

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA
COMUNICACION Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**



**“FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE PROBLEMAS
ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA CICLO 2014- II”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MAGDALENA DEL CARMEN PAZ MAMANI

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TACNA – PERU

2016

DEDICATORIA

A Dios, quien es mi guía, mi fuerza en mis momentos más difíciles y por permitirme llegar hasta el final de mi carrera profesional.

A mis padres quienes me han enseñado a ser lo que soy, se lo dedico por su apoyo en mis estudios e inmenso amor.

A mi esposo e hijo que son mi motor y motivo impulsándome cada día a ser mejor persona, por su comprensión y apoyo constante para continuar en esta tarea.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada de Tacna – Alma mater que me acogió en esta etapa de formación académica. A toda la plana docente de la Carrera Profesional de Psicología, quienes enriquecieron nuestra formación profesional a través de sus conocimientos y experiencias.

A mis docentes, sin cuya orientación y apoyo no habría sido posible la realización del presente trabajo de investigación.

Eternamente agradecida a los estudiantes de las diferentes Facultades de la Universidad Privada de Tacna, que con su apoyo y participación hicieron posible este estudio.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| RESUMEN | X |
| ABSTRACT | XI |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 3 |
| 1.1 Fundamentación del Problema | 3 |
| 1.2 Formulación del Problema | 5 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación | 6 |
| 1.4 Justificación | 7 |
| 1.5 Alcances y Limitaciones | 8 |
| CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA | 9 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 9 |
| 2.2 Marco Teórico | 12 |
| 2.2.1 Trastorno de alimentación | 12 |
| 2.2.1.1 La dieta, generadora de los problemas alimenticios | 13 |
| 2.2.2 Anorexia Nerviosa | 13 |
| 2.2.2.1 Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa | 14 |
| 2.2.2.2 Desarrollo de la enfermedad | 16 |
| a) Factores predisponentes de la Anorexia Nerviosa | 16 |
| b) Factores precipitantes | 18 |
| c) Factores de mantenimiento | 18 |
| d) Factores Culturales | 20 |
| 2.2.3 Bulimia Nerviosa | 21 |
| 2.2.3.1 Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa | 22 |

| | | |
|---|--|----|
| 2.2.3.2 | Factores de la Bulimia Nerviosa | 24 |
| a) | Factores predisponentes | 24 |
| b) | Factores precipitantes | 26 |
| c) | Factores de mantenimiento | 26 |
| d) | Variables consecuentes | 28 |
| 2.2.4 | Factores Asociados edad y sexo | 29 |
| 2.3 | Definiciones básicas | 34 |
| CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | | 38 |
| 3.1 | Hipótesis | 38 |
| 3.2 | Identificación y Operacionalización de las variables | 39 |
| 3.3 | Tipo y diseño de investigación | 40 |
| 3.4 | Ámbito de estudio | 41 |
| 3.5 | Población y muestra | 41 |
| 3.5.1 | Criterios de Inclusión | 46 |
| 3.5.2 | Criterios de Exclusión | 46 |
| 3.6 | Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 46 |
| 3.7 | Procesamiento y Análisis de la Información | 48 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN | | 50 |
| 4.1 | Descripción del trabajo de campo | 50 |
| 4.2 | Diseño de presentación de resultados | 51 |
| 4.3 | Presentación de resultados | 51 |
| 4.4 | Contrastación de Hipótesis | 63 |
| 4.5 | Discusión | 67 |
| CONCLUSIONES | | 77 |
| RECOMENDACIONES | | 79 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 80 |
| ANEXOS | | 83 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | | |
|-------|----|---|----|
| Tabla | 1 | Distribución de la población de estudio | 42 |
| Tabla | 2 | Distribución de la muestra por índice de afijación. | 44 |
| Tabla | 3 | Resultados de la prueba de bondad de ajuste para el puntaje de los indicadores de la subescala edi-2 en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 52 |
| Tabla | 4 | Características demográficas de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 53 |
| Tabla | 5 | Promedio global del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 54 |
| Tabla | 6 | Promedio y mediana del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según edad en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 56 |
| Tabla | 7 | Promedio del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según sexo en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 59 |
| Tabla | 8 | Correlación entre el factor edad con el puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 61 |
| Tabla | 9 | Correlación entre el factor sexo con el puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 62 |
| Tabla | 10 | Porcentaje acumulado de los puntajes de cada subescala en la muestra total | 89 |
| Tabla | 11 | Porcentaje acumulado de los puntajes de cada subescala en la muestra de hombres | 91 |

| | | | |
|-------|----|---|-----|
| Tabla | 12 | Porcentaje acumulado de los puntajes de cada subescala en la muestra de mujeres | 93 |
| Tabla | 13 | Promedio y mediana del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según facultad en estudiantes Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 95 |
| Tabla | 14 | Distribución porcentual por ítems de la subescala deseos por adelgazar en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 99 |
| Tabla | 15 | Distribución porcentual por ítems de la subescala bulimia en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 100 |
| Tabla | 16 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala insatisfacción corporal en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 101 |
| Tabla | 17 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala ineficacia en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 102 |
| Tabla | 18 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala perfeccionismo en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 103 |
| Tabla | 19 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala desconfianza en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 104 |
| Tabla | 20 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala alexitimia en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014- II | 105 |
| Tabla | 21 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala miedo a crecer en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 106 |
| Tabla | 22 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala ascetismo en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 107 |

| | | | |
|-------|----|--|-----|
| Tabla | 23 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala impulsividad en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 108 |
| Tabla | 24 | Distribución porcentual por cada ítems de la subescala inseguridad social en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 109 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | | |
|--------|---|--|----|
| Figura | 1 | Promedio global del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II. | 55 |
| Figura | 2 | Promedio global del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según edad en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II | 58 |
| Figura | 3 | Promedio global del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según sexo en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II. | 60 |
| Figura | 4 | Promedio del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según facultades Fade, Faedcoh, Faing en estudiantes Universidad Privada de Tacna, 2014 -II. | 97 |
| Figura | 5 | Promedio del puntaje obtenido de las subescalas del edi-2 según facultades Facem, Fau, Facsa en estudiantes Universidad Privada de Tacna, 2014 -II | 98 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como *objetivo*: Determinar la asociación entre factores como edad y sexo, con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II. *Metodología*: El diseño de estudio fue descriptivo transversal, con muestra representativa de 355 estudiantes, se consideró como factores al sexo y edad; el instrumento fue el Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2), contiene tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo, cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos y tres adicionales, contemplando 91 reactivos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS v 21.0 para Windows. *Los resultados* obtenidos en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, determinó que en las principales escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo: La obsesión por la delgadez obtuvo promedio de puntaje de 8,4; bulimia 5,2 e insatisfacción corporal 11,1. En los cinco indicadores más generales referidas a la ineficacia obtuvo un promedio de 12,4, perfeccionismo 10,5; desconfianza interpersonal 10,2; alexitimia 11,4 y miedo a crecer 10,5. En los tres indicadores adicionales como Ascetismo obtuvo un promedio de 8,0; impulsividad 10,9 y en la inseguridad social 12,7. *Concluyendo* que existe una tendencia a tener síntomas de problemas alimenticios asociado significativamente entre sexo y la subescala deseos de adelgazar, desconfianza y alexitimia; la edad con insatisfacción corporal.

Palabras clave: Factores asociados, síntomas de problemas alimenticios.

ABSTRAC

The present study aimed to determine the relationship between factors such as age and sex, with the symptoms of food problems in students at the Private University of Tacna 2014 II cycle. Methodology: The study design was cross-sectional descriptive, with representative sample of 355 students, was considered as factors sex, age and relevant faculty; The instrument was the Eating Disorders Inventory (EDI-2) contains three scales that assess attitudes and behaviors related to food, weight and type, five general regarding organizational constructs or psychological traits and three additional, contemplating 91 reagents. Statistical analysis was performed using the software SPSS 21.0 for Windows. The results of students of the Private University of Tacna, determined that in the major scales assessing attitudes and behaviors related to food, weight and type: The obsession with thinness obtained average score of 8.4; 5.2 bulimia and body dissatisfaction 11.1. In the five general indicators concerning the ineffectiveness earned an average of 12.4, 10.5 perfectionism; interpersonal distrust 10.2; Alexithymia 11.4 and 10.5 afraid to grow. In the three additional indicators such asceticism earned an average of 8.0; 10.9 impulsivity and social insecurity 12.7. Concluding that have a tendency to symptoms of food problems associated traits significantly between sex and diet wishes subscale, distrust and alexitimia; age with body dissatisfaction.

Keywords: associated factors, symptoms of food problem.

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta el documento de investigación sobre “FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE PROBLEMAS ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA CICLO 2014- II”

Los trastornos de la alimentación siempre han existido; cabe destacar que cada vez son más las personas que presentan este tipo de trastornos. Resulta curioso observar como en una civilización desarrollada, en la que hay un exceso de alimentos y por lo tanto una sobrealimentación, hay una parte de la sociedad que prefiere pasar hambre, vomitar la comida, o pasar 8 horas seguidas en el gimnasio para fortalecer el cuerpo.

En las sociedades antiguas o de post-guerra la falta de alimentos no hacía posible la existencia de dichos trastornos, pero en las grandes ciudades actuales donde todo abunda y los alimentos no son difíciles de obtener ni en cantidad ni en variedad, nos lleva a pensar que tal vez el ser humano tenga algunos factores que le lleva a conductas alimentarias inadecuadas que se denominan trastornos de la alimentación, que puede estar presente con cierta variabilidad en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.

En este documento se presenta la problemática, analizando los síntomas de problemas alimenticios basado en la escala EDI-2, determinando las diferencias de estos y el nivel de asociación según sexo y edad de los estudiantes.

Por otra parte, las diversas investigaciones referentes al tema, permiten constatar que los síntomas de problemas alimenticios están asociados a otros factores de comorbilidad como las adicciones, trastornos de la personalidad y del carácter, trastornos como la ansiedad, obesidad que en este estudio no se tomaron en cuenta y que a corto plazo debe emprenderse estudios en tales temas.

La tesis está organizada en cuatro capítulos: El capítulo I-. El Problema de Investigación que comprende la fundamentación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación.

El Capítulo II Consta de los Antecedentes de la investigación y el Marco Teórico que sirven de base para el análisis de los trastornos alimenticios, teniendo en cuenta su contexto internacional y nacional sustentado por conceptos válidos de autores con amplia investigación en el tema. El Capítulo III: Plantea coherentemente la metodología de la investigación que ordena el trabajo que se llevó a cabo para la obtención de los resultados y cumplimiento de los objetivos de la investigación.

El Capítulo IV: Dispone los resultados del estudio que son congruentes con los objetivos e hipótesis planteadas y analizadas en la discusión. Y, finalmente se plantea las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos de alimentación representan un problema importante de salud pública, ya que son sumamente frecuentes y ponen en peligro la salud del individuo que los padece, siendo la anorexia nerviosa la patología psiquiátrica con mayor mortalidad (Morris J. 2007, Button EJ. 2010). Además, en los últimos años su incidencia y prevalencia han ido aumentando, y se están presentando en grupos etarios cada vez menores (Pollastro, 2006). En nuestra población no existen estudios con respecto al tema, por tanto, constituye un trabajo inédito y original para la comunidad de la Universidad Privada de Tacna.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. En esta población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE); la razón de prevalencia de TCA es de uno a nueve en varones respecto a mujeres (Peláez Fernández. M. et al 2005).

Asimismo, una investigación realizada en el Norte de Chile se encontró diferencias significativas en las medias de las dimensiones evaluadas entre hombres y mujeres, por grupos de edad y en los distintos establecimientos educacionales. A nivel general, el 7,4% de los evaluados se encontró en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres, teniendo este grupo una mayor prevalencia de riesgo de

trastornos alimentarios, así como el grupo de 15 a 18 años y los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.

Los síntomas de problemas alimenticios encontrados en esta investigación, fue menor a la reportada en investigaciones similares en otras ciudades del país, sin embargo, cabe destacar puede tener una explicación en el punto de corte para establecer la categoría de riesgo. Se ha encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre rangos de edad. Las mujeres puntúan más alto en casi todas las dimensiones, otorgando mayor significación a temas estéticos como verse bien, a la búsqueda incesante de la delgadez y con una mayor preocupación al peso además de contestar con mayor frecuencia en aquellos ítems que apuntan al hacer dieta y un mayor miedo a engordar.

En el Perú, estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Delgado-Noguchi” (2002), han encontrado que la prevalencia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en adolescentes de Lima es de 0,1% y 0,8%, respectivamente. Sin embargo, a pesar de que esta prevalencia es menor a la descrita en otros países, el estudio también encontró que la prevalencia de conductas bulímicas era de 3,8% y la de tendencias a problemas alimentarios era de 8,3% (Saavedra J., et al. 2002). Las prevalencias reportadas en estudios similares que se ejecutaron en la Sierra y Selva peruanas, por la misma institución, fueron menores que las encontradas en Lima (Saavedra J., et al. 2004).

La importancia y la relevancia sanitaria y social de los trastornos de la conducta alimentaria, representados por la anorexia nerviosa y la bulimia, así como por las manifestaciones intermedias o trastornos de la conducta alimentaria atípicos, ha ido en aumento en los dos últimos decenios, debido al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud del adolescente. En los últimos 15 años el número de pacientes se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes (Nilo Lambruschini y Leis R. 2004).

Hasta la actualidad, la mayor parte de investigaciones referidas al tema se realizan en población femenina, puesto que la mayor prevalencia sigue encontrándose en dicha población, pero de igual manera se puede observar un crecimiento de gran magnitud en la población masculina, haciéndose necesaria la investigación para ambos géneros. En el Perú, en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental, se encontró que cerca al 60% de la población adolescente no se encontraba satisfecha con su aspecto físico y un porcentaje del 8,3% mantenía una tendencia a problemas alimentarios (Saavedra J., 2002).

El acceso a la universidad supone un cambio importante en el estudiante que puede repercutir en su estilo de vida, lo que convierte a este subgrupo poblacional en vulnerable desde el punto de vista nutricional, el ambiente universitario propicia situaciones estresantes que podrían alterar el comportamiento psicológico y somático de los estudiantes.

De todo lo planteado anteriormente, es que motivó a desarrollar la presente investigación planteando la siguiente interrogante de investigación:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta General

¿Existe asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II?

1.2.2. Preguntas Especificas

P1: ¿Qué síntomas de problemas alimenticios presentan los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II?

P2: ¿El factor edad está asociado con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II?

P3: ¿El factor sexo está asociado con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II?

P4: ¿Qué nivel de asociación existe entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II.

1.3.2. Objetivos Específicos

O1: Determinar las diferentes puntuaciones promedio de los síntomas de problemas alimenticios que presentan los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II.

O2: Determinar si el factor edad está asociado con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II.

O3: Determinar si el factor sexo está asociado con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II.

O4: Determinar el nivel de asociación que existe entre factores edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene relevancia práctica porque permite a la Universidad Privada de Tacna a través de la Oficina de Bienestar Universitario (OBUN) proponer decisiones de intervención en beneficio de la población estudiantil que tenga ciertos síntomas de problemas alimenticios, de promover el apoyo profesional oportuno y de calidad evitando el desarrollo silencioso de esta patología en estudiantes que se encuentran en riesgo de padecerlo.

El presente estudio tiene relevancia para el conocimiento en el área de psicología porque utilizó el método científico para generar evidencias sobre la magnitud de una situación real en tema de síntomas de problemas alimenticios en una muestra representativa del universo estudiantil de la Universidad Privada de Tacna.

Este trabajo tiene suma importancia para la población estudiantil, ya que ellos se encuentran sometidos a un mayor nivel de estrés durante el desarrollo de las actividades que deben de realizar en los diversos ámbitos universitarios; generando cambio en sus costumbres y hábitos alimenticios siendo visibles rasgos que aumenten el riesgo de aparición de síntomas de problemas alimenticios a largo plazo. En la actualidad, la universidad tiene una responsabilidad en la formación no sólo de futuros profesionales sino además en la formación integral y la salud de los estudiantes. Dado que existen estrategias de cuidado conocidas, que implementadas a tiempo favorecen la prevención en la salud. Se considera que el presente estudio es un aporte para proponer estrategias de prevención y promoción de la salud mental en la universidad.

Finalmente, el presente estudio contribuye y sirve de base para que se desarrollen estudios similares despertando el interés de otros investigadores y así poder emplear otras variables como factores asociados, teniendo en cuenta que las conductas alimentarias varían en el tiempo en la población estudiantil.

1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES

Los resultados del estudio tiene alcance en diferentes áreas de la Universidad: para el área administrativa, porque en las de jerarquía mayor se aprueban las decisiones que pueden ser propuestas por la Oficina de Bienestar Universitario o las que haga sus veces; para el área académica, porque la Universidad tiene Docentes en Ciencias de la Salud, de la Educación y Humanidades los cuales podrían brindar apoyo con la sensibilización y difusión de los riesgos del trastorno alimenticio a los estudiantes; también tiene alcance en los propios estudiantes, porque al conocer los resultados de este tema, podrán tomar en cuenta su riesgo y plantear estrategias para la prevención y promoción de la salud mental en el ámbito universitario, con enfoque a nivel de género y determinados grupos de edad.

En la presente investigación no hubo limitaciones considerables, salvo en algunos casos, el abordaje a los sujetos de estudio y cierto grado de subjetividad porque se aplicó un cuestionario autosuministrado donde se obtiene información referido a conductas personales y hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacional:

Bottinelli, (2011) “Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios” de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires Argentina.

