal en la adolescencia dentro del contexto de una cultura donde el ser delgado está estrechamente relacionado con el atractivo físico. Los y las adolescentes establecen comparaciones entre su apariencia y los modelos ideales sociales, los cuales al ser poco realistas, les pueden generar insatisfacción corporal,

⁵ Chinchilla, A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, p. 166.

ansiedad, depresión baja autoestima y trastornos alimenticios. Nuestra investigación se ajusta a los resultados del trabajo ya que nuestros estudiantes no presentan riesgo a la insatisfacción personal, en todo caso aceptan que la adolescencia es un periodo fundamental en la adopción de hábitos y de comportamientos adecuados para mantenerse saludable.

Nuestros resultados reportan que el 77.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a la insatisfacción personal y el 9.5% niveles muy superiores. Este porcentaje alto de riesgo a la ineficacia concuerda con los estudios realizados por Schaufeli. et al. 2005, Deary Watson & Houston et al. 2003, en la que manifiestan que el agotamiento emocional relacionado con los servicios asistenciales y de ayuda; demostraron que los estudiantes reflejan agotamiento por las demandas del estudio, presentando una actitud cínica, de desprendimiento y sentimiento de incompetencia. Similares resultados se encuentran en los trabajos realizados por Salanova, Martínez Bresó (6).

Al realizar el análisis del perfeccionismo se encontró que el 27.5% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior; y el 55.7% niveles muy superiores. En la Tesis Doctoral EL POTENCIAL DE APRENDIZAJE Y LOS NIÑOS SUPERDOTADOS, (2007) efectuada en la Universidad de Granada Facultad de Psicología cuyo objetivo era comprobar, si la evaluación potencial de aprendizaje, como estrategia evaluativa identifica mejor a los estudiantes denominados superdotados, conlleva a un riesgo para la propia investigación, pues estos en el afán de buscar la perfección pueden desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

Como se puede verificar con respecto a la desconfianza interpersonal, observamos que el 30.7% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a la desconfianza interpersonal y el 66.5% niveles muy superiores. Trabajos realizados en esta temática,

⁶ Salanova, Martínez Bresó & Llorens. Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico, p.133.

como el estudio realizado en la Institución Educativa Santa Rosa de Trujillo 2006, referente al “Clima social en estudiantes y rendimiento académico”, concluyen en que la relación entre el estudiante y el ambiente tienen un fuerte peso, para llegar al equilibrio y obtener la autonomía que el estudiante necesita para desenvolverse sin dificultad, es por este indicador que los alumnos del Área de ciencias de la salud presentan niveles de riesgo superior a la desconfianza interpersonal porque no existe la integración de los elementos congénitos y las actitudes familiares que facilitan o dificultan el equilibrio esperado.

En la propuesta de Perfil de ingreso de los estudiantes aspirantes a cursar el programa de Medicina de la U.C.L.A- (2004) se evidencia total correspondencia entre la responsabilidad, sensibilidad social, solidaridad, alta disposición al estudio y motivación al logro de los objetivos trazados, ratifican que la desconfianza interpersonal es una dimensión que nuestros estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María la presentan debido a diversidad de factores del entorno del estudiante, modificando su comportamiento.

Otro elemento importante se observa en la conciencia introceptiva debido a que el 32.0% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar conciencia introceptiva y el 14.3% niveles muy superiores, esto se sustenta en la tesis del Maestría Palacin Escobedo, Henry en su trabajo denominado “Relación existente entre la comunicación oral entre alumnos – maestro con el rendimiento académico alcanzado por los alumnos en las Universidades de Lima, (2005) que puntualizan que la comunicación es el acto irreversible e inevitable que se da entre las personas a través del cual se expresan información (Rangel, 2000 pág. 21), entonces la conciencia introceptiva en estudiantes poco comunicativos, son indicadores que estos alumnos pueden desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

Resulta importante analizar los resultados encontrados en el trastorno alimentario respecto al miedo a la madurez, donde el 39.3% de los estudiantes presentaron niveles

de riesgo superior a conllevar miedo a la madurez y el 59.2% niveles muy superiores. Ello se explica por los resultados hallados por García y Palacios (1991), después de realizar un análisis comparativo, sostiene que las emociones interfieren con el aprovechamiento; además las correlaciones negativas incrementan la ansiedad y por ende se suscita el miedo a la madurez que va acompañado de rasgos de personalidad, como la introversión-extroversión, el autoconcepto, la asertividad y la frustración.

De otro lado refiriéndonos al ascetismo, los resultados demuestran que el 38.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar ascetismo y el 22.5% niveles muy superiores.

Si bien el ascetismo es el conjunto de procedimientos y conductas de doctrina moral que se basa en la oposición sistemática al cumplimiento de necesidades de diversa índole que dependerá, en mayor o menor medida, del grado y orientación de que se trate. En definitiva, podríamos afirmar, parafraseando a Ortega y Gasset en sus investigaciones Psicológicas que la preocupación se ha convertido en un problema científico porque la ciencia así lo permite y así lo exige en el momento actual ⁽⁷⁾, esta dualidad puede encaminar a nuestros estudiantes a factores de riesgo superiores que conlleven al ascetismo.

En nuestros hallazgos encontramos que el 27.9% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a la impulsividad y el 57.3% niveles muy superiores. En el trabajo efectuado por la Dra. Fabia Morales Vives⁽⁸⁾. Tanto la impulsividad como la agresividad están relacionadas con conductas desadaptativas y numerosos trastornos mentales. En el caso de adolescentes y estudiantes, la impulsividad está implicada en problemas como el trastorno por hiperactividad y déficit de atención o la lectura que a su vez generan problemas de aprendizaje y fracaso (Harmon - Jones, Barratt & Wigg, 1997). Según E. Barratt los sujetos impulsivos tienen más problemas para aprender que

⁷ Ortega y Gasset, J. A. Study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa, p. 30.

⁸ Fabia Morales Vives. Psychometric properties of the reduced versions of Buss and Perry's Aggression Questionnaire, p. 93.

los sujetos con baja impulsividad, lo que implica que podría estar relacionada., con el fracaso estudiantil, que a su vez, podría mantener también alguna relación con la conducta agresiva.

En lo que concierne al trastorno alimentario respecto a la inseguridad social observamos que el 23.1% de los estudiantes presentaron niveles de riesgo superior a conllevar inseguridad social y el 76.3% niveles muy superiores.

Es interesante el dato que nos brinda este indicador ya que un gran porcentaje de nuestros estudiantes presentan un riesgo superior de inseguridad social y es el Dr. Ruben Edel navarro, (2004) Doctor en Investigación Psicológica, que desarrolla la investigación “El Desarrollo de habilidades sociales determinan el éxito académico” en la que indica lo siguiente; actualmente la evaluación del desarrollo de habilidades sociales en los estudiantes y su probable nexos con su futuro desempeño académico queda relegado a un segundo plano debido a la inseguridad social presente en nuestros estudiantes. Sin embargo las limitaciones en el desarrollo de las relaciones sociales generan riesgos diversos, como abandono estudiantil, bajo rendimiento y otras dificultades. Dadas las consecuencias a lo largo de la vida, las relaciones sociales deberían considerarse como la primera de las cuatro asignaturas básicas de la educación, es decir, aunada a la lectura escritura y matemática. Pizarro (1985) se refiere al rendimiento académico como una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación, constituyéndose en un fenómeno multifactorial donde definitivamente tiene que ver con la inseguridad social presente en estudiantes, como el nivel de pensamiento formal de los mismos (⁹).

⁹ Benitez, Gimenez y Osicka. Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico, p. 128.

La relación entre la Obsesión por la delgadez y el rendimiento académico no presentó significación estadística en los estudiantes del Área de ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María.

Se observa que el 2.8% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior de obsesión por la delgadez. De la misma manera el 12% de los estudiantes con riesgo superior de obsesión por la delgadez presentaron un rendimiento académico regular.

Manuel Herrero ⁽¹⁰⁾, aplicaron el EDI-2 a una muestra aleatoria y representativa de estudiantes, en un diseño transversal. Las medias de las subescalas de Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal se enmarcan dentro del rango de lo encontrado en nuestra investigación. Se analizaron distintos criterios para determinar el porcentaje de estudiantes en situación de riesgo de presentar o desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y se encuentran resultados en función de distintas variables. Por tanto en nuestro trabajo encontramos que la obsesión por la delgadez no es un indicador que implique un rendimiento que se enmarque exclusivamente en un rendimiento académico deficiente o regular sino que existen otras variables que se deben de tener presentes.

Otro dato importante es el resultado, que nos muestra; que el rendimiento académico presenta una relación estadística significativa con la bulimia en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María.

Allí observamos que el 0.3% de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente, tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de bulimia. De la misma manera el 2.8% de los estudiantes con riesgo superior de bulimia y el 0.3% con riesgo muy superior de bulimia presentaron un rendimiento académico regular.

¹⁰ Herrero, Manuel. M. Viña Conrado. En su estudio conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes, p.138.

En este indicador es necesario señalar que las personas anoréxicas y bulímicas son inteligentes, creativas y perfeccionistas así lo indica F. Franco /Vigo (¹¹). En relación a la bulimia manifiesta que estos pacientes presentan rasgos psicopatológicos y son paradigma de la de la patología psicosomática, baja autoestima, rechazo a la sexualidad, incapacidad para complacerse y complacer con sentimientos de culpa, aislamiento, soledad y por supuesto neurosis obsesiva por adelgazar. Todos estos elementos contribuyen a que nuestros estudiantes presentes niveles de riesgo superior y muy superior por la bulimia presenten rendimiento académico deficiente y regular.

Susana Santiago Nutricionista de la Universidad de Navarra (12 y 13 de Marzo 2009) indica que este tipo de trastorno está relacionado con el rendimiento académico. Carmen García Alba (Centro de Salud Mental, Madrid) postula que en esta patología hay una alteración en el funcionamiento cognitivo. Consideran la necesidad de incluir una intervención terapéutica global, la reestructuración cognitiva como terapéutica idónea para modificar este tipo de alteración.

Analizando la tabla N°. 16, se observa que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con la insatisfacción corporal en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 2.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior de insatisfacción corporal. De la misma manera observamos que el 7.3% de los estudiantes con riesgo superior de insatisfacción corporal presentaron un rendimiento académico regular.

Salazar Mora Zaida (¹²), manifiesta; la insatisfacción corporal está relacionada con el rendimiento académico, indica en su trabajo Adolescencia e Imagen corporal en la Época de la Delgadez, indica que los adolescentes, principalmente las mujeres se sienten insatisfechas con su imagen corporal, lo cual según la teoría y los estudios consultados podrían llevarlas a padecer trastornos alimentarios. De esta forma, la construcción de la

¹¹ F. Franco /Vigo. "Habilidades para una alimentación saludable" Asociación Cultural Chiribaya y Madres Latinas de Vigo, p. 66.

¹² Salazar Mora Zaida. Adolescencia e Imagen Corporal en la Época de la Delgadez, p. 95.

imagen corporal, debe abordarse, como un fenómeno sociocultural, donde se presenta una situación anómala (una belleza requiere ser adquirida y es limitada) y debe ser analizada considerando diversos enfoques, como la repercusión en el rendimiento académico, sin dejar de lado las dimensiones económicas y los valores sociales.

Continuando la discusión de los resultados, al analizar la tabla N°. 17, nos muestra que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con la ineficacia en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Por otro lado se observa que el 8,5% y el 2,9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de ineficacia. De la misma manera observamos que el 59,5% de los estudiantes con riesgo superior de ineficacia y el 6,0% con riesgo muy superior de ineficacia presentaron un rendimiento académico regular.

La Ineficacia es un indicador importante para determinar un rendimiento académico satisfactorio. En nuestra investigación encontramos que un porcentaje elevado se encuentran en riesgo superior y en menor porcentaje en riesgo muy superior. Si analizamos la tesis Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios Venezolanos julio del 2008, en la que se evalúa el estrés académico, la presión social y su relación con la salud mental y el performance de desarrollo académico en estudiantes, la mayoría de venezolanos manifiestan que los avances tecnológicos en las universidades de Caracas se trabaja con instrumentos de tecnología de punta, lo que está provocando un stress en la salud mental y un deterioro en el desarrollo normal de las actividades académicas. Es importante percibir que el soporte social en general, genera cierta presión sobre los alumnos y de manera muy especial en la estabilidad que estos necesitan para manejar la tecnología empleada en los laboratorios y ello conlleva a la impotencia y/o ineficacia respecto del manejo de los instrumentos y aun más la interpretación de los resultados. Carmen Caballero en su trabajo Burnout, engagement y rendimiento academico entre estudiantes universitarios que trabajan y aquellos que no trabajan (2006), los resultados indican que los estudiantes que trabajan se perciben más autoeficaces y dedicados que quienes no lo hacen. Asimismo, no se presentaron diferencias en el promedio ni en el número

vacacionales realizados y semestres perdidos entre los dos grupos de estudiantes, pero, las personas que no trabajan han perdido mayor número de exámenes, esto contribuye a resaltar que los resultados obtenidos en nuestra investigación están acordes con las investigaciones realizadas para determinar si la ineficacia va a influir en el rendimiento académico.

Analizando la tabla N°. 18, se aprecia que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con el perfeccionismo en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 1.6% y el 9.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de perfeccionismo. De la misma manera observamos que el 23.1% de los estudiantes con riesgo superior de perfeccionismo y el 40.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

Cuando hablamos de perfeccionismo trastorno que encontramos en riesgo muy superior en nuestros estudiantes necesariamente nos tenemos que referir al trabajo realizado por Natalio Extremera Pacheco y Pablo Fernández Berrocal, Facultad de Psicología Universidad de Málaga, “es la inteligencia emocional un adecuado predictor del rendimiento académico en estudiantes (13).

En general, los resultados de este estudio tomados en su conjunto, han permitido vislumbrar ciertos componentes no académicos que podrían mediar en el rendimiento académico del estudiante. Esta investigación señala concretamente que el perfeccionismo está relacionado con el rendimiento académico, debido a que pone de relieve conexiones entre rendimiento e IE. Concretamente la IE intrapersonal entendida como el metaconocimiento para atender a nuestros estados afectivos, experimentar con claridad los sentimientos propios y poder reparar los estados emocionales negativos y prolongar los positivos nos encaminan al perfeccionismo, influyendo sobre la salud mental de los estudiantes y un adecuado equilibrio psicológico interviene en el rendimiento académico final (Chen, Runin y Li; Haynes, Norris y Kashy, 1996). Por

¹³ Mayer y Salovey. El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey y su validez predictiva de IE de y de sus instrumentos de evaluación, p. 111.

tanto este nuevo constructo se suma a las habilidades cognitivas como un predictor adecuado del logro estudiantil.

Discutiendo los resultados de la tabla N°. 19, nos muestra que el rendimiento académico no presentó una relación estadística significativa ($P > 0.05$) con la desconfianza interpersonal en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Asimismo se observa que el 4.1% y el 8.9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de desconfianza interpersonal. De la misma manera observamos que el 24.3% de los estudiantes con riesgo superior de desconfianza interpersonal y el 49.4% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular. Estos resultados están en función del clima social donde se desarrolla el estudiante; en la tesis de la Bach. Zully Judith Huaman Rojas “Clima Social y Rendimiento Académico en la Institución Educativa Santa Rosa de Trujillo 2005” concluye en que los estudiantes aprenden mejor y tienen mejores calificaciones cuando su ambiente educativo está organizado con normas claras y reguladas por el grupo de pares y donde se da espacio al ejercicio de sus habilidades y destrezas como el pensamiento abstracto; a esto debemos agregar la influencia significativa que tiene el relacionarse con sus compañeros en un ambiente amical y de ayuda mutua.

El rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con la conciencia introceptiva en los estudiantes del Área de ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María.

Concretamente se observa que el 3.5% y el 2.5% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de conciencia introceptiva. De la misma manera observamos que el 26.6% de los estudiantes con riesgo superior de conciencia introceptiva y el 9.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular. Podemos deducir que en nuestros estudiantes existe bastante comunicación lo que conlleva a tener un porcentaje mayor de estudiantes sin riesgo de desencadenar un conciencia introceptiva, como señala Avanzan 1982 pág. 90; en la que

demuestran que en muchas aulas universitarias, se percibe el didactismo, problema que es parte del docente lo que no permite una buena comunicación oral entre alumno y maestro, provocando un bajo rendimiento en los estudiantes.

En cuanto al rendimiento académico se observa una relación estadística significativa con respecto al miedo a la madurez en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

El 4.7% y el 8.9% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de miedo a la madurez respectivamente. De la misma manera observamos que el 30.4% de los estudiantes con riesgo superior de miedo a la madurez y el 44.0% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular. García y Palacios (1991) ejecutan un trabajo en el que demuestra que el miedo a la madurez es un factor preponderante que conlleva a un bajo rendimiento académico. Manifiestan que el rendimiento es un aspecto dinámico que responde al proceso de aprendizaje y como tal está ligado a la capacidad y al esfuerzo del estudiante, en su aspecto estático comprende al producto del aprendizaje generado por el estudiante y expresa una conducta de aprovechamiento, el rendimiento está ligado a medidas de calidad y a juicios de valoración; el rendimiento es un medio y no un fin en sí mismo, finalmente indica que el rendimiento está relacionado a propósitos de carácter ético que incluye expectativas económicas, lo cual se traduce en la presencia de un estudiante con un perfil maduro en función al modelo social vigente.

En cuanto a los resultados encontrados en la tabla N°. 22, nos permite observar que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con el ascetismo en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Se observa que el 4.7% y el 4.4% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de ascetismo. De la misma manera

observamos que el 30.1% de los estudiantes con riesgo superior de ascetismo y el 16.1% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

Kim y Rocidin, (1994) realizan un estudio en el que identifican las preocupaciones de los estudiantes y observan la relación con el rendimiento académico. Poco después la Sociedad Americana para el estudio de la Educación, reconocía abiertamente esta relación e introducen una serie de variables para entender de mejor manera la relación entre el ascetismo y el comportamiento académico de los estudiantes y reconocen un componente multidimensional que influye como un nuevo constructo independiente a otros componentes.

Los resultados encontrados en la tabla N°. 23, nos permite observar que el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con la impulsividad en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María. Observamos que el 4.4% y el 7.6% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de impulsividad. De la misma manera el 19.6% de los estudiantes con riesgo superior de impulsividad y el 45.3% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

En los resultados un porcentaje elevado presentan riesgo muy superior a la impulsividad. Como ya lo indicamos anteriormente en la tesis efectuada por la Dra. Fabia Morales Vives en su Tesis “El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento académico de los adolescentes” (26-11-2007), considera de suma importancia el impacto que las conductas agresivas tienen actualmente a nivel social y la preocupación que generan en el ámbito educativo. Se explica claramente la relación que mantienen la agresividad y los diferentes tipos de impulsividad, y cómo influyen sobre otras variables como las capacidades intelectuales, el fracaso estudiantil o el género. La impulsividad disfuncional afecta al aprendizaje posterior que permite desarrollar ese potencial, porque presenta relación con las competencias intelectuales vinculadas a la inteligencia cristalizada pero no a la inteligencia fluida. Por eso la impulsividad disfuncional afecta también a los resultados académicos e incrementa la desconfianza hacia los demás.

Con respecto a la tabla N° 24, el rendimiento académico presentó una relación estadística significativa con la inseguridad social en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María.

Se encontró que el 5.4% y el 8.2% de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María con un rendimiento académico deficiente tienen un nivel de riesgo superior y muy superior de inseguridad social. De la misma manera observamos que el 16.5% de los estudiantes con riesgo superior de inseguridad social y el 58.5% con riesgo muy superior presentaron un rendimiento académico regular.

La inseguridad social en los estudiantes es un indicador que presenta un riesgo muy superior que conlleva aun rendimiento académico disminuido y es que aproximarse al rendimiento académico como objeto de estudio plantea entender su complejidad y las formas de abordar su comprensión como un fenómeno multifactorial. En la investigación del Dr. Ruben Edel Navarro¹⁴, Dr. en investigación Psicológica comenta que se puede tener una buena capacidad intelectual y buenas aptitudes y sin embargo el rendimiento no es el adecuado, por lo tanto la inseguridad social ante esta disyuntiva, debe generar un sistema educativo eficaz, que proporcione a los estudiantes el marco idóneo donde desarrollar sus potencialidades y pueda demostrar sus conocimientos sobre las distintas áreas ó materias, que el sistema considera necesarias y suficientes para su desarrollo como miembro activo de la sociedad.

¹⁴ Edel Navarro Ruben. ¿Cómo elegir universidad?. Educación profesional ó capacitación especializada, p. 29.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El rendimiento académico encontrado en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María; fue en su mayoría, de regular a deficiente.

SEGUNDA:

Los trastornos de la conducta alimentaria con niveles de riesgo superior encontrados en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud fueron: obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal; y con el riesgo superior y muy superior fueron los trastornos de la conducta alimentaria de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

TERCERA:

Se encontró que el rendimiento académico de los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud se relacionó con la mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria con excepción de obsesión por la delgadez y desconfianza interpersonal.

SUGERENCIAS

La presente investigación presenta las siguientes sugerencias:

PRIMERA:

Evaluar los TCA con otro instrumento de medición con el objeto de evaluar la concordancia de los resultados obtenidos en esta investigación.

SEGUNDA:

Es importante evaluar los TCA según el género de los estudiantes para determinar la incidencia de cada uno de los trastornos en damas y varones.

TERCERA:

Realizar una investigación para determinar la relación entre el estado nutricional mediante el indicador de masa corporal y los trastornos de la conducta alimentaria.

CUARTA:

Determinar los factores que se relacionan al riesgo superior y muy superior de los trastornos de la conducta alimentaria.

QUINTA:

Los resultados deben ser considerados por las autoridades universitarias a la hora de planificar las actividades del área de auto desarrollo, a ofrecer a los estudiantes, en función de lograr máxima participación y beneficio en la formación integral de los futuros profesionales, de la Universidad Católica

SEXTA:

Por otra parte, resulta recomendable extender este estudio a los fines de apoyar las decisiones orientadas a atender necesidades individuales de los estudiantes, a través de los servicios de apoyo al sector estudiantil, dando soporte científico a la planificación curricular al momento de plantear la incorporación de nuevas oportunidades que conduzcan a la formación integral de los estudiantes, ya sea relacionado con los métodos de enseñanza empleados por el profesor o la planificación del uso del tiempo libre, los cuales influyen en el .rendimiento académico del estudiante.

PROPUESTA TEÓRICA

Los trastornos de la conducta alimentaria abarcan un amplio grupo de problemas clínicos en los que se entrelazan aspectos médicos psicopatológicos y relacionales. Todo conforma una entidad clínica grave. Con frecuencia se requiere un tratamiento multidisciplinario, con un seguimiento largo y costoso, tanto económico como social.

La experiencia alcanzada con otras enfermedades indica que también en los trastornos, de la alimentación, además del tratamiento las medidas de prevención pueden reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar su pronóstico ahorrando, costos y mejorando su rendimientos.

Las medidas de prevención deben de incidir en todos y cada uno de los factores que se considera pueden ejercer una acción etiológica, sobre todo en aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población.

En la sociedad actual, inquietan ciertos síntomas que ponen en riesgo la vida de los sujetos (fenómenos psicosomáticos, adicciones, anorexia-bulimia, violencia social, familiar y otros). Estos fenómenos plantean dificultades en la instauración de la transferencia y en la instauración de dispositivos analíticos, planteando problemas en la dirección de la cura.

Por otro lado al hacer mención a la educación, necesariamente hay que referirse a la entidad educativa y a los diferentes elementos que están involucrados en el proceso enseñanza aprendizaje como los estudiantes, la familia y el ambiente social que lo rodea.

La inteligencia humana no es una realidad fácilmente identificable, es un constructo utilizado para estimar, explicar o evaluar algunas diferencias conductuales entre las personas: éxito/fracasos académicos, modos de relacionarse con los demás, proyecciones de proyecto de vida, desarrollo de talentos, notas educativas, resultados de test cognitivos, etc. Los científicos, empero, no han podido ponerse de acuerdo respecto a que denominar una conducta inteligente.

La riqueza del contexto del estudiante universitario (medida como nivel socioeconómico) tiene aspectos positivos sobre el rendimiento académico del mismo. Este resultado confirma que la riqueza sociocultural del contexto (correlacionada con el nivel socioeconómico, más no limitada a el) incide positivamente sobre el desarrollo académico de los estudiantes. Ello recalca la importancia de la responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y la Universidad en el proceso educativo.

En este contexto y analizando todo el entorno multifactorial que pueden conducir a un estudiante al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y su repercusión en el rendimiento académico y considerando que los programas de formación académica, están estructurados para proporcionar la mayor cantidad posible de entrenamiento en un periodo limitado de tiempo, tarea, que resulta muy difícil en un campo tan amplio. A su vez, los estudiantes se ven sujetos a una sobrecarga de trabajo, que les impide cultivar otros aspectos de su vida, la necesidad de adoptar estilos de vida que equilibren trabajo, relaciones, ocio y espiritualidad, el ritmo marcado por temario académico y las prácticas les impiden llevarlo a la práctica, deberían revisarse los programas de formación para dar cabida a la preparación integral del estudiantes; en ese sentido presentamos una propuesta de acciones que necesariamente se deben tomar en cuenta para solucionar la temática expuesta y generar ambientes saludables de desarrollo y evitar la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y sus implicancias en el rendimiento académico en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa.

1.- LA PROPUESTA SE ENMARCA EN DOS GRANDES DIRECCIONES

- a.- Asistencia clínica: de sujetos portadores de estas configuraciones psicopatológicas.
- b.- Grupos operativos y/o terapéuticos que trabajare con sujetos pertenecientes a diversos grupos sociales (instituciones, organizaciones no gubernamentales, universidades en general, etc.).

Metodológicamente se recurrirá a técnicas grupales que se sostienen en un marco conceptual psicoanalítico y con una dinámica apropiada a las actividades ofrecidas. Se recurrirá a las modalidades de taller, conferencia, cursos, etc. En ambas se pone en juego la transmisión de conocimientos adquiridos y se recaba información para los fines

investigativos. Se opera desde una terapéutica y se acciona desde el orden de la prevención.

2.- PREVENCIÓN PRIMARIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS.-

Se trata de un programa tendiente a promover la salud alimentaria y prevenir déficit en los hábitos alimentarios que las situaciones de trastorno alimentario generan. Dichos trastornos tienen como consecuencia enfermedades, síndromes, etc. Las conductas alimentarias expresan en las poblaciones diferentes aspectos, a saber: creencias, tradiciones, mitos, símbolos y se ligan a las propagandas emitidas en los medios de comunicación, al medio geográfico, a la franja etaria y la disponibilidad de recursos preventivos. En este sentido, se trata de un programa conformado por dos proyectos dirigidos a promover hábitos de alimentación saludables y realizar acciones de difusión en distintos niveles educativos, sectores intermedios en la comunidad, a través de mesas redondas, jornadas, seminarios, elaboración de publicaciones, etc. También se prevé la realización de acciones preventivas y campañas de concientización por medio de un programa de acceso a los medios masivos de comunicación.

3.- EDUCAR EN CONDUCTAS ALIMENTICIAS SALUDABLES.

“Educar en conductas alimenticias saludables” pretende dar cuenta y abordar una problemática cotidiana en nuestra población citadina. En nuestras sociedades se conocen frecuentemente casos de bulimia y anorexia y/o sus combinaciones sin importar el nivel social o condición económica de los sujetos afectados. La propuesta contempla dentro de sus ejes de trabajo como propósito general la prevención primaria primordial en estos trastornos. El sujeto de aprendizaje debe abordarse en la relación entre la salud y la alimentación, poniendo especial énfasis en el proceso de crecimiento y desarrollo y sus posibles alteraciones para vincularlo con las diferentes necesidades nutritivas en función de la edad, la actividad física y las condiciones fisiológicas.

El propósito es trabajar en equipo interdisciplinario la problemática de los trastornos de conducta alimentaria con el marco teórico propuesto por la Atención Primaria de la Salud (O.M.S. Organización Mundial de la Salud).

Realizar acciones de transferencia del conocimiento científico a la comunidad en la que está inserta la Universidad.

Prevenir educativamente promoviendo hábitos alimenticios adecuados en la población de riesgo, teniendo en cuenta la edad, peso, estatura y actividad que se realiza.

4.- TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. PERSPECTIVAS DE ABORDAJE DESDE UNA DIMENSIÓN COMUNICATIVA PARA UN PROYECTO PREVENTIVO.

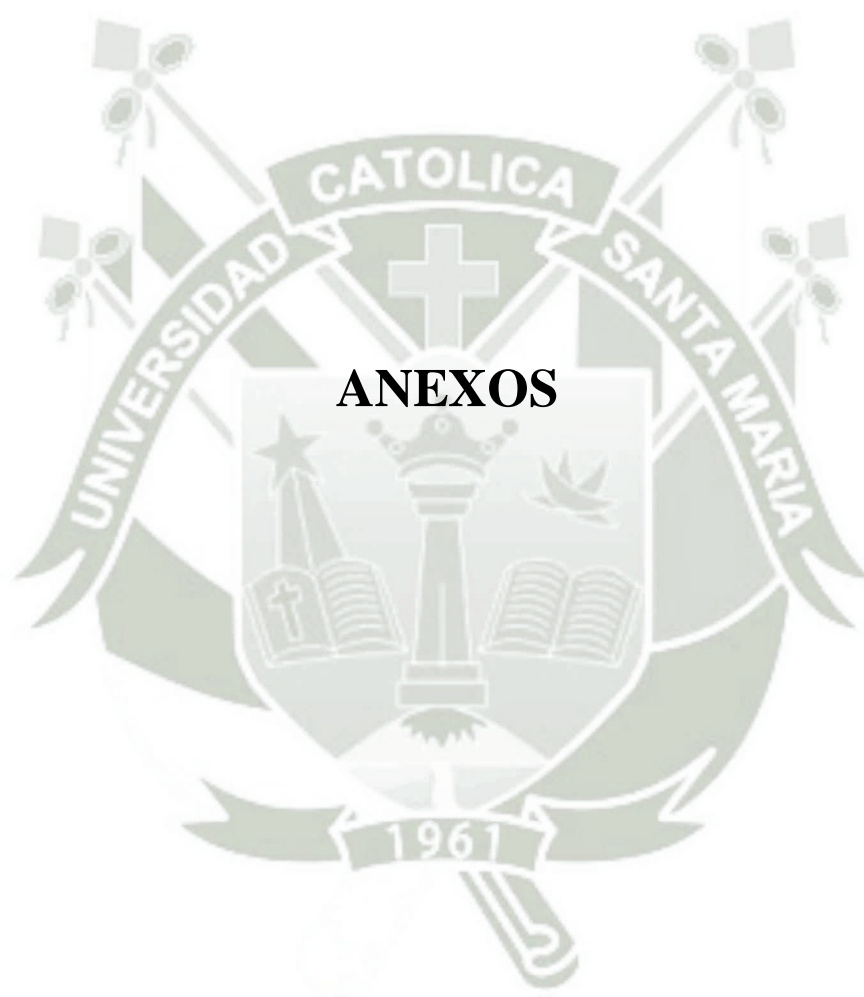
“Trastornos alimenticios y promoción de la salud. Perspectivas de abordaje desde una dimensión comunicativa para un proyecto preventivo” pretendemos dar cuenta y abordar una problemática cotidiana en nuestra población estudiantil universitaria y que tiene que ver con los trastornos alimenticios y su relación con las prácticas culturales de alimentación a partir de las configuraciones de estas últimas con la construcción de sentido por parte de los medios de comunicación. En nuestras sociedades se conocen frecuentemente casos de **bulimia y anorexia** y/o sus combinaciones sin importar el nivel social o condición económica. La propuesta contempla dentro de sus ejes de trabajo como propósito general la prevención primaria primordial en estos trastornos desde la dimensión de la comunicación. Se prevé trabajar en equipo interdisciplinario la problemática de los trastornos de conducta alimentaria: **bulimia, anorexia y vigorexia**, con el marco teórico propuesto por la Atención Primaria de la Salud (O.M.S. Organización Mundial de la Salud). Realizar acciones de transferencia del conocimiento científico a la comunidad en la que está inserta nuestra Universidad. Promover desde la comunicación, acciones enmarcadas en la prevención: primaria y primordial y en la promoción de la salud en el ámbito de la comunidad. Se prevé realizar actividades destinadas a informar a la comunidad local y regional acerca de las características y consecuencias de la **anorexia, bulimia** y sus múltiples combinaciones. Se persigue el objetivo de reducir el impacto estimulativo producido por los medios masivos de comunicación en relación con estas patologías, mediante una lectura crítica de los mensajes y la elaboración de acciones que faciliten esta tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argelia Anacona (1993), citado por Uculmana (1995). Clima Social Escolar y Rendimiento Académico en Alumnos del 3º año de Secundaria de la Institución Educativa Santa Rosa de Trujillo 2005. Tesis.
2. Benitez, Gimenez y Osicka. (2000). Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: ¿Existe alguna relación?. En red: www. Disponible en: www.unne.edu.ar
3. Borrego Hernando O. Le Gall. (2000). Tratamiento de los Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Inf. Ter. Sist. Nac. Salud;24:44-50.
4. Bras Marquillas J. Febrer Bosch J.Mª. González Palacios A. Marina López C. Suárez Camino J.: (1988). Esquemas de Pediatría Preventiva. Barcelona. Prous.
5. Buitrago Candelori, Mirella. (2000-2005). Estilos de vida de alumnos de alto rendimiento espacial de la diabetes tipo 1 en la Región Metropolitana período.
6. Carmen García Alba (Centro de Salud Mental, Madrid). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. versión impresa ISSN 0211-5735. n.87 Madrid jul.-sep. 2003. Procesos de pensamiento en adolescentes anoréxicas
7. Chen, Runin y Li Christopher Duggan, John B. Watkins, W. Allan Walker. (2008). Medical - 923 páginas Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Running-an analog of anorexia? N Eng'l J Med 1983;308:251-5. 127. 93
8. Chinchilla, A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona. Ed. Masson.
9. Edel Navarro Ruben (2004). ¿Cómo elegir universidad?. Educación profesional ó capacitación especializada. Disponible <http://www.redcientifica.com/doc/doc200402170601.htm>

10. European Journal of Scientific Research ISSN. (2006). 1450-216X Volume 13, No. 4 March, 2006 Schaufeli. et al. 2006, Deary Watson & Houston et al.
11. Extremera Pacheco Natalio y Fernández Berrocal Pablo (2002). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud, ISSN 1130-5274, Vol. 15, Nº. 2, 2004, págs. 117-137
12. F. Franco /Vigo. (2009) “Habilidades para una alimentación saludable” Asociación Cultural Chiribaya y Madres Latinas de Vigo.
13. Fabia Morales Vives (2007). Psychometric properties of the reduced versions of Buss and Perry’s Aggression Questionnaire. Psicothema, Tesis dirigida por el Dr. Andreu Vigil Colet . p.17, 96-100.
14. Gil García, María Eugenia (2005). Tesis Doctoral “Anorexia y Bulimia: Discursos Médicos y Discursos de mujeres diagnosticadas”. Granada.
15. Harmon Jones E., Barratt E.S., Wigg C. (1996). Impulsiveness, aggression, reading and the P3 of the event related potentials. Personality and individual differences. 22, 439-445.
16. Hernández Hilda, L’Gamiz, Arnulfo, Maravilla Aurora, Camarillo Eneida, Huitrón Gerardo. (2004). Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.
17. Herrero, Manuel. Conrado M. Viña en el 2005. Conductas y Actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, enero, año/vol. 5, número 01 Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) Granada, España, pp. 67-83.
18. J. Le Gall, M. Olivier, and J.-J. Greffet. (1997). Experimental and theoretical study of reflection and coherent thermal emission by a SiC grating supporting a surface-phonon polariton. Phys. Rev. B 55, 10105.

19. Jiménez Borreguero, J. (2010). *Obesidad y otros trastornos de la alimentación*. Profesor clínico docente Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid, miembro de UMEM (Unión mundial de escritores médicos).
20. Mayer y Salovey. (1997). *El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey y su validez predictiva de IE de y de sus instrumentos de evaluación*.
21. Ortega y Gasset, J. A (1927/1982). *Study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa*.
22. Ruben Edel Navarro, (2004). *El concepto de enseñanza aprendizaje*. Disponible. <http://www.redcientifica.com/doc/doc200402170600.htm>
23. Salanova, Martínez Bresó & Llorens. (2004); Bresó. Llorens & Salanova. (2005). *Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico*. *Anales de Psicología*. 21 (1) 170-180. Con acceso el 27 de marzo de 2007 en la Word Wide Web.
24. Salazar Mora Zaida. (21 de agosto 2008). *Adolescencia e Imagen Corporal en la Época de la Delgadez*. *Reflexiones*, Vol. 87, Núm. 2, 2008, pp. 67-80. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.





ANEXO N° 01
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN
ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA,
AREQUIPA – 2010**

Proyecto de Tesis presentado por el Magister:
CARLOS ALBERTO MEDINA POMAREDA

Para Optar el Grado de Académico de:
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

Arequipa – Perú
2009

I. PREÁMBULO

La alimentación para el ser humano es uno de los actos importantes para la supervivencia; siendo un proceso fisiológico fundamental. La comida en muchos países se ha convertido en un acto social, en un medio de comunicación, de cohesión e identificación con el grupo y el desarrollo del ser humano. La alimentación ha influido en su seguridad, no solo de supervivencia fisiológica, sino también psicológica. 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 (Cruz, M. y Sulca, S.; 2009).

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose superdependiente de esa idea.

El nivel académico de las universidades es un tema de mucha importancia para nuestro país; existen muchos factores vinculados a este problema como es la preparación de los alumnos que ingresan a la vida universitaria, algunos problemas familiares, psicológicos, económicos y alimentarios, los cuales interactúan repercutiendo en la calidad profesional.

La adaptación de los estudiantes al medio universitario está ligado a múltiples factores: psicológicos, sociales, económicos entre ellos se puede mencionar lo referente al nivel socioeconómico, la personalidad y el estado nutricional y otros; que muchas veces llevan a los estudiantes a un inadecuado desenvolvimiento en sus estudios pudiendo ocasionar irregularidades durante el transcurso de su vida universitaria y por ende, su rendimiento académico no será satisfactorio a la vez que repercutirá en el futuro del desarrollo personal y profesional de los estudiantes (Cáceres, 2006).

Una alteración en el régimen alimentario de los estudiantes universitarios se evalúa mediante la conducta alimentaria pudiendo traer consecuencias; como la deficiencia intelectual que se expresa en un bajo rendimiento académico (Olivares *et al.*, 1991).

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Enunciado

“RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA – 2010”

1.1 Descripción del Problema

1.1.1. Campo, Área del Conocimiento, y línea de acción

- Campo: Ciencias de la salud
- Área : Salud Pública
- Línea: Psicopatologías Alimentarías

1.1.2. Operacionalización y Descripción de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<i>Primera Variable</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesión por la delgadez - Bulimia - Insatisfacción corporal - Ineficacia - Perfeccionismo - Desconfianza interpersonal - Conciencia introceptiva - Miedo a la madurez - Ascetismo - Impulsividad - Inseguridad social 	<ul style="list-style-type: none"> Temor mórbido a la obesidad Disfunciones psicológicas Perturbación de la imagen corporal Déficit de autoestima Niveles de rendimiento personal Sentimiento General de Alineación Estado emocional Confusión y conflictos familiares Autosuperación y control Dificultad para regular los impulsos Relaciones sociales alteradas
<i>Segunda Variable</i>		
<i>Rendimiento Académico</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Asignaturas de formación básicas -Asignaturas de formación profesional -Asignaturas de formación especializada 	<ul style="list-style-type: none"> -Promedio ponderado -Promedio de las asignaturas

1.1.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cómo es el rendimiento académico en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM?
2. ¿Cuáles son los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM?
3. ¿Cuál es la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico y de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM?

1.1.4. Tipo y Nivel de Problema

- **Tipo de problema:** De campo
- **Nivel de investigación:** Relacional

1.2 Justificación.

La presente investigación desde el punto de vista científico abordará, en forma objetiva y precisa el problema de los trastornos de la conducta alimentaria y sus implicancias en el rendimiento académico en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la UCSM.

Actualmente se ha observado que un sector estudiantil de la UCSM presentan un comportamiento fluctuante que se manifiesta en descargar sus emociones y en algunos casos de estrés personal; descuidando su régimen alimentario y otros factores importantes en la que se destaca modificaciones en el rendimiento académico. Hoy en día, los entornos de las universidades se están acondicionando para que este sector estudiantil, dispongan de espacios para desarrollar estos comportamientos y/o actitudes inadecuadas. Los tutores y docentes de la UCSM han percibido cambios en el rendimiento académico de los estudiantes y posiblemente esto es debido a la presencia de trastornos alimentarios.

La investigación permitirá, que los estudiantes universitarios tomen conciencia acerca de las consecuencias negativas que se suscitan en los trastornos alimentarios, el bajo rendimiento académico, el deterioro de la

salud física y mental, y en otros rasgos de su comportamiento y de su personalidad.

El trabajo reviste actualidad por cuanto los trastornos alimentarios y sus implicancias en el rendimiento académico se ha incrementado en los estudiantes universitarios; haciéndose de imperiosa necesidad intervenir oportunamente y revalorar la identidad y el rol que deben desempeñar los estudiantes universitarios.

El trabajo de investigación es posible porque se dispone de las unidades de estudio así como de los recursos económicos, materiales y el asesoramiento de expertos en esta temática

La experiencia profesional me ha permitido observar como estudiantes exitosos así como aquellos que solicitaban consejería y orientación se fueron degradando y perdiendo todo tipo de iniciativa, llegando a comportamientos inusuales que rompen los esquemas del comportamiento normal y denigran el rol que cumple el estudiante en el escenario cotidiano de la vida universitaria, motivo por el cual se deben tomar acciones inmediatas que modifiquen el entorno de los mismos, de manera que su régimen alimenticio y desarrollo académico tenga una filosofía de vida saludable y equilibrada.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1.1. Aspectos generales

La alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico. En el hipotálamo se encuentran ubicados los centros del hambre y saciedad, aunque gracias a la corteza cerebral estos coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto, todo ello con el objetivo de conseguir alimento.

No obstante el proceso no es tan mecánico como parece. El desarrollo psicológico también está influido por la alimentación. A través del seno materno el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación con la comida con estos afectos dura toda la vida, por esta causa ciertos estados emotivos como la ansiedad, depresión, alegría influyen en los procesos de alimentación (Garner, 1998).

En la sociedad occidental y muy en especial, la española, el acto de comer es un acto social. Se come de manera grupal y la forma como comen define a los diferentes grupos culturales. Es mediante la comida que se produce un acto de comunicación social y se da un proceso de cohesión e identificación en el grupo.

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 alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose superdependiente de esa idea.

La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir a comer a restaurantes que sirvan comidas que “engordan” ingiriendo tan sólo una fruta o yogur en todo el día, de manera que la comida controla la vida de las personas que sufren este trastorno.

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 20 años, ya que es un período en el cual el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.

Podríamos decir que la publicidad y los medios de comunicación mediante la aparición de modelos o prototipos “perfectos” de hombre y mujer, bellos y muy delgados, son en parte, los responsables de la aparición de estos trastornos alimenticios en un adolescente enfermo, ya que en esta delicada etapa el adolescente está en plena evolución tanto física como psíquica y está más propenso a caer en desarreglos alimenticios al no tener aún formado ni su cuerpo ni su personalidad ni su identidad.

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos.

En este trabajo describiremos algunos trastornos de la conducta alimentaria en especial la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Además mencionaremos otros trastornos relacionados con la ingesta de alimentos como lo son: El trastorno por atracón o “Binge Eating”, la ortorexia y la vigorexia.

2.1.2. Historia

Desde tiempos remotos el sobrepeso se ha considerado como un signo de belleza, salud y poder. Esto puede deberse a que las clases altas eran las que se podían “dar el lujo” de comer abundantemente. Antiguamente los banquetes tenían un carácter sagrado y en ellos se podía comer y beber exageradamente y empleaban el vómito para continuar comiendo.

Anorexia significa literalmente “falta de apetito”. La religión ha estado asociada a la restricción de comida. Los religiosos y místicos han realizado el ayuno con frecuencia como acto penitenciaro y como medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

La más famosa anoréxica de la historia es Santa Catalina de Siena (1347), quien a los 7 años empieza a rechazar los alimentos y en la adolescencia sólo come hierbas y pan. Ingresó a la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio IX en Avignon. Al ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada, deja de alimentarse y muere.

En el siglo IX en Avicena, el príncipe Hamadham se estaba muriendo al no comer, víctima de una inmensa melancolía. Esta es la primera referencia de un anoréxico en un contexto médico, aunque provenga de un cuadro depresivo.

Las primeras referencias médicas sobre la anorexia aparecen en el siglo XVI. Empiezan a aparecer datos de personas que presentan inanición, y las conductas restrictivas de la alimentación se consideran anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

En 1873 Gull en Londres y Lasségue en París describen cuadros anoréxicos y hablan de la histeria como causante del trastorno y la denominan anorexia histérica. Gull descartó la posibilidad que una enfermedad orgánica justificase la anorexia.

Actualmente los modelos de investigación están basados en modelos de tratamientos pluridisciplinarios o multidisciplinarios y deben señalar los tres núcleos conflictivos de la anorexia: peso, figura y pensamientos distorsionados.

Russell en 1970 y 1977 intenta mostrar la relación entre las teorías biologicistas del origen de la enfermedad con las psicológicas y sociológicas y llegó a las siguientes conclusiones:

- El trastorno psíquico provoca la disminución de la ingesta y la pérdida de peso.
- La pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino.

- La desnutrición empeora el trastorno psíquico.
- El trastorno psíquico también puede agravar directamente a través de la función hipotalámica y producir amenorrea.
- Es probable que exista relación entre un trastorno del control del hipotálamo en la ingesta y el rechazo de la alimentación característico de la anorexia nerviosa.
- El trastorno hipotalámico podría alterar las funciones psíquicas, generando actitudes anómalas hacia la comida, imagen corporal y sexualidad.

A raíz de estos estudios y de los posteriores de Garner y Garfinkel (1982) la anorexia nerviosa se define como un trastorno diferenciado de patogénesis complicada, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes (Sandoval, 2003).

En cuanto a la historia de la bulimia nerviosa podemos decir que el término literalmente significa “hambre de buey” o un hambre muy intensa.

En 1743, en el Diccionario Médico de la ciudad de Londres se describe un cuadro bulímico como: preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno. Últimamente es cuando los aspectos que tienen relación con la figura y los factores socioculturales han sido más influyentes.

El término bulimia nerviosa fue empleado por Russell en 1979, inicialmente como una variante de la anorexia nerviosa y en la actualidad como entidad independiente caracterizado por episodios de ingesta, continuados de vómitos o uso de diuréticos o laxantes para contrarrestar las consecuencias del atracón, sobre todo en pacientes que rechazan la probabilidad de ser o llegar a ser obesas (Sandoval, 2003).

2.1.3. Clasificación actual de los trastornos de la alimentación según (*Eating disorders inventory*).

a. OBSESION POR LA DELGADEZ

La obsesión por la delgadez o la “búsqueda incesante de la delgadez” como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Russell (1970) ha descrito su antítesis, el “temor mórbido a la obesidad” como el núcleo psicopatológico, tanto de la Anorexia Nerviosa como de la Bulimia Nerviosa. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

b. BULIMIA

La Bulimia es la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la Bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulimia, restrictivo. Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria (Pyle, *et. al.*, 1986) pero, en la mayor parte de los casos, la bulimia severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas.

c. INSATISFACCION CORPORAL

Es la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos como la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa. La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con trastornos de la

conducta alimentaria (Garner y Garfinkel, 1981; Garner, Garfinkel y Bonato, 1987; Thompson, 1990). Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

d. INEFICACIA

Es el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Bruch (1962, 1973) describió, en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Este constructo está presente en la mayor parte de las explicaciones clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (Garner y Bemis, 1985; Warnier, Halmi y Maguire, 1987). Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación.

e. PERFECCIONISMO

Es el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch (1978) ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Slade (1982) ha añadido que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la A.N y la BN. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales.

f. DESCONFIANZA INTERPERSONALES

Es el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran 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 (Goodsitt, 1877; Johnson y Connors, 1987; Selvini-Palazzoli, 1974; Story, 1976; Strober, 1981a).

g. CONCIENCIA INTROCEPTIVA

Es el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. 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 AN y SN (Garner y Bemis, 1985). Selvini-Palazzoli (1974) acuñó el término “paranoia intrapsíquica” para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

h. MIEDO A LA MADUREZ

Es el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965, 1980) arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de AN o BN es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. El paciente piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares. Más aún, muchos pacientes. Más aun mucho 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 (Crisp, 1980).

i. ASCETISMO

Es la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Los primeros escritos que trataron de la AN se ocuparon con frecuencia del

ascetismo (Bell, 1985; Casper, 1983; Rampling, 1985), y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la “Obsesión por la delgadez” que pasa a ser el principal factor motivacional (Casper, 1983; Russell, 1985). La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas (Haimés y Katz, 1988).

j. IMPULSIVIDAD

Es la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria (Casper, 1990; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980; Hatsukami, Mitchell, Eckert y Pyle, 1986; Heilbrun y Bloomfield, 1986). Los elementos de esta escala coinciden con las características «borderline» de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento (Cooper et al., 1988). También coincide conceptualmente con la escala Desviación psicopática del MMPI, que es capaz de discriminar entre grupos de pacientes bulímicos y no bulímicos (Dykens y Gerrard, 1986; Norman y Herzog, 1984).

k. INSEGURIDAD SOCIAL

Definida como las relaciones sociales tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento (Bruch, 1973; Herzog, Keller, Lavori y Ott, 1987; Norman y Herzog, 1984; Strober, 1980, 1981a).

2.1.4. Prevención

En cuanto a los factores relacionados con la alimentación, es preciso consultar con un especialista antes de iniciar una dieta; sobre todo si se está en fase de crecimiento. Ir al médico en cuanto se empiece a notar una pérdida exagerada de peso. Comer sano y hacer ejercicio de forma adecuada, permite al cuerpo mantenerse en el peso que necesita. No permitir que la publicidad y ni el estereotipo de perfección afecte a la seguridad en nosotros mismos. Aprender a gustarte tal y como eres te ayudará a aceptar tu "peso natural". Dedicar tiempo a hablar sobre la gordura o la delgadez. Evitar el desorden en horarios y comidas y dejar a un lado los conflictos emocionales en torno a la alimentación (a veces, las principales comidas se convierten en verdaderas batallas campales que pueden crear rechazo hacia los alimentos).

2.1.5. Tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria

El tratamiento debe ser multicausal debido a su origen y debe incluir soluciones dirigidas a resolver las posibles complicaciones orgánicas, un plan de recuperación de peso en caso necesario, psicoterapia personal y/o familiar, y en algunos casos, medicación. Puede ser ambulatorio o, si la enfermedad está muy avanzada y necesita intervención drástica, hospitalario.

Desde una perspectiva dietético-nutricional, los objetivos del tratamiento en la anorexia nerviosa son detener la pérdida de peso y cubrir las necesidades nutricionales mínimas de la persona. Se debe proporcionar progresivamente una mayor cantidad de alimentos básicos, hasta llegar al nivel adecuado de acuerdo a la edad, sexo, talla y peso real al principio del tratamiento. Al mismo tiempo deben arreglarse los hábitos alimenticios, de manera que su dieta sea completa, equilibrada y bien distribuida durante todo el día. Los alimentos a añadir en el menú deben establecerse con arreglo a lo que la persona ingiere espontáneamente, incrementando su variedad y cantidad según la tolerancia y la evolución, por lo que la motivación y disposición del enfermo para aceptar las orientaciones en su dieta son esenciales. Los cambios en la alimentación deben realizarse despacio, con tiempo para que se asienten los cambios psicológicos necesarios para aceptar el incremento de peso. La mejora del peso

es un índice de evolución favorable, aunque a veces el paciente se intranquiliza si observa que es muy rápido, en especial al inicio del tratamiento.

Por ello, debe explicarse que ese aumento inicial es debido a la rehidratación y no a una acumulación de grasa; esta aclaración evita que la persona se angustie. Los cambios en la alimentación deben de hacerse con prudencia. No es una actitud sensata presentar platos abundantes, porque los rechazarán. La introducción de alimentos inicialmente rehusados debe ser paulatina. Es preciso enseñar de nuevo a comer, procurando olvidar la creencia de que todo engorda.

En personas bulímicas, el control de peso pasa a ser un objetivo secundario, el objetivo primordial será controlar las crisis. Se ayudará a la persona a adquirir hábitos adecuados en todo lo que se refiere a la conducta de alimentación: fijar horarios regulares de comidas, establecer al menos 3 ó 4 comidas al día sin omitir ninguna y dedicarles el tiempo necesario, y evitar siempre las dietas estrictas y los períodos largos de tiempo sin ingerir ningún alimento.

Son variadas las técnicas para abordar a la anorexia nerviosa y la bulimia: cada caso en especial necesita de una adaptación de dichas técnicas, considerando la complejidad de las situaciones y de los vínculos interpersonales. No obstante, debe clasificarse adecuadamente al paciente en cuanto al grado de afectación que presente: en una anorexia nerviosa severa y descompensada (Ej: paciente deshidratado, en shock, con arritmias cardíacas) es primordial tomar medidas terapéuticas que tiendan a conservar la vida; recuperado el paciente de esta situación extrema, se realizarán las restantes medidas de apoyo.

Como los trastornos alimentarios son de origen multifactorial, lo más aconsejable es la aplicación de distintas disciplinas para abarcar todos los aspectos de esta problemática. La mayoría de los profesionales idóneos se desempeña en equipos interdisciplinarios, con un común denominador: la recuperación del paciente mediante la reeducación nutricional y el abordaje de aquellos conflictos psicológicos que desencadenaron las alteraciones en la conducta de alimentación.

Algunas personas prefieren un tratamiento individualizado, mientras que otras escogen un contexto grupal donde pueden compartir lo que les sucede, no sólo con un profesional, sino también con gente que se encuentra en similares condiciones.

2.1.6 Evolución Histórica de los Trastornos de La Conducta Alimentaria

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude. La Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la Anorexia Nerviosa (AN) con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del s.XVII original de R. Morton, citado por Aguinaga *et. al.* (2000) Pág 279-292. El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos.

En 1764 O. Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Nos legó su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos", los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En este libro Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones.

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 W. Gull apepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, CH. Lasègue acabaría acuñando la expresión anorexia histérica. Tanto Gull como Lasègue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al

ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.

Es cierto que en el s. XX - y sobre todo desde los años cincuenta- se produce una revolución conceptual y metodológica acerca de la AN a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas. Así en 1914, M. Simmonds introdujo el concepto de caquexia hipofisaria y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una alteración de la hipófisis y no a factores emocionales. Mientras, en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos. También los psicoanalistas, en los años 40, explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual. Silverman Ja. (1995) pag.: 141-150. Alaine Yates Md. (1989); pag. 813-826.

Para H. Bruch los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común: 1º) Perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo; 2º) Dificultad para reconocer señales para nutrirse y 3º) Sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida.

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la AN. Después se puso énfasis en los cambios neuroendocrinos y genéticos, en cuanto marcadores fisiológicos de vulnerabilidad. Y, todavía hoy, muchos analistas teóricos postulan el papel de los desórdenes alimenticios en la organización y en la estabilidad del "Yo".

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis. Pero el síndrome de bulimia nerviosa (BN) fue definido por Russell (1979) pág. 429-448. Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda

Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los sesenta. Bruch H. Books. Harper collins publishers 1973.

2.1.7 Definiciones y clasificaciones actuales

Existe acuerdo en definir la AN como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la propia paciente, y la BN como síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el autocontrol del peso. En ambos casos aparece un afán desmedido por el control del peso. Sin embargo, parece que lo que se está haciendo es una descripción de los síntomas más que una comprensión del fenómeno. En cuestiones como las de por qué se produce esta enfermedad o qué factores la predisponen o la desencadenan, no se ha alcanzado un consenso. Se sabe que la diversidad y complejidad de los trastornos de la alimentación implican necesariamente la interacción entre los factores socio-culturales, psico-biológicos y familiares ⁵. Y también se conoce que un 50% de las pacientes con AN desarrollan síntomas bulímicos y que algunas pacientes con BN desarrollan síntomas de anorexia. Garfinkel Pe, Garner Dm, Goldbloom Ds (1987); pág.: 624-631.

Hay acuerdo para incluir tanto las características psicopatológicas como las alteraciones endocrinológicas. RUSSELL sugirió tres criterios para el diagnóstico de la AN: "conducta centrada en la pérdida de peso; miedo psicopatológico a engordar y evidencia de una alteración endocrina, amenorrea en las mujeres e impotencia o pérdida de interés sexual en los varones". Actualmente existe consenso a la hora de diagnosticar los trastornos de la alimentación, según los criterios recogidos en el DSM-IV y por la CIE-10, como se detallan a continuación: Russell G. (1979); pág.: 429-448.

Criterios diagnósticos de AN

- Peso inferior al 85% del valor mínimo normal, considerada la edad y la talla. (Índice de Masa Corporal de Quetelet igual o inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$). La pérdida de peso se debe a la restricción o evitación de alimentos que engordan, o a

prácticas de vómitos autoprovocados, al uso de laxantes; al ejercicio excesivo y/o al consumo de anorexígenos o diuréticos.

- Miedo intenso a ganar peso, estando incluso por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal, exagerada su importancia en la autoevaluación. Negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Amenorrea de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. Así mismo puede presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

El DSM-IV especifica entre: Tipo restrictivo, cuando no se recurre a atracones o a purgas y Tipo compulsivo/purgativo, si se recurre a vómitos provocados o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Criterios diagnósticos de la BN

- Atracones recurrentes y sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias con el fin de no ganar peso (vómitos, uso excesivo de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio físico exagerado y periodos de ayuno).
- Los atracones y las conductas compensatorias tienen una frecuencia, al menos dos veces a la semana. Por miedo a engordar, el paciente se fija de forma estricta un peso por debajo, incluso del que tenía antes de la enfermedad.

Puede ser de Tipo purgativo, presencia de vómitos regulares o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso y Tipo no purgativo, con uso de otras conductas compensatorias, ayuno o ejercicio excesivo Garfinkel Pe, Garner Dm, Goldbloom Ds. (1990` 1987);pag.: 624-631.

2.1.8. Algunos aspectos clínicos

Uno de los ejes centrales en el proceso histórico de los TCA ha sido la distorsión de la imagen corporal. Las pacientes expresan su negación a

mantener un peso dentro de límites normales para su talla y edad. El esfuerzo por mantener una dieta, así como las estrategias diferentes utilizadas para bajar de peso reflejan la condición psicopatológica de estas pacientes. Es fácil encontrar en el curso de la enfermedad conductas compensatorias, o estrategias dirigidas al control del peso: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos, uso de anorexígenos, u otras drogas de control del apetito; comer chicle, demandar una cocción exagerada de la comida, especialmente a la brasa, tendencia a tragar los alimentos y ejercicio físico excesivo. Incluso los pacientes diabéticos manipulan sus niveles de insulina. Peveler rc. (1995); pág: 276-280.

La amenorrea puede ser anterior a la pérdida de peso. Además esta alteración endocrinológica suele ir acompañada de un retraso en el desarrollo psicosexual y de una adaptación sexual pobre. Los estados de semi-inanición y las purgas acarrear también enfermedades diversas: anemia, alteraciones de la función renal y trastornos cardio-vasculares.

La literatura señala un síndrome cognitivo conductual, asociado a los TCA. Se caracteriza por una rigidez, meticulosidad, perfeccionismo, dependencia e inhibición social. Diversos autores señalan la dificultad para expresar emociones, alexitimia, y la predominancia del pensamiento operatorio a nivel cognitivo. Troop Na, Schmidt uh, Treasure Jl. (1995); pág. 151-157.

La psicopatología de estos trastornos describe a su vez la presencia de sentimientos de incompetencia, de falta de autonomía y baja autoestima, centrada ésta en el percepción negativa del propio cuerpo, déficits en el autocontrol, menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los sentimientos, tanto positivos como negativos, y tendencia a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales, ya que se consideran poco divertidas y se sienten poco aceptadas socialmente.

Las pacientes con BN presentan, de ordinario, rasgos de *acting-out*, poco control de los impulsos y tendencia a tomar decisiones rápidas. Actúan de forma impredecible. Muestran elevada sensibilidad interpersonal, excesiva necesidad de aprobación, déficits de autoestima, falta de tolerancia a la

frustración y un ánimo fluctuante entre la ansiedad y la depresión. Diversos autores señalan que las personas bulímicas obtienen puntuaciones más altas que los grupos control en las escalas de hipocondrías, depresión, desviación psicopática y neuroticismo en el MMPI (*Minnesota Multifasic Personality Inventory*). Williams GJ, Power et al. (1993); pág.: 27-32.