Este estudio comparó la presencia de indicadores de trastornos de la alimentación, específicamente bulimia y anorexia, en un grupo de estudiantes universitarios de la Universidad Abierta Interamericana. Según los resultados de la Escala ICA, los estudiantes de diseño gráfico obtuvieron puntuaciones más altas que los de psicología en las dimensiones: deseos de adelgazar, bulimia, perfeccionismo, desconfianza, miedo a crecer e impulsividad.

En cuanto al género, las mujeres tuvieron puntajes más altos en las dimensiones: deseo de adelgazar, insatisfacción corporal y miedo a crecer; mientras que en la variable edad no se han encontrado diferencias. Las puntuaciones halladas a favor de los estudiantes de diseño gráfico podrían deberse a que esta carrera está muy vinculada con la imagen y lo estético y estos resultados abrirían la posibilidad de poder realizar futuras investigaciones indagando acerca de si existe relación entre la elección de la carrera y la presencia de indicadores de trastornos de la alimentación.

Cifuentes, (2004), “Prevalencia de los trastornos alimenticios en relación al nivel socioeconómico y al género” Universidad Francisco Marroquín - Guatemala.

Se realizó un estudio transversal y comparativo con el objetivo de establecer la prevalencia de trastornos alimenticios en la población estudiantil de Guatemala. Para ello se utilizó la prueba de actitudes alimenticias – 26 (EAT - 26), la prueba se aplicó a 1,096 estudiantes de 12 a 17 años distribuidos en 4 grupos: Grupo A formado por 284 estudiantes de sexo femenino que asisten a centros educativos privados; grupo B formado por 273 estudiantes de sexo masculino que asisten a centros educativos privados, grupo C formado por 272 estudiantes de sexo femenino que asisten a centros educativos públicos y el grupo D formado por 267 estudiantes de sexo masculino que asisten a centros educativos públicos.

La conclusión a la que se llegó fue que se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos por género; mientras que en la comparación por centros educativos privados y públicos no se encontró diferencia estadísticamente significativas. Sin embargo al realizar la comparación del estudio con uno similar realizado en 1988 con adolescentes del sexo femenino, se encontró una diferencia estadísticamente significativamente en cuanto a la prevalencia de trastornos alimenticios en estudiantes de centros educativos privados y públicos.

Zubarew, Silva y Romero (2006) *“Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana”*. Santiago – Chile.

El objetivo consistió en cuantificar la prevalencia de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico, identificando el impacto de los rasgos psicológicos reforzadores en ellas. Para esto se aplicó el instrumento EDI-2 a un total de 1.610 escolares, entre 11 y 19 años.

Las conclusiones fueron: el riesgo de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años en la Región Metropolitana fue del 8,3%. Hubo una mayor prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en colegios de nivel socioeconómico bajo (11,3%), ($p < 0,02$).

Asimismo, existió una tendencia preocupante de que el grupo etario de mayor riesgo sea el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo.

Nacional

Herrera Tapia (2008) “Validez y confiabilidad del inventario sobre trastornos alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima metropolitana.” Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima.

El presente estudio tuvo como finalidad analizar la validez y confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en un grupo de varones adolescentes, así como determinar si las áreas que compusieron el inventario mantenían un funcionamiento adecuado. Sin embargo, durante el proceso de análisis, el instrumento no funcionó adecuadamente en una población masculina, así como lo hizo inicialmente en una femenina en el estudio de Hartley. Ante esto, surgieron posibles hipótesis que podrían ayudar a entender el porqué del pobre funcionamiento.

De modo general, se puede decir que todos los ítems alcanzaron una confiabilidad adecuada. Sin embargo, en cuanto al coeficiente alfa de Cronbach, se lograron valores menores con respecto a la prueba original. En ese sentido, puede que los valores alcanzados no hayan sido tan altos, ya que muchos de los ítems parecían medir lo mismo o no tenían una redacción totalmente clara, por lo que no aportaban mucho al área en mención.

Acevedo Farfán (2008), “La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes” Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima.

Se encontraron similitudes entre las adolescentes de colegios públicos y las de colegios privados, ya que si bien a manera descriptiva notamos un mayor número de adolescentes de colegios públicos en los niveles de Riesgo II y III, los cuales incluyen criterios diagnósticos, esta diferencia es mínima y no es estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con previas investigaciones realizadas en nuestro medio,

que reflejan la presencia actual de los trastornos alimenticios en todos los estratos sociales. Los resultados de la investigación muestran que existe una relación significativa entre el riesgo de presentar trastornos alimenticios y, la experiencia y expresión de la cólera.

Es a partir de estos datos que se cree que las adolescentes que se encuentran en riesgo de trastornos alimenticios están experimentando conflictos para afrontar este proceso de cambios que implica la adolescencia y tienen mayores dificultades para manejar emociones negativas como la cólera.

Local

En el ámbito regional no se han realizado estudios de investigación relacionados al tema a nivel de muestra representativa del universo poblacional estudiantil de las universidades existentes, por tanto, este trabajo constituye una investigación original e inédita que tiene relevancia para orientar la toma de decisiones en lo que concierne en temas específicos de salud mental de los estudiantes.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Trastornos de alimentación:

“Los trastornos de la alimentación son desórdenes en los hábitos y actitudes alimentarias que tienen un origen psicógeno y producen complicaciones físicas y psicológicas” (Pérez Gaspar 2009, p.7). Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan tanto a la población femenina como a la masculina (American Psychiatric Association APA, 2002).

En realidad, se sabe que dichos trastornos se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado así como por una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (APA, 2002). La base de este trastorno se halla en una alteración

psicológica y biológica (Raich, 2001), que llega a afectar considerablemente la salud, relaciones y actividades de las personas que padecen dicho trastorno.

2.2.1.1. La dieta, generadora de los problemas alimenticios

Es oportuno señalar que de la dieta emana la mayoría de los problemas alimenticios, sin embargo solo un grupo reducido, son lo que finalmente desarrollan un trastorno alimentario. Esta no es suficiente para que un problema alimenticio se exteriorice, pero si puede llegar a actuar como un componente más de estrés psicofísico. Casi el 100% de los diversos casos de problemas alimenticios antecede al atracón, mientras que la minoría se relacionaría con un problema de impulsividad (Armatta, 1999).

En la actualidad, los jóvenes universitarios muestran menos interés en el tipo de alimentación que lleva, lo que conlleva a un bajo nivel en su calidad de vida. Este descenso en dicho rendimiento se debe a la mala educación alimentaria que estos tienen, otras causas podrían ser las diferentes actividades que estos desempeñan, como el deporte, la vida nocturna, los vicios y el tiempo que gastan detrás de un monitor ya sea de televisión o de computadora. (Martinez, 2001)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002), se incluyen básicamente dos trastornos alimentarios específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa se caracterizan por una excesiva preocupación por los alimentos y por un intenso temor a engordar.

2.2.2. Anorexia nerviosa

Raich (1994) señala que la anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo, y altura. Esta pérdida de peso se produce como consecuencia de la restricción alimentaria que lleva a cabo el paciente, ya sea por la provocación de vómitos, uso de laxantes o exceso de actividad física.

Es importante aclarar que no es lo mismo anorexia que anorexia nerviosa, como tampoco bulimia, que bulimia nerviosa. *Anorexia* es un término que se refiere a la falta de apetito, y bulimia se utiliza para designar el comer voraz (Colombo, 2006).

2.2.2.1. Criterios para el diagnóstico de la *Anorexia nerviosa*:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) establece una serie de criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes.

La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

2.2.2.2. Desarrollo de la enfermedad

Según el DSM V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) la edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El inicio de esta patología está vinculado muy a menudo a un acontecimiento estresante.

El pronóstico de estos trastornos varía: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

a) Factores predisponentes:

Pérez Gaspar (2009) señala que “los factores predisponentes actuarían desde el inicio de la vida y determinarían la vulnerabilidad de una persona a padecer un trastorno alimentario” (p. 38). Haciendo referencia a esto, Rausch Herscovici y Bay (1995) sostienen que desde diversas corrientes teóricas se coincide en que existe, en este tipo de pacientes, un factor muy importante relacionado con las dificultades para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación.

Esto disminuye la capacidad ya limitada para separarse de la familia u otro anclaje. Bruch (1982 citado en Rausch Herscovici & Bay, 1995) relata que los pacientes que padecen anorexia suelen percibirse como incapaces de poder ejercer control sobre sí mismos, sus necesidades e impulsos. Al mismo tiempo se sienten ajenos de sus propios cuerpos, lo que les provoca una sensación de estar viviendo bajo la influencia de fuerzas externas.

Este sentimiento de ineficacia y el consiguiente déficit en la identidad personal pueden dar cuenta de dificultades mayores cuando la persona carece de la orientación concreta de sus padres o cuando se ve expuesta a situaciones en las que hay nuevas demandas. Los pacientes que padecen de anorexia suelen presentar un nivel de

inteligencia alto, habiendo pacientes en todos los niveles. Se caracterizan por ir restringiendo el acceso a situaciones sociales, de manera que evitan fuentes de confirmación de autoestima y así el desempeño académico se sobrevaloriza a expensas del desempeño en otras áreas (Rausch Herscovici & Bay, 1995).

Las personas que padecen de un problema alimenticio como es la anorexia nerviosa se caracterizan por tener una personalidad obsesiva, rígida, meticulosa dependiente y socialmente inhibida (Pérez Gaspar, 2009).

La manera como estructuran sus percepciones del otro gira alrededor de recaudos de protección: “me da placer cuando lo veo comer con apetito”. La sobreprotección de los padres no permite darle lugar al desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos. Tienden a inhibir la realización de actividades que vayan por fuera del hogar. Por otro lado, existe un tipo de patrón característico de estas familias y tiene que ver con la desviación: la díada conyugal está unida. Los padres suelen ubicar y a la vez depositar todos los conflictos en el hijo que padece el trastorno alimentario identificándolo como el único problema de la familia (Rausch Herscovici & Bay, 1995).

Rausch Herscovici & Bay (1995) hace referencia a la presencia de las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación de este tipo de familias. Destacan que estas familias tienden a apoyar la expresión somática de los conflictos, y las encuadran dentro del perfil de las familias psicósomáticas debido a las formas de organización y funcionamiento que surgen de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar.

b) Factores Precipitantes

No se conoce una causa única. Algunos autores ven un desencadenante en la obsesión que existe en la sociedad actual por mantener una imagen corporal en la que la delgadez se asocia a belleza. Otra de las posibles causas es que en la sociedad occidental se le da mucha importancia a la delgadez, al cuerpo perfecto y a la belleza

femenina, ofreciendo, incluso soluciones y alternativas para lograr este ideal. La mayoría de las campañas de moda, los ídolos televisivos, revistas, etc. abogan por este tipo de mujer. No hay que olvidar el contexto educativo y el ambiente familiar, ya que en determinados ambientes desde que son pequeñas, se les enseña inconscientemente qué es lo que prima en nuestra sociedad y desde la misma familia se le da cierto valor a este tipo de imagen, al perfeccionismo, al éxito, etc. Según Pérez Gaspar (2009) “los factores precipitantes son los que en un momento determinado desencadenan el trastorno”. (p. 39).

Lo que indica Rausch Herscovici y Bay (1995), es que “las rupturas conyugales de los padres, las familias con trastornos afectivos, algún familiar con adicciones o con trastornos en la conducta alimentaria, son factores que predisponen la aparición de la enfermedad, pero en ningún caso se puede decir que causen el trastorno.”

Los conflictos familiares, así como las pérdidas importantes (muerte, enfermedades graves, abandonos, etc. de alguno de sus progenitores) suelen ser un factor desencadenante o de considerable importancia a la hora en que hace su aparición el trastorno”. (Parral Cena, Contreras Bonsignore y Schuts, 2007, p.57).

c) Factores de Mantenimiento

“Los factores de mantenimiento son los que perpetúan o prolongan el curso de un trastorno una vez que se ha desencadenado” (Pérez Gaspar, 2009, p. 39). Raich (1994) sostiene que una vez instaurado el trastorno existen una serie de factores que intervienen positivamente manteniéndolo. Es así como describe lo siguiente:

- Factores cognitivos:

Según Garner y Bermis (1985) la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales. Particularmente, en el momento en que la paciente anoréxica decide que es extremadamente

necesario que se haga una dieta y se hace, esta conducta queda reforzada por un procedimiento que recibe el nombre de refuerzo negativo, es decir la evitación de la aversión. Al hacer régimen o al provocarse el vómito, o cualquier tipo de conducta compensatoria escapa de aquello que más teme, que es la posibilidad de engordar.

Raich (1994) refiere que “la conducta de evitación puede perdurar por mucho tiempo como consecuencia de conjuntos cognitivos que pueden estar funcionando de manera autónoma”. El sujeto añade un sistema de creencias equivocadas que se desarrolla y actúa como un “molde” con el cual interpreta de forma incorrecta toda aquella información que viene de su alrededor, si la información que recibe no concuerda con el molde establecido, lo más probable es que sea eliminada o lo ajuste de manera coherente a su creencia equivocada.

Lo que quiere decir es que si alguien de su entorno se manifiesta con el sujeto para opinar sobre su bajo peso, este codificará el mensaje para corroborarle lo contrario que está demasiado obeso, generando así que la dieta estricta se prolongue, por el miedo intenso a ser gordo.

- **Afecto negativo:**

Según Polivy y Herman (1993) los atracones, entre otros factores fisiológicos que pone en práctica la paciente, se mantienen por dos cuestiones: por un lado la persona, cuando comienza con éstos logra desentenderse de otras situaciones que la preocupan a las que no se ve capaz de atender y, por otro, que la satisfacción que le produce la comida le resulta agradable.

Es importante destacar que existe una relación entre depresión y dieta. Muchas personas cuando se ven obligadas a realizar una dieta por motivos de salud, buscan ayuda psicológica por su bajo estado de ánimo; en cambio, la desinhibición alimentaria les gratifica (Raich, 1994).

- **Conductas purgativas:**

Rosen y Leitemberg (1985) afirman que los episodios de atracones que llevan a cabo las pacientes bulímicas son mantenidos ya que saben que a continuación de los mismos podrán utilizar algún método purgativo, lo cual les brinda la seguridad y tranquilidad necesaria para continuar implementando estas conductas. Si nos referimos a ciertos factores que perpetúan la enfermedad, Rausch Herscovici y Bay (1995) dan cuenta de algunos de ellos: síndrome de inanición, percepciones corporales, factor relacionado con la fisiología gastrointestinal y factores cognitivos.

d) Factores Culturales

Los estudios socioculturales han hecho hincapié en el papel de los factores culturales, como la promoción de la delgadez como figura ideal femenina en las naciones industrializadas de occidente, especialmente a través de los medios de comunicación. La presión social por ser delgada (como las modelos o las bailarinas) tiene probabilidad mucho más alta de desarrollar anorexia durante el curso de su carrera, las anoréxicas tienen un contacto mucho mayor con fuentes culturales que promueven la delgadez.

Armatta (1999) señala que aunque la anorexia nerviosa se asocia generalmente con las culturas occidentales, la exposición global a los medios de comunicación ha provocado un incremento de casos en países no occidentales. Sin embargo, hay que destacar que otras culturas pueden no mostrar la misma fobia a la gordura. Sin embargo, la búsqueda y valoración cultural de la delgadez se da en un trasfondo de incremento de la obesidad, donde la brecha entre la realidad corporal promedio y el ideal al que se aspira aumenta día a día y es prácticamente imposible de franquear para la gran mayoría de las personas.

2.2.3. Bulimia Nerviosa

Pérez Gaspar (2009) señala que “la bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas, encaminadas a perder de la forma más rápida el posible aumento de peso”.

Un atracón se define como un episodio que consiste en la ingesta voraz de una gran cantidad de alimentos, sobre todo los considerados *prohibidos*, con la sensación de no poder parar de comer. Pérez Gaspar (2009). Generalmente el atracón es desencadenado por emociones negativas, como sentimientos de soledad, tristeza, aburrimiento, irritabilidad, etc. Inmediatamente después del atracón aparecen sentimientos de culpa e intentos que conducen a utilizar conductas compensatorias para perder peso.

Parral (2007) sostiene que la angustia es parte de esta patología y este tipo de pacientes puede llegar a la autoagresión e incluso al intento de suicidio. No es una angustia positiva, con ganas de curarse, más bien tiene que ver con no haber podido parar con la voracidad y llegar al atracón, o con sentirse muy desvalorizadas y con autoreproches.

Colombo (2006) afirma que con respecto a la bulimia nerviosa, las conductas purgativas y de sobreingesta en relación a la comida tienen origen en la civilización romana, donde ya en los banquetes se utilizaba el vómito y otras formas de purga con el fin de vaciar el contenido estomacal. Esta era la manera a partir de la cual comunicaban la ingestión masiva y descontrolada de alimentos.

Por otro lado, Galeno describió la kynosorexia o hambre canina, como consecuencia de un estado de ánimo anormal. A finales de 1970 es nombrada como bulimarexia y descrita en sus síndromes de purga y atracones. Finalmente, es en 1980 cuando aparece la denominación bulimia, y en 1987, bulimia nerviosa (Colombo, 2006).