2.1.9 Epidemiología

Como siempre sucede en el campo de la epidemiología psiquiátrica, las cifras de prevalencia e incidencia de los TCA pueden ser variables, según los criterios metodológicos empleados: definición del caso, puntos de corte en los instrumentos de detección y diagnóstico, características de la población estudiada (edad, clase social y otras condiciones sociodemográficas), método de muestreo. Así por ejemplo: si se utilizan instrumentos de *screening* se obtienen prevalencias más bajas que si se emplean entrevistas estructuradas, puesto que los objetivos de los estudios son, respectivamente, detectar posibles casos o establecer algún criterio diagnóstico firme. Esto hace que en las estimaciones se presenten a veces datos algo divergentes. Parece claro, sin embargo, que las tasas de prevalencia e incidencia en la población general, o al menos en determinados grupos de esta población, han aumentado en las últimas décadas. El impacto social y la preocupación por estos trastornos también han aumentado.

Como consecuencia de ambos hechos, y también de la oferta de servicios y tratamientos, el acceso de pacientes a tratamiento en los servicios se ha incrementado también.

En los centros de salud mental de Navarra, durante los últimos 3 años, se atendió a 375 pacientes con TCA. El 44,5% (167) de AN y el 29,9% (112) de BN, mientras que el 25,6% (96) presentaba otros trastornos de la conducta alimentaria. El 20,7% era menor de 25 años; el 23,7%, mayor de 24 y el 43,9% oscilaba entre 16 y 21 años de edad.

Se estima que entre un 1 y un 4% de mujeres jóvenes presentan trastornos de la conducta alimentaria, siendo más frecuente la bulimia que la anorexia. Si tenemos en cuenta que hasta un 50% de casos de AN pueden presentar

síntomas de bulimia (y que a la inversa también ocurre a menudo), se comprenderá mejor la dificultad de delimitación de casos en los estudios epidemiológicos.

Si se considera para la estimación de tasas los casos que cumplen todos los criterios diagnósticos, las cifras aceptadas para la AN son de 0,5-1% en mujeres adolescentes jóvenes. La BN se encuentra en 1-3% en este mismo grupo. Los síndromes parciales pueden hallarse en cifras de 5-10%. Los datos correspondientes a varones son más escasos, probablemente por la menor prevalencia: se estima que estos trastornos son 10 veces menos frecuentes en el varón.

En nuestro país, desde los años 80, varios estudios reflejan las tendencias de prevalencia. Aplicando el cuestionario EAT (Test de actitud hacia la comida) un 9,8% de mujeres y 1,2% de hombres jóvenes podrían padecer un TCA

Ruiz Lázaro en un estudio sobre 1.854 varones adolescentes de 12 a 18 años, de hábitat urbano y escolarizados, encuentra que un 3,3% puntúa por encima del punto de corte en el EAT. Como se ve, se está prestando cada vez más atención a la prevalencia y características clínicas de los TCA en varones. Si bien la diferencia de prevalencia entre hombre y mujer es abrumadora, existen indicios de que estos trastornos se van haciendo más frecuentes en hombres.

Un estudio reciente de *screening* realizado en Asturias, sobre una muestra de estudiantes de edad media de 15,91 años, detecta como posibles casos de TCA el 7,7% de las mujeres y el 1,1% de los hombres según Saiz et. al. (1999) pág. 367-374. Estas cifras pueden ser diferentes si se utilizan criterios CIE 10 ó DSM IV. En el primer caso puede encontrarse cifras de prevalencia del 5,2% en mujeres, mientras que si se emplean criterios del DSM IV la cifra baja al 2,6%. En este estudio no se encontraron casos masculinos.

Algunas investigaciones sugieren que los síntomas o episodios bulímicos, más o menos ocasionales, son muy frecuentes. En una muestra de estudiantes franceses llegaban al 28,2% en mujeres y 13,4% en hombres ¹⁵. Por otra parte, los síndromes incompletos o atípicos son hoy también muy frecuentes ¹⁶⁻¹⁸.

Otro dato orientativo sobre la realidad epidemiológica actual de estos trastornos es la observación, tan contrastada en la práctica asistencial de los problemas de salud mental, de la alta frecuencia de hiperfagia como síntoma acompañante en determinados trastornos psiquiátricos, especialmente de ansiedad y de depresión.

Como factores de riesgo para los TCA se citan por lo tanto: sexo, edad adolescente, nivel socioeconómico medio y alto, educación y cultura (enfaticación del rendimiento intelectual, cultura de la delgadez y del éxito a través de una figura atractiva).

Hay que decir que muchos de los estudios que suelen citarse a menudo fueron publicados en los años 70 y 80, y conviene tener en cuenta los cambios evolutivos que presentan estos trastornos.

La incidencia se considera que ha pasado de 0,37 casos por 100.000 habitantes en la década de los 60, a 0,74 en los 70, 6,3 en los 80 y en la última década es de 3,4% en mujeres entre 15 y 29 años. (Toro J. El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel Ciencia 1996).

2.1.10. Factores etiopatogénicos

Las múltiples líneas de investigación sobre los posibles factores etiopatogénicos en los TCA llevan a la consideración multicausal de estos trastornos. Se han considerado factores socioculturales, familiares, neuropsíquicos y endocrinos, e incluso genéticos. Seguramente nos encontramos ante una gama de fenómenos de amplia y diversa categoría, y también ante una patogenia polifactorial. No conviene, pues, caer en la simplificación en la atribución de relaciones simples causa-efecto.

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 relación con el comer y con la apariencia del cuerpo. Los estudios de prevalencia, en efecto, evidencian mayores tasas de

AN en clases sociales altas y medias, de hábitat urbano. Es conocida también la asociación de determinadas profesiones (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. Ash Jb, Piazza. (1995); pág.: 23-38.

El anhelo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura ⁹. 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 seguridad, la belleza, estar en forma y ser 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.

La generalizada visión negativa del cuerpo no ya obeso, sino simplemente de perfiles redondeados, es un factor importante que ocasiona frecuentes restricciones alimenticias, más o menos controladas médicamente, en amplios grupos de nuestra población. La idealización de la delgadez es causa y consecuencia de lo que decimos. En la mujer, además, se ha apuntado que su creciente rol profesional actual puede conllevar exigencias de imagen que resultan divergentes con respecto a su rol doméstico. Así se generan modelos socialmente deseables, pero generadores de problemas en determinadas personas.

Los diversos métodos utilizados para adelgazar, con los que la sociedad se ha mostrado tan permisiva, se han convertido en reforzadores positivos, debido a las metas sociales alcanzadas, teniendo poco en cuenta los riesgos de este tipo de comportamientos. Los estilos de vida, el grupo de iguales, la publicidad y las propias cogniciones van reforzando ayunos, dietas restrictivas y demás prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida.

Turner ha subrayado la existencia de dos tipos de dietas restrictivas: la médica destinada al cuidado y el mantenimiento satisfactorio del cuerpo interior, y la dieta del consumidor al servicio de la superficie corporal, del cuerpo exterior o, dicho de otra forma, de los patrones actuales de belleza.

Factores familiares

En las familias de los jóvenes con TCA se ha descrito con especial frecuencia la presencia de depresión, trastornos por uso de alcohol, obesidad y cambios en la conducta alimentaria.

En las madres de pacientes con TCA se ha hallado también mayor insatisfacción con su imagen corporal. Algunos estudios han comparado familias de AN y BN, encontrando que las relaciones familiares en BN presentaban más alteraciones que en la AN: más conflictividad, menor organización y cohesión, más pobre relación afectiva con padres y diferente modo de desarrollo del proceso de individualización. Pike Km, Rodin J. (1991); pág.: 198-204.

Se han encontrado también patrones relacionales ambivalentes y erróneos²³⁻²⁵. Por otra parte, la teoría sistémica aborda la conducta en los TCA en el contexto de la interacción homeostática de la familia. Para Minuchin²⁶ las familias con trastorno de alimentación se caracterizan tanto por la tendencia a evitar el conflicto y la sobreprotección como por la dificultad de los padres para asumir en primera persona el liderazgo dentro de la familia. Suele ser típico que cada uno de los padres sienta la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro. Según Selvini²⁵ se desarrollan seis estadios en un proceso interactivo familiar que desemboque en conducta anoréxica. *Primero*: el juego de la pareja parental. *Segundo*: implicación precoz de la hija en el juego de los padres. *Tercero*: sentimientos de abandono, por el desplazamiento de la atención de la madre hacia otro miembro de la familia. *Cuarto*: desafío a la madre mediante la dieta. *Quinto*: sentimientos de rencor y desprecio hacia su padre. *Sexto*: rol del síntoma. La paciente descubre el poder que le confiere su síntoma en el juego familiar; por

medio de un vínculo pseudosimbiótico con su madre encubre la hostilidad y el control.

No hay que olvidar, por otra parte, la posible importancia de los factores genéticos. En la AN, la concordancia en gemelos monozigóticos se estima alrededor del 44%, y en los dizigóticos el 12,5%. Es conocida la concentración familiar en estas enfermedades. En los estudios genéticos pretenden delimitar la influencia genética de la producida por el entorno familiar, y al mismo tiempo exponen diferencias entre los varios subtipos. Kipman A, Gorwood Mc, Mouren-Mimeoni Mc, Adés J. (1999); pág.: 189.

Factores psicológicos individuales

Los rasgos psicológicos que se han hallado asociados a los TCA 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 AN, encontraron mayor 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.

Numerosos investigadores han manifestado la existencia de comorbilidad entre los TCA y los de la personalidad aunque no existe una personalidad específica que defina el vínculo directo entre ambos. Los estudios clínicos coinciden en destacar la personalidad premórbida de la AN como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida. 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 AN eran más inestables emocionalmente y más introvertidas que los restantes grupos de la población. Díaz encontró en las pacientes con AN atípica, mayor sintomatología depresiva por término medio que en el grupo control. También los niveles de ansiedad son más altos en el trastorno anoréxico que en el propio trastorno de ansiedad.

Los trastornos de personalidad se han encontrado altamente asociados a los TCA, por encima del 50%. Usando la clasificación DSM IV se halla una relación del tipo B (especialmente la personalidad límite y la histriónica) con la BN y el tipo C (trastorno de la personalidad por evitación y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad), en la AN. Los trastornos de personalidad del tipo A parecen poco relacionados.

Se ha relacionado la BN con el trastorno límite de la personalidad. Según las dimensiones de personalidad establecidas por Eysenck, las pacientes bulímicas suelen puntuar más alto en neuroticismo y psicoticismo y más bajo en integración social. Además obtienen puntuaciones elevadas en la escala de adicción. Esto podría apoyar la hipótesis que considera la bulimia como un comportamiento adictivo. Para Watts ³² el inicio precoz en los TCA, puede constituir un factor pronóstico al abuso futuro de alcohol según la escala de riesgos de trastornos de alimentación (EDR). Sin embargo, no parece correlacionarse con el consumo posterior de otras drogas. Por el contrario, Fahy encontró alta comorbilidad no sólo entre bulimia y consumo de alcohol sino también respecto del abuso de drogas, cleptomanía y promiscuidad sexual.

A este respecto, es necesario tener en cuenta que los TCA suelen gestarse en edades adolescentes cuando las dinámicas en relación con la identidad, la autoimagen, el desarrollo corporal, la dependencia/autonomía, el rol social e interpersonal, etc., son tan importantes.

Precisamente, la psicopatología de la imagen corporal y su distorsión ha sido especialmente estudiada en los TCA, y constituye uno de los criterios diagnósticos, especialmente en la AN.

El concepto de imagen corporal es multidimensional e incluye la percepción del propio cuerpo y de sus características, la estima y conceptualización del mismo, con aspectos cognitivos, actitudinales y comportamentales^{29,34-36}. A pesar de su amplitud, la investigación no llega a resultados del todo consistentes. Algunos trabajos utilizan grabaciones en vídeo para estudiar la imagen corporal hallando diferencias entre BN y AN. Probst M, Vandereycken W, Nan Coppenolle H, Pieters G. (1995); pág.: 985-990.

Factores biológicos

Los repetidos hallazgos que muestran la disfunción hipotalámica en la AN no han conseguido establecer si se trata de causas o de consecuencias de la enfermedad. Una razón importante es que muchos de estos hallazgos (por ejemplo los que corresponden al eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo) son encontrados también en casos de desnutrición no debidos a TCA.

El hecho es que no se dispone de marcadores que permitan evidenciar mecanismos fisiopatológicos. Se vienen estudiando especialmente los sistemas 5HT NA y DA, así como determinados neuropéptidos (β -endorfina, CCK, neuropéptido Y, péptido YY), por su posible influencia en la conducta alimentaria. También resulta atractiva la investigación sobre leptina, por su posible influencia en la regulación del peso corporal e incluso en conductas de ingesta.

La investigación actualmente más sugerente es quizá la relativa a las disfunciones en el sistema 5HT y β -endorfina.

En la BN disminuyen los atracones si se administran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En la obesidad se han encontrado bajos niveles de metabolitos de 5HT en líquido cefalorraquídeo, lo que también tiene que ver con la apetencia por hidratos de carbono. Se estima que existe un *continuum* de trastornos psicopatológicos en los que se produce mediación por el sistema 5HT: TCA, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión etc.

En cuanto al sistema β -endorfina, se conoce que este péptido estimula el deseo de comer. Parece que en la AN puede encontrarse disminuida su actividad opioide debido a un doble efecto: aumenta en bajos niveles y se genera tolerancia a niveles más altos.

Los datos hallados hasta el momento no parecen aún concluyentes, así como tampoco en la BN. (Hubner Hf. Norton Co 1993).

2.1.11. Evolución de los trastornos de alimentación. Complicaciones y consecuencias

Es cierto que ha mejorado el conocimiento y la información acerca de los TCA. Este conocimiento no sólo aumenta entre los profesionales de la salud. También se extiende a los ámbitos de la familia y de la escuela. Parece que este hecho tiene repercusión directa en la detección del problema. Ahora las pacientes llegan antes a los dispositivos sanitarios. Ellas mismas, o sus familiares, consultan sin temor al pediatra o al médico de familia, ahorrándose un peregrinaje por diferentes especialidades médicas.

En gran parte de los casos, como señala Lolás los TCA patologías del peso corporal no se presentan en estado puro. Las pacientes reúnen algunos de los criterios diagnósticos incluidos en el CIE-10 ó en el DSM-IV. La alarma se produce cuando se presenta pérdida de peso. A menudo la familia observa cambios importantes en los hábitos de la alimentación (come poco y con lentitud, trocea la comida en porciones pequeñas y la extiende por el plato) y después de comer le cuesta mantener el reposo. Se sospecha que vomita, y/o consume laxantes. Lolás F. (1999); pág.: 1-8.

Se describen gran variedad de complicaciones médicas asociadas tanto a la AN como a la BN. Recordaremos algunas de ellas: alteraciones metabólicas (hipotermia y deshidratación, perturbación electrolítica, hipercolesterolemia e hipoglucemia); cardiovasculares (hipotensión, bradicardia, arritmia, baja respuesta al ejercicio, toxicidad miocárdial por vómitos y expansión del pericardio); neurológicas (neuritis periférica, deterioro en la actividad autónoma y alteración del EEG); hematológicas (anemia, leucopenia, trombocitopenia y alteración celular en médula ósea); renales (insuficiencia renal crónica y aguda); endocrinológicas (niveles bajos de estrógenos, testosterona y gonadotropos. Alteraciones en las hormonas tiroideas); gastrointestinales e inmunológicas.

Muchas de estas alteraciones se deben a procesos de adaptación fisiológica del estado de delgadez y por tanto no necesitan de tratamientos específicos. El mismo proceso de renutrición suele servir para ganar peso y ayudar a recuperar

los niveles adecuados. Las pacientes crónicas en estado de emaciación severo que consumen laxantes y vomitan pueden presentar arritmias, fallos renales, disfunción intestinal y osteoporosis. Las consecuencias físicas de la desnutrición más frecuentes encontradas en la clínica son la amenorrea, la sequedad de la piel, poliuria, fatiga, parestesias, hipotermia e hipotensión. Aparte de los signos de desnutrición conviene investigar la presencia o no de edema periférico, fracturas por ejercicio excesivo, acrocianosis y lanugo. Además son aconsejables las pruebas de laboratorio que completen la información diagnóstica: análisis de sangre, función hepática, glucosa en sangre, urea y niveles electrolíticos

El humor depresivo, la irritabilidad, el retraimiento social, la ansiedad, las ideas obsesivas, una preocupación excesiva por la comida y cierta pérdida de la libido sexual, son consecuencias psicológicas frecuentes. Además, en el caso de pacientes con AN, subtipo purgativo, pueden darse conductas autolíticas e intentos de suicidio, mientras que las pacientes con BN que tengan un alto nivel de impulsividad cabe que presenten conductas autolesivas, de suicidio, de robo, abuso de sustancias y promiscuidad sexual

El pronóstico de las pacientes con TCA varía en el caso de la AN y de la BN. Investigaciones recientes estiman que, aproximadamente, un 44% de las pacientes con AN se recupera, el 28% mejora, el 23% se cronifica y el 5% fallece. Según estudios realizados, la mortalidad en jóvenes con AN es 12 veces superior a la población general y el doble respecto de jóvenes que presentan otros trastornos mentales. En 1995, Sullivan encontró un 27% de suicidios entre las muertes por TCA.

Halmi (1991) pág. 712-718. halló que dos tercios de las pacientes mantenían una preocupación mórbida por el peso. A pesar de la recuperación del peso y del ciclo menstrual podría surgir la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos, distímicos, fóbicos y abuso de sustancias. Un pronóstico peor está asociado con el grupo de AN subtipo purgativo (vómitos, bulimia, pérdida importante de peso, cronicidad y desarrollo premórbido) debido al mayor riesgo de complicaciones médicas. La edad, la detección precoz, un nivel de educación alto y las características de la enfermedad se relacionan con un

pronóstico mejor. Evidentemente estos factores pueden servir de predictores a corto plazo pero no a largo plazo

En el caso de la BN existe más dificultad para definir los factores pronósticos del curso de la enfermedad y de las recaídas, especialmente a largo plazo. Para Yager⁵⁴ se produce una recuperación espontánea, aunque poco estable, entre el 25 y el 30% de las pacientes que llevan uno o dos años de tratamiento con reducción de atracones, y de conductas purgativas y/o abuso de laxantes. Sin embargo, parece ser que el seguimiento de un programa intensivo durante un periodo largo de tiempo mejora el pronóstico. El 60% se recupera, el 29% logra una mejoría intermedia, el 10% empeora y el 1% fallece. Luka Lp, Agras Ws, Schneider Ja. (1986); pág.: 614-615.

2.1.12. Tratamiento de los TCA

De la misma manera que el diagnóstico requiere un enfoque multidimensional, el tratamiento responde a los mismos criterios. A lo largo de la historia de los TCA han sido varios los modelos teóricos sobre los que se han fundamentado las terapias. Ninguna de ellas debe excluir a las restantes. La experiencia nos enseña que son complementarias. Como respuesta al incremento de la demanda, los recursos asistenciales se han extendido y diversificado. Junto a dispositivos sanitarios, han surgido grupos de autoayuda y otras iniciativas cada vez más numerosas, como respuesta social a estos problemas, a la vez que alternativas terapéuticas tanto para las personas que padecen TCA, como para sus familiares.

Principios generales del tratamiento

Con independencia del método terapéutico que fundamente el tratamiento, cualquier intervención se mueve bajo dos premisas fundamentales: la renutrición del paciente y el tratamiento psicológico. Por lo tanto definimos los siguientes objetivos:

- Conseguir una rehabilitación nutricional (recuperación o mantenimiento de un peso adecuado a la edad y talla).
- Evitar o tratar las complicaciones orgánicas sobrevenidas.

- Diagnosticar y tratar los problemas psicológicos y socio-familiares.
- Prevenir las recaídas.

El terapeuta, de entrada, se enfrenta a menudo a la falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente. Prochaska y Di Clemente ⁵⁶ denominaron a esta fase etapa de precontemplación. Se caracteriza por la negación del problema; la familia o las personas más próximas son las que saben que existe cierto trastorno; no así la paciente. Escucharemos expresiones como: "no me pasa nada", "me sienta mal la comida y a veces vomito", " me hartó enseguida", "no tengo hambre", o "soy vegetariana". En esta fase la paciente necesita información y *feedback*, con el propósito de mejorar su conciencia de enfermedad y la posibilidad de cambio de conducta.

Una característica definitoria de este trastorno es la búsqueda de gratificaciones a corto plazo a expensas de un daño a largo plazo. Para el enfermo resulta muy gratificante la delgadez conseguida y desean al menos mantenerla, a pesar de las consecuencias o de los riesgos para su salud. La resistencia al cambio o la falta de motivación suele ser frecuente en esta fase inicial del tratamiento. No aceptan el cambio y se resisten a él porque consideran que constituye un atentado contra su libertad de mantener un control sobre el peso de su cuerpo. Ante esta situación, parece más adecuado preparar una estrategia siguiendo los criterios de Rogers: ofrecer por parte del terapeuta una empatía adecuada, un trato cálido y no posesivo y receptividad, es decir actitud de escuchar y reconocer sus preocupaciones, puntos de vista, preferencias, creencias y emociones de la paciente. En definitiva, implicarle en el tratamiento más que entrar en la confrontación. (Miller Wr, Rollnick S. 1999).

Técnicas y enfoques psicoterapéuticos

No existe un criterio común a la hora de determinar cuál es el momento más adecuado para la intervención psicológica pero sí es recomendable conocer las circunstancias que determinaron el tratamiento. Referimos el modelo de tratamiento terapéutico seguido en el Centro de Salud Mental de Ermitagaña.

En la intervención señalamos tres fases:

Primera. Aclaración y conocimiento de la motivación de las pacientes; exploración de las variables psicológicas y médicas, y orientación diagnóstica y terapéutica para la paciente y la familia. Los instrumentos utilizados en esta fase son los cuestionarios de evaluación de los hábitos de alimentación, sintomatología asociada y evaluación psicológica: (Inventario de desórdenes alimentarios: EDI; Test de actitud hacia la comida: EAT; Actitud negativa hacia el cuerpo e imagen: BAT; Escala de observación de conducta alterada en la alimentación para padres y/o pareja: ABOS; Inventario de depresión de BECK y cuestionario de ansiedad estado rasgo: STAI).

Segunda. Grupo psicoeducativo. Las conductas desadaptativas se deben a la falta de información. Considerando esta observación, las sesiones se estructuran con los contenidos siguientes: carácter multidimensional de los TCA; complicaciones médicas y efectos del vómito, del abuso de laxantes y diuréticos; teoría del *set-point* y las consecuencias de las dietas; información sobre la nutrición básica centrada en la no dieta; factores socioculturales y autoimagen; estrategias cognitivo-conductuales y prevención de la recaída.

Tercera. Grupo terapéutico centrado en la reestructuración cognitiva. Se trata de estabilizar los hábitos de alimentación, corregir los pensamientos erróneos y aprender estrategias encaminadas a la resolución de problemas.

Terapia familiar en los TCA

El campo de la terapia familiar ha tenido un considerable desarrollo tanto en la AN como en la BN. De las investigaciones realizadas se desprende la eficacia de la terapia familiar especialmente en pacientes anoréxicas adolescentes⁵⁸. Estudios realizados en el hospital de Maudslay encontraron que las pacientes adultas con AN respondían mejor a la terapia familiar que a la psicoterapia individual. Sin embargo, en el tratamiento de la BN este extremo queda menos claro, aunque según las historias de un grupo de pacientes bulímicas jóvenes, los resultados son favorables.

Al igual que otras disciplinas la terapia familiar de Selvini también ha evolucionado, a lo largo de los años, en su aplicación a los TCA; desde la

primera etapa del método paradójico, pasando por la época de las prescripciones invariables, para desembocar en el método de la revelación del juego familiar. De la comparación de estos tres métodos se deduce que las pacientes tratadas con técnicas paradójicas obtienen una media de tratamiento más largo que con otros sistemas, lo que significa mayor posibilidad de recaídas y de hospitalizaciones ²⁵. Minuchin sugiere que la terapia familiar debe corregir el estilo amalgamado, la rigidez y la tendencia a la evitación de conflictos dentro de la familia.

En definitiva, la terapia familiar plantea los siguientes objetivos: primero: abordar y controlar el trastorno alimenticio; segundo: modificar la estructura familiar definiendo las fronteras intergeneracionales apropiadas y tercero: recuperar el potencial evolutivo del sistema familiar con el fin de lograr un proceso de separación y de individuación de la paciente.

Obviamente requiere una serie de estrategias terapéuticas. Se trata, pues, de hacer una evaluación sistémica del trastorno de alimentación y de establecer una relación de colaboración terapéutica con los padres para, en una primera fase, seguir pautas de control en relación con la conducta alimentaria, y posteriormente, implicarles en el proceso de cambio, evitando sentimientos de culpa. En todo momento resultará interesante procurar el contacto individual con el paciente, al margen de las sesiones con el grupo familiar, es decir el manejo de los dos subsistemas. Selvini Palazzoli M, Cirilo S, Selvini M, Sorrentino Am. (1993);pag.:187-191.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de los TCA tiene evidente utilidad clínica, aunque es preciso no olvidar sus limitaciones. Se acepta generalmente que nunca debe ser el único tratamiento de estos problemas.

En la AN es útil tratar los síntomas, frecuentemente acompañantes de ansiedad, depresión, descontrol impulsivo e inestabilidad emocional con benzodiazepinas, antidepresivos, etc. Está menos establecido el tratamiento con otros fármacos (litio, antagonistas opiáceos, clonidina).

En la BN, parece que se obtienen mejores o más claros resultados con la terapia farmacológica. Está bastante estudiado el efecto terapéutico de los antidepresivos, especialmente ISRS. Tienen influencia disminuyendo el impulso a comer y los atracones. Fluoxetina es el fármaco mejor estudiado a este respecto, pero podría ocurrir un efecto similar en otros ISRS. Se han probado otros fármacos: carbamacepina, cuando se producen conductas impulsivas, anorexígenos (no recomendables por varias razones) y antagonistas opioides, con resultados sólo parciales. (Padin Calo Jj, Chinchilla Moreno A, Vega Piñero M. 1995).

2.1.13. Los recursos y el ámbito del tratamiento

Constantemente, al encontrarnos frente a los requerimientos que aparecen en un caso de TCA, son inevitables las preguntas: ¿dónde tratarlo? ¿en forma ambulatoria u hospitalaria? ¿en un servicio específico para estos trastornos o en otros generales? ¿qué papel juegan los servicios de Psiquiatría, los de Dietética, otros servicios médicos, la Atención Primaria?.

Los TCA constituyen unas entidades psicopatológicas y psiquiátricas cuyo tratamiento está habitualmente centrado en el manejo de estos problemas. Se trata casi siempre de equipos interdisciplinarios, donde la aportación de diferentes profesionales resulta clave en el tratamiento de los problemas del paciente, sus familiares, etc.

Por otra parte, y teniendo en cuenta la multidimensionalidad del problema, a menudo se hace necesaria la intervención de otros especialistas. En nuestra experiencia, resulta fundamental la colaboración con el Servicio de Dietética y Nutrición. Y también en nuestra opinión, el tratamiento de los TCA debe ser dirigido desde los Servicios de Salud Mental, tanto ambulatorios como hospitalarios, si bien con programas diferenciados, e incluso definidos en su ubicación, en el caso de los hospitalarios.

En cualquier caso, y en cualquier servicio donde se produzca el tratamiento, deberían cumplirse una serie de condiciones: definición muy clara de objetivos y límites de todos los implicados; delimitación de medios y rol terapéutico de

cada uno; implicación de familiares; colaboración interprofesional. Es fundamental además, la integración, cooperación y colaboración entre los diversos servicios ambulatorios u hospitalarios de Salud Mental, otros servicios médicos, etc.) a fin de proporcionar la asistencia requerida en cada momento o situación.

Tratamiento ambulatorio

Este tratamiento puede realizarse en las siguientes circunstancias: fases iniciales de la enfermedad, menor sintomatología problemas psíquicos y somáticos, mayor motivación, soporte familiar y problemas familiares manejables en psicoterapia individual y de grupo ^{22,59,60}.

Hospitalización de día

El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de determinadas situaciones que se producen en los trastornos psiquiátricos: aquéllos en que no sea suficiente el control en servicios ambulatorios, y al mismo tiempo no precisen hospitalización completa; algunos pacientes que han sido dados de alta de una unidad hospitalaria y requieren un servicio intermedio entre ésta y el centro ambulatorio. El tratamiento en Hospital de Día es esencialmente dinámico y activo.

Unidades de hospitalización

La hospitalización total del paciente con TCA se produce con malnutrición comprometedor (25% peso según edad y estatura) en la AN; enfermedades somáticas asociadas; importante comorbilidad psiquiátrica (trastorno de ansiedad, depresivo, riesgo autolítico); falta de cobertura socio-familiar; fracasos reiterados de otras modalidades de tratamiento. El ingreso hospitalario, no obstante, ha de tener como perspectiva siempre que se trate de un modo de tratamiento que supone la separación temporal - en estos casos beneficiosa- del paciente de su medio habitual, y que por consiguiente después deberá reintegrarse a este medio (familiar, académico, profesional), donde después continuará un seguimiento a medio- largo plazo. (APA. 1995).

2.2 RENDIMIENTO ACADEMICO

2.2.1 Generalidades

El concepto de rendimiento, nace en las sociedades industriales para referirse a normas, criterios y procedimientos de medida en el ámbito laboral y relacionado más específicamente a la productividad del trabajo, (Bruggemann, 1983, citado por Camarena, et. al., 1985). En consecuencia es concebido como criterio de racionalidad referido a la productividad y rentabilidad de las inversiones, procesos y uso de recursos que tienen como objetivo principal la optimización y el incremento de la eficiencia del proceso de producción y sus resultados, (Camarena, et. al., 1985).

Apunta además Camarena, que el traslado de este enfoque economicista al ámbito educativo ha originado diversas y ambiguas acepciones del vocablo; identificando dos corrientes principales en América Latina que se circunscriben fundamentalmente al plano descriptivo, y que por tanto soslayan la totalidad del proceso que le da origen. Este precedente impuso la sustitución de la discusión conceptual por la instrumentación operativa, es decir, el replanteamiento en la magnitud de las manifestaciones del rendimiento, las que son identificadas por la autora como: Eficiencia Terminal, aprobación, reprobación y deserción escolar, como las más significativas.

La calidad y la magnitud de los resultados de una institución de educación superior, así como la eficiencia con la cual se logran, no dependen exclusivamente de los insumos, sino también de otros factores externos e internos de la propia institución. Las Instituciones de Educación Superior (IES) cubanas están inmersas en un proceso de reflexión profundo dirigido fundamentalmente a elevar la calidad y pertinencia de sus resultados. En la práctica internacional de la evaluación institucional es común encontrarse con algunos criterios evaluativos que sirven como marco de referencia para evaluar la calidad en una institución o programa académico a través de estándares previamente establecidos vinculados con la eficiencia interna de los procesos, la eficacia de los resultados y su impacto en el entorno, (MES, 2005).

Uno de estos criterios evaluativos, que habíamos mencionado con anterioridad como uno de los más conocidos es la eficiencia académica terminal o eficiencia

de graduación cuya dimensión cuantitativa, refleja aspectos cualitativos que van desde la calidad de los sistemas educativos precedentes, las políticas de ingreso a la educación superior, etc. hasta una amplia gama de factores que intervienen en el proceso docente educativo y en las políticas institucionales para garantizar la permanencia de los estudiantes. Otras expresiones del rendimiento académico como son la repitencia, la promoción, la retención o permanencia y la eficiencia académica vertical, son influyentes de la Eficiencia Terminal de forma proporcional. Al respecto Camarena et. al. (1985), las consideran manifestaciones específicas porque, si bien forman parte de todo el conjunto de manifestaciones del rendimiento, articuladas y relacionadas entre si, tienen mecanismos y características particulares que las distinguen y les confieren cierta independencia relativa, de modo que cada una puede ser tratada y analizada como objeto de investigación particular o puede incluirse como problemática en distintos objetos, como en el caso del rendimiento. Estos indicadores se expresan en los ámbitos global, institucional, facultades y carreras, e inciden en el tiempo promedio de graduación en el sistema, en las características del desempeño académico estudiantil y en la Eficiencia económica de las instituciones educativas.

No obstante, la evaluación del rendimiento académico a partir de algunas de esas manifestaciones no explica por si sola su verdadera dimensión, ya que sobre el mismo inciden muchos otros factores, existen relaciones causales diversas y se producen implicaciones de diferentes tipos; de ahí su complejidad. Sin embargo, el análisis de la dimensión cuantitativa de dichas manifestaciones puede ser un punto de referencia inicial y aproximado, que brinde una valiosa información primaria para conocer el comportamiento académico de los estudiantes; de su tránsito por el sistema, evaluar -desde una de las aristas- lo que está pasando en el proceso formativo y sus resultados, así como, la capacidad del propio sistema para lograr la permanencia de los estudiantes, todo ello apoyándonos en el análisis empírico. Por supuesto, aquí hay que enfrentar la problemática de la calidad y disponibilidad de la información existente, aspectos que no siempre están solucionados en las instituciones universitarias y precisamente, uno de los factores educativos preocupantes en la región de América Latina y el Caribe, por su expansión

paulatina y la repercusión que tiene en la calidad de la Educación Superior, lo constituye la problemática de la repitencia y las bajas, (González, 2006).

Indicadores del Rendimiento Académico

Los indicadores cuantitativos resultan referentes necesarios para las diferentes dimensiones, variables y criterios que se asuman dentro de la metodología de evaluación y acreditación de la calidad educativa, y constituyen instrumentos de mucho valor e importancia teórica, metodológica y práctica en la dirección científica de los procesos sustantivos de la formación de los profesionales en las universidades. (Torres, et. al., 2004) Sobre este tema, García (1997) al analizar la situación y proyección de las investigaciones pedagógicas, refiere que un primer nivel debería estar cubierto por la urgente necesidad de la actualización de datos estadísticos y por la elaboración de bases de información sobre experiencias exitosas. Sin una poderosa información cuantitativa sistematizada y ordenada con alto valor descriptivo y diagnóstico, seguirá siendo débil cualquier intento de contextualización empírica y desarrollo teórico sobre la calidad de la educación. Urge por tanto, la necesidad de actualizar las bases de datos de este nivel educativo en la mayoría de los países y que los investigadores de las Instituciones de Educación Superior participen con investigaciones cuantitativas para actualizar y analizar las principales variables que den cuenta del estado de sus propias instituciones, pues la mayoría de los países, según apunta Carron (1996), carece todavía de un sistema confiable de indicadores básicos para monitorear el desarrollo de su sistema educativo y esta ausencia de información sistematizada acerca de la calidad de la educación, incluyendo el rendimiento de los estudiantes, es particularmente problemática.

Entre los indicadores cuantitativos del rendimiento como referentes de calidad y eficiencia de un programa de formación profesional o de un curso de una materia específica, podrían citarse: tasas de retención y deserción académica, promoción sobre la matrícula inicial y final, calificación o nota por materia, calificaciones entre diferentes materias y para el ciclo de formación, número de graduados y eficiencia académica interna. Estas variables que expresan el aprovechamiento docente de los estudiantes, al mismo tiempo reflejan los resultados del trabajo académico y expresan la eficiencia y calidad con la que

directivos, profesores y estudiantes interactúan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, (Torres, et. al. 2004).

Promoción sobre matrícula (P/MI)

La promoción es una magnitud que refiere la relación entre los estudiantes que promueven en el curso con relación a la matrícula real al iniciarse el mismo. Es una tasa de eficiencia utilizada en los niveles de materia (asignatura, disciplina, modulo, etc.) año académico, al nivel de carrera (programa) y también puede utilizarse para un ciclo de aplicación del programa y para los diferentes programas dentro de la Universidad dada. En esencia este indicador sobre y permite realizar valoraciones el rendimiento docente de la masa estudiantil. Según Vecino (1986), es el indicador fundamental para medir los resultados de cualquier sistema educativo.

Eficiencia Vertical (EV)

La **EV** por curso académico es la relación porcentual de la multiplicación de las tasa de promoción de los diferentes años del programa.

Eficiencia terminal (ET)

Según Zepeda del Valle y Lacki (2003), la baja eficiencia terminal constituye uno de los grandes problemas de la educación agropecuaria, lo que significa que un alto porcentaje de los estudiantes que ingresan, abandonan los estudios, incrementando los costos de formación de cada uno de los profesionales que egresan. Este problema es aún más grave si se considera que de los alumnos que egresan, solamente un pequeño porcentaje se gradúa, al aprobar su examen profesional o cumplir los requisitos de la titulación. Para los países de América Latina y el Caribe, que enfrentan serias limitaciones de recursos, lo anterior es inaceptable, ya que se debe garantizar a la sociedad el uso más eficiente, si no el óptimo, de los recursos que invierte en la educación. Esta ineficiencia tiene alto costo para las instituciones de ciencias agrarias. Mejorando la Eficiencia Terminal, al lograr que un mayor número de alumnos que ingresen, terminen su carrera, pueden obtener una parte de los recursos que se requieren para hacer los cambios urgentes y necesarios en la formación de los profesionales de las ciencias agrarias.

El número de estudiantes que finalizan sus estudios en relación al número de los mismos que ingresaron en el primer curso de esa promoción o la graduación que se alcanza al final de un ciclo en relación con los que ingresaron, es conocido indistintamente como eficiencia académica terminal (Vecino 1986 y Romero et al 1986), eficiencia terminal (Vidales 1992, Zepeda del Valle 1999), eficiencia horizontal (Capó 1987, Torres y Lima, 2003) eficiencia interna (Almuiñas y García del Portal, 1994) y tasa de éxitos (De la Orden, 1997 y Ndoye 2001). Este indicador utilizado como expresión del rendimiento académico de una población estudiantil es a su vez reflejo de la eficiencia del modelo pedagógico para un ciclo de aplicación y refiere con bastante exactitud la calidad interna del sistema educativo (Torres, et. al., 2004), es además un primer referente en el estudio particular del comportamiento escolar de los alumnos, en la medida que proporciona elementos para una primera aproximación de los recorridos escolares completos o incompletos (Camarena, et. al., 1985).

La eficiencia del desempeño de una institución educativa, se mide, desde el punto de vista cuantitativo, mediante indicadores específicos, entre los que destacan el de reprobación, deserción, aprovechamiento, absorción, titulación y eficiencia terminal; pero sin duda alguna, este último es el de mayor importancia. La eficiencia terminal, que expresa en términos porcentuales el número de alumnos que egresan de una generación en particular, es un índice que integra los resultados de la reprobación y deserción; en consecuencia, permite conocer el nivel de desempeño de un plantel, considerando que su compromiso social es la formación de recursos humanos. Esta formación deberá caracterizarse por tener la calidad demandada por el mercado ocupacional y/o las Instituciones de Educación Superior, que reciben a los egresados del tipo educativo medio superior que decidieron continuar con sus estudios, (DGETA, 2005).

El interés por los fenómenos de la deserción y de la eficiencia terminal, constatado por el incremento en el número de estudios, ha ratificado no tan sólo el consenso sobre la importancia de los mismos sino que se ha convertido en materia de controversia teórica y empírica. En lo que respecta a la eficiencia terminal, esta se ha definido desde diversas perspectivas como: la relación

cuantitativa entre los alumnos que ingresan y los que egresan de una cohorte, como la medición del número de egresados en relación con el número de primer ingreso, en una cohorte que cubra el tiempo de duración de una carrera y también como indicador que expresa la capacidad para lograr que quienes inician un nivel educativo determinado se gradúen satisfactoriamente en el mismo. También se señala como la relación existente entre el producto y los insumos utilizados, donde el producto será el número de egresados que concluyen sus estudios, y los insumos el personal docente y los recursos financieros, midiendo la eficiencia terminal a partir del flujo de población escolar en sus 3 momentos: el primer ingreso, último grado, y el egreso, (De los Santos, 2003).

A menudo, se ha definido como la relación entre el número de alumnos que se inscriben por primera vez a una carrera profesional, conformando, a partir de este momento, una determinada generación y los que logran egresar de la misma generación, después de acreditar todas las asignaturas correspondientes al currículo de cada carrera, en los tiempos estipulados por los diferentes planes de estudio (Camarena, et. al., 1985). Por su parte Cuellar y Bolívar (2006) señalan que no hay un consenso respecto a la medición de la Eficiencia Terminal, ni a lo que realmente debe medir, debido a que no está claro su estatuto teórico, versando este desacuerdo en primer lugar en el significado de los términos que la componen ingreso y *egreso* de una institución educativa o inicio y conclusión de un proceso formativo, y en segundo lugar, cuando no existe información precisa de estos momentos. De hecho el desacuerdo surge en relación con la conclusión de los requerimientos del programa y se reduce a la opción entre "egreso" y "titulación".

Camarena, et. al. (1985), hacen un análisis crítico al plantear que la eficiencia terminal del sistema educativo, en tanto manifestación del rendimiento, se expresa inmediatamente en entidades observables, factibles de un estudio de tipo cuantitativo, por lo que la primera aproximación, en la investigación empírica, requiere tener presente la magnitud de esta manifestación. No obstante, este aspecto se "relativiza" en el momento de la interpretación y explicación de los niveles de eficiencia, ya que éstos sólo reflejan los resultados finales de un proceso escolar; la aprehensión de la eficiencia en toda

su complejidad se da en la dinámica misma del proceso que la configura, y en la que intervienen aspectos cualitativos que no necesariamente tienen expresiones numéricas. Con todo, la condición de magnitud delimita las características empíricas de la eficiencia y, además, apoya referencialmente la explicación cualitativa de la misma.

Las autoras de referencia, confieren al aspecto cuantitativo un carácter aproximado, por cuanto no es posible discriminar a partir de la información de los Anuarios, el número de egresados pertenecientes a una generación en particular lo que contribuye a sobreestimar los niveles reales de la eficiencia terminal.

En este mismo sentido se pronuncian Pérez (2006) y ANUIES (2001), Pérez opina que el cálculo de la Eficiencia Terminal obtenido entre el número de alumnos que concluyen la totalidad de los estudios y los de primer ingreso en ese mismo año, aunque es la forma más simple, no refleja la complejidad del fenómeno de la deserción, pues no toma en cuenta la trayectoria escolar de una misma cohorte generacional, ni su rezago, y tampoco considera las migraciones entre instituciones. Por su parte (ANUIES, 2001) plantea un mayor rigor en el cálculo de la Eficiencia Terminal para el cual deben utilizarse cohortes reales. En este caso su definición está dada por el cociente resultante de dividir el número de alumnos pertenecientes a una cohorte dada que egresa de dicho programa en cierto momento, entre los alumnos que entraron a ese programa en un momento anterior. Por ejemplo los egresados de la carrera de Contaduría Pública de la UAA en 1999 que comenzaron la carrera en 1994, entre el total de los que la comenzaron en 1994. Para calcular este índice, por supuesto, no basta tener los datos anuales de ingreso y egreso, sino que es necesario tener datos que permitan desagregar individualmente el conjunto de los que terminan en un momento dado, distinguiéndolos según el momento en que iniciaron el programa.

La Deserción y la Repitencia

La repitencia y la deserción son fenómenos que en muchos casos están concatenados, ya que la investigación demuestra que la repitencia reiterada conduce, por lo general, al abandono de los estudios. Tanto la repitencia como

la deserción son siempre procesos individuales, si bien pueden constituirse en un fenómeno colectivo o incluso masivo, y ser estudiado como tal. En dicho caso, por lo general, se asocia a la eficiencia del sistema. Por su parte, la repitencia se entiende como la acción de cursar reiterativamente una actividad docente, sea por mal rendimiento del estudiante o por causas ajenas al ámbito académico. La repitencia en la educación superior puede presentarse de varias formas de acuerdo al régimen curricular. Puede estar referida a todas las actividades académicas de un período determinado (año, semestre o trimestre), o bien, a cada asignatura para el caso de currículo flexible. Esta última es la más frecuente en las universidades de la región. Tanto la repitencia en un periodo como de una asignatura se refleja en el *atraso o rezago* escolar, es decir, en la prolongación de los estudios por sobre lo establecido formalmente para cada carrera o programa. Si bien rezago y repitencia no son conceptos unívocamente asociados, puesto que un repitente puede recuperarse tomando mayor carga académica, es más fácil medir el atraso escolar por la disponibilidad de datos. Como lo indica la experiencia, es particularmente difícil disponer de datos completos y confiables que permitan establecer indicadores de amplio espectro sobre la repitencia cuando hay currículo flexible. De ahí que comúnmente se acepte el atraso escolar como un indicador proxy de la repitencia, (González, 2006).

Con relación a la deserción, apunta Tinto (1989) "desde el punto de vista individual, desertar significa el fracaso para completar un determinado curso de acción o alcanzar una meta deseada, en pos de la cual el sujeto ingresó a una particular institución de educación superior. Por consiguiente, la deserción no sólo depende de las intenciones individuales sino también de los procesos sociales e intelectuales a través de los cuales las personas elaboran metas deseadas en una cierta universidad. Aunque una gran variedad de fuerzas operan sobre dichos procesos, es también verdad que los individuos son mayormente responsables de alcanzar las previstas metas institucionales". Más adelante concluye: "el estudio de la deserción de la educación superior es extremadamente complejo, pues implica no sólo una variedad de perspectivas sino también una gama de diferentes tipos de abandono, por lo que probablemente ninguna definición puede captar en su totalidad la complejidad

de este fenómeno universitario"; y recomienda que los investigadores y funcionarios de instituciones deben elegir con cuidado las definiciones que mejor se ajusten a sus intereses y metas, sin olvidar que el primer objetivo que justifica la existencia de las universidades es la educación de los individuos y no simplemente su escolarización, por lo que el análisis del problema de la retención sin sus vinculaciones con las consecuencias educativas no interesa a las personas ni a las instituciones, y es además, a criterio de Abarca y Sánchez (2005) un fenómeno que debe asumirse como una situación con características muy específicas, según el área, facultad, escuela o carrera, lo cual obliga a cualquier investigador que desee tener una mayor comprensión de lo que sucede, ahondar en la realidad que se vive en cada una de ellas.

Con relación a lo planteado por Tinto sobre la definición de deserción, comenta Montoya (2006): el mismo autor apunta que es un término de denominaciones educativas de uso frecuente para describir el comportamiento de todos los alumnos que abandonan los estudios sin tomar en cuenta las razones o circunstancias que lo causan. A su juicio ve el abandono como sinónimo de bajas definitivas o temporales que se dan en una escuela y a la deserción como fracaso, por ejemplo, quizá un alumno que abandona la escuela interpreta su decisión como pasos totalmente positivos para alcanzar una determinada meta y en este caso no es un infortunado, simplemente abandona la escuela para alcanzar otra meta.

Al parecer de González (2006) la deserción se puede definir como el proceso de abandono, voluntario o forzoso de la carrera en la que se matricula un estudiante, por la influencia positiva o negativa de circunstancias internas o externas a él o ella, y agrega que algunos autores definen la deserción en la educación superior en forma más operativa como "la cantidad de estudiantes que abandona el sistema de educación superior entre uno y otro período académico (semestre o año). En este caso la deserción se calcula como el balance entre la matrícula total del primer período, menos los egresados del mismo período y más los alumnos reintegrados en período siguiente, lo cual genera el nuevo estado ideal de alumnos matriculados sin deserción." Resulta obvio que la calidad de "desertor universitario" es de por sí transitoria, y puede revertirse siempre que el individuo decida hacerlo, en la medida que no haya

impedimento alguno para retomar los estudios abandonados en algún momento.

Según se expresa en la metodología de IESALC, la forma más confiable para estimar la deserción es a través del seguimiento de cohortes de ingreso hasta que el estudiante más rezagado se haya titulado.

Las razones para la deserción son variadas y pueden ir desde la dificultad de las materias hasta problemas vocacionales, aunque otros autores, como Sebastián Donoso aseguran que los problemas de financiamiento son la clave (la deserción en las universidades privadas es un 36% más alta que en las estatales), pero también puede haber causas provenientes de la composición del alumnado, (Vergara, 2008).

Aunque hay indicios que señalan una correlación entre los índices de marginación y la baja eficiencia terminal, el fenómeno de la deserción no es privativo de algunos estratos sociales, ni específico de un sistema escolar, pero sí, existe en México un mayor índice en la educación media superior y superior, estimándose esta última en un 32% (Pérez, 2006). Otros estudios, como los realizados por Álvarez, et. al. (2006) encuentran que las características psicoeducativas del alumnado configuran un factor muy relevante a la hora de explicar el abandono. Ellos constatan diferencias significativas entre los tres grupos estudiados (*los que terminan los estudios, los que lo prolongan y los que lo abandonan*). Los que terminan, frente a los que abandonan, manifiestan un mayor nivel de satisfacción con los distintos aspectos que han formado parte de su proceso formativo, tales como: motivación, calificaciones académicas, satisfacción con los estudios; los que abandonan manifiestan tener menos motivación, bajas calificaciones y consideran que no poseen las capacidades adecuadas para cursar estudios universitarios. Sin embargo, resulta interesante observar como el alumnado que abandona estudios de alto nivel de exigencia (matemáticas) atribuye esta circunstancia a la titulación, a su dificultad y a la desmotivación provocada por la falta de recompensas; y el que abandona estudios de bajo nivel de dificultad (trabajo social) lo atribuye a motivos personales y económicos.

Las deficiencias en el sistema educativo precedente, es también un factor que influye notablemente en la baja permanencia escolar, haciéndose más evidente en los primeros años de estudio. Resultados como los obtenidos por el Consejo Superior de Educación de Colombia, en el que se analiza la trayectoria de tres generaciones (2004, 2005 y 2006), demuestra que ocurre en el primer año la mayor tasa de abandono, que supera en alguno de los casos el 20% (Vergara, 2008).

Otros estudios, en el que se han involucrado varias carreras, la menor tasa de deserción se ha correspondido con las de mayor selectividad, donde el número de plazas es menor que el número de aspirantes. En este caso los estudiantes admitidos, en su totalidad, son personas que deseaban estudiar esa carrera y por tanto tienen buen índice académico en el bachillerato y altos resultados en el examen de admisión. Contrariamente las carreras con mayor deserción coinciden con una demanda por debajo de la disponibilidad, por lo que se admiten a todos los solicitantes, y en caso de establecer puntajes, éstos son mínimos. En este tipo de carreras, se admiten aspirantes cuya primera opción era una carrera distinta, de alta demanda, que al no poder alcanzarla, aceptan otra, aún sin deseo alguno de cursarla, muchos con la esperanza de poder cambiar al término del primer año.

Estos estudiantes son generalmente muchos más de los que solicitan la carrera en primera opción, (Martínez, 2001; MEN, 2006). Sin embargo en otros países, como Chile hay carreras muy exigentes que presentan alta deserción y viceversa. Tampoco necesariamente es un problema de selección, por cuanto los más altos puntajes de la Prueba de Aptitud Académica se distribuyen entre carreras de alta y baja deserción (Ingeniería y Medicina, por ejemplo).

Los indicadores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes, específicamente, la deserción, es un punto clave para las instituciones educativas porque ofrecen información respecto a las dificultades para el éxito escolar y también permiten conocer el impacto de estrategias encaminadas a minimizar estos problemas. Independientemente de la visión teórica que se asuma, es claro que los problemas de la deserción son multicausales y que, si bien es cierto son producto de características propias de los estudiantes y condiciones tales como las desigualdades socioeconómicas y las desventajas

culturales con las que ingresan a las Instituciones de Educación Superior, existen otras, que es necesario considerar, tales como las atribuidas por los estudiantes en investigación realizada por Álvarez, et. al. (2006), que están relacionadas con las características psicoeducativas, tales como desmotivación y falta de ilusión por la carrera.

De los Santos (1993), De Allende (1987), Martínez Rizo (1988) y Clemente (1997), citados por Gómez, et. al., (2004) resumen que, entre la multiplicidad de factores que afectan a los estudiantes se pueden señalar:

- Condiciones económicas desfavorables.
- El deficiente nivel cultural de la familia a la que pertenece.
- Las expectativas del estudiante respecto de la importancia de la educación.
- La incompatibilidad del tiempo dedicado al trabajo y a los estudios.
- La responsabilidad que implica el matrimonio.
- Las características personales del estudiante, por ejemplo, la falta de actitud de logro.
- El poco interés por los estudios en general, por la carrera y por la institución.
- Las características académicas previas del estudiante, como los bajos promedios obtenidos en la educación media superior que reflejan la insuficiencia de los conocimientos y habilidades con que egresan los estudiantes, con relación a los requeridos para mantener las exigencias académicas del nivel superior.
- La deficiente orientación vocacional recibida antes de ingresar a la licenciatura, que provoca que los estudiantes se inscriban en las carreras profesionales sin sustentar su decisión en una sólida información sobre la misma.

El problema de la deserción debe analizarse en el contexto social y económico de la región y particularmente teniendo una visión general de los sistemas educativos. Si bien la educación superior ha crecido notablemente en los las últimas décadas, en la mayoría de los países una proporción mayoritaria y

significativa de la población aún se mantiene en una condición de "exclusión". Es así como menos del 20% de los adultos mayores de 25 años ha accedido a la universidad y menos de un 10% ha completado sus estudios universitarios, (González, 2006).

Covo (1988), citado por De los Santos (2003), considera que el problema de la deserción, y con él los del rezago y la ET, pueden ser en principio concebidos como tres facetas de un mismo fenómeno que suele manifestarse en la escuela y que obedece a una compleja dinámica en la que se entrelazan factores de orden individual, familiar, social e institucional, factores referidos en todo caso al desempeño escolar de los alumnos y al desempeño de la institución en que están inscritos, y que la discusión acerca de estos factores parece requerir centrarse en torno al fenómeno de la deserción, puesto que la información y los análisis con los que se cuenta tienden a indicar que el rezago es una de sus causas y la ET su consecuencia institucional, elementos que requieren, por su naturaleza, un análisis integral e integrado que parta de la comprensión de la multiplicidad de causas que los originan.

La literatura existente sobre el tema señala que dentro de los principales aspectos de influencia se inscriben, por ejemplo, las condiciones socioeconómicas; la composición familiar y sus relaciones; la edad; la salud; la motivación; la situación laboral; los valores familiares frente a la educación; el nivel educacional de los padres; la preparación adquirida en la enseñanza precedente; el rendimiento docente en la universidad; los métodos, el tiempo de dedicación y hábitos de estudio; el nivel de integración del estudiante en la Universidad; el grado de aseguramiento docente (las normas organizativas, los métodos, los contenidos, la orientación de la enseñanza, entre otros); el desempeño de los docentes; la información sobre las carreras, etc. Por otra parte, se señala también que dichos fenómenos tienen implicaciones en lo personal, lo institucional y social de diferentes magnitudes e intensidades (MES, 2005).

Según lo planteado en este mismo informe, la problemática de las bajas y la repitencia en la educación superior cubana siempre ha formado parte de la agenda de discusión y toma de decisiones estratégicas con relación a la necesidad de elevar la eficiencia del sistema en todas las modalidades de

estudio, en particular en los Cursos Regulares Diurnos dada su gran significación en la satisfacción de la demanda de profesionales y de la población joven que culmina la educación media superior.

Por medio de varios estudios se ha tratado de conformar un panorama general sobre la dimensión cuantitativa de ambos fenómenos que han permitido indagar en algunos de los factores e implicaciones más relevantes que intervienen en ellos. Esto ha dado lugar a un trabajo permanente en la atención y mejoramiento de las condiciones externas e internas que provocan las bajas universitarias y la repitencia, a través de la implementación de políticas y estrategias integrales tendentes a elevar la eficiencia del proceso docente-educativo y entre otros aspectos, disminuir su efecto negativo e incrementar los niveles de permanencia y graduación, sobre todo en los Cursos Regulares Diurnos.

Los problemas de la eficiencia académica terminal o de graduación, las bajas y la repitencia encuentran desarrollo en un conjunto de estudios que se han realizado en la educación superior cubana, cada uno desde diferentes ópticas y objetivos particulares. En este sentido cabe mencionar el realizado por Vecino en 1986, en el que entre otros análisis, contempla las tendencias observadas en la dimensión cuantitativa de la promoción y las eficiencias académica limpia y vertical desde el período 1973/74 hasta 1981/82. Otro estudio no menos importante fue realizado por Capó (1987) que entre otros objetivos, estudia las causas de rezago y abandono escolar y su efectividad económica en el Instituto Superior de Ciencias Agropecuarias de la Habana (ISCAH), actual UNAH en el período 1976/1977-1986/1987. Siguiendo esta línea de investigación Torres y Lima (2003), presentan las dimensiones cuantitativas de algunas manifestaciones del rendimiento académico, cuyo estudio revela que el índice de bajas por insuficiencia docente o motivos académicos alcanzó en el período un promedio del 11,2%; esto significa que la promoción mostró altos y estables valores con una media de 88.7%; la eficiencia vertical por curso académico resultó bastante variable, con una media de 52.6%, y la eficiencia académica limpia alcanzó una media de 49,5%, mostrando también una gran variabilidad.

En la investigación antes mencionada, Capó define indicadores que son de algún modo resultantes de los indicadores de promoción, deserción, repitencia, entre otros. Entre los que se encuentran:

Tiempo de estudio nominal: Producto de los estudiantes graduados (en ciclo o no) de una cohorte por los años de estudio de la carrera (5). Se expresa en hombres/años.

Tiempo de estudio verdadero: Relación entre el tiempo total ofrecido por la institución, entre los estudiantes graduados del ciclo; expresado en años.

Efectividad económica interna de la educación: Relación entre el tiempo de estudio nominal y el tiempo de estudio total ofrecido por la institución, expresado en hombres años.

Consideraciones Finales

La preocupación por la calidad de la educación, puesta en la agenda de los más importantes eventos sobre Educación Superior en los últimos años, ha logrado un impacto importante en todos los países e Instituciones de Educación Superior en toda la región, que han tenido que enfrentar el proceso de masificación que está ocurriendo en este sistema educativo, y mantener al mismo tiempo iguales o mejores niveles de calidad.

En este sentido, uno de los problemas que más afecta la consecución de estos niveles, a escala global, es el fenómeno de la deserción académica, el cual tiene causas e implicaciones particulares que deben ser estudiadas casuísticamente, debido a que en la mayoría de los países existen problemas financieros que provocan cambios en las estructuras económicas e impactan el mundo del trabajo, en cada uno con sus propias características.

Son también aspectos muy particulares de cada institución, el trabajo docente metodológico encaminado a elevar los niveles de promoción, la adopción de políticas y estrategias para garantizar la mayor calidad del proceso formativo y el comprometimiento de los estudiantes con sus metas individuales y su responsabilidad social.

En cuanto a la dimensión cuantitativa de los indicadores del rendimiento, nos unimos al criterio de algunos autores mexicanos para afirmar que es

imprescindible el seguimiento de la trayectoria escolar de los estudiantes, para garantizar la confiabilidad de los datos estadísticos y una evaluación real del fenómeno de la repitencia y la deserción.

El estudio de los factores que predicen el rendimiento en las universidades no es un tema menor. Los estudiantes universitarios deben estar en posesión de determinadas competencias tanto intelectuales como personales para tener un buen rendimiento en sus estudios universitarios. El problema es que no existe un consenso entre los autores en cuáles son esas competencias por un lado, y por el otro qué hacer en caso de que los estudiantes no las tengan y cómo desarrollarlas de manera efectiva.

Desde mediados del siglo se acepta que las diferencias individuales en rendimiento académico obedecen a tres tipos de factores: los intelectuales, los de aptitud para el estudio y los de personalidad. Algunos autores afirman que los primeros dos son los más importantes para predecir el éxito escolar y explican la mayor parte del fenómeno (Eysenck & Eysenck, 1987; Tyler, 1972). La literatura de investigación ha demostrado que el rendimiento previo es el mejor predictor de rendimiento futuro, aquellos estudiantes que en los primeros años de escolaridad tienen un bajo rendimiento comparado con sus pares, son los mismos estudiantes que exhiben un pobre rendimiento en año sucesivos (Francis, Shaywitz, Steubing, Shaywitz & Fletcher, 1994; Williamsom, Appelbaum & Epanchin, 1991).