2.2.3.1. Criterios para el diagnóstico de la *Bulimia nerviosa*:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) establece una serie de criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Tipos de Bulimia:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, la clasifica en:

a. Tipo purgativo:

Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

b. Tipo no purgativo:

Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2.3.2. Factores de la Bulimia Nerviosa

Gómez Martínez (2007) señala que existe una serie de factores y variables que hacen a la persona más vulnerable a padecer un trastorno de la alimentación como la bulimia nerviosa.

a) Factores Predisponentes

Variables personales:

Nuestra sociedad relaciona a la valoración de la persona con un ideal de belleza que se rige a ciertos parámetros exigentes que afectan de forma directa al sexo débil, considerando así como un grupo de riesgo al género femenino; ya que se preocupan de manera exagerada y dando la importancia indebida a sus características físicas. (Gómez Martínez, 2007).

Se vive en ambiente donde la mujer suele implementar conductas de riesgo dirigidas a alcanzar ese ideal estético vigente y sentirse aceptada por los demás (Gómez Martínez, 2007). En esta misma línea como señala Toro (1996), la incongruencia que existe entre el modelo impuesto socialmente y el cuerpo real es lo que genera malestar y ansiedad, lo cual facilita el desarrollo de conductas precursoras, principalmente la dieta.

La adolescencia es un periodo vulnerable el cual está sometido a comentarios desagradables por parte de los demás, el cual le da demasiada importancia a la valoración que los demás pueden hacer de ellos, buscando constantemente la aprobación social, por lo que los obligan a adoptar conductas inapropiadas como es una dieta estricta, generando así un modelo estético a seguir (Gómez Martínez, 2007).

El sobrepeso es un indicador que suele generar una mayor preocupación por la imagen y en consecuencia el inicio de dietas hipocalóricas. La mayoría de las pacientes bulímicas han tenido sobrepeso antes de iniciar el trastorno. Son sujetos que se sienten

muy afectadas por los comentarios y burlas que los demás les pueden hacer. Suele ocurrir que en muchas ocasiones, esto, funciona como un disparador frente a la restricción alimentaria.

La presencia de baja autoestima predispone a que estos individuos sientan la presión de bajar de peso y en consecuencia iniciar una dieta. Otros trastornos psicopatológicos: La prevalencia de depresión mayor en pacientes con bulimia oscila entre un 25 y un 80 %. Al menos un tercio de estos pacientes tiene una historia de depresión previa al desarrollo del problema, el perfeccionismo y la baja autoestima son señalados como factores predisponentes.

Variables Familiares:

El primer aspecto que indica Gómez Martínez (2007) dentro de las variables familiares está vinculada a la presencia de una madre obesa o muy preocupada por el cuerpo y la imagen corporal. Esta situación puede generar un aprendizaje vicario de la conducta de dieta y de la obsesión por el peso y la figura. La existencia de un trastorno de la alimentación en algún miembro de la familia, es otra de las variables en juego dentro del núcleo familiar. Se ha observado la presencia de un trastorno de la alimentación en un 43 % de las hermanas y en un 26 % de las madres de pacientes con bulimia.

Variables socioculturales:

La presión social hacia la delgadez es la más importante. La imposición de un modelo estético imposible de alcanzar genera en las mujeres insatisfacción con su cuerpo, ya que se sienten presionadas a ser como se les impone que tienen que ser, mientras que el patrón propuesto es irreal a la biología humana (Gómez Martínez, 2007).

Diversas investigaciones nos refieren que existe relación entre la conducta alimentaria de una mujer y lo “femenina” que es percibida por otros. Los resultados indican que se percibe más femenina, más atractiva y preocupada por su apariencia a

aquellas mujeres que comen en cantidades pequeñas que otra que come de forma abundante (Toro, 1996).

b) Factores Precipitantes

El primer indicador que desencadena dicho trastorno es la preocupación por la figura y el temor intenso a engordar, por lo que generalmente, la bulimia se inicia a partir de un acontecimiento concreto que, puede ser un episodio relacionado con la figura (cambios bruscos de peso, burlas de los demás hacia la propia imagen, etc.) o la presencia de alguna situación estresante (cambio de colegio, desengaño amoroso, fracaso escolar, separación de los padres, etc.). Como consecuencia de estas situaciones suele aparecer un terrible miedo a engordar, provocando de esta manera la adopción de conductas alimentarias que no son saludables (Gómez Martínez, 2007)

Por otro lado, destaca como factor precipitante a los efectos que acarrea la restricción alimentaria, entre los cuales se puede encontrar la privación biológica de energía, la aparición de hambre y la necesidad imperiosa de consumir alimentos. Esta situación promueve la aparición de atracones y la sensación de tener que vivir dominado por el hambre y la comida (Gómez Martínez, 2007).

c) Factores de Mantenimiento

Seguimiento de una dieta estricta:

Gomez Martínez (2007), se refiere a que con estas dietas estrictas, la persona deja de consumir aquellos alimentos que considera son una gran fuente de calorías como vendrían a ser los carbohidratos (dulces, las pastas, el pan, etc.), por lo que la ingesta de alguno de ellos podría precipitar la aparición de un atracón a través de la activación de una distorsión cognitiva. De esta manera se genera un pensamiento dicotómico (por ejemplo: “ya da igual, total he roto la dieta”...). Suele ocurrir que en el momento en que la persona ingiere algún alimento que no estaba contemplado dentro de los permitidos(según su criterio), pierde el control sobre la comida y en consecuencia se atraca.

Estar solo/a:

Es muy frecuente que la persona señale el hecho de estar sólo en un momento determinado como una situación que antecedente al episodio del atracón. Es importante recordar que este tipo de pacientes evita el desarrollo del atracón en público por sentirse avergonzado. Si en ese momento de soledad ingiere algún alimento que se autoprohíbe es más probable que aparezca la sobreingesta (Gómez Martínez, 2007).

Estados emocionales negativos:

“En repetidas ocasiones como el malestar emocional inhibe el apetito de los que restringen su ingesta, pero aumenta el de los que la restringen” (Gómez Martínez, 2007). En esta línea se ha demostrado que las personas con bulimia consideran que el acto de comer es una vía que permite aliviar los estados emocionales negativos y el aburrimiento; además, consideran que la dieta y la delgadez son el camino que conducen a una mejor vida, llena de éxito y sin problemas. En este caso se podría considerar el atracón como una estrategia aprendida de afrontamiento al estrés. (Gómez Martínez, 2007).

d) Variables Consecuentes

Aquí intervienen dos aspectos: por un lado la implementación de conductas purgativas luego de la sobreingesta, teniendo como objetivo eliminar aquello que se ingirió y que ya no se desea que permanezca en el estómago. Por otro lado es fundamental el efecto de los comentarios que se le realiza a este tipo de pacientes porque pueden ayudar al mantenimiento del problema.

Es por eso que Gómez Martínez (2007) describe a estas personas con un inmenso temor a engordar por lo que luego de atravesar una situación en la que han consumido alimentos de manera exagerada, vomitan, ya que ese episodio de sobreingesta les genera un elevado nivel de ansiedad. Esta última logra reducirse por medio del atracón y con la implementación de un ayuno más severo. Sin embargo, el alivio dura muy

poco ya que aparecen sentimientos de culpa y de pérdida de control. Por eso es que las conductas purgativas actúan como un factor de mantenimiento de la bulimia nerviosa.

Ahora bien si nos referimos a la reacción de quienes forman parte del entorno, suele ocurrir que algunos de los comportamientos de quien padece bulimia son reforzados positivamente por las personas de su alrededor (especialmente la pérdida de peso y el seguimiento de una dieta estricta); provocando de esta manera que se incremente la sensación de control, facilitando la cronificación del trastorno (Gómez Martínez, 2007).

2.2.4. Factores asociados edad y sexo:

Los trastornos alimenticios se inician o presentan principalmente en adolescentes y púberes; muy probablemente, las personas de mayor edad que los padecen iniciaron conductas sintomáticas en esta etapa de su vida. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17.

Durante la adolescencia, existen diversos factores asociados a los trastornos alimentarios. Entre ellos, encontramos que los más comunes son la depresión, insatisfacción corporal, ansiedad, entre otros. Dentro de estos factores, la insatisfacción corporal juega un papel fundamental y determinante en el riesgo a desarrollar trastornos alimentarios (Santrock, J. 2007).

Esto genera que muchos adolescentes se sientan insatisfechos con su apariencia, lo cual refleja el énfasis que se le otorga a los atributos físicos, tanto de varones como de mujeres, y cuando esta imagen corporal es percibida como negativa, puede dar lugar a problemas en la alimentación (Rosenblum y Lewis, 1999). Muchos adolescentes son muy sensibles en cuanto a su aspecto físico, es por esto que se genera un gran monto de ansiedad e inseguridad cuando su imagen no corresponde a los ideales de belleza que se muestran diariamente en los medios masivos. El Ministerio de Salud del Perú (2007), hace referencia a la especial preocupación que tienen las y los

adolescentes por su imagen corporal, que condiciona a llevar a cabo dietas restrictivas para acercarse a un ideal de belleza, influenciados por los modelos sociales del momento y que pueden dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria.

Los adolescentes de esta época están inmersos en una cultura que promueve modelos de belleza basados en una delgadez poco realista. Actualmente se utiliza al sexo masculino y femenino para vender, y cada vez son más comunes a la vista mujeres y hombres más delgados. Los adolescentes, en el afán obsesivo por querer ser delgados, como estos modelos, pueden llegar a desarrollar trastornos alimentarios. (Barriguet, Tena, 2005).

La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas. Los trastornos alimenticios presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante. De igual modo, ha aumentado la atención que los medios de comunicación y los profesionales prestan a este hecho, lo que remite al tiempo cuando los trastornos padecidos por mujeres empezaron a llamar la atención. El diagnóstico de los trastornos alimenticios en hombres se enfrenta con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen en el personal de salud: algunos médicos suponen que ser mujer es condición indispensable para presentarlos y que sólo ellas los padecen. Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido.

Son casi exclusivamente las mujeres quienes padecen anorexia y bulimia. El 90-95% de las personas afectadas son mujeres; de cada 10 personas que presentan anorexia o bulimia, 9 son mujeres.

En las mujeres los trastornos alimenticios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas:

- Les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria

a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.

- Su sentido de identidad y su imagen están más fuertemente influidos por aspectos relacionales: lo que piensan, esperan y dicen los otros influye en gran medida en el sentimiento de sí, y esto se incrementa en la adolescencia.
- El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor autoexigencia y preocupación.
- El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva; las niñas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.
- Los roles sociales y biológicos para los que se las prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres; pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico. Si la mujer posee una musculatura masculinizada, muestra mayor competitividad y empuje, pero ello actúa en contra y a costa de sus caracteres biológicos femeninos ligados a su identidad sexual y a funciones igualmente exigidas.

En el caso de los hombres, la pubertad actúa en el sentido contrario: los acerca al ideal cultural de la masculinidad, tanto en términos biológicos como sociales. Los hombres con trastornos alimenticios suelen expresar preocupación, percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos. Goldman cita el caso de Andrés, de 20 años de edad: “quería controlar la comida, no sabía controlarme, me agarraban atracones y entonces, tengo sentimientos de culpa y vomito”, “era obeso, me decían corcho, me cargaban porque era bajito y gordo”, “tengo diagnóstico de

bulimia, hago mucha gimnasia, me doy atracones, duermo hasta olvidar, soy bulímico y antes era anoréxico”.

Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimenticios entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros considerados de riesgo no está tan difundido socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres.

Tanto para los hombres como para las mujeres la adolescencia representa un momento importante en el proceso de definición de la identidad y orientación sexual, este factor también puede intervenir en el desarrollo de los trastornos alimenticios. La anorexia y la bulimia también están fuertemente vinculadas a un ideal estético de belleza femenina construido socialmente y difundido ampliamente por las expectativas colectivas, los cánones de la moda y los medios de comunicación en los que la obtención de la delgadez se vincula directamente con la idea del éxito y la aceptación del entorno.

Así, relaciones sociales conflictivas vinculadas a los roles de la mujer encuentran una expresión simbólica en el cuerpo y su relación con los alimentos. En las sociedades urbanas actuales se establece tanto para hombres como para mujeres un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural, sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos.

En la mujer esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales pero sin perder el autocontrol, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer en las sociedades actuales.

Aunque la mujer ha accedido en algunas esferas a un mayor grado de equidad frente al hombre, su cuerpo no ha dejado de ser visto como objeto de consumo. Las mujeres de hoy deben adquirir una imagen de independencia y exhibirse como objetos vendibles en un mercado de consumo cada vez más exigente, competido y contradictorio.

Tener un cuerpo esbelto no es sólo responder a un canon de belleza, sino estar dentro del mercado. La amenaza no es ser fea o gorda, sino quedar marginada en un mundo donde no se es ni se existe si no se responde al código social. Anorexia y bulimia parecen haberse transformado a tal grado en el paradigma del género femenino que algunos expertos se abstienen de difundir los síntomas de la enfermedad, lo que se convierte en su promoción más que en su prevención.

Ahora bien, la vivencia subjetiva de todo lo anterior, de acuerdo con la historia personal, es central en este tipo de padecimientos. Si bien es cierto que la cultura deja su marca en la producción de los trastornos alimenticios, las situaciones psicológicas individuales los determinan y desencadenan.

Armatta, (1999) afirman que con respecto a la prevalencia de los trastornos de la alimentación, utilizando criterios diagnósticos, en mujeres jóvenes sería menor del 1% para la anorexia nerviosa, y alrededor del 1% para la bulimia nerviosa.

Asimismo, se estima que un 6% de la población de mujeres tendría formas subclínicas y/o atípicas de los mismos. La prevalencia, utilizando criterios estrictos de diagnóstico en mujeres jóvenes sería menor el 1 % para la anorexia nerviosa, y alrededor del 1% para la bulimia nerviosa. En nuestro país se detectó en población femenina universitaria (de 18 a 25 años) un 13 % de probabilidad de trastorno alimentario, 0.46 % (1 en 207) de anorexia nerviosa, 2.9 % (6 en 207) de bulimia purgativa, 1.45% (3 en 207) de bulimia no purgativa y entre un 10 a un 30% de conducta dietante. (Armatta, Babio, Berghella, Facchini, García, Guarrwera y Piñero, 1999, p.17).

La anorexia y la bulimia se describen con más frecuencia en sociedades occidentales industrializadas, mientras que su aparición es rara en los países del Tercer Mundo o subdesarrollados (APA, 2000). Los investigadores creen que al crecer el número de países «occidentalizados», aumentará la incidencia del trastorno (Patel DR, Phillips EL, Pratt DR, 1998). Aproximadamente el 90% de los individuos diagnosticados de Anorexia nerviosa o de Bulimia Nerviosa son de sexo femenino, y sólo el 10% hombres. La American Psychiatric Association estima que en la población general femenina cerca del 0,5% de las mujeres serán diagnosticadas de Anorexia nerviosa, y entre el 1 y el 3% lo serán de Bulimia Nerviosa (APA, 2000).

Sabemos que la juventud es una etapa decisiva para promover la salud y generar estilos de vida (Varillas, 2004). Por otro lado, el acceso a la universidad supone un cambio importante en el individuo que puede repercutir en su estilo de vida (Blasco T, Capdevilla L, Pintanel M, Valiente L, Cruz J., 1996). La juventud es una etapa crucial en el desarrollo de la persona en la que se van adquiriendo hábitos que en la mayoría de los casos se mantienen en la edad adulta, con el consiguiente riesgo o beneficio para la salud. Estos hábitos de riesgo incrementan de forma notable la probabilidad de desarrollar ciertas patologías en la vida adulta (OMS, 1990).

En la actualidad, la falta de referentes y soportes del mundo adulto potencia la falta de rumbo claro y definido característico del adolescente. Quedan marginados en un espacio de exclusión, excesos y desmedidas, inmersos en un sentimiento de vacío, impotencia y sufrimiento. Es necesario construir un borde para evitar las patologías autodestructivas. La adolescencia es un momento propicio para la fractura psíquica. Necesitan lazos confiables y al mismo tiempo se desata el conflicto con los representantes del mundo adulto (Gáfaró, Alejandra 2001).

Stein (1991) Dentro de la población general, ciertos grupos presentan tasas más altas de trastornos alimentarios, diagnosticables o casi diagnosticables (subumbral). Entre tales grupos se incluyen estudiantes universitarios, atletas (tanto estudiantes como profesionales), bailarines, estudiantes de dietética y modelos. Por ejemplo, en una revisión de la investigación empírica, Stein (1991) describió que entre el 7,7 y el 19% de las universitarias podían diagnosticarse de bulimia o de bulimia subumbral.

Sugirió que las diferencias en la prevalencia encontrada dentro de este grupo guardaban más relación con los métodos de investigación (garantía de la confidencialidad, evaluación mediante entrevista personal o con cuestionario escrito, criterios diagnósticos amplios o restringidos), que con diferencias reales entre los sujetos de las distintas universidades (Stein 1991).

Históricamente se ha considerado que los trastornos alimentarios afectan a mujeres de raza blanca. Varios investigadores han puesto en duda esta asunción, y han llamado la atención sobre la falta de inclusión de mujeres de color en los estudios de investigación (Gilbert, 2003). Aunque recientemente se han hecho estudios para evaluar la prevalencia de Anorexia nerviosa y de Bulimia nerviosa en mujeres de color, Gilbert (2003) afirma que las tasas de prevalencia publicadas varían. En su revisión de la literatura, Walcott, Pratt y Patel (2003) encontraron que la Anorexia nerviosa ocurría con aproximadamente la misma frecuencia entre las poblaciones de americanas asiáticas, nativas norteamericanas e hispanas que en las poblaciones de mujeres blancas, mientras que la frecuencia era menor en las afroamericanas. También citaron estudios en los que se había encontrado que las mujeres afroamericanas con Bulimia nerviosa solían usar laxantes en lugar de recurrir a los vómitos (Walcott, Pratt y Patel 2003).