2.2.2. Definición de rendimiento académico

El rendimiento es una relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo. Es un nivel de éxito en la universidad, al hablar de rendimiento en la universidad, nos referimos al aspecto dinámico de la institución universitaria. El problema del rendimiento universitaria se resolverá de forma científica cuando se encuentre la relación existente entre el trabajo realizado por el maestro y los alumnos, de un lado, y la educación (es decir, la perfección intelectual y moral lograda por éstos), al estudiar científicamente el rendimiento, es básica la consideración de los factores que intervienen en él. Por lo menos en lo que a la instrucción se refiere, existe una teoría que considera que el rendimiento escolar se debe predominantemente a la

inteligencia; sin embargo, lo cierto es que ni si quiera en el aspecto intelectual del rendimiento, la inteligencia es el único factor, al analizarse el rendimiento escolar, deben valorarse los factores ambientales como la familia, la sociedad y el ambiente escolar" (El Tawab, 1997; pág. 183).

2.2.3. Tipos de Estudiantes

De acuerdo a Covington (1984) tipifica tres tipos de estudiantes:

- a. “Los orientados al dominio. Sujetos que tienen éxito escolar, se consideran capaces, presentan alta motivación de logro y muestran confianza en sí mismos.
- b. Los que aceptan el fracaso. Sujetos derrotistas que presentan una imagen propia deteriorada y manifiestan un sentimiento de desesperanza aprendido, es decir que han aprendido que el control sobre el ambiente es sumamente difícil o imposible, y por lo tanto renuncian al esfuerzo.
- c. Los que evitan el fracaso. Aquellos estudiantes que carecen de un firme sentido de aptitud y autoestima y ponen poco esfuerzo en su desempeño; para “proteger” su imagen ante un posible fracaso, recurren a estrategias como la participación mínima en el salón de clases, retraso e la realización de una tarea, trampas en los exámenes, etc. “

2.2.3. Factores que afectan el rendimiento académico

Los factores exclusivamente intelectuales y aptitudinales son pobres predictores del rendimiento académico a largo plazo y del éxito laboral fuera de los entornos educativos (Sternberg, Wagner, Williams & Horvath, 1995). En el mejor de los casos los factores exclusivamente intelectuales explican alrededor de un 25% en la varianza del rendimiento académico, existiendo un alto porcentaje de variancia no explicada y por lo tanto atribuible a otros factores (Sternberg et al., 1995). En la actualidad, las investigaciones en este campo están volcadas a la búsqueda de factores no cognitivos que puedan explicar de forma más acabada el rendimiento académico.

Pozo (1996) afirma que todos los aprendizajes explícitos suponen una cierta cantidad de esfuerzo que requiere una buena dosis de motivación, factor sin el cual los aprendizajes más complejos no pueden lograrse. Otros autores (Tapia A. 1991; 1997; Ames, 1992) afirman que la motivación que se pone en juego para el logro académico efectivo está en relación con las metas que tienen los estudiantes a la hora de aprender. Las metas del aprendizaje evocan diferentes escenarios mentales en los alumnos que hacen que tengan actitudes positivas o negativas hacia el estudio. Esto determina el esfuerzo que se pone para aprender y el rendimiento académico consecuente.

Algunas corrientes afirman que el aprendizaje efectivo de los estudiantes está en relación con las variables contextuales (Alvarez y del Río, 1990). Las variables del contexto pueden entenderse a la manera clásica, como un escenario de conducta, atendiendo a las variables físicas del medio particular donde se desarrolla el aprendizaje o desde una perspectiva ecosistémica. En este aspecto, se toman en cuenta la interrelación entre los diversos sistemas que interactúan para el logro efectivo de los aprendizajes. Aquí tenemos que considerar el contexto de crianza, su interrelación con el contexto específicamente educativo y el macrocontexto, la cultura más amplia en la que están inmersos esos aprendizajes. La interacción de los diversos contextos, su consistencia y discrepancia (por ej. valores en el contexto familiar y en el escolar, valores del entorno cultural más amplio) podrían favorecer o inhibir los procesos de aprendizaje.

A la luz de lo comentado se decidió concretar un estudio que permitiera identificar los factores responsables de rendimientos académicos exitosos. La investigación se encuentra actualmente en su segunda fase. En la primera, sobre la que informa este trabajo, se planteó como objetivo general la identificación de variables sociodemográficas, antecedentes escolares, autopercepción de razones de ingreso y permanencia en los estudios y expectativas de inserción profesional de los jóvenes ingresantes a la carrera de psicología y psicopedagogía. Se realizó un estudio comparativo entre dos cohortes de ingresantes (2000 y 2001) y se relacionó estos factores con el rendimiento efectivo al final del primer año de los estudios. En este informe se presentan los datos descriptivos de ambas cohortes, su comparación y la

relación con el rendimiento académico para la cohorte 2000. Actualmente la investigación está centrada en el establecimiento de perfiles diferenciales de estudiantes con rendimientos académicos efectivos durante su tránsito en sus estudios superiores en función de variables estilísticas y cognitivas.

2.2.4. Perfil del Alumno

Estudiantes de excelencia

Al definir el perfil del estudiante que queremos formar debemos asumir que él ha de tener influencia en nuestros métodos pedagógicos, en nuestros contenidos formativos, en nuestras normas de convivencia interna y en las actividades extracurriculares.

Nos proponemos formar alumnos(as):

Preocupados(as) por la excelencia en un sentido integral: Nuestra preocupación esencial, es la de educar alumnos(as) que logren una sólida formación académica y valórica, que les otorgue un cimiento firme para el camino que escojan en el futuro.

Aspiramos a que nuestros alumnos(as) logren una formación académica, donde cada uno de ellos logre desarrollar al máximo sus potencialidades. Para esto, nos comprometemos a otorgar un ambiente de aprendizaje grato, confortable y provechoso. Un ambiente escolar en el que se potencien sus aptitudes y no sus deficiencias, y donde se transformen en hombres y mujeres críticos de sí mismos, que aprendan a conocerse cada vez más, a aceptarse a sí mismos con las propias limitaciones, pero por sobre todo capaces también de reconocer sus virtudes y de lo que pueden aportar a la sociedad.

La mirada que tenemos de nuestros alumnos(as) es la de sujetos en constante crecimiento, queremos que sean capaces de asumir la importancia de aprender, que adquieran un gusto por el aprendizaje que trascienda más allá del entorno universitario. Consideramos de suma importancia la capacidad y ansia de seguirse formando, que sepamos infundirles, que les enseñemos a “desear seguir aprendiendo”. Para esto nos comprometemos a que nuestras aulas sea un espacio donde se potencie la creatividad, de modo que puedan utilizar lo aprendido en los distintos contextos a los que se vean expuestos.

En consonancia con la figura de ímpetu y osadía de todos los involucrados en el proceso enseñanza aprendizaje, queremos que nuestros alumnos(as) aprendan a soñar en grande y a luchar por esos sueños. Para esto, debemos orientarlos en buscar caminos viables para que sus sueños se hagan realidad, enseñarles a levantarse ante los fracasos y a creer en la superación personal.

Respetuosos(as) de los derechos de las demás personas y del bienestar colectivo: Queremos Hombres y Mujeres que aprendan a rechazar la violencia en todas sus formas como modo de solucionar los conflictos; enfatizando que la marginación y la discriminación también son formas de violencia. En ese sentido, nuestra labor estará centrada en fomentar el diálogo como la herramienta central para solucionar las discrepancias que tenemos con los demás, generando un clima de acercamiento, comprensión y respeto.

Queremos formar personas rectas, que sepan cumplir con sus compromisos. Que aprendan a valorar y comprometerse con lo que la Universidad les propone y que cuiden el prestigio de la Institución, tanto en sus actuaciones dentro del establecimiento como fuera de él. Para esto, nuestros esfuerzos estarán orientados a generar en nuestros alumnos identificación y cariño por la institución, sustentada en primer lugar por un clima grato al interior de ella, pero también en nuestra propia actitud como formadores que debe dar cuenta de rectitud personal y de un compromiso con los principios del establecimiento.

Queremos que comprendan la importancia de cumplir con las normas de convivencia en la Universidad, pues son ellas las que garantizan el mejor funcionamiento de la comunidad estudiantil en su conjunto, facilitando las instancias de mejores aprendizajes.

Para una mejor convivencia interna, queremos que sean conscientes de la importancia de mantener la Universidad limpia y ordenada, que garantice un espacio donde se pueda convivir sanamente. Esto más allá de la

comunidad universitaria ha de traducirse en que se comporten como personas sensibles a los cambios que sufre nuestro ambiente y cuidadosos de las medidas que se postulan para mejorar los deterioros que se han ido produciendo en él.

2.3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El manual para estadística de diagnósticos en psiquiatría de la Asociación Americana de Psiquiatría, reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. La categoría diagnóstica se llama trastornos del apetito, pero es más preciso denominarlos como trastornos del comportamiento alimentario y se subdividen en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos no especificados. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de los trastornos de comportamiento alimentario en escolares de Bogotá y Sogamoso, su relación con estados de depresión, ansiedad, estrato socioeconómico y utilidad de la encuesta de comportamiento alimentario. **Material y métodos.** Los alumnos de secundaria de siete colegios que aceptaron participar, respondieron la encuesta de comportamiento alimentario. Aquellos con puntuación mayor que 22 y a un número equivalente y aleatorio con puntuación menor que 23 fueron reencuestados y entrevistados para diagnóstico de trastornos de comportamiento alimentario. Todos respondieron encuestas de depresión, ansiedad y test de figura corporal. **Resultados.** Se encuestaron 2770 escolares, 708 se reencuestaron y entrevistaron, con prevalencia de anorexia nerviosa de 0.28 por ciento, bulimia nerviosa 3.25 por ciento y trastornos de comportamiento alimentario no especificados 33.6 por ciento. Los escolares con trastornos de comportamiento alimentario tuvieron puntuaciones mayores de ansiedad como rasgo y mayor deseo de bajar de peso. No hubo diferencias por estrato socioeconómico. **Conclusiones.** La prevalencia de trastornos de comportamiento alimentario en escolares son acordes con la literatura sin diferencias por estrato pero con rasgos de ansiedad mayores. La encuesta de comportamiento alimentario es útil para tamización de trastornos de comportamiento alimentario (Angel, A.; 2008).

Glasser (1985) en su trabajo con jóvenes que manifestaron conductas antisociales y que fracasaron en sus estudios expone: “no acepto la explicación del fracaso comúnmente reconocida ahora, de que esos jóvenes son producto de una situación social que les impide el éxito. Culpar del fracaso a sus hogares, sus localidades, su cultura, sus antecedentes, su raza o su pobreza, es improcedente, por dos razones: a) exime de responsabilidad personal por el fracaso y b) no reconoce que el éxito en la escuela es potencialmente accesible a todos los jóvenes. Si los jóvenes pueden adquirir un sentido de responsabilidad suficiente para trabajar de firme en la escuela y si las barreras que se interponen al éxito son retiradas de todas las escuelas, muchas de las condiciones desventajosas pueden ser contrarrestadas”. Finalmente el autor concluye con una frase para la reflexión de todas aquellas personas involucradas en la educación: “es responsabilidad de la sociedad proporcionar un sistema escolar en el que el éxito sea no sólo posible, sino probable”.

Cabe destacar tres estudios realizados en la Universidad Iberoamericana (U.I.A.) en México y que se relacionan con el rendimiento académico y algunas de sus variables predictivas, en primera instancia, destaca el realizado por Celis (1986) quien abordó la investigación sobre los subtest de razonamiento abstracto, razonamiento verbal y relaciones especiales del D.A.T., como elementos predictivos de rendimiento académico de la U.I.A., en alumnos que ingresaron en otoño de 1981 y primavera de 1982. Para el estudio de la validez predictiva del éxito académico que presentaron los subtest del D.A.T., utilizados en la Universidad Iberoamericana como parámetros de selección de alumnos, se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson, entre cada uno de los subtest (razonamiento abstracto, razonamiento verbal y relaciones espaciales) y los criterios de rendimiento académico (considerado como el puntaje de materias significativas de la licenciatura y el puntaje global de la Universidad), lo anterior para muestras fraccionadas por edad, sexo, edad – sexo, licenciatura, división y toda la Universidad. El supuesto de que mayores puntajes obtenidos en los subtest del D.A.T., corresponderán a mejores puntajes académicos, se revisó para los 2145 alumnos que ingresaron a la U.I.A. en 1981 y 1982, comparándose también, con la validez predictiva del examen de conocimientos utilizados con el mismo propósito.

Algunas de las conclusiones del estudio anterior fueron:

1. Entre los candidatos a ingresar a la U.I.A., con 20 años ó más, que presentaron el examen de admisión, apareció una disminución significativa en el puntaje bruto obtenido en la prueba de razonamiento abstracto.
2. El puntaje bruto promedio, obtenido por los aspirantes a las licenciaturas de la División de Arte, en el test de relaciones espaciales, es significativamente superior al que obtuvieron los alumnos de las carreras de la División de Ciencias e Ingeniería.
3. En los tres subtest del D.A.T., los hombres obtuvieron puntajes promedio más altos que las mujeres, pero sólo en el caso de la prueba de razonamiento abstracto, ésta diferencia fue significativa.
4. En contraposición del fenómeno observado de que los hombres obtienen puntajes brutos promedio más altos en los subtest del D.A.T., las mujeres obtienen puntajes académicos significativamente mayores que los hombres.
5. Ninguno de los parámetros utilizados para la selección y admisión de alumnos a la U.I.A., tiene una validez predictiva confiable o generalizable, presentándose correlación sólo en casos sumamente aislados, que pueden atribuirse, más a errores en la distribución probabilística y estadística de la muestra, que a patrones de comportamiento factibles de ser extrapolados.
6. A mayor edad de ingreso a la U.I.A., disminuye el puntaje global académico obtenido por el alumno.

Por su parte, Muñoz (1993) llevó a cabo un estudio comparativo de algunos factores que inciden en el rendimiento académico en una población de estudiantes de niveles medio superior y superior, el objetivo general de la investigación fue conocer la correlación entre algunos factores de naturaleza psicológica y el rendimiento académico en una población de alumnos becados.

Con el propósito de conocer algunos de estos factores se eligieron 3 áreas: intelectual, rasgos de personalidad e integración familiar.

Dentro del área intelectual se trabajaron 10 indicadores, el 1º fue el cociente intelectual del test de Raven y los nueve restantes se extrajeron del cuestionario de habilidades para el estudio que comprendió: la actitud ante el estudio, aceptación alumno – maestro, organización para el estudio, concentración, memoria, toma de apuntes, manejo de libros de texto, realización de trabajos escritos y la presentación de exámenes.

Respecto a los rasgos de personalidad, los indicadores estudiados fueron las 10 escalas clínicas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

El área familiar constó de un solo indicador que fue el de la integración familiar.

Del análisis estadístico de los indicadores, Muñoz (1993) encontró que 6 de ellos fueron significativos: 1. actitud ante el estudio del cuestionario de habilidades para el estudio, 2, 3 y 4. La triada neurótica formada por las escalas Hs., D, Hi. junto con la escala Pt., 5. la escala MF y 6. la escala Ma. del inventario de personalidad.

Asimismo encontró que la integración familiar no tuvo incidencia en el rendimiento académico por lo cual se concluyó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en la integración familiar entre los alumnos becados de alto rendimiento académico y los alumnos becados de bajo rendimiento académico, así como que si existen diferencias estadísticamente significativas tanto en los factores intelectuales como en los rasgos de personalidad entre los alumnos de alto y bajo rendimiento académico. Dichos resultados apoyaron la postura teórica que sustentó el estudio respecto a la participación simultánea de factores cognitivos y emocionales en el aprendizaje de contenidos intelectuales que se modifican en un determinado nivel de rendimiento académico.

Finalmente la principal aportación de Frutos (1997) en su estudio “El examen de admisión de nivel superior como predictor del éxito escolar: el caso de la U.I.A.” consistió en la realización de un estudio sistemático global de la validez predictiva de los dos criterios que sustentan el proceso de selección estudiantil en la U.I.A., es decir, se analizó estadísticamente el instrumento completo, junto con el promedio de preparatoria considerando todas la licenciaturas que se imparten en la U.I.A.

Algunas de las conclusiones de Frutos (1997) fueron:

1. Se infirió que aunque la variable más predictiva fuera el promedio de preparatoria, en muchos casos (no se precisa cantidad), alguna sección del examen aumenta ésta validez, como sucedió con las secciones de filosofía, matemáticas (con y sin cálculo) y razonamiento numérico.
2. En algunas carreras, aunque se haya obtenido un modelo significativo al 0.01, el valor de R^2 , es tan pequeño que prácticamente la variable explicativa – secciones del examen y promedio de preparatoria – no tienen ningún impacto en la variable explicada (promedio en la U.I.A.).
3. Los exámenes de razonamiento matemático, matemáticas A y B, y filosofía tienen un buen grado de validez predictiva.
4. Se expuso la conveniencia de reducir el número de secciones del examen, ó reformular los exámenes existentes para medir un tipo de habilidad o de conocimiento diferente con cada uno, así como la importancia de continuar realizando estudios en ésta línea a fin de generar un instrumento depurado con una cantidad mínima de secciones que pudiera tener una validez predictiva aceptable.

Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007 (Octubre-Diciembre)

Andrés Fandiño, M.D., M.SC.1, Sandra c. Giraldo, Carolina Martínez, Claudia Paolaaux, Rafael Espinosa, M.D.

Resumen

Introducción: Existen pocos estudios de trastornos alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes en América Latina. Las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios permiten suponer que existen casos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en un porcentaje mayor al de la población general.

Objetivo: Determinar la cifra relativa de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de TCA, y a partir de los datos, estimar la prevalencia en la población universitaria. Además, evaluar los factores asociados con el resultado positivo en una nueva prueba de filtro para los TCA.

Metodología: Se realizó un estudio transversal en un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle (Cali, Colombia), a quienes se aplicó un cuestionario auto-diligenciado con la encuesta de evaluación del comportamiento alimentario (ECA).

Resultados: Hubo 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba (puntaje >24), cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA; con una relación mujer: hombre de 2:1; y una prevalencia estimada de 44.1% en mujeres y 9.6% en hombres.

Los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino (OR: 2.74 IC95%: 1.29-5.85), el querer disminuir más de 10% del peso corporal (OR: 24.65 IC95%: 1.92-316.91) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso (OR: 0.81 IC95%: 0.66-0.98). Existe una interacción cualitativa entre la dirección del deseo de cambio de peso y otras variables del modelo. La ECA identifica diferentes tipos de TCA.

Discusión y conclusiones: La ECA identifica diferentes tipos de TCA que se deben diferenciar con preguntas adicionales. La prevalencia estimada indica que los TCA son un problema importante en la comunidad universitaria, que se debe intervenir mediante diferentes estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento.

Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión

Yolanda Quiles Marcos 1 , María Carmen Terol Cantero y

María José Quiles Sebastián (Universidad Miguel Hernández, España)

(Recibido 16 julio 2002 / Received July 16, 2002)

(Aceptado 9 septiembre 2002 / Accepted September 9, 2002)

Resumen. En este trabajo se plantean dos objetivos: el primero de ellos, revisar el papel del apoyo social en los trastornos de la alimentación, especificando las dimensiones de apoyo que han sido consideradas y los instrumentos empleados; en el segundo, conocer la relación existente entre este constructo y otras variables psicosociales relevantes en estos trastornos, valorando sus efectos beneficiosos sobre la salud. Para ello se han revisado los estudios empíricos sobre apoyo social y efectos psicosociales y clínicos en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario en los últimos veinte años. Las dimensiones del apoyo social consideradas han sido: tipo de apoyo (emocional, instrumental e informativo), fuentes de apoyo, percepción-recepción del apoyo y la calidad del mismo. Los resultados sugieren que estos pacientes cuentan con un menor número de proveedores de apoyo en relación con sujetos sanos, perciben un menor apoyo emocional, informacional e instrumental, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben.

ALAN v.54 n.1 Caracas mar. 2004

La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado

Laura Beatriz López, Carlos Rafael Ortega Soler, María Luz Pita Martín de Portela

Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires – Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Hospital Dr. D. Paroissien. La Matanza. Pcia de Buenos Aires, - Cátedra de Nutrición, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires

Resumen. La pica se manifiesta por la ingesta persistente y compulsiva de sustancias no nutritivas como tierra, arcilla, tiza, jabón y hielo. Las formas más comunes son la geofagia o consumo de tierra y la pagofagia o consumo de hielo. La descripción de este peculiar fenómeno se remonta a la época de la civilización greco-romana. Su presencia durante el embarazo es generalmente poco estudiada o subestimada, los datos publicados indican que puede manifestarse con una prevalencia que varía del 8% al 65%. Las cifras provenientes de investigaciones en América Latina refieren una prevalencia del 23% al 44%. No está claro aún cuáles son las causas que predisponen a este trastorno, sin embargo es frecuente su presencia en gestantes que presentan anemia o un estado nutricional deficiente con respecto al hierro. Su diagnóstico, que sólo consiste en interrogar sobre esta práctica a las gestantes, es frecuentemente ignorado durante la atención prenatal, probablemente debido al desconocimiento por parte del equipo de salud respecto a este trastorno. La identificación de la práctica de pica durante el embarazo contribuirá a detectar un grupo de gestantes con riesgo nutricional, en quienes sea necesario implementar estrategias tanto de evaluación como de educación nutricional.

2003. María Lameiras Fernández/María Calado Otero/Yolanda Rodríguez Castro/Montserrat Fernández Prieto.

Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios.

International Journal of Clinical and Health Psychology, enero, año/vol. 3 número001. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) Granada, España pp 23-33

Resumen: Actualmente los adolescentes manifiestan su afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea; esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de TCA. En esta investigación se entrevista 482 estudiantes universitarios/as a los que se les aplica el **EATING DISORDERS INVENTORY (EDI)** y un cuestionario sobre comportamientos alimentarios e imagen corporal. Los resultados muestran la

mayor preocupación de las mujeres por el peso y la imagen corporal, siendo ellas además las que en mayor medida recurren a las dietas para alcanzar el peso ideal. Siendo el colectivo de chicas las que presentan en mayor medida tanto variables cognoscitivas como comportamentales de riesgo para el desarrollo de TCA, lo que justifica la necesidad de implementar programas de prevención al colectivo de estudiantes universitarias. Se trata de un estudio descriptivo mediante encuestas con diseño transversal.

Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes

Por M^aC Benedito Monleón a, C Perpiñá Tordera b, C Botella Arbona a, RM^a Baños Rivera b

a. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I. Castellón.

b. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

Resumen: El progresivo incremento de los trastornos alimentarios sugiere la necesidad de comenzar los esfuerzos de educación para la salud en la infancia. Sin embargo, la prevención de los problemas alimentarios ha sido un objetivo complicado y, tal vez por eso, eludido por los investigadores. La conducta restrictiva y la alteración de la imagen corporal son dos criterios fundamentales en el diagnóstico de los trastornos alimentarios. **Objetivo** El propósito de este trabajo fue explorar en una muestra de 373 adolescentes las relaciones existentes entre sus esquemas acerca de la apariencia y actitudes restrictivas como la preocupación por el peso y la dieta. **Métodos** Los instrumentos utilizados fueron Appearance Schemas Inventory (ASI) (Inventario sobre los Esquemas acerca de la apariencia) y Restraint Scale (RS) (Escala de restricción). Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, la prueba t de Student y el análisis de varianza con la prueba de contraste de Tukey. **Resultados** Los resultados indicaron correlaciones significativas y positivas entre una excesiva valoración de la apariencia física y las conductas restrictivas ($p < 0,0001$). Los adolescentes más jóvenes y los adolescentes restrictivos (aquellos que se implicaban en

mayor medida en la práctica de dietas y en la fluctuación de su peso) presentaron de forma significativa ($p < 0,0001$) más alteraciones en la imagen corporal que los adolescentes no restrictivos y que los adolescentes de mayor edad. Conclusiones A la luz de estos datos, se concluye la importancia de trabajar en un nivel de prevención primaria, centrando los esfuerzos en la identificación y posterior modificación de las distorsiones de la imagen corporal en niños y adolescentes.

Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa

Sonia Rodríguez, José Luis Mata*, Silvia Moreno, M^a Carmen Fernández* y Jaime Vila* Universidad de Jaén, * Universidad de Granada y ** Centro de Psicología Viania (Granada)**

Resumen: El objetivo del estudio fue conocer el efecto de visualizar imágenes de comida bajo diferentes estados de ánimo y diferentes condiciones de restricción alimentaria en la modulación emocional de dos reflejos defensivos (sobresalto motor y defensa cardíaca). 72 mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa fueron asignadas a dos grupos: 1) un grupo al que se inducía un estado de ánimo positivo, neutro o negativo; y 2) un grupo privado de comida durante 6 horas o no-privado. Se registraron la tasa cardíaca segundo-a-segundo y el electromiograma del músculo orbicular del ojo tras un estímulo auditivo. Los resultados mostraron que las mujeres no privadas, bajo un estado de ánimo negativo, potenciaban la respuesta cardíaca de defensa (RCD) y el reflejo motor de sobresalto (RMS) ante las imágenes de comida. Se discuten los resultados en el contexto de las teorías de alimentación emocional y del modelo de priming motivacional de Peter Lang.

Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid.

**C. Imaz Roncero¹ M. C. Ballesteros Alcalde¹ M. B. N. Higuera González²
V. J. M. Conde López**

**Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Valladolid
Servicio de Pediatría Hospital Campo Grande Valladolid
Departamento de Psiquiatría Universidad y Hospital Clínico Universitario Valladolid**

Resumen: Uno de los objetivos de la investigación epidemiológica es aportar unos datos que permitan adecuar y estructurar los servicios asistenciales. Existe un debate abierto sobre la necesidad y/o adecuación de las unidades específicas para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el modelo asistencial preciso. Una manera de aportar luz en este debate es realizar un análisis crítico de la realidad de la atención a los TCA, observando la actividad de los diferentes niveles asistenciales sanitarios, en nuestro caso, en la provincia de Valladolid. La existencia de varios estudios epidemiológicos, coincidentes espaciotemporalmente, permite concluir que en atención primaria se detectan un 23% de los casos nuevos vistos en la comunidad, mientras que el porcentaje de los atendidos por los servicios psiquiátricos infantojuveniles se reduce al 2,56 %, de los que un 16% se derivan para ingreso hospitalario. La propuesta regional de potenciar una unidad de ingreso hospitalario para los TCA, de referencia para toda Castilla y León, se considera un medio ineficaz y poco acorde con esta realidad, proponiéndose la creación de unidades funcionales específicas.

Carmen García Alba

Procesos de pensamiento en adolescentes anoréxicas*

Cognitive function in anorectic adolescents

Resumen: La hipótesis inicial postula que hay una alteración en el funcionamiento cognitivo de las pacientes anoréxicas. Para verificarla, se diseña un estudio comparativo de casos y controles con 50 pacientes anoréxicas tipo restrictivo (PAN), 50 pacientes deprimidas (PD) y 50 no

pacientes o controles (NP), de edades comprendidas entre 13 y 16 años, evaluadas con el test Rorschach. En PAN se detecta una correcta captación de los datos del entorno (Procesamiento), una traducción a otros códigos bastante adecuada (Mediación), pero alteraciones significativas cuando esta información va a ser conceptualizada y utilizada como ideas m (Ideación). En este área aparece un pensamiento distorsionado, con eventuales operaciones semejantes a las de tipo delirante, pasivo, utilizado de forma rígida, improductivo y poco eficaz; se establecen diferencias con el pensamiento obsesivo. Se señalan las dificultades del abordaje psicoterapéutico de estas pacientes y se considera la necesidad de incluir, dentro de una intervención terapéutica global, la reestructuración cognitiva como terapéutica idónea para modificar esta ideación.

Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil Ihab Zubeidat*, Juan Carlos Sierra y Antonio Fernández Parra.**

Resumen: El interés por la comorbilidad relativa a la fobia social y a sus dos subtipos, específico y generalizado, se ha incrementado en los últimos años. El objetivo del presente estudio teórico es describir los resultados más relevantes respecto a la comorbilidad de la fobia social y de sus dos subtipos. Los resultados indican que otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y del abuso de sustancias son los que más se asocian con la fobia social en población adulta. El subtipo generalizado presenta una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresión, alcoholismo y trastornos de personalidad. Sin embargo, esta cuestión se ha tratado con menos frecuencia en población infanto-juvenil por su complejidad, existiendo escasos estudios, tanto en población anglosajona como española. Las consecuencias de la comorbilidad se valoran como peores dependiendo del mayor número y del tipo de situaciones sociales que generan temor.

La construcción del Apego, la Cohesión Diádica y la Comunicación en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Lluís Botella I Garcia Del Cid Núria Grañó I Solé Universitat Ramon Llull, Barcelona 2008, Vol. 26, número 2, págs. 291-301. de Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla.

Resumen: Este trabajo presenta un estudio en que se comparan tres muestras de participantes (30 pacientes con un trastorno alimentario restrictivo, 30 con un trastorno alimentario compulsivo y 30 sin trastorno alimentario) en cuanto a su construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en sus familias. Los tres constructos fueron evaluados ajustarse a los objetivos del estudio. Ninguno de los dos grupos con trastorno alimentario en las dimensiones de cohesión diádica y comunicación, aunque no en la de apego. En el trabajo se comentan estos resultados en ambos subtipos de trastorno alimentario.

La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria : anorexia y bulimia nerviosas.

Carrillo Durán, María Victoria (2004) La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas. Tesis Doctoral.

En la actualidad, existe una orientación muy fuerte hacia los factores sociales como causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, aunque está comprobado que estas enfermedades son multicausales, parece existir una corriente de opinión contraria a la moda y sobre todo hacia la publicidad como causantes directos de estos trastornos, de la que se han hecho eco los medios de comunicación, y la opinión pública, por el efecto que producen las imágenes y la venta de productos adelgazantes por la publicidad, sobre adolescentes preocupadas por cuestiones estéticas y con una personalidad que se define por rasgos especiales, capacidad de autoexigencia, perfeccionamiento, excesiva sensibilidad, entre otros. La investigación pretende desde lo general a lo particular, esclarecer las causas de los Trastornos de la Conducta alimentaria especialmente la anorexia y la bulimia nerviosas, y

encontrar a la publicidad como un elemento del contexto social que pudiera influir en la provocación de los trastornos citados por la presencia de imágenes publicitarias como modelos delgadas y llamar la atención sobre el autocontrol de la publicidad si así procediera. Para resolver las hipótesis planteadas sobre el origen de las causas y la concreción del papel de la publicidad, se realizó una investigación de campo a enfermas de anorexia y bulimia en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Niño Jesús de Madrid, comparando resultados con las opiniones de una muestra sana de características equivalente. Concluyendo que la publicidad goza de mala prensa a priori, que la información dirigida a adolescentes es más influyente que las otras características sociales del entorno, y que por encima de las causas sociales, las causas de tipo personal como la aceptación y necesidad de popularidad son detonantes más fuertes de adelgazamiento que la publicidad y la moda, aunque se confirme en el contexto social su influencia en anorexia y sobre todo en bulimia nerviosa.

Estudio Nutricional y Psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria

- **Autores:** Susana Pérez Manuel
- **Directores de la Tesis:** Josepa Canals Sala, Maria Victoria Arija Val
- **Lectura:** En la Universitat Rovira i Virgili (España) en 2006
- **Enlaces**

Resumen:

Estado nutricional y psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria tesis doctoral Susana Pérez Manuel

Resumen Objetivos: ? Estimar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según diferentes niveles de severidad (diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y síntomas de TCA) en adolescentes del municipio de Tarragona y de zona rural de la misma provincia.

Describir y analizar según los diferentes niveles de severidad de alteración de la conducta alimentaria. Valorar la influencia de los diferentes factores sobre el riesgo de desarrollo de TCA.

Aplicación del Análisis Género a los (TAC)

Carmen Mercado Carmona.

Revista e Salud.com, Vol 4, No 14 (2008)

Resumen: Como continuación de la materia abordada en el artículo anterior de esta Sección, referido al Enfoque de Género en Salud (“Equidad e Igualdad de Género”, Ed. Núm. 13), se presenta ahora el tema en su vertiente práctica, para poner de manifiesto cómo el enfoque de género en salud constituye una herramienta de trabajo muy valiosa para estudiar y analizar problemas específicos de salud.

Estado Nutricional y Psicosocial en Adolescentes con Alteración de la Conducta Alimentaria Tesis Doctoral

Susana Pérez Manuel

Resumen: objetivos:

Estimar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) según diferentes niveles de severidad (diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y síntomas de TCA) en adolescentes del municipio de Tarragona y de zona rural de la misma provincia.

Describir y analizar según los diferentes niveles de severidad de alteración de la conducta alimentaria.

Valorar la influencia de los diferentes factores sobre el riesgo de desarrollo de TCA.

Eugenia Gil García

Artículo publicado en: Revista Crítica, Marzo 2006. Año LVI, n° 933

Pp: 82- 84

Anorexia y bulimia en las mujeres: entre la inseguridad y la autonomía

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca del proceso de cambio que se produce en las sociedades en las que se ha experimentado un incremento de los trastornos alimentarios e indagar en los elementos que favorecen el incremento de la anorexia entre las mujeres.

Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid

Peláez Fernández, María Ángeles (2004) Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral.

Resumen: Se ha estudiado la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en una muestra representativa de 1.543 adolescentes y jóvenes de 12 a 21 años de ambos sexos, escolarizados en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). **MÉTODO:** Muestreo aleatorio por conglomerados, eligiendo los centros al azar en función de dos variables: a) Madrid capital vs. municipios CAM; y b) centro público, concertado o privado. Fueron excluidos los centros de educación especial. El estudio epidemiológico consistió en dos fases: Una primera fase de barrido, en la que se administró: una ficha de datos sociodemográficos generales junto con dos instrumentos de barrido: a) Eating Attitudes Test (EAT-40) y b) Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). Todos los sujetos (n = 349) que igualaron o superaron el punto de corte 20 en el EAT-40 y/o que cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) en el EDE-Q fueron seleccionados para una segunda fase de entrevista, junto con una muestra aleatoria de probables controles (n = 270). La entrevista utilizada fue Eating Disorder Examination (EDE). **RESULTADOS:** El 3,3% de la muestra: 51 sujetos (4 varones y 47 mujeres) cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV-TR de TCA en la entrevista EDE. La tasa de prevalencia de TCA fue de 5,13% en mujeres (2,73% trastornos

alimentarios no especificados (TCANE); 2,29% bulimia nerviosa (BN) y 0,11% anorexia nerviosa (AN)) y de 0,64% en varones (0,48% TCANE; 0,16% BN y 0,00% AN). Las variables sociodemográficas que han mostrado tener asociación con el padecimiento de TCA en la muestra fueron: sexo, edad, número de hermanos, familias monoparentales y fallecimiento de alguno de los padres; siendo superior en: mujeres (Odds Ratio (OR) = 8,4), mayores de 19 años (OR = 4), hijos únicos (OR = 2), alumnos que viven sólo con uno de los padres (OR = 4) y aquellos cuyo padre o madre ha fallecido (OR = 6).

Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid

Memoria para optar al Grado de Doctor

PRESENTADA POR

María Ángeles Peláez Fernández

Bajo la dirección de los Doctores:

Francisco Javier Labrador Encinas

Rosa María Raich

Madrid, 2003

ISBN: 84-669-2381-0

1.- Tratando de responder si resulta más adecuado emplear un procedimiento de una fase con entrevista diagnóstica en formato escrito vs. de dos fases con entrevista oral, en los estudios epidemiológicos de TCA entre población escolarizada; cabe inclinarse hacia esta segunda opción, dado que la entrevista diagnóstica oral (frente al cuestionario) garantiza una interpretación más correcta de los ítems por parte del sujeto, especialmente en el caso de los más ambiguos, y conlleva, por tanto, una mayor precisión en las tasas de prevalencia.

La utilización de un diseño de identificación de caso en dos etapas con entrevista diagnóstica oral también se presenta como opción a los estudios de prevalencia en una fase con entrevista oral, en los que se entrevista a la totalidad de la muestra, por el menor coste asociado.

Junto a las ventajas de la utilización de un procedimiento de doble fase con entrevista oral, es preciso tener en cuenta los siguientes costes asociados a este tipo de diseño, que han estado presentes en la realización del estudio:

a) Suponen un mayor número de desplazamientos a los Centros y rechazo de los alumnos y personal docente a participar con el procedimiento, por implicar la realización de entrevistas diagnósticas cara-a-cara y el no-anonimato; frente a los procedimientos de una fase anónimos en los que se administran todas las pruebas en una sola sesión.

b) Están expuestos a la potencia del instrumento de barrido utilizado en la primera fase (i.e., sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo). En el caso del EAT-40 y, debido a su bajo poder predictivo positivo, se hace necesario entrevistar a un amplio volumen de sujetos, de los cuales un reducido número son casos.

2.- En la primera fase se recomienda utilizar el EAT-40 con un punto de corte de 20 en vez de 30, cuando los estudios de prevalencia de TCA se realizan con población adolescente escolarizada; debido a la necesidad de reducir en una primera oleada el mayor número de falsos negativos sin que, por ello, se vea incrementado excesivamente el número de falsos positivos. Con este valor de corte (20) y, dado el reducido valor predictivo positivo del EAT-40 (tanto menor cuanto más se reduzca el punto de corte), será necesario realizar un volumen importante de entrevistas en la segunda fase, comparado con el número total de casos de TCA que sean diagnosticados; pero resulta la opción más óptima, teniendo en cuenta que perder un 25,0% de los casos, supondría una subestimación importante de las tasas de prevalencia, dada la baja prevalencia de este tipo de trastornos. Para paliar este coste de entrevistar a un gran número de sujetos, se plantea como opción la inclusión del EDE-Q en la primera fase junto al EAT-40, dado el mayor poder predictivo positivo de este cuestionario diagnóstico que el EAT-40 y la aceptable correlación con la entrevista ED.

Ana Olivia Ruíz Martínez

UVM-Lago de Guadalupe

**Colaboradoras: Sandra Meza Herrera, Martha Gabriela Laredo Ramírez,
Diana Yvette Hernández Moreno y Mariana Samantha Rodríguez
Hernández**

**"Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento
familiar"**

Episteme No. 10 Año 3, julio-septiembre 2007.

Resumen

El propósito del presente trabajo es detectar la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la población estudiantil femenina de la UVM Campus Lago de Guadalupe y evaluar la relación entre sintomatología de TCA y el funcionamiento familiar. Dada la compleja naturaleza de los TCA, las investigaciones especializadas han desarrollado modelos multideterminados que incluyen las variables más relevantes que dan cuenta de factores de riesgo que contribuyen en la aparición, mantenimiento y recuperación de la psicopatología alimentaria, entre los que resalta la participación de los factores familiares.

Volumen 9 No. 3

Julio-Septiembre 2008

Salus cum propositum vitae

**Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento
familiar**

Resumen:

El propósito del presente trabajo es detectar la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la población estudiantil femenina de la UVM Campus Lago de Guadalupe y evaluar la relación entre sintomatología de TCA y el funcionamiento familiar. Dada la compleja naturaleza de los TCA, las investigaciones especializadas han desarrollado modelos multideterminados que incluyen las variables más relevantes que dan cuenta de factores de riesgo que contribuyen en la aparición, mantenimiento y recuperación de la

psicopatología alimentaria, entre los que resalta la participación de los factores familiares.

Clínica y Salud v.18 n.1 Madrid abr.-mayo 2007

Artículos

Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa

Psychophysiology of food craving and bulimia nervosa

Sonia Rodríguez¹

José L. Mata²

Silvia Moreno³

¹Universidad de Granada (España).

²Universidad de Jaén (España).

³Centro de Psicología Viania, Granada (España)

Resumen: El ansia por la comida es una experiencia normal no asociada necesariamente a conductas alimentarias patológicas. Sin embargo, en ocasiones, este deseo irresistible de consumir un determinado alimento puede convertirse en un antecedente inmediato del atracón. Los factores que tradicionalmente se han propuesto como posibles desencadenantes del atracón han sido los afectos negativos y la práctica de dietas restrictivas. No obstante, la mayoría de estudios realizados basados en medidas verbales no han podido establecer relaciones causales entre dichos factores y el atracón. Actualmente, estudios experimentales basados en medidas psicofisiológicas están permitiendo conocer cuáles son los mecanismos motivacionales implicados en el ansia por la comida, así como las complejas interacciones entre restricción, emoción, ansia y atracón. El presente trabajo resume los avances en el campo de la investigación básica que están abriendo nuevas vías para la prevención y el tratamiento psicológico de la bulimia nerviosa.

El rendimiento académico en el primer curso universitario

M^a Mercedes García (Universidad de Oviedo) M^a Jesús San Segundo (Universidad Carlos III)

Resumen: Este trabajo pretende ser un primer paso en el análisis del rendimiento de la actividad docente en la educación universitaria. En primer lugar se han utilizado indicadores de carácter agregado sobre la eficiencia interna como son las tasas de graduación, diferenciando por tipos de centros. Esta información se ha completado con datos sobre repetición en los primeros cursos universitarios. La segunda parte se centra en el análisis del rendimiento académico a partir de datos individuales. Esto nos permite avanzar en el análisis y explicación del resultado de los alumnos de primer curso haciendo hincapié en la calidad de los alumnos formados más que en la cantidad de los mismos. Se comprueba por ejemplo la influencia del rendimiento académico previo a partir de la nota de acceso.

Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios.

Eduardo Martín, Luis A. García, Ángela Torbay y Teresa Rodríguez

Resumen: En este estudio analizamos la relación que guarda el uso de las estrategias de aprendizaje con el rendimiento académico, utilizando para ello tres indicadores diferentes: la tasa de intento (créditos presentados sobre los matriculados), la tasa de eficiencia (créditos aprobados sobre los matriculados) y la tasa de éxito (créditos aprobados sobre los presentados).

Los resultados encontrados en una muestra de 749 universitarios señalan diferencias según el indicador utilizado. Así, mientras que la tasa de intento y la eficiencia se relacionan con el uso de estrategias que fomentan un aprendizaje significativo y autorregulado, el éxito, además de con dichas estrategias, también se relaciona con un procesamiento cognitivo más profundo y con la búsqueda de aplicabilidad de los contenidos estudiados. Estos resultados se discuten en relación a la investigación previa y a sus implicaciones para el diseño de la enseñanza universitaria.

La implantación de la cultura de evaluación en el ámbito universitario se está convirtiendo en un proceso irreversible en nuestro país. Buena prueba de ello son algunos de los estudios recientemente publicados en esta misma revista. Así, Buela- Casal y Castro (2008) analizan los criterios y estándares con los que se evalúan los programas de doctorado para otorgarles la Mención de Calidad. Por otro lado, el estudio de Gil Roales-Nieto (2007) se centra en el análisis de la movilidad de los alumnos de Psicología, mientras que en el artículo de Moyano, Delgado Domínguez y Buela- Casal (2006) se evalúa la productividad científica de la Psiquiatría en España a través de las tesis doctorales. El presente trabajo se ubica en este paradigma de evaluación, y pretende profundizar en el conocimiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en la enseñanza superior, ya que su objetivo principal es evaluar el papel que juegan las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes universitarios en su rendimiento académico.

El interés por el estudio de los determinantes del aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes universitarios está aumentando considerablemente en los últimos años (Allgood, Risko, Álvarez y Fairbanks, 2000; Martín, García y Hernández, 1999; Pintrich, 2004; Valle, González, Núñez, Suárez, Piñeiro y Rodríguez, 2000). Este interés viene determinado, fundamentalmente, por dos aspectos. En primer lugar, la aparición de trabajos que desmontan la idea, ampliamente extendida en las comunidades universitarias, de que un estudiante universitario, por el simple hecho de serlo, se encuentra perfectamente capacitado para afrontar sus estudios con éxito, dependiendo éste exclusivamente de su esfuerzo (Castelló y Monereo, 1999; Garner, 1990; González, Valle, Rodríguez y Piñeiro, 2002; Martín *et al.*, 1999; Nist y Simpson, 2000). En segundo lugar, las universidades europeas en general, y las españolas en particular, se encuentran inmersas en un proceso de cambio debido a la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. La puesta en marcha de los European Credits Transfer System (ECTS) generará una nueva estructura en la que el peso del proceso de enseñanza- aprendizaje pasará de la labor docente del profesor a la actividad que desarrolla el estudiante, dado que se comienza a reconocer el trabajo que se realiza de

manera individual o en grupo, asesorado en tutorías, y disminuyendo en número de clases presenciales, lo que aumentará la importancia de la autonomía y la capacidad de autorregulación a la hora de afrontar sus estudios.

Las líneas de investigación que analizan los determinantes del aprendizaje y el rendimiento en la enseñanza superior son diversas. Por un lado, se ha analizado la influencia de la organización institucional y los métodos instruccionales y de evaluación utilizados (Cope y Staehr, 2005; Honkimäki, Tynjälä y Valkonen, 2004; Jansen, 2004; Lizzio, Wilson y Simons, 2002; Trigwell, Prosser, y Waterhouse, 1999). Otras investigaciones han incidido en la importancia de factores contextuales y ambientales (Martín *et al.*, 1999; Pike y Kuh, 2005; Soares, Guisande, Diniz y Almeida, 2006). Pero quizás la línea de trabajo que ha generado un mayor volumen de investigación, es la que se ha centrado en analizar la forma en la que los universitarios afrontan la tarea del estudio. Dentro de esta línea, algunos trabajos se han centrado en el análisis de los enfoques de aprendizaje (Bruinsma, 2004; Entwistle y Waterson, 1988; Lonka, Olkinuora y Mäkinen, 2004; Valle *et al.*, 2000), otros se han focalizado en el papel de las estrategias de aprendizaje (Garavalia y Gredler, 2002; Pintrich, 2004; Valle, Cabanach, Rodríguez, Núñez y González-Pienda, 2006), y un último grupo de investigaciones estudia el rol que desempeñan las variables motivacionales (Martin, Marsh, Williamson y Debus, 2003; Snyder, Shorey, Cheavens, Pulvers, Adams III y Wiklund, 2002; Wolters, 2003). Los resultados de estos trabajos determinan que el perfil del universitario con un buen aprendizaje es el de un alumno que adopta fundamentalmente un enfoque de aprendizaje profundo, con capacidad de autorregular su aprendizaje, que afronta el estudio con motivaciones de tipo intrínseco, con un buen autoconcepto y confianza en sí mismo, que usa estrategias cognitivas y metacognitivas que le ayudan a planificar, supervisar y revisar su proceso de estudio, y que le facilitan lograr un aprendizaje significativo.

Aunque parece existir consenso en la descripción del estudiante con un buen aprendizaje, determinar cuál es el prototipo de un estudiante universitario con buen rendimiento académico es algo más complejo, ya que la investigación al

respecto ha arrojado resultados dispares, e incluso contradictorios (Carini, Kuh y Klein, 2006; Harackiewicz, Barron, Pintrich, Elliot y Thrash, 2002; Pintrich, 2000; Pugh y Bergin, 2006; Wolters, 2004). Esto se debe fundamentalmente a que, como ya hemos visto, el rendimiento académico en la enseñanza superior está determinado por múltiples factores, tanto contextuales como personales. Pero también porque el propio concepto de rendimiento académico en universitarios es diferente a lo que entendemos por rendimiento académico en los niveles preuniversitarios. Evidentemente, la libertad para elegir el número de asignaturas en las que matricularse o para elegir las convocatorias en las que presentarse, hace que un alumno pueda dejar asignaturas, incluso para cursos posteriores, sin que se pueda por ello hablar de fracaso lo que sí ocurriría en los niveles preuniversitarios. Por otro lado, existe un número considerable de estudiantes que trabajan, lo que les imposibilita dedicar el mismo tiempo al estudio que otro que se dedica únicamente a su carrera.

Por todo ello, se hace necesario utilizar diferentes indicadores de rendimiento, más allá de la nota en asignaturas concretas, del rendimiento en pruebas elaboradas ad hoc para la investigación, o del simple número de créditos aprobados, indicadores éstos que han sido utilizados frecuentemente en los trabajos que analizan los factores determinantes del rendimiento en universitarios.

Según la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2006), los indicadores para evaluar el proceso formativo de los estudiantes universitarios son varios: la satisfacción con la carrera, la tasa de abandono, la duración media de finalización de los estudios, la tasa de eficiencia y la tasa de éxito. Ello muestra la complejidad del concepto de rendimiento académico en el contexto universitario.

En este trabajo partimos de la hipótesis de que la relación que guardan las estrategias de aprendizaje con el rendimiento académico puede diferir en función de los indicadores utilizados, al estar midiendo aspectos diferentes de un mismo constructo.

Por ello, pretendemos analizar la relación que guarda el uso de las estrategias de aprendizaje con aquellos indicadores de rendimiento que se extraen directamente del expediente académico, como pueden ser la tasa de intento, la tasa de eficiencia y la tasa de éxito.

Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología 2007, Vol. 25, número 1, págs. 87-99. de Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla

Estrés académico en estudiantes universitarios

Isabel María MARTÍN MONZÓN Universidad de Sevilla

Resumen: El estrés es hoy en día, una problemática a la que se está prestando una atención creciente. Sin embargo, el estrés académico o estrés del estudiante no recibe la suficiente atención en el ámbito de la investigación. Por ello, en este trabajo se pretende estudiar la relación entre el nivel de estrés y los exámenes en los estudiantes universitarios, además de analizar la influencia de determinados indicadores de salud y del autoconcepto académico.

En este estudio han participado 40 estudiantes de 4º curso de las licenciaturas de Psicología, Ciencias Económicas, Filología Inglesa y Filología Hispánica. Fueron evaluados a lo largo de dos momentos temporales que diferían en la proximidad a la fecha de los exámenes: período sin exámenes (marzo) y período con exámenes (junio).

En general, los resultados muestran un aumento en el nivel de estrés de los universitarios durante el período de exámenes. Se observaron diferencias significativas en el nivel de estrés alcanzado por los estudiantes de Psicología respecto al de Filología Hispánica durante los dos períodos analizados. Asimismo se han hallado efectos sobre la salud (ansiedad, consumo de tabaco, cafeína o fármacos, alteraciones en el sueño y en la ingesta de alimentos...) y sobre el autoconcepto académico de los estudiantes (peor nivel de autoconcepto académico) durante el período de presencia del estresor.

El compromiso como actitud y su relación con el rendimiento: aplicación al caso del instituto tecnológico y de estudios superiores de monterrey en México.

Autor: Hurtado Salas Laura Leticia.

Año: 2004.

Universidad: Ramon Llull.

Centro de lectura: E.S. Administración y Dirección Empresas.

Centro de realización: E.S. Administración y Dirección Empresas.

Resumen: El presente trabajo de investigación tiene como objetivo estudiar el compromiso como actitud y la relación que guarda con respecto al desempeño. Esta investigación toma como base que el compromiso es una actitud de la persona hacia la organización y busca explicar cuáles son los elementos que forman el compromiso, de qué manera interactúan entre sí estos elementos y cómo se ve afectado el desempeño de las personas. Para la realización de este estudio nos enfocamos en centros universitarios por dos razones: En primer lugar, debido a la importancia que tienen las instituciones de educación superior para cualquier país tanto desarrollado como en vías de desarrollo. En segundo lugar, porque consideramos que en los centros universitarios se puede estudiar la relación entre una actitud de compromiso más allá del cumplimiento estricto de las obligaciones de la docencia e investigación y el desempeño de las actividades laborales. Por medio de una serie de entrevistas en profundidad semi-estructuradas se identificaron qué elementos afectan de manera directa el compromiso de los docentes universitarios. Asimismo se identificaron los elementos que marcan la diferencia en el grado de compromiso de los docentes.

Factores salugénicos, ajuste psicológico y rendimiento académico en estudiantes de nivel medio y universitario

Fernández Liporace, María Mercedes – Casullo, María Martina Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

El diseño examina las relaciones entre los estilos parentales vivenciados durante la niñez y la adolescencia, así como su consistencia en el tiempo y

entre ambos progenitores por un lado, y sus posibles efectos sobre la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la percepción de autoeficacia social y académica, por el otro. A la vez, intenta establecer la influencia de todo este grupo de variables sobre el ajuste psicológico y el rendimiento académico evidenciados durante la adolescencia y la adultez joven por estudiantes de nivel medio y universitario. En última instancia, se pretende identificar predictores de resultados positivos en las áreas psicológica y educativa, en el sentido de que tales factores se comporten, potencialmente, como factores protectores o salugénicos. Para acometer los objetivos anteriores y como transferencia de tecnología, se proyecta, previamente, la adaptación conceptual, lingüística y métrica de los instrumentos que se emplearán en la recogida de datos, efectuándose, además, estudios psicométricos clásicos sobre los mismos (análisis de ítems, validez de contenido, de constructo y consistencia interna).

Estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios

Francisco Camarero Suárez, Francisco Martín del Buey y Javier Herrero Diez

Universidad de Oviedo

Resumen: Esta investigación analiza el uso de estilos y estrategias de aprendizaje en diferentes especialidades universitarias y su relación con el curso y el rendimiento académico. Las hipótesis de investigación se contrastan en función de análisis multivariados y discriminantes con una muestra de 447 estudiantes universitarios que respondieron a los cuestionarios C.H.A.E.A. y A.C.R.A. Los resultados apuntan diferencias significativas con relación a un mayor empleo de estrategias por parte de los alumnos de Humanidades; un estudio más profundo basado en la búsqueda de relaciones intracontenido en cursos finales; y en alumnos con mayor rendimiento académico un menor empleo del estilo activo de aprendizaje, y mayor uso en su conjunto de estrategias metacognitivas, socioafectivas (autoinstrucciones) y de control que componen la escala de apoyo al procesamiento.

El grado de sedentarismo de los universitarios es alto, sobre todo entre las chicas

Una tesis doctoral de la UPV/EHU ha analizado los hábitos físicos y la condición física de los universitarios. Casi mitad de los jóvenes que han participado en el estudio son sedentarios y apuntan que las razones son la falta de tiempo y de ganas.

BASQUE RESEARCH

País Vasco

27.10.2008 12:35

Resumen: La mayoría de los problemas de salud de las sociedades occidentales tienen una relación directa con los hábitos de vida, entre ellos el sedentarismo y la obesidad. Nuestra sociedad es cada vez más sedentaria, y muchos de los hábitos que relacionamos con la calidad de vida conllevan una reducción de la actividad física. En el caso de los jóvenes, el comienzo del periodo universitario puede provocar cambios en los hábitos de vida, y, habitualmente, el deporte queda excluido de dichos hábitos. Ese hecho puede tener más influencia de lo que imaginamos, y es que, todos los cambios que se dan en esa época de la vida son importantes, ya que pueden mantenerse durante la edad adulta.

Tras analizar los hábitos deportivos de los universitarios, la Dra. Itziar Hoyos Cillero ha presentado su tesis bajo el título *Unibertsitateko ikasleen ariketa fisiko ohiturak, egoera fisikoa eta osasuna* (Hábitos deportivos, condiciones físicas y salud de los universitarios). Itziar Hoyos Cillero es licenciada en Antropología Social y Cultural y diplomada en Enfermería, y actualmente es profesora colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la UPV/EHU. Su tesis ha sido dirigida por los doctores Jon Irazusta Astiazaran y Javier Gil Goikouria, ambos del departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU. Para la realización de la tesis, la Dra. Hoyos ha contado con la colaboración de Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos.

Perfiles Académicos en Estudiantes Universitarios: Rendimiento, Habilidades, Hábitos de Estudio, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social

Academic profiles in college students: Achievement, skills, learning and study habits, coping strategies and social support

Investigador Responsable: Fernández Liporace, María Mercedes

Resumen: Analizar el perfil académico de los estudiantes de la Universidad de Buenos Aires, en relación a sus habilidades de razonamiento verbal y abstracto, sus hábitos y estrategias de estudio y aprendizaje, su estilo de afrontamiento ante situaciones problemáticas de la vida universitaria, el apoyo social por ellos percibido y sus características sociodemográficas, vinculando estas variables con el rendimiento académico obtenido.

Investigar el grado asociación potencial de las variables independientes (habilidades de razonamiento verbal y abstracto, hábitos y estrategias de estudio y aprendizaje, estilo de afrontamiento, apoyo social percibido) con el rendimiento académico real registrado por alumnos universitarios.

Determinar si existen diferencias en el rendimiento académico según sexo, edad, educación de los padres, tipo de carrera o área general de formación y momento de la carrera.

Identificar, entre las variables independientes consideradas (habilidades de razonamiento verbal y abstracto, hábitos y estrategias de estudio y aprendizaje, estilo de afrontamiento, apoyo social percibido y características sociodemográficas) y sus interacciones, predictores del rendimiento académico que permitan, en última instancia, efectuar una detección temprana de las potencialidades y dificultades de los estudiantes, y que propicien la posibilidad de planificar intervenciones tendientes a mejorar tal rendimiento académico.

Comparar estos resultados con otros similares obtenidos en una muestra de estudiantes de la Universidad de Tucumán, así como en sendas muestras pertenecientes a un Colegio Universitario de la UBA y a una escuela media de gestión pública de la Ciudad de Buenos Aires.

Los estudiantes universitarios y el uso de su tiempo: Una función de producción educativa. Datos básicos de tesis doctoral

Autor: Oscar David Marcenaro Gutiérrez

Director: M. Lucia Navarro Gómez

Universidad y fecha de lectura: Universidad de Málaga; 25 de Octubre de 2002.

Clasificación JEL: I21, J2

Acceso al documento completo:

Publicaciones:

Dolton, P., Marcenaro, O. y Navarro, L. (2003): “The effective use of student time: a stochastic frontier production function case study”.

Economics of Education Review, 22, pp. 547-560.

Resumen: Las recientes reformas educativas emprendidas en España plantean como objetivo fundamental la mejora de la calidad de la enseñanza. En la medida en que se profundice en los factores que condicionan el rendimiento escolar se podrá conocer mejor cómo la educación es producida, y, en consecuencia, actuar desde el punto de vista de las políticas educativas para mejorar la eficiencia del sistema de enseñanza. El enorme crecimiento experimentado por la educación terciaria, junto con los beneficios de todo tipo que genera, hace que la aplicación de un análisis de esta clase a ese nivel educativo cobre un particular interés.

Para llegar a una mejor comprensión de las actividades realizadas por los alumnos a su paso por la universidad y estudiar como los tiempos dedicados a las mismas influyen en su rendimiento académico, es necesario construir una función de producción educativa, donde es posible analizar la influencia fundamental que estos factores ejercen en el proceso de adquisición de conocimientos, y que por falta de información sobre los mismos no son normalmente tenidos en cuenta.

A este fin, en esta tesis se ha evaluado si se produce ineficiencia entre los estudiantes universitarios en la transformación del uso que éstos hacen de su tiempo y de los otros inputs considerados (características personales, familiares

y de alojamiento del alumno; sus características académicas, entendiendo por tal el área de conocimiento en que está inscrito, su pasado escolar, su motivación, algunas características de los compañeros de clase, y la valoración por parte del estudiante de aspectos relacionados con su formación), en el rendimiento escolar, empleando para tal fin un modelo de frontera estocástica basado en datos individuales sobre el rendimiento en los exámenes de los alumnos universitarios.

Relación entre la Autoestima y el Rendimiento académico de los alumnos del II Ciclo del Instituto Superior Tecnológico Público “_____” del Distrito

Este Proyecto Trata de Explicar hasta donde la Autoestima puede realmente influir en el Rendimiento Académico

Rendimiento académico y nivel socioeconómico de los alumnos del ISEF de Catamarca. Gregorat J; Soria R; García J; Seco Maza C. Instituto Superior de Educación Física de Catamarca jgregorat@yahoo.com.ar
Rendimiento académico y nivel socioeconómico de los alumnos del ISEF de Catamarca. Gregorat J; Soria R; García J; Seco Maza C. Instituto Superior de Educación Física de Catamarca jgregorat@yahoo.com.ar

Resumen: El presente estudio indagó sobre la incidencia entre diferentes indicadores del nivel socioeconómico de los alumnos de la carrera de Profesorado en Educación Física de Catamarca con su respectivo desempeño académico durante el transcurso de dicha carrera. La muestra estuvo constituida por los ingresantes a la carrera de estudios en el año 2006 y se realizó un seguimiento durante tres años en la carrera de estudios. Como indicadores del nivel socioeconómico (NS) fueron considerados el nivel de estudios de la madre, el nivel de estudios del padre y el ingreso mensual per cápita en el núcleo familiar. Fueron clasificados tres grupos de alumnos en cada indicador del NS: nivel alto, nivel intermedio y nivel bajo. Por su parte, el rendimiento académico (RA) fue expresado por el número de materias aprobadas, y discriminado en materias prácticas aprobadas y materias teóricas aprobadas. Solo fueron considerados los alumnos que luego de tres años de

transcurso en la carrera tuviesen tres o más materias aprobadas. Para corroborar diferencias en el RA entre los grupos de alumnos clasificados según su NS se utilizó como estadígrafo ANOVA a una vía. Los resultados encontrados demuestran que el grupo de NS intermedio tuvieron los más altos valores en RA en todos los casos. En posteriores estudios podría investigarse sobre las razones por la cual los alumnos con NS bajos y altos quedarían relegados en cuanto a su desempeño académico en la Institución.