2.3. DEFINICIONES BASICAS

a) Deseos de adelgazar:

Necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta subescala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso.

b) Bulimia:

Es un trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimento (atracones) durante los cuales siente una pérdida de control sobre la comida. La persona utiliza

luego diversas formas, tales como vomitar o consumir laxantes (purgarse), para evitar el aumento de peso.

c) Insatisfacción corporal:

Sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal”.

d) Ineficacia:

Presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre auto concepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad”.

e) Perfeccionismo:

Presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas.

f) Desconfianza:

Existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.

g) Alexitimia:

Presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.

h) Miedo a crecer:

Hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.

i) Ascetismo:

Tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol.

j) Impulsividad:

Presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática.

k) Inseguridad social:

Creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad.

l) Ansiedad:

Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

m) Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

n) Dieta:

Se denomina dieta a la planificación de la ingesta de alimentos con la finalidad de controlar el peso. Existen numerosos tipos de dietas, cada una de ellas haciendo hincapié en distintos grupos de alimentos. Esto se debe a la poca exactitud que existe a la hora de adoptar los hábitos correctos para mantener un peso adecuado.

o) Hábitos alimenticios:

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula

perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II

3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1: Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen diferente puntuación promedio en los síntomas de problemas alimenticios.

H2: Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor edad.

H3: Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor sexo.

H4: Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, presentan asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios.

3.2. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Síntomas De Problemas Alimenticios

Definición operacional: los síntomas de problemas alimenticios demostraran un posible desarrollo del trastorno los cuales serán identificados y medidos por Inventario de trastornos alimentarios (EDI - 2).

| VARIABLE | INDICADOR | CATEGORIAS | ESCALA |
|---|-------------------------|------------------------|---------|
| Síntomas De Problemas Alimenticios | Deseos de adelgazar | Puntaje obtenido de la | Ordinal |
| | Bulimia | escala: | |
| | Insatisfacción corporal | 0. Nunca/casi nunca | |
| | Ineficacia | 1. Algunas veces | |
| | Perfeccionismo | 2. Generalmente | |
| | Desconfianza | 3. Siempre/casi | |
| | Alexitimia | siempre | |
| | Miedo a crecer | | |
| | Ascetismo | | |
| | Impulsividad | | |
| Inseguridad social | | | |

Variable: Factores asociados como sexo y edad de los estudiantes universitarios

| VARIABLE | INDICADOR | CATEGORIAS | ESCALA |
|---------------------------|-----------|------------------------------|---------|
| Factores asociados | Sexo | 1.Masculino 2.Femenino | Nominal |
| | Edad | 17 a 19 20 a 22 23 más | Ordinal |

3.3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

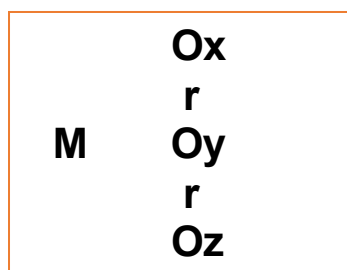
3.3.1. Tipo de investigación

La presente investigación según la finalidad es de tipo básico teórico, porque buscó el mejor conocimiento y comprensión del tema por investigar que en este caso fue los síntomas de problemas alimenticios, el cual tiene como propósito enriquecer el conocimiento teórico-científico. Según el nivel de conocimientos alcanzados es de tipo correlacional, pues busca la asociación de factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios (Hernández Zampieri R., 2005)

3.3.2. Diseño de la investigación

La presente investigación es de diseño no experimental porque no manipula la variable y se midieron los hechos tal como son y es de tipo correlacional (Hernández Zampieri R., 2003).

Esquema:



Dónde:

M = Muestra en quien se realiza el estudio

Ox, Oy, Oz = Observaciones obtenidas de cada una de las variables distintas en la muestra

r = relación, asociación

3.4. AMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación, se efectuó en la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II, es una institución de carácter privado sin fines de lucro, esta se creó por iniciativa del Presbítero Luis Mellado Manzano, con la Ley N° 24060 dada por el Congreso de la República el 3 de enero de 1985 y publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el día 09 de enero de 1985. Se inicia con las Facultades de Educación, con la Carrera Profesional de Matemáticas; Ingeniería Electrónica y Derecho y Ciencias Políticas.

Posteriormente, mediante Ley N° 25164 el 26 de diciembre de 1989 el Congreso de la República modifica el Art. 2 de la Ley 24060 y establece que la universidad ofrece las siguientes Facultades: Facultad de Educación con las especialidades de Educación Inicial, Educación Primaria, Educación Secundaria, Educación y Rehabilitación Física y de idupt; Facultad de Ingeniería con las especialidades Ingeniería Electrónica, Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Civil; Facultad de Derecho y Ciencias Políticas con las especialidades de Derecho y Ciencias Políticas, y la Facultad de Turismo y Hotelería con las especialidades de Turismo y Hotelería.

3.5. POBLACION Y MUESTRA

La población

El universo poblacional estuvo conformado por 4,664 estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, que estuvieron matriculados en el año académico 2014 II.

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

| FACULTAD/ESPECIALIDAD | | POBLACION ESTUDIANTES |
|------------------------------|--|------------------------------|
| FADE | Derecho | 733 |
| FAEDCOH | Psicología | 172 |
| | Ciencias de la Comunicación | 92 |
| | Educación Inicial | 38 |
| | Educación Primaria | 5 |
| | Educación Técnica | 2 |
| | Educación Física y Deportes | 12 |
| FAING | Ingeniería Civil | 654 |
| | Ingeniería de Sistemas | 155 |
| | Ingeniería Electrónica | 75 |
| | Ingeniería Ambiental | 146 |
| | Ingeniería Industrial | 38 |
| | Ingeniería Agroindustrial | 68 |
| FACEM | Administración Turística - Hotelera | 86 |
| | Ingeniería Comercial | 590 |
| | Ciencias Contables y Financieras | 478 |
| | Administración y Negocios Internacionales | 292 |
| | Ingeniería de la Producción y Administración | 36 |
| | Economía y Micro finanzas | 66 |
| | FAU | Arquitectura |
| FACSA | Medicina | 298 |

| | |
|--------------------------|-------------|
| Odontología | 172 |
| Laboratorio | 40 |
| Terapia y Rehabilitación | 60 |
| Total | 4664 |

Fuente: Nómina de matrícula de la UPT, 2014 II

La muestra

En esta investigación, se empleó el método probabilístico, la población de estudiantes se encuentra concentrada en la Universidad Privada de Tacna, por tanto, su aplicación es viable y accesible para el recojo de la información (Raúl Pino G. 2007, p.123)

La determinación de la muestra se realizó en dos fases:

Una *primera fase*: Por medio de la nómina de los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, se obtuvo la población total correspondiente al año académico 2014-II. El tamaño muestra se determinó utilizando la ecuación estadística de Cochran para poblaciones finitas y variables cualitativas. (Hernández Sampieri, 2005, p.175)

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N : Población objeto = 4,664

z : Nivel de significación = 1.96

p : Probabilidad de la variable de interés = 0.5

q : Probabilidad de fracaso = 0.5

e : Error muestral = 0.05

n : Tamaño de la muestra = 355

Dando como resultado una muestra (n) de 355 estudiantes.

En *una segunda fase*, una vez obtenido el tamaño muestral de la población objeto de estudio, se procedió a elegir el tamaño estratificado mediante la ecuación de Kish (1965) que se muestra a continuación:

$$fh = \frac{n}{N} = KSh$$

En donde fh es la fracción del estrato, n el tamaño de la muestra, N el tamaño de la población elegida, sh es la desviación estándar de cada elemento del estrato h , y K es una proporción constante que nos dará como resultado una n óptima para cada estrato.

Así tenemos, la obtención de la población de estudiantes universitarios, donde la fracción de los estratos fh será: 0,0761.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ÍNDICE DE AFIJACIÓN

| FACULTAD/ESPECIALIDAD | | POBLACION | INDICE DE FIJACION (fh) | CALCULO DE MUESTRA (n) | MUESTRA TOTAL (n) |
|-----------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| FADE | Derecho | 733 | 0.0761 | 55.781 | 56 |
| FAEDCO | Psicología | 172 | 0.0761 | 13.089 | 13 |
| H | Ciencias de la Comunicación | 92 | 0.0761 | 7.001 | 7 |
| | Educación Inicial | 38 | 0.0761 | 2.892 | 3 |
| | Educación Primaria | 5 | 0.0761 | 0.381 | 0 |
| | Educación Técnica | 2 | 0.0761 | 0.152 | 0 |
| | Educación Física y Deportes | 12 | 0.0761 | 0.913 | 1 |

| | | | | | |
|--------------|--|-------------|--------|--------|------------|
| FAING | Ingeniería Civil | 654 | 0.0761 | 49.769 | 50 |
| | Ingeniería de Sistemas | 155 | 0.0761 | 11.796 | 12 |
| | Ingeniería Electrónica | 75 | 0.0761 | 5.708 | 6 |
| | Ingeniería Ambiental | 146 | 0.0761 | 11.111 | 11 |
| | Ingeniería Industrial | 38 | 0.0761 | 2.892 | 3 |
| | Ingeniería Agroindustrial | 68 | 0.0761 | 5.175 | 5 |
| FACEM | Administración Turística – Hotelera | 86 | 0.0761 | 6.545 | 6 |
| | Ingeniería Comercial | 590 | 0.0761 | 44.899 | 46 |
| | Ciencias Contables y Financieras | 478 | 0.0761 | 36.376 | 36 |
| | Administración y Negocios Internacionales | 292 | 0.0761 | 22.221 | 22 |
| | Ingeniería de la Producción y Administración | 36 | 0.0761 | 2.740 | 3 |
| | Economía y Micro finanzas | 66 | 0.0761 | 5.023 | 5 |
| FAU | Arquitectura | 356 | 0.0761 | 27.092 | 27 |
| FACSA | Medicina | 298 | 0.0761 | 22.678 | 22 |
| | Odontología | 172 | 0.0761 | 13.089 | 13 |
| | Laboratorio | 40 | 0.0761 | 3.044 | 3 |
| | Terapia y Rehabilitación | 60 | 0.0761 | 4.566 | 5 |
| Total | | 4664 | | | 355 |

Muestreo

El muestreo de la unidad de análisis fue de método probabilístico, de manera que el número total de estudiantes universitarios, tuvo la misma probabilidad de ser elegido

mediante el método aleatorio simple teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del investigador.

Criterios de selección

3.5.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes de ambos sexos matriculados en el año académico 2014- II de la Universidad Privada de Tacna.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio voluntariamente.

3.5.2. Criterios de exclusión:

- Estudiantes que son irregulares en la asistencia académica del año 2014- II de la Universidad Privada de Tacna.
- Estudiantes que tengan algún tipo de discapacidad física parcial.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Encuesta

Instrumento: Inventario de trastornos alimentarios (EDI - 2)

Este inventario creado por Garner (1998), ha sido ampliamente utilizado en diversas investigaciones y ha sido adaptado en países como Israel, México, Nueva Zelanda, Suecia, Corea, Alemania, Estados Unidos, Holanda, España, Chile, entre otros. La ventaja del EDI-2 es que contó con un gran número de adaptaciones y que permitió realizar estudios transculturales con el mismo instrumento y se puede encontrar similitudes y/o diferencias en la forma en la cual se presentan los trastornos alimentarios en diferentes sociedades y asociar estos descubrimientos con variables como género, edad, cultura u otras. Además, el EDI-2 es uno de los inventarios más utilizados a nivel mundial y, a diferencia de otras pruebas, puede ser utilizado tanto en hombres y en mujeres y no se centra

únicamente en evaluar el trastorno alimentario de forma específica, sino que permite ahondar en características de personalidad y sociales que afectan a las personas y podrían ponerla en una posición de riesgo.

El objetivo del cuestionario es que evaluó aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; se debe aplicar a personas de 11 años en adelante; en grupos que puedan tener predisposición a esta patología con fines preventivos. No tiene tiempo límite de aplicación, pero se considera un aproximado de 30 minutos.

El EDI – 2 es un instrumento de autoinforme muy utilizado que evaluó características conductuales y cognoscitivas de la anorexia y la bulimia nerviosa. Ofreció puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria: Tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (deseos de adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal), cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, alexitimia y miedo a crecer); y tres adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). El cuestionario estuvo compuesto de 91 reactivos, a las que se contestó en una escala de 6 puntos y en la que los sujetos indicaron si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

La aplicación del EDI – 2 requiere un cuadernillo y una hoja de respuestas. La aplicación puede ser individual o colectiva. Se presentó como una medida de las actitudes, sentimientos y conductas del sujeto en relación con la comida y otras actividades generales. Se informó a los sujetos que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que no hubo un tiempo de aplicación limitado. Se permitió que los sujetos hagan preguntas. Se informó que es muy importante que contesten todos los elementos, en cada uno de ellos contestaron indicando si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

Los elementos redactados en forma positiva puntúan de la siguiente forma: siempre =3; casi siempre =2; a menudo =1; a veces =0; pocas veces =0; nunca =0. En los elementos redactados en sentido negativo las puntuaciones se invierten. Cada ítem participa en una sola de las 11 escalas y la puntuación directa de cada escala se obtuvo sumando los puntos atribuidos a los elementos de la misma. Respecto a la interpretación, cada escala presentó una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación, mayor fue la manifestación del rasgo evaluado. Se interpretó las puntuaciones altas o bajas en el EDI – 2 en consonancia con otras fuentes de información sobre el sujeto. Las puntuaciones de las escalas del EDI – 2 se interpretaron con ayuda de las tablas de baremos. Un punto de corte de 14 en la subescala de motivación para adelgazar indica, tanto una probabilidad de desarrollar un trastorno de alimentación, como la existencia del mismo.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información se realizó el control de calidad de las fichas, se codificó los datos y se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2013; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 21,0.

Antes de realizar el análisis estadístico se evaluó si los síntomas de la Subescala EDI-2 tenían o no distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), a fin de determinar la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas.

En el análisis unidimensional se utilizó la media aritmética y desviación estándar.

En el análisis bidimensional, para demostrar las diferencias entre sexo y edad de los estudiantes, se utilizó el pruebas estadísticas paramétricas t de Student y Análisis de varianza; pruebas no paramétricas U de Mann Whitney o de Kruskal Wallis según correspondió, considerando un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$. Para probar la Hipótesis de investigación sobre la asociación de los factores asociados edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios, se determinó utilizando la prueba de rangos de Rho de Spearman.

Para la presentación de resultados se elaboraron cuadros de contingencia de una y múltiple entrada, generando gráficos de barras, teniendo en cuenta los objetivos planteados en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Recolección de los datos

Primero se coordinó con los Decanos de cada Facultad de la Universidad Privada de Tacna, así como también con autoridades intermedias, a fin de obtener la autorización y las facilidades del caso para la ejecución de las encuestas en los estudiantes de tal Universidad.

Antes de la aplicación de los instrumentos, se explicó a cada estudiante seleccionado, los objetivos, los beneficios y la contribución de su participación al conocimiento del tema en estudio, por tanto, se solicitó la colaboración para el llenado de las encuestas de acuerdo al horario de estudio y disponibilidad de tiempo en cada Facultad. En todo el proceso se mantuvo los principios éticos de confidencialidad y anonimato, en amparo de la identidad y privacidad del estudiante universitario.

Los sujetos de estudio consignaron sus respuestas en el instrumento EDI-2, sobre síntomas de problemas alimenticios en un tiempo no mayor a 30 minutos y las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

Al término de la ejecución de la encuesta, se contabilizó el número de estudiantes que participó en el estudio y se obtuvo una tasa de no respuesta (TNR) muy baja (5%), es decir, solo 18 de 355 estudiantes no pudieron participar

por motivos de tiempo, pero estos fueron sustituidos por otros que aceptaron voluntariamente.

4.2. DISEÑO DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para presentar los resultados se siguió el siguiente diseño:

- Información sobre síntomas de problemas alimenticios.
- Información sobre la asociación del factor edad con los síntomas de problemas alimenticios.
- Información sobre la asociación del factor sexo con los síntomas de problemas alimenticios.
- Información sobre el nivel de asociación entre factor como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios.

4.3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Prueba de bondad de ajuste

Se calcula utilizando la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), prueba para poblaciones mayores de 50 sujetos, para determinar si los puntajes de Los síntomas de la Subescala EDI-2 tienen o no distribución normal.

TABLA 3
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE PARA EL
PUNTAJE DE LOS SÍNTOMAS DE LA SUBESCALA EDI-2 EN
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II.

| Pruebas de normalidad | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|-------------|
| Síntomas de la | Kolmogorov-Smirnov^a | | |
| Subescala EDI-2 | N | Estadístico | Sig. |
| Deseos de adelgazar | 355 | 2.168 | 0.000 |
| Bulimia | 355 | 2.536 | 0.000 |
| Insatisfacción corporal | 355 | 1.311 | 0.064 |
| Ineficacia | 355 | 2.173 | 0.000 |
| Perfeccionismo | 355 | 1.262 | 0.083 |
| Desconfianza | 355 | 1.242 | 0.091 |
| Alexitimia | 355 | 1.839 | 0.002 |
| Miedo a crecer | 355 | 1.186 | 0.120 |
| Ascetismo | 355 | 1.910 | 0.001 |
| Impulsividad | 355 | 1.783 | 0.003 |
| Inseguridad social | 355 | 1.939 | 0.001 |
| Se han calculado a partir de los datos. | | | |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 3, presenta los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov, observándose que el puntaje total obtenido de cada uno de los síntomas Insatisfacción corporal, Desconfianza y Miedo a crecer tienen distribución normal, dado que el valor p es mayor a 0,05, indicando que deben utilizarse pruebas paramétricas para determinar diferencias; mientras que los síntomas: Deseos de adelgazar, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo, Alexitimia, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social

no se aproximan a una distribución normal, ya que el coeficiente es menor; $p < 0.05$; indicando que deben aplicarse pruebas no paramétricas.