Tesis Doctoral del Doctor Ñaupas

hnaupas | 03 Septiembre, 2007 12:35

Planificación Indicativa en las Universidades Nacionales de San Marcos, Ingeniería, Educación y del Naturaleza, Evaluación y Factores Limitantes de la Callao en el Período 1978-83

Tesis para Optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Educación. Presentada por:

Humberto Ñaupas Paitan. Lima- Perú. 1987

Objetivos de la investigación del problema: Cinco son los objetivos que han impulsado esta investigación:

- a. Determinar el tipo y las características de la planificación implementada en las Universidades nacionales de San Marcos, Ingeniería, Educación y del Callao, en el período 1978-83?
- b. Determinar el grado de eficiencia del proceso de la planificación implementada en las Universidades nacionales de San Marcos, Ingeniería, Educación y del Callao, en el periodo 1978-83?
- c. Determinar el grado de logros de objetivos y metas de de los planes de las Universidades nacionales de San Marcos, Ingeniería, Educación y del Callao, en el periodo 1978-83?
- d. Identificar y explicar los factores limitantes que han impedido una eficiente y eficaz planificación en las Universidades nacionales de San Marcos, Ingeniería, Educación y del Callao, en el periodo 1978-83?

- e. Formular orientaciones y recomendaciones generales para superar algunos factores limitantes y mejorar el grado de eficiencia de la planificación y la eficacia de los planes de las Universidades nacionales del país.

3. OBJETIVOS

1. Precisar el rendimiento académico en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM.
2. Identificar los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM..
3. Relacionar los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico en los estudiantes del área de ciencias de la salud de la UCSM.

4. HIPÓTESIS

Dado que el aprendizaje y por tanto el rendimiento, están condicionados por un conjunto de factores personales y ambientales:

Es probable que exista una relación significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico en los estudiantes del área de ciencias de la salud en la UCSM.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	ITEMS
Primera Variable - <i>Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>	- <i>Obsesión por la delgadez</i>	<i>Temor mórbido a la obesidad</i>	Cuestionario	EDI-2	1,7,11,16,25,32,49.
	- <i>Bulimia</i>	<i>Disfunciones psicológicas</i>			4,5,28,38,46, 53,61.
	- <i>Insatisfacción corporal</i>	<i>Perturbación de la imagen corporal</i>			2,9,12,19,31,45,55,59,62.
	- <i>Ineficacia</i>	<i>Déficit de autoestima</i>			10,18,20,24,27,37,41,42,50,56.
	- <i>Perfeccionismo</i>	<i>Niveles de rendimiento personal</i>			13,29,36,43,52,63.
	- <i>Desconfianza interpersonal</i>	<i>Sentimiento General de Alineación</i>			15,17,23,30,34,54,57.
	- <i>Conciencia introceptiva</i>	<i>Estado emocional</i>			8,21,26,33,40,44,47,51,60,64.
	- <i>Miedo a la madurez</i>	<i>Confusión y conflictos familiares</i>			3,6,14,22,35,39,48,58
	- <i>Ascetismo</i>	<i>Autosuperación y control</i>			66,68,71,75,78,82,86,88
	- <i>Impulsividad</i>	<i>Dificultad para regular los impulsos</i>			65,67,70,72,74,77,79,81,83,85,90.
- <i>Inseguridad social</i>	<i>Relaciones sociales alteradas</i>	69,73,76,80,84,87,89,91.			
Segunda Variable <i>Rendimiento Académico</i>	-Asignaturas de formación básicas -Asignaturas de formación profesional - Asignaturas de formación especializada	-Promedio de las asignaturas	-Promedio ponderado	Ficha de record	<=10 11-14 15-18 19-20

1. Técnicas instrumentos y materiales de verificación

1.1 Descripción del Instrumento EDI-2

Garner, *et al.* en 1991 desarrollaron el EDI-2, que consta de 91 ítems (64 ítems del EDI-1 más otros 27 ítems). Los ítems permiten puntuar 11 escalas, 8 de principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez) y 3 adicionales (ausentes en el EDI-1) (ascetismo, impulsividad e Inseguridad social). El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria (Anexo 1).

La validez de contenido se encontró una correlación entre 0.3 y 0.78 y la mayor parte de valores está entre 0.5 a 0.7.

La validez de criterio se realizó en personas casos clínicos y personas sin trastornos alimentarios consiguiéndose la validación del inventario de los trastornos de la conducta alimentaria, cumpliendo las exigencias de los aspectos que evalúan la relevancia clínica.

La validez concurrente se comparó las puntuaciones de auto informe con la opinión clínica de profesionales y terapeutas expertos, encontrándose una validez entre 0.43 a 0.68.

La validez de constructor se correlacionó entre el EDI y el EAT 26 y la escala de restricción en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, entre el EDI y medidas de la imagen y el peso corporal, además otros constructor psicométricos.

La confiabilidad interna encontrada fue del 0.80 en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y 0.83 en pacientes normales.

Los baremos establecidos se realizaron mediante una escala de la siguiente manera:

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

1.2 Descripción del Rendimiento Académico

El rendimiento académico será obtenido partir del promedio ponderado del alumno mediante la oficina de informática. Este puntaje será baremado según las consideraciones del Ministerio de Educación se la siguiente manera:

- <=10: Insuficiente
- 11 – 14: Regular
- 15 – 18: Bueno
- 19 – 20: Excelente

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación Espacial: Se llevará a cabo en los ambientes de la Universidad Católica Santa María.

2.2. Ubicación Temporal: El presente trabajo se desarrollará en los meses de Marzo a Mayo del 2009, siendo de corte transversal.

2.3. Unidades de Estudio

Es el estudiante matriculados en el semestre impar 2009 en la UCSM y que responde a la encuesta a través del correo electrónico.

2.4. Población objetivo: se consigna en el siguiente cuadro:

AREA	PROGRAMA PROFESIONAL	F	%
<i>AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD</i>	Enfermería	342	12
	Medicina Humana	1067	36
	Obstetricia y Puericultura	203	7
	Odontología	737	25
	Ingeniería Biotecnológica	292	10
	Farmacia y Bioquímica	320	11
		2961	100

2.5. Técnica del muestreo.

Se procederá a realizar un muestreo **No probabilístico de voluntarios** (Mormontoy, 1993) debido que a pesar de que contamos con el marco muestral, las unidades de estudio no tienen la misma probabilidad de participar en el muestreo porque la muestra o grupo de estudio está conformado por todos los sujetos que voluntariamente se someten al trabajo de investigación y además participan hasta el final del mismo.

Asimismo, la selección de unidades de estudio se realizará mediante un muestreo por encuesta electrónica, que se refiere únicamente a las unidades que respondieron la encuesta electrónica y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión que se establece en la población objetivo. Esta recolección de datos es similar a la información obtenida a través de entrevistas por teléfono (Scheaffer, 1987).

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización: se solicitará el permiso correspondiente a las autoridades con la finalidad de que se nos otorguen las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos en la recolección de los datos.

3.2. Validación del Instrumento:

El *Eating Disorder Inventory* (EDI) es un instrumento psicométrico creado por Garner y cols. En 1983 con el fin de evaluar las características psicológicas en los trastornos de la conducta alimentaria. Su propósito es conseguir una evaluación integral de estos padecimientos, que no se limite solamente a las manifestaciones conductuales relacionadas con la alimentación o el deseo de adelgazar. A lo largo de los años, el EDI ha sido uno de los instrumentos más utilizados en la exploración de actitudes y conductas alimentarias de riesgo tanto en población clínica como en la población abierta. Sin embargo, el uso de las escalas psicométricas en poblaciones diferentes de aquella para la cual fueron originalmente diseñadas es una práctica que requiere un cuidadoso trabajo de traducción y adaptación. Los reactivos deben expresarse con frases culturalmente

significativas, y es posible que algunos constructos no lograr expresar el significado original al cambiar el contexto de su aplicación.

A la fecha existe el informe de los puntos de corte, y el análisis de la sensibilidad y especificidad de los mismos para cada una de las subescalas del instrumento en pacientes diagnosticadas con TCA; sin embargo, no se ha obtenido la validez ni la confiabilidad del mismo.

El objetivo del presente trabajo fue obtener la confiabilidad y validez de constructo y concurrente del *Eating Disorder Inventory* en una muestra de pacientes mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. El inventario junto con una batería de pruebas psicológicas que incluyó entre otras la *Symptom Check List* (SCL90) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, se aplicó a una muestra de 523 mujeres con edad promedio de 19.9 años y diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios del DSM-IV, que se hallaban en tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en el periodo 1997-2002. A partir del análisis de consistencia interna del inventario se eliminaron 12 reactivos, los restantes se incluyeron en el análisis factorial. Una vez eliminados los reactivos, se obtuvo un valor de confiabilidad alfa de Cronbach de .93. El resto de los reactivos se utilizó para llevar a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, el cual arrojó una estructura de 11 factores de los cuales sólo seis cumplieron con los requisitos necesarios para formar un factor. El resultado fue la eliminación de 12 reactivos. Al proceder a un segundo análisis factorial se obtuvo una estructura de seis factores que explicó 56% de la varianza total y se obtuvieron valores del alfa de Cronbach de .76 a .86 para cada uno. La versión final del inventario constó de 36 reactivos y obtuvo una consistencia interna de .92. Se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre las subescalas del EDI con las subescalas del SCL90, mientras que éstas fueron negativas con el Inventario de autoestima de Coopersmith. EL EDI es adecuado para evaluar actitudes y conductas relacionadas con el comer, la imagen corporal y las características psicológicas de pacientes con trastorno de la conducta alimentaría en

México. Al emplear la versión original se debe actuar con cautela en virtud de que se encontraron reactivos con correlaciones bajas con la escala completa, otros que se incluyeron en dos factores y los que no incluyeron en ninguno. Es interesante observar que la escala de Perfeccionismo desaparece en su totalidad, hallazgo que confirma lo encontrado por otros autores en México y en el extranjero. Asimismo, se observa que el mayor porcentaje de la varianza total en el análisis factorial se explica con la subescala Bulimia.

3.3. Recursos

a. Humanos

a.1 Investigador: Investigador Principal (Autor)

a.2 Colaborador: Investigadores colaboradores (asesor y co asesor)

b. Recursos físicos: estarán conformados por la infraestructura y biblioteca de la UCSM.

c. Recursos financieros: el presupuesto que demanda la investigación va a ser autofinanciado por parte del investigador.

4. Criterio para el Manejo de Resultados

4.1. A nivel de sistematización

La sistematización de los resultados se realizara de manera electrónica y manual.

Clasificación: la información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos, será ordenada en sus respectivas matrices de registro y control.

Recuentos: se procederá utilizando matrices de conteo y tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Codificación: se utilizara el sistema numeral para la codificación de las categorías de cada una de las variables.

Tratamiento Estadístico: Se aplicará la estadística descriptiva

Tabulación: se utilizarán tablas de contingencias para describir las frecuencias y asimismo se utilizará el estadístico de prueba de chi cuadrado para comprobar las diferencias significativas así como para la relación de variables.

Graficación: se utilizarán diagramas de barras para representar las frecuencias relativas porcentuales.

- 4.2.** A nivel de análisis de los datos: el procesamiento de la información se realizará mediante el software estadístico SPSS. Asimismo se utilizara el Excel de Microsoft para los gráficos.
- 4.3.** A nivel de conclusiones: las conclusiones se derivaran de los resultados obtenidos, las mismas que serán formuladas teniendo en cuenta los indicadores y en relación con los objetivos.
- 4.4.** A nivel de propuestas: se planteará a manera de sugerencias un programa que permita la prevención de los TCA y sus implicancias en el rendimiento académico.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Marzo	Abril	Mayo
Formulación presentación y aprobación del proyecto	X		
Revisión de documentos bibliográficos e Internet	X	X	
Recolección de datos		X	
Análisis y procesamiento de los resultados			X
Elaboración Y presentación del informe final			X

ANEXO N° 02



INVENTARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (DAVID M. GARNER)

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar:

- ✦ Debes contestar a las frases que se proponen, algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.
- ✦ Las respuestas debes anotarlas en la hoja de respuestas que se te ha entregado aparte.
- ✦ En cada frase contesta que si lo que se dice te ocurre.
- ✦ Anote una sola respuesta a todas las frases, y asegúrese de que marque cada respuesta con el número de pregunta correspondiente a la misma frase.
- ✦ Intente decidirse siempre por una de las opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

CONTESTAR A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD

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

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme. 2. Creo que mi estomago es demasiado grande. 3. Me gustaría volver a ser niña para sentirme segura. 4. Suelo comer cuando estoy disgustada. 5. Suelo hartarme de la comida. 6. Me gustaría ser mas joven. 7. Pienso en ponerme a dieta. | <ol style="list-style-type: none"> 8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes. 9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos. 10. Me considero una persona poco eficaz. 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso. 12. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado. |
|---|--|

13. En mi familia solo 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 sola en el mundo.
19. Me siento satisfecha con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confusa sobre mis emociones
22. Preferiría ser adulto a ser niña.
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. Me he dado atracones de comida en las que sentí que no podía parar.
29. Cuando era pequeña intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupada porque desearía ser una persona más delgada.
33. No se que es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a las demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser la mejor en todo.
37. Me siento segura de mi misma.
38. Suelo pensar en darme un atracón de comida.
39. Me alegra haber dejado de ser una niña.
40. No se muy bien si tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mi
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiadas anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchada 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 disgustada no se si estoy triste, asustada o enfadada.
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 incomoda si alguien se acerca demasiado.

55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacía en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulta.
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 el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustada temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
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 de consumir drogas.
73. Soy comunicativa con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapada.
75. La renuncia a mis deseos personales me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propensa a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mi tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con beber 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 incomoda por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo sola 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 mi mismo.
91. Creo que realmente sé quien soy.



HOJA DE RESPUESTAS

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

Marque con un círculo la opción elegida Ejemplo:

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

1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5
24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5
32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5
47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5
51	0	1	2	3	4	5
52	0	1	2	3	4	5
53	0	1	2	3	4	5
54	0	1	2	3	4	5
55	0	1	2	3	4	5
56	0	1	2	3	4	5
57	0	1	2	3	4	5
58	0	1	2	3	4	5
59	0	1	2	3	4	5
60	0	1	2	3	4	5
61	0	1	2	3	4	5
62	0	1	2	3	4	5
63	0	1	2	3	4	5
64	0	1	2	3	4	5
65	0	1	2	3	4	5
66	0	1	2	3	4	5
67	0	1	2	3	4	5
68	0	1	2	3	4	5
69	0	1	2	3	4	5
70	0	1	2	3	4	5
71	0	1	2	3	4	5
72	0	1	2	3	4	5
73	0	1	2	3	4	5
74	0	1	2	3	4	5
75	0	1	2	3	4	5
76	0	1	2	3	4	5
77	0	1	2	3	4	5
78	0	1	2	3	4	5
79	0	1	2	3	4	5
80	0	1	2	3	4	5
81	0	1	2	3	4	5
82	0	1	2	3	4	5
83	0	1	2	3	4	5
84	0	1	2	3	4	5
85	0	1	2	3	4	5
86	0	1	2	3	4	5
87	0	1	2	3	4	5
88	0	1	2	3	4	5
89	0	1	2	3	4	5
90	0	1	2	3	4	5
91	0	1	2	3	4	5

DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
----	---	----	---	---	----	----	----	---	----	----

PD											PD
Centil											Centil



ANEXO N° 03
MATRICES DE SISTEMATIZACIÓN



14	MEDICINA HUMANA	5	2	5	1	3	1	5	4	0	0	2	0	1	1	4	5	2	0	2	0	1	4	5	0	1	1	0	2	1	4	1	0	1	2	0	5	2	3	0	2	1	3	2	3	2	5	1	1	3	4	2	4	1	1	3	1	2	2	1	2
9	MEDICINA HUMANA	4	3	5	5	2	5	3	5	5	5	5	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	5	0	5	0	0	5	0	0	0	2	5	5	5	2	1	1	1	4	5	1	0	1	0	1	1	1	2	5	2	0	2	0	5	1	2	0	4		
15	MEDICINA HUMANA	4	1	3	2	1	1	3	2	1	0	0	5	2	5	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	1	2	1	0	3	1	3	3	3	3	4	4	4	0	1	3	1	3	4	1	1	0	3	2	1	3	3	3	0	0	3	0	2	2	0	3
14	ODONTOLOGIA	5	2	0	5	2	5	0	5	0	0	0	5	0	3	3	0	4	0	4	0	5	0	5	3	0	0	4	0	0	1	2	2	5	1	4	2	0	5	5	2	0	0	1	0	0	5	2	3	0	1	0	0	5	0	2					
13	FARMACIA Y BIOQUIMICA	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4	2	4	1	0	4	1	5	4	1	2	4	0	0	3	0	0	4	0	0	1	1	1	4	0	2	0	1	5	4	0	0	0	0	0	0	2	0	4	1	1	0	0	5	0	2	2	0	0
16	ODONTOLOGIA	3	2	2	4	1	0	2	1	0	1	2	3	4	3	1	2	2	3	2	2	3	1	1	3	2	1	2	3	4	4	2	1	3	4	4	2	3	1	3	2	3	4	2	0	3	1	3	3	4	4	0	2	2	4	2	1	0	3		
13	ODONTOLOGIA	2	2	5	0	2	0	2	0	0	0	2	5	1	5	1	1	5	0	2	0	5	0	2	5	0	2	5	0	0	0	2	2	5	5	0	0	0	2	5	2	5	2	0	5	1	0	0	2	5	0	5	0	2	0	5	4	5	0		
9	MEDICINA HUMANA	1	3	3	1	2	4	2	0	1	0	1	1	0	3	1	2	1	0	4	3	1	1	1	2	1	4	1	0	5	5	1	3	0	4	4	3	1	2	0	1	4	3	0	2	3	1	4	2	3	0	1	0	2	2	0	2	1	2	1	
10	FARMACIA Y BIOQUIMICA	4	5	2	0	0	1	2	0	2	0	2	1	0	5	5	4	0	3	3	1	0	5	0	2	3	2	0	0	5	5	2	0	0	3	0	5	0	3	0	0	5	5	0	0	5	5	0	0	0	5	5	0	0	5	0	0	1			
10	MEDICINA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	0	0	3	0	1	2	5	5	4	0	2	0	0	5	1	0	5	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	0	2	5	0	0	0	0	0	2	4	0	5	2	0	1				
14	MEDICINA HUMANA	2	2	1	0	2	4	2	1	1	0	0	2	2	3	2	3	1	3	3	1	3	1	1	1	4	0	1	4	4	3	2	0	0	1	2	2	4	0	2	0	4	4	1	1	0	2	2	1	4	1	3	0	1	4	0	4	3	1	0	
14	MEDICINA HUMANA	2	0	1	2	1	1	0	2	0	1	0	4	2	2	4	1	3	0	4	4	1	5	3	0	4	0	0	5	4	0	0	1	2	0	4	0	5	0	0	5	3	1	0	0	0	1	0	5	0	1	0	0	5	0	2	3	0	1		
14	OBSTETRICIA Y PUERIC.	1	2	3	0	4	1	5	0	2	0	3	2	3	3	4	4	4	1	2	4	2	3	5	1	4	3	2	1	5	5	5	3	2	1	2	1	4	0	3	4	0	5	4	0	2	1	4	2	4	5	0	3	1	0	3	1	5	4	2	2
11	MEDICINA HUMANA	5	0	2	3	2	1	0	1	0	1	0	4	2	2	4	0	3	1	4	4	1	2	5	0	0	5	0	1	5	5	3	0	0	0	2	2	5	0	2	1	2	5	1	0	0	1	2	0	5	1	2	0	0	2	0	5	2	0	1	
13	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	2	1	1	2	0	1	0	0	0	1	2	5	3	1	2	0	3	4	1	3	3	1	1	3	0	1	3	1	1	1	1	1	1	4	0	4	2	0	4	3	1	1	1	1	2	1	3	2	2	0	0	0	4	3	0	1			
14	OBSTETRICIA Y PUERIC.	4	5	2	0	2	0	0	1	0	0	4	1	4	3	0	1	1	2	3	4	3	1	4	2	3	0	3	3	1	3	0	2	1	2	2	1	2	0	0	5	1	2	0	0	1	3	0	5	4	3	0	0	2	1	2	2	1	1		
11	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	3	1	1	1	3	1	2	0	3	0	4	5	2	4	3	0	1	4	3	1	5	1	2	3	0	1	5	0	5	4	4	4	3	4	1	1	0	1	5	4	1	1	1	5	1	2	0	1	4	2	3	4	1	2					
9	OBSTETRICIA Y PUERIC.	4	0	0	2	0	5	0	5	0	0	5	0	5	4	1	1	0	5	0	2	0	3	0	0	4	0	1	1	0	5	0	2	2	5	0	5	2	0	2	0	5	5	2	0	5	2	0	5	4	0	5	0	2	2	0	2				
14	OBSTETRICIA Y PUERIC.	2	1	3	0	1	2	1	2	0	1	1	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	1	2	1	2	1	0	3	1	1	2	2	4	4	2	0	1	1	2	3	5	0	1	2	2	1	4	4	3	0	1	1	2	2	0	0	2		
12	MEDICINA HUMANA	4	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	5	2	2	4	2	5	0	4	5	1	5	5	1	2	5	1	0	5	5	4	1	1	0	3	2	4	0	4	0	1	5	3	1	0	0	1	2	0	5	0	1	0	4	0	5	4	0	1	
13	ODONTOLOGIA	2	1	3	2	1	3	0	1	0	2	1	2	2	4	2	1	2	2	2	2	2	0	4	2	0	3	1	0	5	1	3	1	1	1	2	3	3	0	0	1	1	5	4	1	0	0	0	2	1	4	2	3	0	2	1	0	4	2	0	2
13	ODONTOLOGIA	2	2	2	0	1	1	2	1	0	3	2	1	2	3	1	2	2	1	2	1	3	1	2	3	1	1	2	1	3	1	2	2	3	2	2	1	0	1	2	3	1	4	2	1	0	2	2	1	2	4	2	0	3	2	2	1	2	1	2	
13	MEDICINA HUMANA	2	0	2	0	2	1	3	2	0	0	1	4	2	3	2	2	0	2	3	2	1	4	0	1	3	0	1	3	3	5	1	0	2	3	2	4	1	1	1	0	5	4	2	0	0	1	2	3	5	2	2	0	1	2	3	2	0	2		
15	MEDICINA HUMANA	1	1	0	2	2	0	2	0	2	0	1	4	0	0	3	2	2	0	3	4	1	2	4	0	0	4	0	0	1	5	4	1	0	2	2	1	4	0	2	1	0	5	4	1	0	0	2	0	3	5	0	2	0	0	3	0	2	2	1	0
15	MEDICINA HUMANA	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	5	0	5	0	5	5	5	4	0	0	5	0	0	5	0	0	5	5	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	5	5	0	0	0	0	5	0	0	0	5	0	5	5	0	0			
11	MEDICINA HUMANA	2	1	4	2	1	5	2	4	0	2	3	4	5	1	4	4	0	2	2	3	2	1	2	4	2	4	1	4	1	2	3	4	1	4	4	1	1	1	2	1	4	4	3	0	4	3	4	5	4	4	0	2	1	2	2	0	1	2		
17	OBSTETRICIA Y PUERIC.	3	2	1	2	2	0	1	1	2	0	0	4	2	4	5	1	3	0	2	4	0	4	5	0	1	5	0	0	4	4	5	1	0	0	2	1	5	0	4	0	1	0	5	4	0	1	0	1	1	0	5	0	1	0	4	0	5	4	0	0
14	MEDICINA HUMANA	2	2	0	2	0	2	0	0	0	0	5	3	2	5	1	4	0	4	4	0	2	4	0	0	2	4	0	0	5	0	0	4	5	5	0	5	1	2	1	5	0	5	0	0	5	4	1	0	0	1	2	1	5	0	3	0	5	3	0	0
13	MEDICINA HUMANA	2	2	0	2	0	0	0	0	1	0	2	4	1	2	2	1	2	2	1	3	2	0	3	1	0	2	3	5	2	0	1	1	1	3	0	2	1	0	4	4	1	0	0	1	1	0	3	0	1	0	0	2	0	4	1	0	0			
13	MEDICINA HUMANA	1	2	2	1	4	4	2	0	1	1	2	2	5	4	2	2	1	2	3	1	3	3	2	2	3	1	0	2	3	4	3	2	2	2	2	3	0	2	1	1	4	2	2	0	0	2	2	3	4	3	2	0	1	3	1	1	2	0	2	
12	MEDICINA HUMANA	5	0	2	1	1	0	1	0	0	0	4	0	4	0	4	0	4	2	3	3	1	2	4	0	1	5	0	0	5	5	4	0	1	1	4	3	4	0	4	1	0	4	4	1	0	0	1	1	0	5	0	3	0	3	1	4	2	0	1	
12	ODONTOLOGIA	5	2	2	0	3	5	4	1	0	1	1	2	2	4	3	5	1	1	2	2	1	0	4	1	5	3	1	2	4	1	2	1	2	1	4	2	0	4	1	4	5	1	5	2	5	5	5	4	1	1	1	1	5	1	2	2	1	2		
12	FARMACIA Y BIOQUIMICA	5	2	4	5	3	5	5	1	5	2	0	2	4	4	2	5	2	2	2	1	1	1	4	3	2	2	5	1	5	2	0	3	2	2	5	1	2	0	5	3	0	5	2	0	0															