TABLA 4
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II.

| Factores personales | | Nº | % |
|----------------------------|--------------|-----------|----------|
| Sexo | Masculino | 177 | 49.9% |
| | Femenino | 178 | 50.1% |
| | Total | 355 | 100.0% |
| Edad | 17 - 19 años | 140 | 39.4% |
| | 20 - 22 años | 98 | 27.6% |
| | 23 a más | 117 | 33.0% |
| | Total | 355 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 4, se observa que a nivel de sexo, la distribución de la muestra es casi similar, siendo el 50,1% para el sexo femenino y 49,9% para los estudiantes varones.

De acuerdo a la edad, el 39,4% de la muestra estudiada tenían entre 17 a 19 años, el 33% de 23 a más años y 27,6% entre 20 a 22 años.

4.3.1. Información sobre síntomas de problemas alimenticios

TABLA 5
PROMEDIO GLOBAL DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS
DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II.

| TOTAL (N=355) | Síntomas de las Subescalas - EDI-2 | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| Media | 8.4 | 5.2 | 11.1 | 12.4 | 10.5 | 10.2 | 11.4 | 10.5 | 8.0 | 10.9 | 12.7 |
| D.E. | 5.6 | 4.0 | 4.8 | 4.1 | 3.9 | 3.7 | 6.2 | 3.8 | 5.0 | 6.9 | 4.2 |

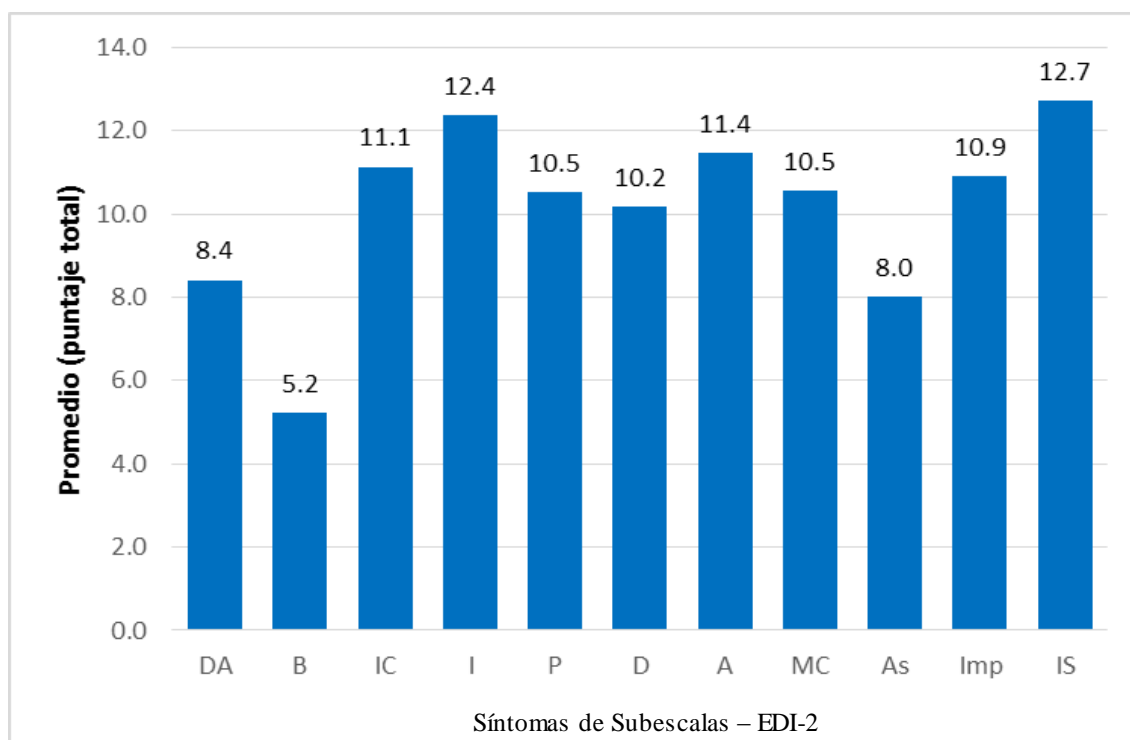
Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas problemas alimenticios.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

D.E.: Desviación estándar.

La tabla 3 muestra los promedios y desviación estándar de las once subescalas para el total de la muestra. Se observa que a nivel global el mayor puntaje promedio lo obtuvieron en la subescala de Inseguridad social (Media=12.7; D.E.=4,2).

FIGURA 1
PROMEDIO GLOBAL DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS
DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II



Fuente: Datos de la Tabla 5.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

4.3.2. Información sobre la asociación del factor edad con síntomas de problemas alimenticios

TABLA 6
PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2
SEGÚN EDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II.

| | | Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| 17 - 19 años (N=140) | Media | 8.7 | 5.6 | 11.9 | 12.3 | 10.8 | 10.4 | 11.8 | 10.6 | 7.9 | 11.2 | 12.8 |
| | D.E. | 5.6 | 4.3 | 5.2 | 4.4 | 4.0 | 3.9 | 6.5 | 3.8 | 4.5 | 7.1 | 4.5 |
| 20 - 22 años (N=98) | Media | 8.1 | 5.3 | 11.2 | 13.0 | 10.8 | 10.4 | 11.5 | 11.0 | 8.3 | 11.3 | 13.2 |
| | D.E. | 5.6 | 4.0 | 4.4 | 3.9 | 3.7 | 3.6 | 6.0 | 3.3 | 5.3 | 7.0 | 4.0 |
| 23 a más (N=117) | Media | 8.3 | 4.7 | 10.1 | 11.9 | 9.9 | 9.8 | 11.0 | 10.1 | 7.9 | 10.2 | 12.2 |
| | D.E. | 5.6 | 3.8 | 4.2 | 3.8 | 4.1 | 3.7 | 6.2 | 4.3 | 5.2 | 6.6 | 4.0 |
| Diferencia entre edad | Valor <i>p</i> | p=0.715 * | p=0.217 * | p=0.008 ** | p=0.155 * | p=0.136 ** | p=0.365 ** | p=0.634 * | p=0.264 ** | p=0.854 * | p=0.378 * | p=0.246 * |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

D.E.: desviación estándar; *Kruskal Wallis, **Análisis de varianza ANOVA.

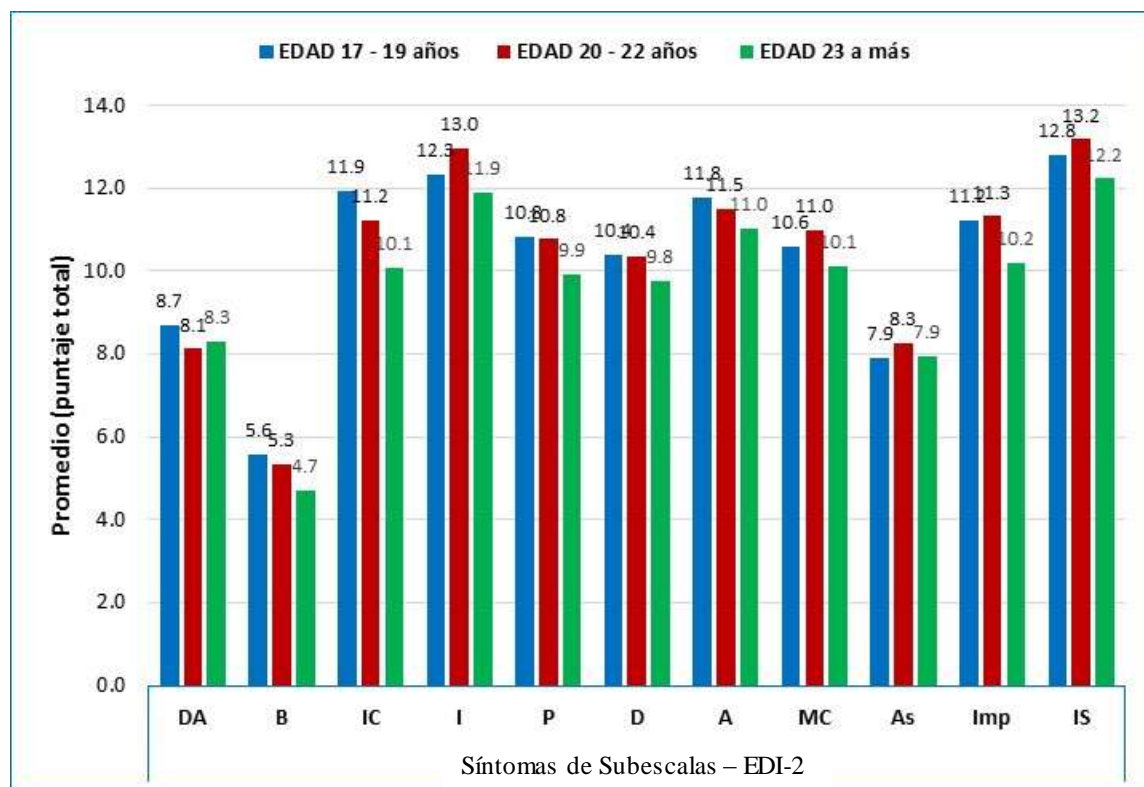
La tabla 6 presenta los promedios, desviación estándar y media aritmética de las once subescalas para el total de la muestra y por grupos de edad. Se observa que en las tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo; se tiene que, en deseos de adelgazar, el promedio de puntaje mayor fue para el grupo de 17 a 19 años (Media=8,7; D.E.=5,6); en la bulimia, el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años (Media=5,6) y en la insatisfacción corporal, el mayor promedio también se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años.

Con respecto a los cinco síntomas más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los síntomas de problemas alimenticios; se tiene que en la ineficacia se obtuvo el mayor promedio en el grupo de 20 a 22 años (Media=13,0); en el perfeccionismo el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años y 20 a 22 años (Media=10,8); en la desconfianza interpersonal el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17-19 años y 20-22 años (Media=10,4); en la Alexitimia se obtuvo un mayor promedio en el grupo de 17 a 19 años (Media=11,8) y en el indicador miedo a crecer, el mayor promedio se observó en el grupo de 20-22 años (Media=11,0).

Referente a los tres síntomas adicionales; en el Ascetismo se obtuvo un mayor promedio en el grupo de 20-22 años (Media=8,3); en la impulsividad el mayor promedio obtenido fue en el grupo de 20-22 años (Media=11,3) y en la inseguridad social, el mayor promedio también lo obtuvo el grupo de 20-22 años (Media=13,2).

Al comparar los promedios de puntaje total, se encontró diferencias significativas únicamente entre la edad con el subescala insatisfacción corporal del estudiante ($p < 0,05$), siendo los mayores puntajes para las el grupo de edad de 17-19 años y 20-22 años. En las subescalas de: Deseos de adelgazar, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo, Alexitimia, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$).

FIGURA 2
PROMEDIO GLOBAL DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS
DEL EDI-2 SEGÚN EDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA, 2014-II.



Fuente: Datos de la Tabla 6.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

4.3.3. Información sobre la asociación del factor sexo con los síntomas de problemas alimenticios

TABLA 7
PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2
SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II.

| Sexo | Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|----------------------|---------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS | |
| Masculino (N=177) | Media | 7.4 | 4.9 | 10.7 | 12.1 | 10.2 | 9.6 | 10.7 | 10.2 | 8.1 | 10.7 | 12.4 |
| | D.E. | 5.4 | 3.8 | 4.5 | 3.8 | 3.9 | 3.8 | 6.5 | 3.9 | 5.2 | 7.0 | 4.2 |
| Femenino (N=178) | Media | 9.5 | 5.5 | 11.6 | 12.6 | 10.8 | 10.8 | 12.1 | 10.8 | 8.0 | 11.1 | 13.0 |
| | D.E. | 5.6 | 4.3 | 5.0 | 4.3 | 4.0 | 3.6 | 5.9 | 3.7 | 4.7 | 6.8 | 4.2 |
| Diferencia entre sexos | Valor p | p=0.000 * | p=0.284 * | p=0.073 ** | p=0.294 * | p=0.117 ** | p=0.002 ** | p=0.007 * | p=0.140 ** | p=0.867 * | p=0.525 * | p=0.156 * |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

D.E.: desviación estándar; *U - Mann-Whitney, **t de Student.

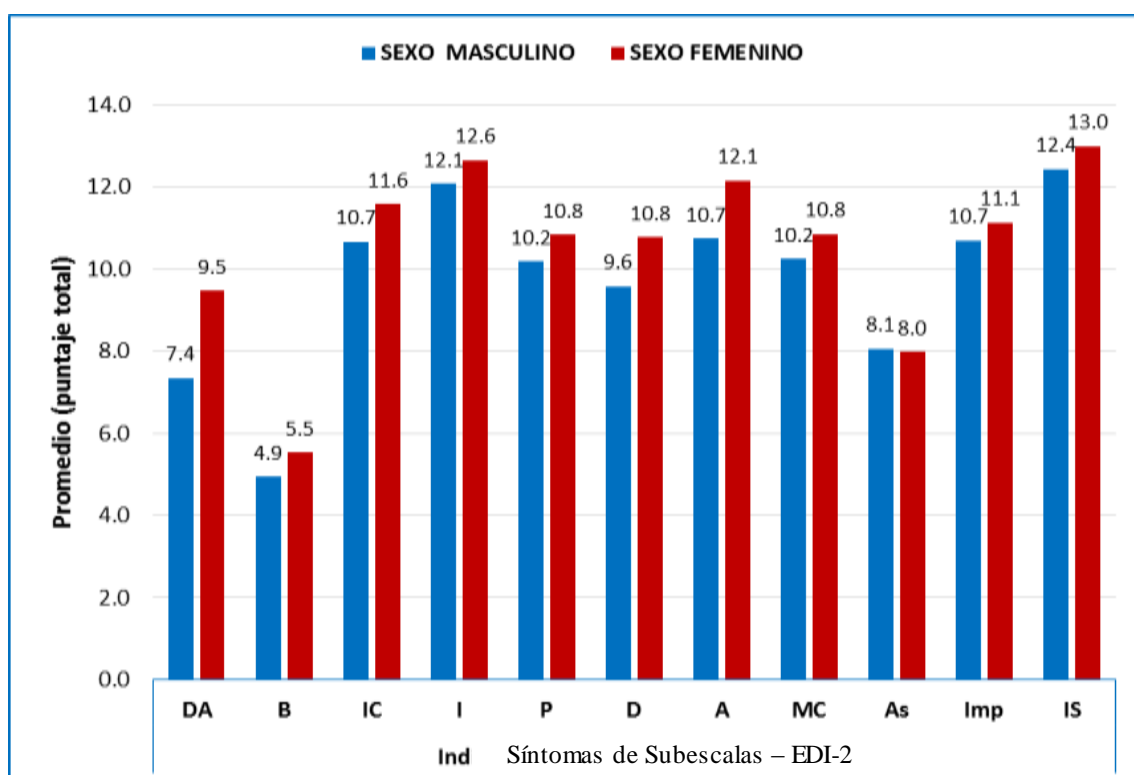
La Tabla 7, muestra que en el sexo masculino, el mayor promedio de puntaje se observa en la subescala de Inseguridad social (Media=12.4; D.E.=4,2).

En el sexo femenino, el promedio de puntaje es mayor en la subescala de Inseguridad social (Media=13.0; D.E.=4,2) siendo a su vez mayor que las obtenidas en las mujeres,

Al comparar los promedios de puntaje total se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en las subescalas: Deseos de adelgazar, Desconfianza y Alexitimia ($p < 0,05$), siendo mayor los puntajes para las mujeres que los hombres;

mientras que en las subescalas de: Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron diferencias significativas ($p>0,05$).

FIGURA 3
PROMEDIO GLOBAL DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS
DEL EDI-2 SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II.



Fuente: Datos de la Tabla 7.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

4.3.4. Información sobre el nivel de asociación entre factor como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios

TABLA 8
CORRELACIÓN ENTRE EL FACTOR EDAD CON EL PUNTAJE
OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II.

| | Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| Rho | -0.03 | -0.08 | -0,144 | -0.02 | -0.09 | -0.06 | -0.06 | -0.05 | -0.02 | -0.06 | -0.07 |
| Edad | | | | | | | | | | | |
| Valor <i>p</i> | 0.512 | 0.134 | 0.007 | 0.733 | 0.082 | 0.243 | 0.299 | 0.305 | 0.732 | 0.292 | 0.173 |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

Rho: Coeficiente Rho de Spearman; Significativo a nivel $p \leq 0,05$

La Tabla 8 muestra que mediante la prueba de Rho de Spearman el nivel de correlación o asociación entre el factor edad, no se evidenció asociación significativa con los síntomas de la subescala EDI-2 ($P > 0,05$), exceptuando con el indicador Insatisfacción corporal que tuvo una correlación débil negativa (Rho=-0,144; $p=0,007$).

TABLA 9
CORRELACIÓN ENTRE EL FACTOR SEXO CON EL PUNTAJE
OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II.

| | Inc Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| Rho | 0,193 | 0.06 | 0.09 | 0.06 | 0.07 | 0,167 | 0,143 | 0.09 | 0.01 | 0.03 | 0.08 |
| Sexo | | | | | | | | | | | |
| Valor <i>p</i> | 0.000 | 0.285 | 0.094 | 0.294 | 0.170 | 0.002 | 0.007 | 0.095 | 0.867 | 0.526 | 0.156 |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

Rho: Coeficiente Rho de Spearman; Significativo a nivel $p \leq 0,05$

La Tabla 9 muestra que mediante la prueba de Rho de Spearman el nivel de correlación o asociación entre el sexo y los síntomas de la subescala EDI-2; se encontró una débil correlación positiva con las subescalas deseos de adelgazar ($p=0,000$), Desconfianza ($p=0,002$) y Alexitimia ($p=0.007$). En el resto de los síntomas de la subescala no se encontró asociación significativa, dado que el valor p fue mayor a 0,05.

4.4. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Contrastación de Hipótesis específica 1

H_1 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen diferente puntuación promedio en los síntomas de problemas alimenticios.

Sea $\alpha = 0.05$.

Prueba estadística: Media aritmética para una muestra

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}$$

Calculo de la Media aritmética: Para cada uno de las subescalas de los síntomas de problemas alimenticios.

| TOTAL (N=355) | Ind Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| Media | 8.4 | 5.2 | 11.1 | 12.4 | 10.5 | 10.2 | 11.4 | 10.5 | 8.0 | 10.9 | 12.7 |
| D.E. | 5.6 | 4.0 | 4.8 | 4.1 | 3.9 | 3.7 | 6.2 | 3.8 | 5.0 | 6.9 | 4.2 |

Conclusión:

Se concluye que existe variabilidad de los puntajes obtenidos de las subescalas de síntomas de problemas alimenticios, siendo el mayor puntaje para la subescala Ineficacia e Inseguridad social y la menor puntuación para la subescala Bulimia en los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II.

Contrastación de Hipótesis específica 2

H_0 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, no poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor sexo.

H_1 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor sexo.

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de **Rho** es igual o próximo a 0 (cero).
- **Cálculo de la Prueba estadística:**

Prueba de correlación Rho de Spearman

| | | Sexo | Deseos de adelgazar |
|----------|---------------------|--------|---------------------|
| Rho de | Sexo | 1.000 | ,193** |
| | | | 0.000 |
| | N | 355 | 355 |
| Spearman | Deseos de adelgazar | ,193** | 1.000 |
| | | 0.000 | |
| | N | 355 | 355 |

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque el valor **Rho** es diferente a 0 (mayor a 1) y el *valor p* = 0,000 y es menor a $p < 0,05$.

Conclusión:

Se concluye que H_0 es falsa, y se afirma que existe evidencia de asociación estadística significativa entre el factor sexo y los síntomas de problemas alimenticios en el indicador deseos de adelgazar en los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II.

Contrastación de Hipótesis específica 3

H_0 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, no poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor edad.

H_1 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, poseen síntomas de problemas alimenticios asociados al factor edad.

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de **Rho** es igual o próximo a 0 (cero).
- **Cálculo de la Prueba estadística:**

Prueba de correlación Rho de Spearman

| | | Edad | Insatisfacción corporal |
|-------------------------|------|----------------------------|-------------------------|
| Rho de Spearman | Edad | Coeficiente de correlación | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | -,144** |
| | | N | 355 |
| Insatisfacción corporal | Edad | Coeficiente de correlación | -,144** |
| | | Sig. (bilateral) | 1.000 |
| | | N | 355 |

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

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque el valor Rho es diferente a 0 (menor a 1) y el valor $p = 0,007$ y es menor a $p < 0,05$.

Conclusión:

Se concluye que H_0 es falsa, y se afirma que existe evidencia de asociación estadística significativa entre el factor edad y los síntomas de problemas alimenticios en el indicador insatisfacción corporal en los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II.

Contrastación de Hipótesis específica 4

H_0 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, no presentan asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios.

H_1 = Los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II, presentan asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios.

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:** Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de **Rho** es igual o próximo a 0 (cero).
- **Cálculo de la Prueba estadística:**
Prueba de correlación Rho de Spearman

| | Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| Sexo | 0,193 | 0.06 | 0.09 | 0.06 | 0.07 | 0,167 | 0,143 | 0.09 | 0.01 | 0.03 | 0.08 |
| Edad | -0.03 | -0.08 | -0,144 | -0.02 | -0.09 | -0.06 | -0.06 | -0.05 | -0.02 | -0.06 | -0.07 |

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque el valor **Rho** es diferente a 0 (menor a 1) y el valor $p = 0,007$ y es menor a $p < 0,05$.

Conclusión:

Se concluye que H_0 es falsa, y se afirma que existe evidencia de asociación estadística significativa entre el factor edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en el indicador insatisfacción corporal para edad y deseos de adelgazar, Desconfianza interpersonal para sexo en los alumnos de la Universidad Privada de Tacna, 2014-II.

4.5. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo por objetivo, determinar la asociación entre factores como edad y sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la

Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II. En este contexto, la muestra de estudio fue 355 sujetos, de los cuales, el 50,1% fue para el sexo femenino y 49,9% para los estudiantes varones (Tabla 4). El grupo de edad de mayor porcentaje fue de 17 a 19 años (39,4%), el 33% de 23 a más años y 27,6% entre 20 a 22 años.

Un estudio similar desarrollado por Borrego R. C. E. (2010) sobre Factores de riesgo y síntomas clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Universidad César Vallejo y Universidad Nacional Mayor de San Marcos, obtuvo una muestra de 355 sujetos, debidamente representados por sus facultades. Lo que difiere de esta investigación, es que el autor desarrollo su estudio solo en población de sexo femenino, mientras que en este estudio se ejecutó en ambos sexos.

En relación a los síntomas de problemas alimenticios en forma global (Tabla 5), congruente con el primer objetivo específico, se encontró que en las principales escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo: Resalta el deseo de adelgazar donde se obtuvo un promedio de puntaje de 8,4; bulimia 5,2 e insatisfacción corporal 11,1. En los cinco síntomas más generales referidas a la ineficacia obtuvo un promedio de 12,4, perfeccionismo 10,5; desconfianza interpersonal 10,2; Alexitimia 11,4 y miedo a crecer 10,5. En los tres síntomas adicionales como Ascetismo obtuvo un promedio de 8,0; impulsividad 10,9 y en la inseguridad social fue 12,7.

Otro estudio similar reportada por Bottinelli, M. M., (2011) sobre “Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios” de la Universidad Abierta Interamericana. Encontró que según los resultados de la Escala ICA, los estudiantes de diseño gráfico obtuvieron puntuaciones más altas que los de psicología en las dimensiones: deseos de adelgazar, bulimia, perfeccionismo, desconfianza, miedo a crecer e impulsividad.

Podemos decir que la insatisfacción corporal de los estudiantes está relacionada con mayor frecuencia a que nunca/casi nunca o algunas veces (50%) se encuentran a gusto con la forma de su trasero y que el 75% creen que su trasero es demasiado

grande, el 50,1% se siente insatisfecho con su figura, el 74,6% piensa que sus muslos son demasiados gruesos, el 72,1% creen que sus caderas son demasiado anchas y 56,1% cree que su estómago es demasiado grande. Estos resultados hacen ver cierta inclinación a sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal”.

En el indicador deseos de adelgazar, el lado negativo se encontró en el 50% de estudiantes sienten que le aterroriza la idea de engordar, un 43% piensan en ponerse en dieta y un 41% comen dulces e hidratos de carbono sin preocuparse. Sin embargo, hay aspectos positivos, por ejemplo, el 72% de estudiantes no exagera o da demasiada importancia al peso, un 71% no está preocupado a ser una persona más delgada y un 63% nunca o solo algunas veces se sintió muy culpable cuando comió en exceso. Esto permite concluir que poco más de la mitad de estudiantes no siente la necesidad de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”, por tanto las preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso solo estaría en poco menos de la mitad de estudiantes.

Referente al indicador bulimia, los estudiantes encuestados mayormente no tienen tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva, ya que el 81,7% manifestó que nunca/casi nunca o algunas veces piensan en vomitar para perder peso, el 80,3% no fueron a comilonas en las que sentían que no podían dejar de comer, el 79% no suelen comer cuando están disgustado y 78% no suelen hartarse de comida.

En cuanto a las subescalas de EDI-2 por sexo (tabla 7) coherente con el tercer objetivo específico, se encontró que a nivel global el mayor puntaje promedio se obtuvo en la subescala Inseguridad social (12.7), lo cual, indica que existe una notoria tendencia a manifestar rasgos de inseguridad en su entorno social.

Analizando de acuerdo al sexo, los estudiantes hombres obtuvieron un promedio de puntaje igual a 13.0 en la subescala Inseguridad social, siendo más alto que el puntaje en mujeres (12,4) en la misma subescala. Otra subescala con puntaje alto, fue

la Ineficacia, donde las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de 12,6, ligeramente mayor al obtenido en hombres con 12,1.

Al comparar los promedios de puntaje total se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en las subescalas: Deseos de adelgazar, Desconfianza y Alexitimia ($p < 0,05$), siendo mayor los puntajes para las mujeres que los hombres (Tabla 5); mientras que en las subescalas de: Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$).

El resultado difiere al reportado por Arrufat Nebot, F. J. en su estudio sobre “Prevalencia de la Conducta Alimentaria en la población adolescente de la Comarca de la Zona, Barcelona 2006”, donde encontró que a nivel de sexo, las mujeres tenían una mayor prevalencia respecto a los varones en los síntomas temor a engordar ($p = 0,018$) y alteración de la imagen corporal ($p = 0,003$) y respecto a la prevalencia del resto de síntomas de TCA no se encontró diferencias significativas entre sexos.

También el resultado de este estudio difiere con el reportado por Cifuentes M. C. (2004), sobre Prevalencia de los trastornos alimenticios en relación al nivel socioeconómico y al género” Universidad Francisco Marroquin - Guatemala. Quién concluyó que no se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos por género.

Otro estudio similar reportada por Bottinelli M. C. (2011) sobre “Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios” de la Universidad Abierta Interamericana. Concluye que en cuanto al género, las mujeres tuvieron puntajes más altos en las dimensiones: deseo de adelgazar, insatisfacción corporal y miedo a crecer.

En este trabajo, con relación a los cinco síntomas de la subescala más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los síntomas de problemas alimenticios (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, Alexitimia y miedo a crecer).

En el indicador Ineficacia, se observó algunos aspectos positivos, así por ejemplo, la mayoría de estudiantes (84%) casi nunca o algunas veces se sienten incapaces, que el 81% nunca o algunas veces se consideran una persona poco eficaz, el 79% nunca o solo algunas veces se sienten emocionalmente vacío en su interior, el 78% nunca o algunas veces sienten que le gustaría ser otra persona, otro 78% nunca o algunas veces sienten que tienen una mala opinión de sí mismo y un 75% nunca o algunas veces se sienten solos en el mundo. Más bien llama la atención que poco más de la mitad de estudiantes, creen que generalmente controlan las cosas que pasan en la vida, hay un 38% que nunca o algunas veces se sienten seguro de sí mismo y un 26% nunca o algunas veces se considera una persona valiosa.

En el indicador Perfeccionismo, se encontró que casi la mitad de estudiantes, generalmente o siempre se fastidian no ser el mejor en todo, también casi la mitad nunca o algunas veces creen que deben hacer las cosas perfectamente o no hacerlas, el 47% de estudiantes manifestaron que en su familia nunca o algunas veces sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes. Sin embargo, más de la mitad de estudiantes desde cuando eran pequeños, intentaban con empeño no decepcionar a sus padres y profesores, el 64% se fijaban objetivos sumamente ambiciosos y en el 80% sus padres esperaban de mí resultados sobresalientes. Por lo encontrado, se puede decir que la mitad de estudiantes tuvieron presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas.

Concerniente al indicador Desconfianza interpersonal, se resalta que el 66% de estudiantes son capaces de expresar sus sentimientos, al 57% le resulta fácil comunicarse con los demás y 51% casi siempre o siempre tienen amigos íntimos. Sin embargo, un 52% nunca o solo algunas veces confían en los demás y a un 69% le cuesta expresar sus emociones a los demás, es decir, en ellos existe sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.

Referente al indicador Alexitimia, que es la presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales. Se encontró que un 49% nunca o algunas

veces pueden reconocer sus emociones que sienten en cada momento, el 57% nunca o algunas veces temen no poder controlar sus sentimientos, un 60% cuando están disgustado no saben si están triste, asustado o enfadado, el 72% nunca o algunas veces no saben muy bien cuando tienen hambre o no. Mientras que en el lado positivo, se observó que el 76% saben qué es lo que ocurre en su interior.

Analizando el indicador miedo a crecer, en lado negativo se encontró que el 70% de estudiantes sienten que la infancia es la época más feliz de la vida, un 47% sienten que las exigencias de la vida adulta son excesivas, mientras que en el lado positivo, se observó que un 57% no creen que las personas son más felices cuando son niños, al 58% nunca o algunas veces le gustaría volver a ser niño para sentirse seguro, al 64% nunca o algunas veces le gustaría ser más joven, el 70% preferiría ser adulto a ser niño y el 75% se alegra haber dejado de ser un niño. Por tanto, de estos resultados se puede decir que la mayoría de estudiantes no muestran un deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.

Otra variable de observación tomada en cuenta en este estudio fue la edad de los estudiantes (Tabla 6) congruente con el segundo específico. Se observa que en las tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo; se tiene que en deseos de adelgazar, el promedio de puntaje mayor fue para el grupo de 17 a 19 años (Media=8,7); en la bulimia, el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años (Media=5,6) y en la insatisfacción corporal, el mayor promedio también se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años.

Con respecto a los cinco síntomas más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los síntomas de problemas alimenticios; se tiene que en la ineficacia se obtuvo el mayor promedio en el grupo de 20 a 22 años (Media=13,0); en el perfeccionismo el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17 a 19 años y 20 a 22 años (Media=10,8); en la desconfianza interpersonal el mayor promedio se obtuvo en el grupo de 17-19 años y 20-22 años (Media=10,4); en la Alexitimia se obtuvo un mayor promedio en el grupo de 17 a 19 años (Media=11,8) y en el indicador miedo a crecer, el mayor promedio se observó en el grupo de 20-22 años (Media=11,0).

Referente a los tres síntomas adicionales; en el Ascetismo se obtuvo un mayor promedio en el grupo de 20-22 años (Media=8,3); en la impulsividad el mayor promedio obtenido fue en el grupo de 20-22 años (Media=11,3) y en la inseguridad social, el mayor promedio también lo obtuvo el grupo de 20-22 años (Media=13,2).

Al comparar los promedios de puntaje total, se encontraron diferencias significativas únicamente entre la edad con el subescala insatisfacción corporal del estudiante ($p < 0,05$), siendo los mayores puntajes para las el grupo de edad de 17-19 años y 20-22 años. En las subescalas de: Deseos de adelgazar, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo, Alexitimia, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$).

El resultado anterior, difiere al reportado por Arrufat Nebot, F. J. en su estudio “Prevalencia de la Conducta Alimentaria en la población adolescente de la Comarca de la Zona, Barcelona 2006”, donde evidenció que en la población total no existió diferencias significativas en la distribución de la variable satisfacción con la imagen corporal por edad ($p = 0,960$) y tampoco en los varones ($p = 0,30$) ni en las mujeres ($p = 0,74$).

El estudio de Bottinelli M. M. (2011) sobre “Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios” de la Universidad Abierta Interamericana. Concluye que a nivel de la variable edad no se han encontrado diferencias entre los promedios de puntuaciones.

En el indicador Ascetismo, se puede resaltar que el 53% de estudiante nunca o algunas veces le gustaría tener un control total sobre sus necesidades corporales, el 55% nunca o algunas veces se esfuerzan por buscar cosas que producen placer, el 73% nunca o algunas veces sienten que el sufrimiento le convierte en una persona mejor, el 74% nunca o algunas veces se siente incómodo por las necesidades de mi cuerpo, otro 74% nunca o algunas veces se avergüenza de sus debilidades humanas, el 81% nunca o algunas veces sienten que comer por placer es signo de debilidad moral y otro 81% nunca o algunas veces cree que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.

Con los resultados anteriores se puede decir que la mayoría de estudiantes tienen tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol.

En cuanto al indicador de Impulsividad que está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática. Se encontró que en la gran mayoría de estudiantes (86%) nunca o algunas veces sienten la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo, el 79% nunca o algunas veces siente que la gente dice que soy una persona emocionalmente inestable, el 77% nunca o algunas veces siente que las relaciones con los demás hacen que se sienta atrapado, el 74% nunca o algunas veces siente que los demás dicen que se irrita con facilidad y un 69% nunca o algunas veces tienen cambios de humor bruscos. Con estos resultados se puede afirmar que los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna en general no presentan tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales, Sin embargo a un grupo de 41% generalmente o casi siempre siente que la gente que le gusta de verdad suele defraudarla y un 45% casi siempre dicen impulsivamente cosas de las que después se arrepienten.

Con relación al indicador Inseguridad social, los estudiantes de la UPT tienen aspectos positivos, como por ejemplo el 81% cree que realmente saben quiénes son, el 71% saben que la gente lo aprecia, el 62% sienten que son comunicativos con la mayor parte de la gente, otro 62% suele sentirse a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo y un 59% cree que la gente confía en él tanto como se merece. Sin embargo, en más de la mitad de estudiantes (71%) se encontró que la gente nunca o solo algunas veces comprende sus verdaderos problemas.