11	ODONTOLOGIA	2	2	3	0	1	3	2	3	2	1	3	1	1	1	2	1	2	2	3	2	3	3	2	1	1	1	0	5	1	0	2	2	4	2	1	3	1	2	2	2	2	4	3	3	0	1	3	3	2	1	2	0	2	1	2	2	2	3	3			
15	ENFERMERIA	4	0	0	0	1	0	1	2	0	0	1	4	1	0	3	1	2	0	4	4	1	4	3	0	1	3	1	1	4	3	5	1	2	2	2	3	4	0	4	2	0	4	4	2	0	0	4	0	1	5	1	1	0	1	4	0	5	4	0	2		
12	FARMACIA Y BIOQUIMICA	3	1	1	1	2	1	1	1	0	2	0	5	1	1	4	0	3	1	3	4	1	2	3	1	0	3	1	0	2	1	4	1	1	1	1	1	4	0	3	0	0	5	3	1	0	0	0	2	0	5	2	3	0	0	5	1	5	1	0	1		
14	ENFERMERIA	4	2	2	5	1	1	2	1	1	2	5	1	1	3	1	5	4	1	2	2	2	1	2	3	4	2	3	3	5	4	2	4	2	2	2	3	3	2	3	1	2	4	1	1	1	2	4	4	3	1	4	2	4	1	2	2						
12	MEDICINA HUMANA	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5	3	5	5	1	2	0	5	2	0	0	4	0	0	3	0	0	3	1	3	0	0	0	2	1	5	0	1	0	0	4	3	0	0	1	0	5	0	2	0	0	5	0	5	2	0	5				
11	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	5	5	2	2	2	2	5	0	0	2	5	5	5	0	1	5	2	4	1	2	5	0	1	5	0	0	5	1	5	3	3	0	2	3	5	0	1	1	0	5	5	1	0	1	1	5	1	5	0	3	2	0	5	5	5	1	0	0			
14	ENFERMERIA	1	0	0	2	0	0	1	1	2	1	2	5	4	4	5	0	5	0	5	4	3	3	4	0	0	4	1	1	5	5	5	0	1	0	4	0	4	0	5	0	0	4	4	1	0	1	1	3	1	5	2	3	0	0	5	1	4	4	2	2		
13	ENFERMERIA	2	2	0	1	0	2	1	0	5	1	1	0	0	2	4	5	2	0	2	2	3	2	1	1	2	0	1	4	1	2	4	1	4	4	1	1	5	5	5	5	0	2	1	0	5	0	2	0	2	1	2	4	2	5	2							
12	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	2	0	0	2	0	2	1	0	1	1	0	1	0	1	2	0	2	2	3	2	1	0	2	1	0	2	1	2	5	4	4	2	2	2	0	0	5	1	4	4	1	1	5	3	1	0	5	0	1	0	3	2	2	0	0	4	0	5	4	0	0
12	ING. BIOTECNOLOGICA	4	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	3	1	2	2	3	0	1	1	2	2	2	0	1	2	1	2	3	4	2	1	2	2	2	3	1	0	1	1	2	3	3	1	2	2	2	1	3	3	1	0	1	1	1	2	0	2					
16	ENFERMERIA	2	0	2	1	0	1	0	2	0	0	0	5	0	5	4	1	1	1	4	2	3	1	4	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	1	0	3	0	4	0	1	4	0	1	0	5	4	0	0	4	1	3	3	0	4				
12	MEDICINA HUMANA	3	5	1	4	1	4	4	1	2	1	4	0	4	2	3	1	3	2	0	2	1	3	1	4	3	2	1	2	4	1	2	5	1	2	4	2	2	1	1	1	2	3	5	1	4	3	0	3	1	2	0	1	3	3	1	1	3	2				
14	ENFERMERIA	1	3	4	3	2	3	4	2	0	0	2	1	3	4	1	4	3	0	4	3	1	0	2	0	1	4	1	0	4	4	2	1	1	2	4	4	3	0	1	4	0	4	5	0	0	1	3	5	1	5	1	3	0	0	4	0	4	1	0	1		
16	ENFERMERIA	2	1	2	0	0	2	2	3	0	0	0	4	2	5	5	2	1	2	2	4	1	0	5	0	0	5	0	0	4	1	5	0	1	0	2	2	5	0	3	0	0	5	5	0	0	0	2	2	2	5	0	2	0	0	5	0	5	2	0	0		
12	OBSTETRICIA Y PUERIC.	4	3	0	2	2	1	1	0	1	1	2	1	0	3	1	2	1	4	4	1	3	2	0	1	5	1	2	4	4	5	0	1	1	1	5	4	1	4	1	0	4	5	1	0	0	1	1	1	5	2	2	0	1	4	0	3	4	0	1			
9	ODONTOLOGIA	2	1	2	0	1	2	2	0	0	1	1	3	0	2	2	1	4	1	2	2	2	1	2	2	0	1	2	0	0	2	0	1	1	2	2	2	0	2	1	0	4	2	2	0	0	2	1	0	5	2	2	0	1	3	0	3	2	0	2			
12	ODONTOLOGIA	1	1	3	2	1	4	0	2	0	1	1	2	3	3	1	2	1	3	2	4	2	1	0	3	1	4	2	2	4	3	1	1	2	4	3	3	1	1	2	1	3	4	3	1	0	0	0	4	1	2	1	3	0	2	2	3	4	2	0	1		
12	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	2	2	3	0	3	4	2	1	2	1	1	2	5	4	4	3	1	1	1	2	1	2	1	1	5	1	1	2	4	2	1	2	2	3	1	4	1	1	0	2	3	2	0	0	0	1	2	1	3	1	0	0	4	1	4	0	0	2			
12	FARMACIA Y BIOQUIMICA	2	1	1	0	2	4	2	3	0	2	0	2	3	4	2	1	1	1	3	2	3	5	1	2	1	3	2	0	5	5	3	1	2	4	1	5	3	0	5	0	1	4	5	1	0	0	0	1	0	5	2	0	0	4	2	1	5	0	2			
14	OBSTETRICIA Y PUERIC.	2	2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	5	2	2	1	1	3	3	0	0	5	0	0	5	0	0	4	5	5	2	2	0	1	0	5	0	2	2	0	4	5	0	0	0	5	2	2	5	3	2	0	0	5	0	4	0	0	0			
14	MEDICINA HUMANA	5	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	4	4	3	4	1	3	2	3	4	2	3	3	2	0	3	1	0	4	2	3	1	2	2	3	1	4	0	3	0	2	5	4	0	0	0	0	2	0	5	1	2	0	1	4	1	4	3	0	2		
15	ING. BIOTECNOLOGICA	1	3	3	1	2	1	4	2	4	1	3	0	1	2	3	5	2	1	2	2	2	4	1	4	3	2	1	1	5	1	4	2	1	4	1	4	3	1	5	1	4	4	2	3	3	4	4	2	1	3	1	1	2	4	2	3	2					
6	OBSTETRICIA Y PUERIC.	1	2	1	2	3	2	3	3	1	1	2	2	4	2	2	4	2	0	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2	0	4	2	2	3	3	1	1	2	1	2	1	3	5	2	0	0	1	4	4	2	3	2	0	1	3	2	2	1	0	2			
12	ODONTOLOGIA	1	2	1	1	0	0	1	0	5	0	2	2	1	5	4	2	5	0	3	3	1	2	5	0	1	3	0	0	5	3	1	0	1	5	2	4	0	2	0	0	5	5	1	2	0	0	4	2	5	0	0	1	1	4	2	2	2					
10	FARMACIA Y BIOQUIMICA	5	3	2	1	2	2	2	0	0	1	2	3	5	3	3	1	2	1	2	2	4	2	2	1	2	2	4	3	0	2	2	5	4	1	2	1	2	2	2	4	2	1	0	2	2	4	2	2	0	1	0	3	0	2	2	0	2					
14	ING. BIOTECNOLOGICA	2	3	4	0	1	2	2	3	0	0	1	4	5	5	2	3	3	3	2	3	4	0	4	3	2	3	1	0	1	2	1	3	3	3	3	2	0	0	1	2	4	5	4	0	0	4	2	4	4	5	1	0	1	4	3	4	1	0	4			
11	ING. BIOTECNOLOGICA	4	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	1	5	4	2	3	0	2	3	0	2	4	0	1	4	0	2	4	2	0	0	2	1	5	0	3	0	0	4	3	0	1	0	1	2	1	5	0	0	0	0	3	0	3	3	1	0	0	2			
11	OBSTETRICIA Y PUERIC.	2	0	5	0	2	0	0	3	0	2	2	4	0	0	5	5	2	4	0	2	4	0	2	4	0	0	2	2	4	2	0	2	3	2	4	2	0	3	0	5	5	0	0	0	0	4	2	5	0	0	0	4	2	5	0	2	3	2	0	2		
13	MEDICINA HUMANA	3	2	2	2	2	3	1	2	2	2	4	4	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	4	2	1	2	3	4	0	2	1	1	4	5	2	1	1	0	2	1	3	2	2	0	2	4	1	2	3	0	1					
13	ING. BIOTECNOLOGICA	3	4	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	3	1	1	3	1	2	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	2	3	3	1	1	3	4	2	0	1	1	1	1	1	1	2				
13	ENFERMERIA	2	1	2	1	2	1	1	2	0	2	1	4	0	1	1	0	4	2	3	4	2	2	4	2	1	4	1	0	4	5	4	0	1	1	4	2	4	0	2	1	0	4	4	1	0	0	0	4	0	4	1	4	0	1	4	1	4	2	0	1		
10	ING. BIOTECNOLOGICA	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	5	5	0	0	0	4	4	5	4	3	0	0	0	0	5	1	0	5	5	2	0	4	5	0	4	0	2	0	0	5	5	0	0	0	0	0	2	0	4	5	0	0	0	2	0	0	2	0	2			
8	ING. BIOTECNOLOGICA	2	1	0	0	2	0	2	0	1	0	2	3	3	4	5	2	1	0	4	4	0	1	3	0	0	5	0	0	5																																	

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Promedio	Rendimiento	Sexo	Obsesión delgadez	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	Conciencia introceptiva	Miedo madurez	Ascetismo	Impulsi-vidad	Inseguridad social
1	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Superior	Muy superior
2	15	Bueno	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior
3	9	Deficiente	femenino	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
4	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
5	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Muy superior
6	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
7	13	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior
8	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
9	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior
10	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior
11	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior
12	9	Deficiente	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
13	10	Deficiente	femenino	Muy inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Normal	Muy superior
14	13	Regular	femenino	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
15	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
16	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
17	8	Deficiente	femenino	Muy inferior	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
18	17	Bueno	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
19	0	Deficiente	masculino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior
20	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
21	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
22	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior
23	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
24	13	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
25	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
26	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
27	13	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
28	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
29	9	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior
30	13	Regular	femenino	Superior	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
31	12	Regular	femenino	Muy inferior	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior

32	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
33	15	Bueno	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
34	12	Regular	masculino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Normal	Muy inferior	Superior	Muy superior
35	6	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
36	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
37	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
38	12	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior
39	14	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
40	11	Regular	masculino	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
41	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
42	12	Regular	femenino	Inferior	Superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
43	9	Deficiente	masculino	Superior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
44	13	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior
45	12	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior
46	15	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
47	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
48	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
49	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
50	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
51	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
52	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
53	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Inferior	Normal	Muy superior
54	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
55	10	Deficiente	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior
56	15	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
57	15	Regular	femenino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior
58	13	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
59	11	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
60	16	Bueno	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
61	14	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
62	9	Deficiente	femenino	Superior	Superior	Inferior	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior
63	15	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
64	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
65	13	Regular	masculino	Muy inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
66	16	Bueno	femenino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
67	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Muy superior	Muy superior
68	9	Deficiente	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
69	10	Deficiente	masculino	Superior	Inferior	Normal	Superior	Inferior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior

70	10	Deficiente	masculino	Muy inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Superior
71	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior
72	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Superior	Muy superior
73	14	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
74	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Superior	Muy superior
75	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
76	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
77	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
78	9	Deficiente	femenino	Inferior	Normal	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
79	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Inferior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
80	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
81	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
82	13	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior
83	13	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
84	15	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
85	15	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy inferior	Normal	Muy superior
86	11	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
87	17	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
88	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
89	13	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
90	13	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
91	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
92	12	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
93	12	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
94	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
95	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
96	14	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
97	11	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior
98	13	Regular	masculino	Muy inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior
99	16	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
100	16	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
101	15	Regular	masculino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
102	8	Deficiente	femenino	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Superior	Muy superior
103	15	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
104	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
105	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
106	11	Regular	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
107	7	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior

108	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
109	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior
110	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Muy superior	Muy superior
111	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
112	5	Deficiente	femenino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
113	14	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
114	13	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
115	13	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
116	13	Regular	masculino	Muy inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Normal	Muy superior
117	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior
118	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
119	9	Deficiente	masculino	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
120	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
121	10	Deficiente	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
122	10	Deficiente	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
123	15	Regular	femenino	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
124	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
125	11	Regular	masculino	Normal	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
126	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior
127	10	Deficiente	femenino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
128	17	Bueno	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
129	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior
130	12	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
131	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
132	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
133	3	Deficiente	masculino	Inferior	Inferior	Inferior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Superior
134	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
135	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior
136	14	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
137	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
138	15	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
139	12	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
140	9	Deficiente	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
141	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
142	13	Regular	masculino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
143	14	Regular	femenino	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
144	14	Regular	femenino	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
145	16	Bueno	femenino	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior

146	11	Regular	masculino	Muy inferior	Inferior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
147	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Normal	Muy superior
148	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy inferior	Normal	Muy superior
149	15	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
150	15	Regular	femenino	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
151	13	Regular	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
152	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Superior
153	11	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
154	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
155	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy inferior	Normal	Muy superior
156	14	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
157	11	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
158	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Inferior	Normal	Muy superior
159	12	Regular	femenino	Inferior	Superior	Inferior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
160	15	Bueno	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
161	15	Bueno	masculino	Muy inferior	Muy inferior	Muy inferior	Normal	Muy inferior	Inferior	Muy inferior	Inferior	Muy inferior	Inferior	Muy inferior
162	15	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Muy superior	Muy superior
163	16	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
164	11	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
165	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Inferior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior
166	15	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
167	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
168	11	Regular	femenino	Superior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
169	15	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
170	16	Bueno	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
171	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
172	12	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
173	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior
174	15	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
175	18	Bueno	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
176	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
177	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
178	11	Regular	masculino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Inferior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
179	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
180	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Inferior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
181	16	Bueno	femenino	Superior	Normal	Inferior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
182	13	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior
183	11	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior

184	11	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
185	12	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
186	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
187	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
188	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Inferior	Normal	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
189	12	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior
190	15	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Superior	Muy superior
191	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
192	11	Regular	masculino	Normal	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior
193	7	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Superior	Muy superior
194	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
195	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
196	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
197	14	Regular	masculino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
198	15	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
199	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior
200	13	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
201	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
202	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior
203	10	Deficiente	femenino	Superior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
204	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Superior	Superior
205	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Inferior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
206	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
207	9	Deficiente	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
208	14	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
209	13	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
210	12	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior
211	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
212	13	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
213	10	Deficiente	masculino	Inferior	Inferior	Inferior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
214	14	Regular	femenino	Normal	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Superior
215	13	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
216	13	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior
217	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior
218	15	Bueno	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
219	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
220	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
221	14	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior

222	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
223	15	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
224	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Muy superior	Muy superior
225	17	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy inferior	Superior	Superior
226	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Superior
227	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Inferior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior
228	15	Bueno	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy inferior	Inferior	Muy superior
229	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
230	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Normal	Muy superior
231	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
232	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
233	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
234	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior
235	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
236	17	Bueno	masculino	Inferior	Muy inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Normal	Muy superior
237	11	Regular	masculino	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
238	11	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior
239	16	Bueno	femenino	Superior	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
240	15	Bueno	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
241	13	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
242	15	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
243	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
244	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Normal	Superior	Inferior	Normal	Muy superior
245	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
246	15	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Inferior	Inferior	Muy superior
247	12	Regular	masculino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
248	17	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
249	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
250	11	Regular	masculino	Normal	Normal	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior
251	16	Bueno	femenino	Superior	Normal	Inferior	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
252	11	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
253	11	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Normal
254	15	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Muy superior
255	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
256	14	Regular	femenino	Superior	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior
257	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
258	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
259	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior

260	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
261	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
262	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Superior
263	16	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy inferior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
264	12	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
265	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior
266	16	Bueno	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy inferior	Normal	Muy superior
267	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
268	9	Deficiente	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior
269	12	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
270	12	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
271	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
272	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior
273	14	Regular	masculino	Inferior	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
274	15	Bueno	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
275	6	Deficiente	femenino	Superior	Normal	Inferior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior
276	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Normal	Muy superior
277	10	Deficiente	femenino	Superior	Normal	Inferior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
278	14	Regular	masculino	Normal	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
279	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Inferior	Superior	Muy superior
280	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
281	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
282	13	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior
283	13	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior
284	10	Deficiente	masculino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior
285	8	Deficiente	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
286	12	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
287	13	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior
288	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
289	14	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
290	14	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
291	10	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
292	9	Deficiente	masculino	Muy inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
293	9	Deficiente	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Normal	Muy superior
294	14	Regular	masculino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
295	11	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Superior
296	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Normal	Muy superior	Muy superior
297	12	Regular	masculino	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior

298	11	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Normal	Muy superior	Superior
299	11	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior
300	13	Regular	masculino	Normal	Inferior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
301	14	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Normal	Superior	Muy superior
302	14	Regular	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Normal	Normal	Superior	Inferior	Superior	Muy superior
303	12	Regular	masculino	Muy inferior	Inferior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior
304	12	Regular	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
305	15	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior
306	13	Regular	femenino	Normal	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
307	16	Bueno	femenino	Superior	Normal	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
308	13	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior
309	6	Deficiente	femenino	Normal	Inferior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
310	13	Regular	femenino	Inferior	Inferior	Inferior	Normal	Superior	Muy superior	Normal	Superior	Superior	Superior	Muy superior
311	13	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Superior	Muy superior	Muy superior
312	12	Regular	femenino	Normal	Normal	Normal	Superior	Normal	Superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior
313	16	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Normal	Inferior	Normal	Superior	Superior
314	15	Bueno	femenino	Inferior	Normal	Normal	Superior	Superior	Muy superior	Normal	Muy superior	Normal	Superior	Muy superior
315	8	Deficiente	masculino	Superior	Normal	Normal	Superior	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior
316	3	Deficiente	masculino	Inferior	Normal	Normal	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Muy superior	Superior

NOTA: La matriz de sistematización completa (data) se adjunta en el CD



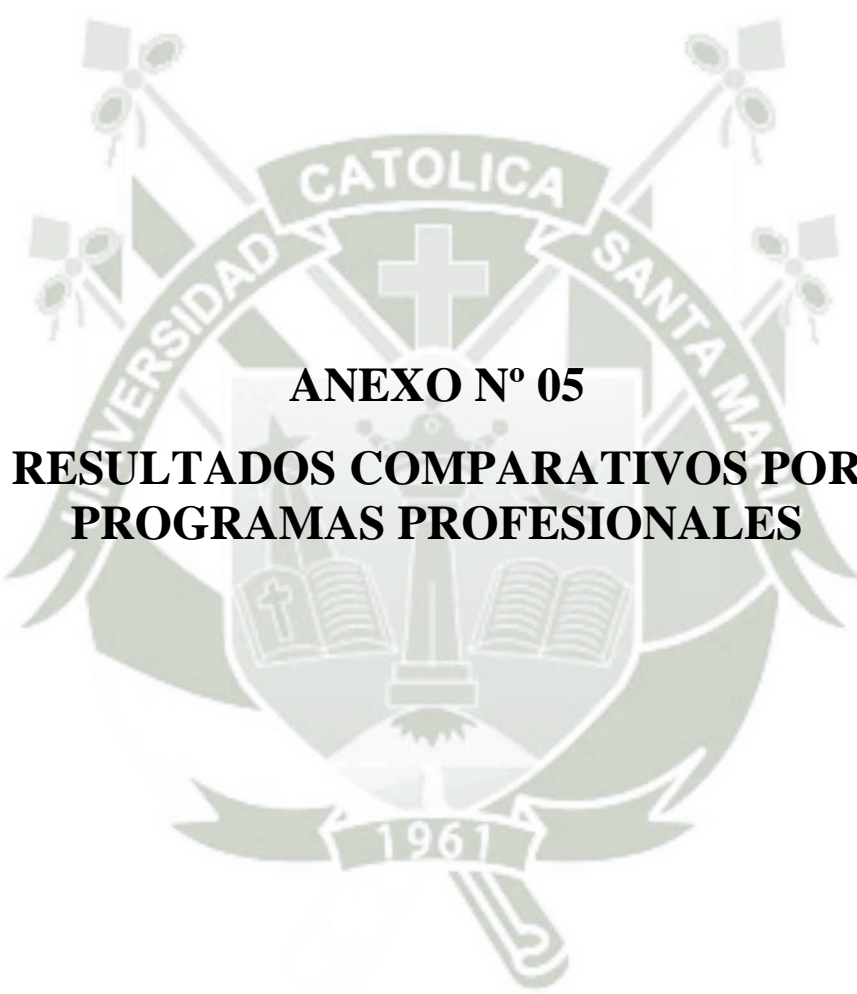


ANEXO N° 04
TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó primeramente mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Asimismo para contrastar la relación de las variables cualitativas, esto es trastornos de la conducta alimentaria y rendimiento académico en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María se utilizó la prueba chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significancia del 5%.

El análisis estadístico para demostrar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el rendimiento académico en los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa María, fue demostrado mediante el estadístico de prueba de chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia del 5%.

El procesamiento de la información se realizó a través del software estadístico SPSS versión 18; asimismo las gráficas fueron elaboradas mediante el Excel de Microsoft Windows para XP.



ANEXO N° 05
RESULTADOS COMPARATIVOS POR
PROGRAMAS PROFESIONALES

TABLA N°. 1
COMPARACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN PROGRAMA DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Enfermería		Farmacia y Bioquímica		Ingeniería Biotecnología		Medicina		Obstetricia y puericultura		Odontología	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Obsesión por la delgadez												
Muy inferior	0	0.0	5	10.2	3	6.5	5	4.1	1	4.2	2	4.0
Inferior	13	52.0	24	49.0	20	43.5	60	49.2	17	70.8	22	44.0
Normal	5	20.0	11	22.4	16	34.8	41	33.6	3	12.5	13	26.0
Superior	7	28.0	9	18.4	7	15.2	16	13.1	3	12.5	3	26.0
Bulimia												
Muy inferior	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	0.8	0	0.8	0	0.0
Inferior	5	20.0	7	14.3	11	23.9	36	29.5	8	33.3	12	24.0
Normal	18	72.0	37	75.5	35	76.1	78	63.9	16	66.7	37	74.0
Superior	2	8.0	3	6.1	0	0.0	6	4.9	0	0.0	1	2.0
Muy superior	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Insatisfacción corporal												
Muy inferior	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Inferior	4	16.0	3	6.1	0	0.0	5	4.1	3	12.5	5	10.0
Normal	17	68.0	39	79.6	43	93.5	103	84.4	17	70.8	42	84.0
Superior	4	16.0	7	14.3	3	6.5	13	10.7	4	16.7	3	6.0
Ineficacia												
Normal	3	12.0	3	6.1	9	19.6	12	9.8	2	8.3	11	22.0
Superior	22	88.0	40	81.6	33	71.7	97	79.5	22	91.7	32	64.0
Muy superior	0	0.0	6	12.2	4	8.7	13	10.7	0	0.0	7	14.0
Total	25	100.0	49	100	46	100	122	100	24	100	50	100

La tabla N°. 1, nos muestra que el 28% de los estudiantes del Programa Profesional de Enfermería presentaron un TCA, respecto a la obsesión por la delgadez, superior; frente al 26% de los alumnos del Programa Profesional de Odontología en este tipo de trastorno. Asimismo el 8% de los estudiantes de Enfermería presentaron un nivel superior de TCA a la Bulimia y el 60.1% y 2% de los estudiantes de Farmacia y Bioquímica presentaron un nivel superior y muy superior en este tipo de trastorno.

En cuanto a la insatisfacción corporal se encontró que el 16% de los estudiantes de Enfermería tuvieron un TCA superior frente al 16.7% de insatisfacción corporal en Obstetricia y Puericultura.

La ineficacia como TCA en los estudiantes de Enfermería, se presentó el 1.88% reportándose un nivel superior y el 14% de los estudiantes de Odontología tuvieron un nivel muy superior.

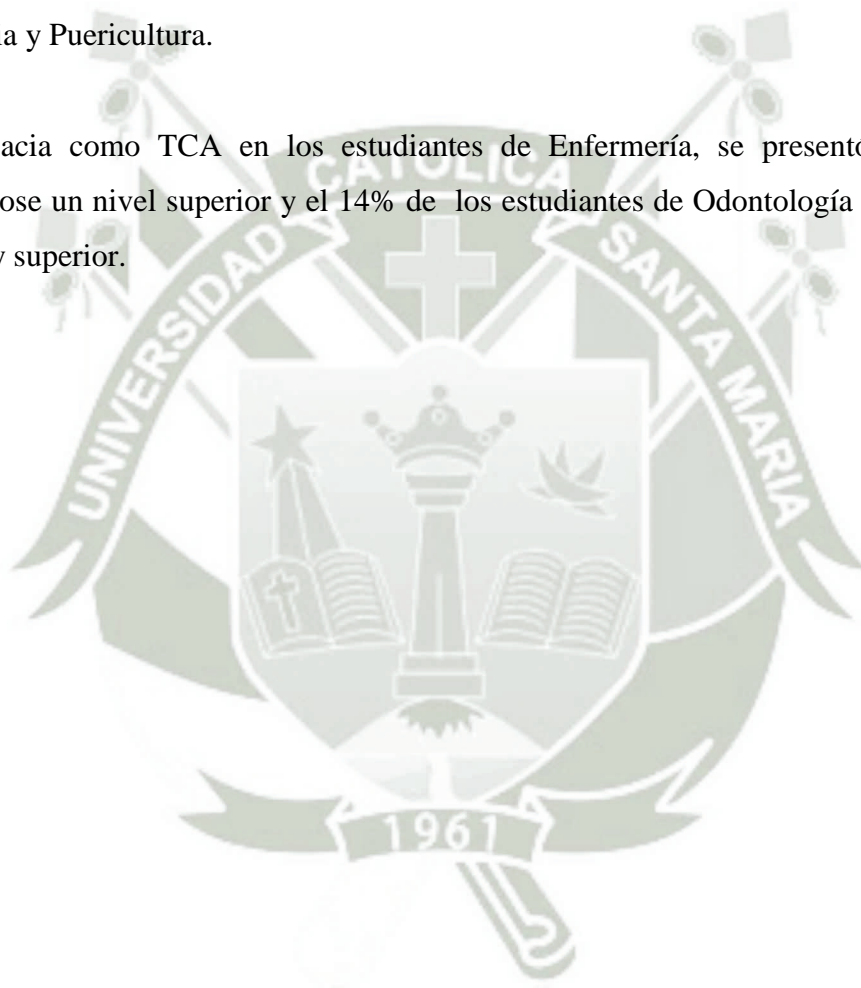


TABLA N° 2

COMPARACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN PROGRAMA DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Enfermería		Farmacia y Bioquímica		Ingeniería Biotecnología		Medicina		Obstetricia y puericultura		Odontología	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Perfeccionismo												
Muy inferior	1	4.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Inferior	0	0.0	2	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Normal	2	8.0	6	12.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Superior	8	32.0	13	26.5	15	32.6	34	27.9	8	33.3	9	18.0
Muy superior	14	56.0	28	57.1	22	47.8	70	57.4	11	45.8	31	62.0
Desconfianza												
Inferior	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Normal	0	0.0	3	6.1	0	0.0	3	2.5	2	8.3	0	0.0
Superior	6	24.0	18	36.7	18	39.1	28	23.0	9	37.5	18	36.0
Muy superior	19	76.0	28	57.1	28	60.9	90	73.8	13	54.2	32	64.0
Conciencia introceptiva												
Muy inferior	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Inferior	0	0.0	0	0.0	2	4.3	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Normal	10	40.0	23	46.9	21	45.7	79	64.8	9	37.5	24	48.0
Superior	9	36.0	20	40.8	15	32.6	30	24.6	12	50.0	15	30.0
Muy superior	6	24.0	6	12.2	8	17.4	11	9.0	3	12.5	11	22.0
Miedo a la madurez												
Inferior	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Normal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	0	0.0	1	2.0
Superior	5	20.0	17	34.7	21	45.7	49	40.2	13	54.2	19	38.0
Muy superior	20	80.0	31	63.3	25	54.3	70	57.4	11	45.8	30	60.0
Total	25	100.0	49	100	46	100	122	100	24	100	50	100

La tabla N°. 2, nos muestra que el 62% de los estudiantes de Odontología presentaron un nivel muy superior en el perfeccionismo como TCA seguido del 57.4% de los estudiantes de Medicina.

De la misma manera se observa que el 76% de las Enfermeras presentaron una desconfianza muy superior frente al 73.8% de los estudiantes de Medicina con éste mismo trastorno.

Con respecto a la conciencia interoceptiva se encontró en los estudiantes de Enfermería un nivel muy superior con un 24% y un 22% de los estudiantes de Odontología. También expresaron este trastorno.

En cuanto al miedo de la madurez se encontró que el 80% que las estudiantes de Enfermería tuvieron un nivel muy superior frente al 63.3% de los estudiantes del Programa Profesional de Farmacia y Bioquímica.

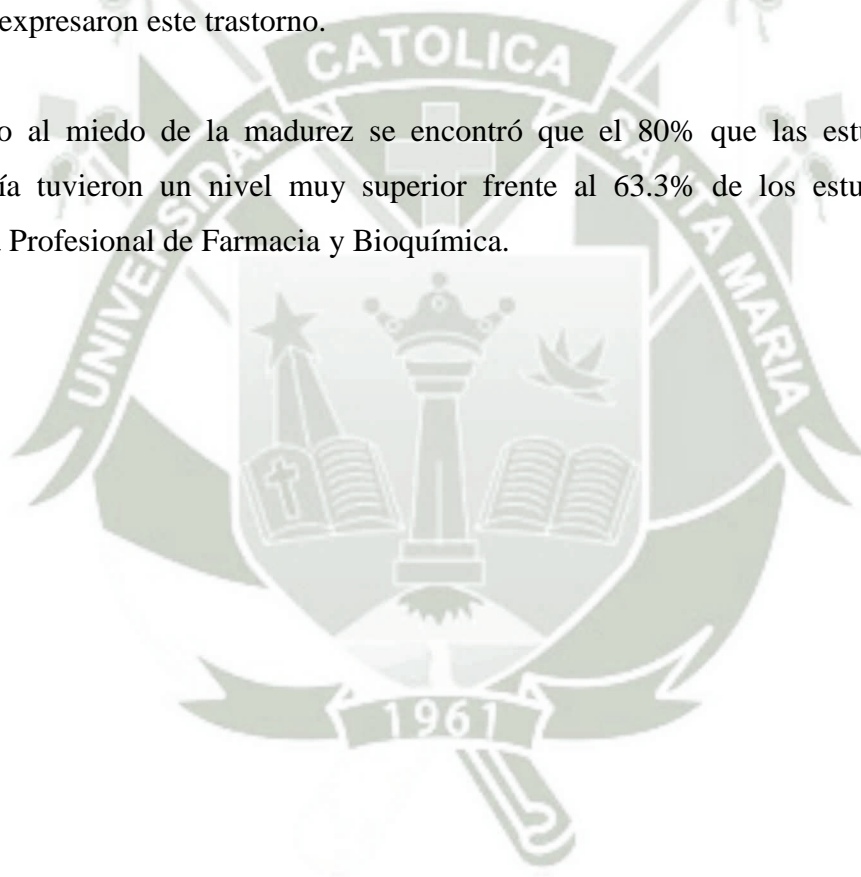


TABLA N° 3

COMPARACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN PROGRAMA DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Enfermería		Farmacia y Bioquímica		Ingeniería Biotecnología		Medicina		Obstetricia y puericultura		Odontología	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ascetismo												
Muy inferior	2	8.0	0	0.0	1	2.2	4	3.3	0	0.0	1	2.0
Inferior	2	8.0	1	2.0	3	6.5	7	5.7	4	16.7	3	6.0
Normal	6	24.0	17	34.7	13	28.3	37	30.3	10	41.7	11	22.0
Superior	9	36.0	20	40.8	18	39.1	47	38.5	10	41.7	19	38.0
Muy superior	6	24.0	11	22.4	11	23.9	27	22.1	0	0.0	16	32.0
Impulsividad												
Inferior	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	1	4.2	0	0.0
Normal	6	24.0	6	12.2	4	8.7	23	18.9	1	4.2	4	8.0
Superior	6	24.0	12	24.5	17	37.0	33	27.0	4	16.7	16	32.0
Muy superior	13	52.0	31	63.3	25	54.3	64	52.5	18	75.0	30	60.0
Inseguridad social												
Muy inferior	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
Normal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0
Superior	6	24.0	14	28.6	12	26.1	21	17.2	5	20.8	15	30.0
Muy superior	19	76.0	35	71.4	34	73.9	100	82.0	19	79.2	34	68.0
Total	25	100.0	49	100	46	100	122	100	24	100	50	100

La tabla N°. 3, muestra que el 32% de los estudiantes de Odontología presentaron un nivel muy superior en el ascetismo, seguido del 24% de los estudiantes de Enfermería.

En cuanto a la impulsibilidad se encontró que el 75% de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura mostraron un nivel muy superior en la impulsibilidad, seguido del 63.3% de los estudiantes de Farmacia y Bioquímica con este mismo trastorno.

Generalmente se encontró que el 82% de los estudiantes de Medicina presentaron un nivel muy superior de inseguridad social, seguido del 79.2% de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura.



TABLA N°. 4

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO SEGÚN PROGRAMAS DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

RENDIMIENTO ACADÉMICO	Enfermería		Farmacia y Bioquímica		Ingeniería Biotecnología		Medicina		Obstetricia y puericultura		Odontología	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Rendimiento												
Deficiente	0	0.0	9	18.4	17	37.0	6	4.9	2	8.3	9	18.0
Regular	14	56.0	32	65.3	28	60.9	107	87.7	17	70.8	40	80.0
Bueno	11	44.0	8	16.3	1	2.2	9	7.4	5	20.8	1	2.0
Total	25	100.0	49	100	46	100	122	100	24	100	50	100

La tabla N°. 4, muestra que el rendimiento académico de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud según Programas Profesionales; mostró que el 37% de los estudiantes de Ingeniería Biotecnológica presentaron un rendimiento académico deficiente, seguido del 18.4% de los estudiantes de Farmacia y Bioquímica y el 18% de los estudiantes de Odontología con este mismo rendimiento académico.