De lo anterior, podemos afirmar que en la mayoría de estudiantes de la UPT no se observan creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales a las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad. Aunque estos temas específicos se manifiesta en un grupo pequeño que representan menos de la tercera parte de la población encuestada.

Al correlacionar el factor edad con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna, que es congruente con el cuarto objetivo específico (Tabla 8), se encontró que únicamente la Insatisfacción corporal tuvo una correlación débil negativa ($Rho=-0,144$; $p=0,007$) con la edad de los estudiantes; mientras que los demás síntomas de la subescala EDI-2 no se correlacionaron ($P > 0,05$).

En cuanto a la edad de los estudiantes, se obtuvo que el rango es de recorrido corto (de 17 a 29 años) con mayor concentración en la edad que comprende la etapa de vida adolescente tardío de 17 a 19 años (39,4%) y que está dentro del rango que señala la OMS (de 10 a 19 años). Aparentemente en la población de estudio, la Insatisfacción corporal se manifiesta poco más en la edad adolescente comparado a la etapa de vida joven comprendida entre los 20 a 22 años y de 23 a 29 años de los estudiantes, esto podría explicarse porque en esta etapa de vida entre tantas variaciones en la conducta, también se presenta contradicciones en manifestaciones de su estado anímico y muchas veces relacionado a la insatisfacción corporal.

El resultado difiere a lo encontrado por Arrufat N. F. en su estudio “Prevalencia de la Conducta Alimentaria en la población adolescente de la Comarca de la Zona, Barcelona 2006”, quien concluyó que la edad no influye en el hecho de estar o no satisfecho con la imagen corporal en la población de 14 a 16 años analizada.

En cambio otro investigador como Zubarew, S. y Romero (2006) en su estudio de Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Santiago – Chile. Concluyó que existió una tendencia preocupante de que el grupo etario de mayor riesgo sea el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo.

Por último, al correlacionar la variable sexo con los síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna (Tabla N° 9) se evidenció que los síntomas de la subescala EDI-2 que tuvieron una débil correlación positiva fueron: deseos de adelgazar ($p=0,000$), Desconfianza ($p=0,002$) y Alexitimia ($p=0,007$). Mientras que en el resto de síntomas de la subescala no se encontró

asociación significativa, dado que el valor p fue mayor a 0,05. Es decir el sexo solo influye en los deseos de adelgazar, desconfianza y Alexitimia del estudiante de la Universidad Privada de Tacna.

Aunque el estudio de Acevedo F. J. (2008) está enfocada solo en población de adolescentes mujeres sobre “La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios” Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima. Los resultados son útiles como referencia para este estudio. El autor encontró que existe una relación significativa entre el riesgo de presentar trastornos alimenticios y, la experiencia y expresión de la cólera. Es a partir de estos datos que se cree que las adolescentes que se encuentran en riesgo de trastornos alimenticios están experimentando conflictos para afrontar este proceso de cambios que implica la adolescencia y tienen mayores dificultades para manejar emociones negativas como la cólera.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

Primera: En los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014- II, se determinó que en las principales escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo: deseos de adelgazar obtuvo un promedio de puntaje de 8,4; bulimia 5,2 e insatisfacción corporal 11,1. En los cinco síntomas más generales referidas a la ineficacia obtuvo un promedio de 12,4, perfeccionismo 10,5; desconfianza interpersonal 10,2; Alexitimia 11,4 y miedo a crecer 10,5. En los tres síntomas adicionales como Ascetismo obtuvo un promedio de 8,0; impulsividad 10,9 y en la inseguridad social fue 12,7.

Segunda: Se encontró diferencias significativas entre la edad con la subescala insatisfacción corporal ($p < 0,05$), siendo los mayores puntajes para las el grupo de edad de 17-19 años y 20-22 años. Mientras que en las subescalas: Deseos de adelgazar, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo, Alexitimia, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron diferencias significativas con la edad de los estudiantes de la Universidad privada de Tacna ($p > 0,05$).

Tercera: Se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en las subescalas: Deseos de adelgazar, Desconfianza y Alexitimia ($p < 0,05$), siendo mayor los puntajes para las mujeres que los hombres; mientras que en las subescalas: Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Miedo a crecer, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social no se encontraron

diferencias significativas ($p > 0,05$) entre el sexo de estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.

Cuarta: El nivel de asociación entre el sexo y las subescalas deseos de adelgazar ($p=0,000$), Desconfianza ($p=0,002$) y Alexitimia ($p=0,007$) fue de correlación débil positiva. El factor edad con el indicador Insatisfacción corporal tuvo una asociación de intensidad débil negativa ($Rho=-0,144$; $p=0,007$) en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna.

RECOMENDACIONES

Primera: Socializar el presente informe de tesis a las diferentes Facultades de la Universidad Privada de Tacna, a la Oficina de Bienestar Universitario (OBUN) a fin de que se organice, planifique y se implemente programas de intervención socio-psicológico a la comunidad universitaria, con énfasis en los primeros Ciclos Académicos, ya que los síntomas de problemas alimenticios, están en la mayoría de subescalas en edades de 17-19 años y 20-22 años.

Segunda: Promover y motivar a los estudiantes a mejorar la autoestima y confianza de uno mismo. Ya que los estudiantes pueden desarrollar trastornos de alimentación por lo que probablemente no están contentos con la forma de su cuerpo. Deben practicar el amarse a sí mismo, lo cual, motivará a alimentarse de manera más sana principalmente en el sexo femenino por haber obtenido puntajes más altos que los hombres.

Tercera: Promover el apoyo interpersonal constantemente, buscar salidas creativas y estimular a participar en actividades físicas como acampar o caminar para despejar su mente y al mismo tiempo, aumentar su energía. Esto ayudará atenuar y olvidar los hábitos nocivos que favorece a los síntomas de problemas alimenticios en los estudiantes.

Cuarta: Brindar el apoyo que necesita el estudiante, debe rodearse de gente positiva, compartir el apoyo de amigos, familiares, parientes y seres queridos que permita aprender experiencias de otros y así afrontar los síntomas de problemas alimenticios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- A., V. (2004). "El nuevo desafío universitario: la prevención mediante la cultura física". *Efdeportes.com*, 10 - 68.
- Andersen, W. y. (1995). *Bone mineral density of eating disorder subgroups*.
- Armatta, A., Babio, N., Berghella, A., Facchini, M., Garcia, L., & Guarrwera, G. &. (1999). *Trastornos alimentarios, Guia medica de diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Planeta.
- Association, A. P. (1995). *Manual Diagnostico y Estadisticp de los Trastornos Mentales*. España : Masson.
- Association, A. P. (2002). *Manual diagnostico estadistico de los trastornos mentales*. Washington DC.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. . Médica Panamericana.
- Barriguete, J. T. (2005). Actualidades en el manejo ambulatorio de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicologia Iberoamericana*, 13(2), 65 - 68.
- Bottinelli, María M. (2011) "Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios" de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires Argentina.
- Celcer, I. (1994). *La tirania de las dietas*. Buenos Aires: Planeta.
- Coleman, J. (2003). *Psicologia de la Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Colombo. (2006). *Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*. Buenos Aires: Lumen.
- DM, S. (1991). *The prevalence of bulimia: a review of the empirical research*. J Nutr Educ .
- DM, S. (1991). *The prevalence of bulimia: a review of the empirical research*. J Nutr Educ .

- Gafaro, A. (2001). *Anorexia y Bulimia, todo lo que necesitas saber sobre los trastornos de la alimentacion*. Bogota - Colombia: Norma.
- Garner, D. (1998). EDI2: Inventario de Trastornos de la Conducta alimentaria: Manual. España: TEA ediciones.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gómez Martínez, M. A. (2007). *Bulimia*. España: Síntesis.
- M, G. D. (1985). *A cognitive therapy for anorexia nervosa*. New York: Guilford Press.
- MARTÍNEZ JA, A. I. (2001). *Alimentación y Salud Pública*. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Martinez, Z. H. (2003). Estudio Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI(2).
- Mazeo, S. &. (2002). Association Between Childhood Physical and Emocional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: And Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. En S. &. Mazeo, *Journal of Counseling Psychology* (págs. 86 - 100).
- Papalia, D. W. (2005). *Psicología del desarrollo* (novena edición ed.). Mexico : Mc. Graw Hill Interoamericana.
- Parral, J., Cena, M., Contreras, M., & Bonsignore, A. &. (2007). *Bulimia, Anorexia nerviosa y otros trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Patel DR, P. E. (1998). *Eating disorders*. Indian: J Peds.
- Pérez Gaspar, M. (2009). *Trastornos de alimentacion*. Uruguay: Concepto.
- Peru, M. d. (25 de septiembre de 2007). *Alimentacion y nutricion durante la adolescencia*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portal/porta2.asp?Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>
- Polivy, J. &. (1993). *Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms*. New York: The Guilford Press.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Piramide.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Piramide.
- Rausch Herscovici, C. &. (1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Buenos Aires: Paidós.

- Rosen, J. y. (1985). *Exposure plus response prevention treatment of bulimia*. New York: Guilford Press.
- Rosenblum GD, L. M. (1990). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 50 - 64.
- Salud, M. d. (s.f.). *Alimentacion y nutricion durante la adolescencia*. Recuperado el 30 de setiembre de 2013, de <http://www.minsa.gob.pe/portal2.asp?servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>
- Salud, O. M. (1992). *Manueal de trastornos mentales y del comportamiento CIE 10*. Madrid: Meditor.
- Santrock, J. (2007). *Adolescente* (11 ed.). (international, Ed.) Dallas: Mc. Graw - Hill.
- SC., G. (2003). *Eating disorders in women of color*. *Clinical Psych Sci Prac*.
- Stice, E. &. (1998). *Predicting onset and cessation bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyssis*. *Behavior Therapy*.
- Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Turón Gil, V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- Walcott D, P. H. (2003). *Adolescents and eating disorders: gender, racial, ethnic, sociocultural and socioeconomic Issues*.
- Weltzin, T. W. (2005). Eating Disorder in men: update. . *Journal of Men's Health & Gender, Vol.2 (2)*, 186-193.
- Pino Gotuzzo, Raúl (2007). *Metodología de la investigación; Primera Edición*, Editorial San Marcos E.I.R.L. Lima Perú.
- Salud, M. d. (s.f.). (2013) *Alimentacion y nutricion durante la adolescencia*. Recuperado el 30 de setiembre de 2013, de <http://www.minsa.gob.pe/portal2.asp?servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Madrid: Díaz de Santos.

ANEXOS

FICHA DE DATOS

Por favor, llena todos tus datos en esta ficha. En caso no cuentes con los datos exactos, llena el espacio con valores aproximados. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco. Muchas gracias.

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|-------|---------|-----|-------|----------|------|----|---|----|-----|
| Hora de inicio | | | | | | | | | | | | |
| Hora de fin | | | | | | | | | | | | |
| Edad | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | Masculino | | | | | | Femenino | | | | | |
| Talla | | | | | | | | | | | | |
| Peso | | | | | | | | | | | | |
| Facultad | FADE | FACEM | FACSA | FAEDCOH | FAU | FAING | | | | | | |
| Carrera | | | | | | | | | | | | |
| Ciclo | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII |
| Fecha | | | | | | | | | | | | |

EDI-2. CUESTIONARIO

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas, de las cuáles deberás elegir una, la que mejor te describa. Las opciones de respuesta para cada afirmación son

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

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre y no dejes ni una en blanco. Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia.

CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD

| N o | ITEM | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme | | | | | | |
| 2 | Creo que mi estómago es demasiado grande | | | | | | |
| 3 | Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro | | | | | | |
| 4 | Suelo comer cuando estoy disgustado | | | | | | |
| 5 | Suelo hartarme de comida | | | | | | |
| 6 | Me gustaría ser más joven | | | | | | |
| 7 | Pienso en ponerme en dieta | | | | | | |
| 8 | Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes | | | | | | |
| 9 | Pienso que mis muslos son demasiados gruesos | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 10 | Me considero una persona poca eficaz | | | | | | |
| 11 | Me siento muy culpable cuando como en exceso. | | | | | | |
| 12 | Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado | | | | | | |
| 13 | En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes | | | | | | |
| 14 | La infancia es la época más feliz de la vida | | | | | | |
| 15 | Soy capaz de expresar mis sentimientos | | | | | | |
| 16 | Me aterroriza la idea de engordar | | | | | | |
| 17 | Confío en los demás | | | | | | |
| 18 | Me siento solo en el mundo | | | | | | |
| 19 | Me siento satisfecho con mi figura | | | | | | |
| 20 | Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida | | | | | | |
| 21 | Suelo estar confuso sobre mis emociones | | | | | | |
| 22 | Preferiría ser adulto a ser niño | | | | | | |
| 23 | Me resulta fácil comunicarme con los demás | | | | | | |
| 24 | Me gustaría ser otra persona | | | | | | |
| 25 | Exagero o doy demasiada importancia al peso | | | | | | |
| 26 | Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento | | | | | | |
| 27 | Me siento incapaz | | | | | | |
| 28 | He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer | | | | | | |
| 29 | Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores | | | | | | |
| 30 | Tengo amigos íntimos | | | | | | |
| 31 | Me gusta la forma de mi trasero | | | | | | |
| 32 | Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada | | | | | | |
| 33 | No sé qué es lo que ocurre en mi interior | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 34 | Me cuesta expresar mis emociones a los demás | | | | | | |
| 35 | Las exigencias de la vida adulta son excesivas | | | | | | |
| 36 | Me fastidia no ser el mejor en todo | | | | | | |
| 37 | Me siento seguro de mí mismo | | | | | | |
| 38 | Suelo pensar en darme un atracón | | | | | | |
| 39 | Me alegra haber dejado de ser un niño | | | | | | |
| 40 | No sé muy bien cuando tengo hambre o no | | | | | | |
| 41 | Tengo mala opinión de mí | | | | | | |
| 42 | Creo que puedo conseguir mis objetivos | | | | | | |
| 43 | Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes | | | | | | |
| 44 | Temo no poder controlar mis sentimientos | | | | | | |
| 45 | Creo que mis caderas son demasiado anchas | | | | | | |
| 46 | Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van | | | | | | |
| 47 | Me siento hinchado después de una comida normal | | | | | | |
| 48 | Creo que las personas son más felices cuando son niños | | | | | | |
| 49 | Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso | | | | | | |
| 50 | Me considero una persona valiosa | | | | | | |
| 51 | Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado | | | | | | |
| 52 | Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. | | | | | | |
| 53 | Pienso en vomitar para perder peso | | | | | | |
| 54 | Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado | | | | | | |
| 55 | Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado | | | | | | |
| 56 | Me siento emocionalmente vacío en mi interior | | | | | | |
| 57 | Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos | | | | | | |
| 58 | Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 59 | Creo que mi trasero es demasiado grande | | | | | | |
| 60 | Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo | | | | | | |
| 61 | Como o bebo a escondidas | | | | | | |
| 62 | Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado | | | | | | |
| 63 | Me fijo objetivos sumamente ambiciosos | | | | | | |
| 64 | Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer | | | | | | |
| 65 | La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome | | | | | | |
| 66 | Me avergüenzo de mis debilidades humanas | | | | | | |
| 67 | La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable | | | | | | |
| 68 | Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales | | | | | | |
| 69 | Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo | | | | | | |
| 70 | Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento | | | | | | |
| 71 | Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer | | | | | | |
| 72 | Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas | | | | | | |
| 73 | Soy comunicativo con la mayor parte de la gente | | | | | | |
| 74 | Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado | | | | | | |
| 75 | La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente | | | | | | |
| 76 | La gente comprende mis verdaderos problemas | | | | | | |
| 77 | Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza | | | | | | |
| 78 | Comer por placer es signo de debilidad moral | | | | | | |
| 79 | Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira | | | | | | |
| 80 | Creo que la gente confía en mí tanto como merezco | | | | | | |
| 81 | Debo tener cuidado con mi tendencia a 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 incómodo por las necesidades de mi cuerpo | | | | | | |
| 87 | Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás | | | | | | |
| 88 | El sufrimiento te convierte en una persona mejor | | | | | | |
| 89 | Sé que la gente me aprecia | | | | | | |
| 90 | Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo | | | | | | |
| 91 | Creo que realmente sé quién soy | | | | | | |

TABLA 10
PORCENTAJE ACUMULADO DE LOS PUNTAJES DE CADA SUBESCALA
EN LA MUESTRA TOTAL

| Puntaje total | Síntomas de las Subescalas - EDI-2 | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------|------|------|--------------|--------------|------|--------------|------|------|--------------|
| | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| 0 | 3.7 | 10.1 | 0.8 | 0.0 | 0.8 | 0.0 | 1.4 | 0.0 | 3.1 | 3.4 | 0.3 |
| 1 | 8.7 | 20.0 | 1.4 | 0.0 | 1.1 | 0.0 | 2.3 | 0.3 | 8.2 | 5.9 | 0.6 |
| 2 | 16.1 | 29.0 | 3.4 | 0.0 | 2.0 | 0.6 | 3.7 | 1.7 | 11.3 | 11.3 | 2.3 |
| 3 | 23.9 | 42.5 | 4.8 | 0.8 | 4.8 | 2.8 | 6.5 | 3.9 | 18.0 | 16.3 | 2.5 |
| 4 | 30.4 | 50.1 | 8.5 | 1.7 | 7.3 | 6.8 | 11.5 | 6.2 | 25.4 | 20.8 | 2.8 |
| 5 | 38.6 | 58.0 | 13.0 | 4.2 | 11.5 | 12.1 | 18.3 | 9.3 | 32.7 | 25.4 | 3.9 |
| 6 | 44.8 | 67.3 | 16.9 | 5.9 | 16.3 | 18.6 | 24.2 | 14.9 | 41.7 | 28.7 | 9.9 |
| 7 | 50.4 | 73.2 | 20.0 | 8.5 | 23.9 | 25.9 | 31.5 | 20.6 | 49.6 | 34.1 | 13.0 |
| 8 | 55.5 | 77.7 | 25.9 | 12.1 | 28.5 | 32.4 | 33.8 | 30.7 | 60.0 | 38.3 | 16.6 |
| 9 | 60.8 | 85.1 | 35.5 | 20.3 | 39.2 | 42.8 | 41.4 | 40.6 | 67.9 | 47.0 | 22.0 |
| 10 | 64.8 | 88.2 | 44.5 | 33.5 | 48.5 | 52.7 | 50.4 | 48.5 | 75.2 | 51.8 | 28.5 |
| 11 | 67.9 | 91.5 | 54.1 | 43.1 | 58.0 | 65.4 | 56.9 | 58.6 | 78.0 | 60.0 | 34.6 |
| 12 | 72.7 | 94.4 | 64.2 | 58.0 | 67.3 | 74.6 | 62.5 | 69.9 | 82.5 | 64.2 | 45.1 |
| 13 | 78.6 | 95.8 | 70.1 | 67.0 | 76.3 | 79.4 | 66.8 | 78.3 | 87.3 | 68.7 | 51.8 |
| 14 | 81.4 | 96.6 | 77.5 | 73.5 | 83.9 | 86.5 | 70.7 | 84.8 | 88.7 | 72.1 | 62.5 |
| 15 | 86.5 | 98.6 | 83.9 | 81.7 | 89.6 | 92.4 | 74.4 | 89.9 | 90.4 | 75.5 | 72.4 |
| 16 | 89.6 | 99.2 | 89.6 | 87.3 | 94.4 | 94.9 | 78.3 | 94.6 | 92.1 | 78.3 | 82.0 |
| 17 | 91.5 | 99.7 | 91.5 | 90.4 | 95.5 | 95.8 | 81.4 | 96.9 | 94.1 | 80.3 | 87.9 |
| 18 | 95.8 | 100.0 | 94.4 | 92.7 | 100.0 | 99.2 | 85.6 | 98.0 | 97.2 | 82.5 | 94.6 |
| 19 | 98.3 | | 96.1 | 95.8 | | 100.0 | 88.5 | 98.6 | 99.2 | 85.9 | 97.5 |
| 20 | 98.9 | | 98.3 | 97.2 | | | 91.5 | 99.7 | 99.7 | 89.9 | 98.0 |
| 21 | 100.0 | | 99.2 | 97.5 | | | 92.7 | 99.7 | 99.7 | 91.3 | 100.0 |
| 22 | | | 99.2 | 98.9 | | | 94.6 | 100.0 | 99.7 | 93.0 | |

| | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 23 | 99.4 | 99.2 | 95.8 | 99.7 | 94.6 |
| 24 | 99.7 | 99.4 | 97.5 | 99.7 | 96.6 |
| 25 | 99.7 | 99.4 | 98.6 | 99.7 | 97.5 |
| 26 | 99.7 | 99.4 | 98.9 | 99.7 | 98.0 |
| 27 | 99.7 | 99.4 | 99.2 | 99.7 | 98.9 |
| 28 | 99.7 | 99.4 | 99.7 | 99.7 | 99.4 |
| 29 | 99.7 | 99.7 | 99.7 | 99.7 | 99.4 |
| 30 | 99.7 | 99.7 | 99.7 | 99.7 | 100.0 |
| 35 | 99.7 | 99.7 | 99.7 | 100.0 | |
| 37 | 99.7 | 100.0 | 99.7 | | |
| 41 | 100.0 | | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

TABLA 11
PORCENTAJE ACUMULADO DE LOS PUNTAJES DE CADA SUBESCALA
EN LA MUESTRA DE HOMBRES

| Puntaje | Síntomas de las Subescalas - EDI-2 | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------------------|--------------|------|------|--------------|--------------|------|--------------|------|------|--------------|----|
| | total | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| 0 | 4.5 | 13.6 | 1.1 | 0.0 | 1.7 | 0.0 | 2.8 | 0.0 | 4.0 | 4.5 | 0.0 | |
| 1 | 12.4 | 19.2 | 1.1 | 0.0 | 2.3 | 0.0 | 3.4 | 0.6 | 8.5 | 6.8 | 0.6 | |
| 2 | 22.0 | 29.4 | 4.0 | 0.0 | 2.8 | 0.6 | 4.5 | 2.3 | 12.4 | 12.4 | 2.3 | |
| 3 | 30.5 | 42.9 | 6.2 | 1.1 | 5.1 | 4.5 | 6.8 | 3.4 | 18.1 | 17.5 | 2.8 | |
| 4 | 35.6 | 50.8 | 9.6 | 1.7 | 8.5 | 9.0 | 11.9 | 6.8 | 24.9 | 24.3 | 3.4 | |
| 5 | 48.0 | 62.7 | 14.7 | 5.1 | 13.6 | 16.4 | 21.5 | 11.3 | 32.2 | 27.1 | 4.0 | |
| 6 | 54.8 | 68.4 | 18.6 | 7.3 | 17.5 | 23.2 | 29.9 | 16.9 | 41.8 | 28.8 | 9.0 | |
| 7 | 59.9 | 74.6 | 21.5 | 9.6 | 24.3 | 32.8 | 38.4 | 23.2 | 51.4 | 35.0 | 11.9 | |
| 8 | 63.8 | 81.4 | 27.1 | 13.6 | 28.8 | 41.2 | 40.7 | 35.0 | 59.9 | 38.4 | 17.5 | |
| 9 | 68.4 | 88.1 | 37.3 | 20.3 | 40.1 | 50.8 | 52.0 | 45.8 | 68.4 | 46.9 | 24.9 | |
| 10 | 70.1 | 91.5 | 49.7 | 35.0 | 50.8 | 61.0 | 59.3 | 53.1 | 76.8 | 53.1 | 32.8 | |
| 11 | 71.2 | 94.9 | 58.2 | 46.9 | 61.6 | 71.8 | 63.8 | 62.1 | 80.2 | 62.7 | 39.0 | |
| 12 | 76.3 | 97.7 | 69.5 | 59.9 | 71.8 | 77.4 | 67.8 | 71.2 | 82.5 | 65.0 | 49.7 | |
| 13 | 83.1 | 97.7 | 74.0 | 68.4 | 79.7 | 80.8 | 71.2 | 80.8 | 86.4 | 69.5 | 56.5 | |
| 14 | 86.4 | 97.7 | 79.7 | 75.7 | 87.6 | 87.0 | 73.4 | 85.9 | 87.6 | 74.0 | 65.0 | |
| 15 | 91.0 | 98.3 | 85.9 | 83.6 | 92.1 | 93.8 | 76.8 | 91.0 | 88.7 | 78.0 | 72.3 | |
| 16 | 94.9 | 98.3 | 92.1 | 88.7 | 96.0 | 96.6 | 79.1 | 95.5 | 90.4 | 78.5 | 84.2 | |
| 17 | 96.0 | 99.4 | 93.2 | 91.0 | 97.7 | 96.6 | 83.1 | 96.6 | 93.8 | 80.8 | 89.8 | |
| 18 | 97.7 | 100.0 | 95.5 | 93.8 | 100.0 | 99.4 | 87.0 | 97.7 | 96.6 | 83.1 | 96.0 | |
| 19 | 98.9 | | 97.2 | 97.7 | | 100.0 | 89.3 | 97.7 | 98.3 | 85.9 | 97.2 | |
| 20 | 99.4 | | 98.3 | 98.3 | | | 91.5 | 99.4 | 99.4 | 91.0 | 97.7 | |
| 21 | 100.0 | | 99.4 | 98.9 | | | 92.7 | 99.4 | 99.4 | 91.5 | 100.0 | |
| 22 | | | 99.4 | 99.4 | | | 94.9 | 100.0 | 99.4 | 93.8 | | |

| | | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 23 | 99.4 | 99.4 | 96.6 | 99.4 | 95.5 |
| 24 | 100.0 | 99.4 | 97.7 | 99.4 | 96.0 |
| 25 | | 99.4 | 98.9 | 99.4 | 96.6 |
| 26 | | 99.4 | 98.9 | 99.4 | 97.2 |
| 27 | | 99.4 | 98.9 | 99.4 | 98.3 |
| 28 | | 99.4 | 99.4 | 99.4 | 99.4 |
| 29 | | 100.0 | 99.4 | 99.4 | 99.4 |
| 30 | | | 99.4 | 99.4 | 100.0 |
| 35 | | | 99.4 | 100.0 | |
| 41 | | | 100.0 | | |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

TABLA 12
PORCENTAJE ACUMULADO DE LOS PUNTAJES DE CADA SUBESCALA
EN LA MUESTRA DE MUJERES

| Puntaje | Síntomas de las Subescalas - EDI-2 | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------------------|--------------|------|------|--------------|--------------|------|--------------|--------------|------|--------------|----|
| | total | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| 0 | 2.8 | 6.7 | 0.6 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.2 | 2.2 | 0.6 | |
| 1 | 5.1 | 20.8 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.1 | 0.0 | 7.9 | 5.1 | 0.6 | |
| 2 | 10.1 | 28.7 | 2.8 | 0.0 | 1.1 | 0.6 | 2.8 | 1.1 | 10.1 | 10.1 | 2.2 | |
| 3 | 17.4 | 42.1 | 3.4 | 0.6 | 4.5 | 1.1 | 6.2 | 4.5 | 18.0 | 15.2 | 2.2 | |
| 4 | 25.3 | 49.4 | 7.3 | 1.7 | 6.2 | 4.5 | 11.2 | 5.6 | 25.8 | 17.4 | 2.2 | |
| 5 | 29.2 | 53.4 | 11.2 | 3.4 | 9.6 | 7.9 | 15.2 | 7.3 | 33.1 | 23.6 | 3.9 | |
| 6 | 34.8 | 66.3 | 15.2 | 4.5 | 15.2 | 14.0 | 18.5 | 12.9 | 41.6 | 28.7 | 10.7 | |
| 7 | 41.0 | 71.9 | 18.5 | 7.3 | 23.6 | 19.1 | 24.7 | 18.0 | 47.8 | 33.1 | 14.0 | |
| 8 | 47.2 | 74.2 | 24.7 | 10.7 | 28.1 | 23.6 | 27.0 | 26.4 | 60.1 | 38.2 | 15.7 | |
| 9 | 53.4 | 82.0 | 33.7 | 20.2 | 38.2 | 34.8 | 30.9 | 35.4 | 67.4 | 47.2 | 19.1 | |
| 10 | 59.6 | 84.8 | 39.3 | 32.0 | 46.1 | 44.4 | 41.6 | 43.8 | 73.6 | 50.6 | 24.2 | |
| 11 | 64.6 | 88.2 | 50.0 | 39.3 | 54.5 | 59.0 | 50.0 | 55.1 | 75.8 | 57.3 | 30.3 | |
| 12 | 69.1 | 91.0 | 59.0 | 56.2 | 62.9 | 71.9 | 57.3 | 68.5 | 82.6 | 63.5 | 40.4 | |
| 13 | 74.2 | 93.8 | 66.3 | 65.7 | 73.0 | 78.1 | 62.4 | 75.8 | 88.2 | 68.0 | 47.2 | |
| 14 | 76.4 | 95.5 | 75.3 | 71.3 | 80.3 | 86.0 | 68.0 | 83.7 | 89.9 | 70.2 | 60.1 | |
| 15 | 82.0 | 98.9 | 82.0 | 79.8 | 87.1 | 91.0 | 71.9 | 88.8 | 92.1 | 73.0 | 72.5 | |
| 16 | 84.3 | 100.0 | 87.1 | 86.0 | 92.7 | 93.3 | 77.5 | 93.8 | 93.8 | 78.1 | 79.8 | |
| 17 | 87.1 | | 89.9 | 89.9 | 93.3 | 94.9 | 79.8 | 97.2 | 94.4 | 79.8 | 86.0 | |
| 18 | 93.8 | | 93.3 | 91.6 | 100.0 | 98.9 | 84.3 | 98.3 | 97.8 | 82.0 | 93.3 | |
| 19 | 97.8 | | 94.9 | 93.8 | | 100.0 | 87.6 | 99.4 | 100.0 | 86.0 | 97.8 | |
| 20 | 98.3 | | 98.3 | 96.1 | | | 91.6 | 100.0 | | 88.8 | 98.3 | |
| 21 | 100.0 | | 98.9 | 96.1 | | | 92.7 | | | 91.0 | 100.0 | |
| 22 | | | 98.9 | 98.3 | | | 94.4 | | | 92.1 | | |

| | | | | |
|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 23 | 99.4 | 98.9 | 94.9 | 93.8 |
| 24 | 99.4 | 99.4 | 97.2 | 97.2 |
| 25 | 99.4 | 99.4 | 98.3 | 98.3 |
| 26 | 99.4 | 99.4 | 98.9 | 98.9 |
| 27 | 99.4 | 99.4 | 99.4 | 99.4 |
| 28 | 99.4 | 99.4 | 100.0 | 99.4 |
| 30 | 99.4 | 99.4 | | 100.0 |
| 37 | 99.4 | 100.0 | | |
| 41 | 100.0 | | | |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

TABLA 13
PROMEDIO Y MEDIANA DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS
SUBESCALAS DEL EDI-2 SEGÚN FACULTAD EN ESTUDIANTES
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II

| | | Síntomas de Subescalas – EDI-2 | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------|--------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | | DA | B | IC | I | P | D | A | MC | As | Imp | IS |
| FADE | Media | 8.7 | 5.4 | 11.2 | 12.4 | 10.9 | 10.2 | 13.2 | 11.0 | 9.1 | 12.3 | 13.1 |
| | D.E. | 6.0 | 4.3 | 4.8 | 4.1 | 4.4 | 3.8 | 6.8 | 3.7 | 5.1 | 6.9 | 4.4 |
| | Mediana | 7.5 | 4.5 | 11.0 | 12.0 | 11.0 | 10.0 | 12.0 | 11.0 | 8.0 | 10.5 | 14.0 |
| FAEDCOH | Media | 7.2 | 4.0 | 8.8 | 11.6 | 9.3 | 10.8 | 8.0 | 9.7 | 5.8 | 7.8 | 11.2 |
| | D.E. | 5.1 | 3.6 | 3.8 | 2.9 | 3.3 | 3.8 | 5.1 | 2.9 | 4.4 | 5.7 | 4.8 |
| | Mediana | 6.0 | 3.5 | 9.0 | 12.0 | 9.0 | 11.0 | 7.5 | 10.0 | 6.0 | 8.5 | 13.0 |
| FAING | Media | 7.8 | 5.1 | 11.4 | 12.2 | 10.4 | 9.8 | 11.3 | 10.7 | 8.7 | 11.6 | 12.7 |
| | D.E. | 5.9 | 4.3 | 5.9 | 4.2 | 4.1 | 3.9 | 6.3 | 4.4 | 5.2 | 7.4 | 4.3 |
| | Mediana | 7.0 | 4.0 | 11.0 | 12.0 | 11.0 | 10.0 | 10.0 | 11.0 | 8.0 | 11.0 | 13.0 |
| FACEM | Media | 8.6 | 5.1 | 11.6 | 12.6 | 10.5 | 10.5 | 11.4 | 10.7 | 7.7 | 10.3 | 13.2 |
| | D.E. | 5.4 | 3.9 | 4.2 | 3.6 | 3.7 | 3.6 | 6.4 | 3.8 | 5.1 | 6.8 | 3.7 |
| | Mediana | 8.0 | 4.0 | 12.0 | 12.0 | 10.5 | 10.0 | 10.0 | 11.0 | 7.0 | 9.0 | 14.0 |
| FAU | Media | 7.3 | 6.1 | 9.8 | 12.3 | 10.2 | 8.4 | 10.0 | 9.4 | 6.9 | 10.4 | 11.8 |
| | D.E. | 4.5 | 3.9 | 4.6 | 4.2 | 4.1 | 3.0 | 4.6 | 3.0 | 3.0 | 6.0 | 4.0 |
| | Mediana | 7.0 | 5.0 | 10.0 | 12.0 | 11.0 | 8.0 | 11.0 | 9.0 | 7.0 | 11.0 | 12.0 |
| FACSA | Media | 10.3 | 5.9 | 11.3 | 12.6 | 11.0 | 10.9 | 12.3 | 10.5 | 8.0 | 11.3 | 12.3 |
| | D.E. | 5.5 | 4.0 | 3.7 | 5.4 | 3.8 | 4.0 | 5.8 | 3.7 | 4.6 | 6.8 | 4.4 |
| | Mediana | 9.0 | 6.0 | 11.0 | 12.0 | 11.0 | 11.0 | 13.0 | 11.0 | 8.0 | 10.0 | 12.0 |
| Diferencia entre facultades | Valor p | p=0.113 * | p=0.264 * | p=0.085 ** | p=0.936 * | p=0.609 ** | p=0.089 ** | p=0.035 * | p=0.441 ** | p=0.050 * | p=0.125 * | p=0.328 * |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

D.E.: desviación estándar; *Kruskal Wallis, **Análisis de varianza ANOVA.

La tabla 13 presenta los promedios, desviación estándar y mediana de las once subescalas para el total de la muestra y por facultad. Se observa que en las principales

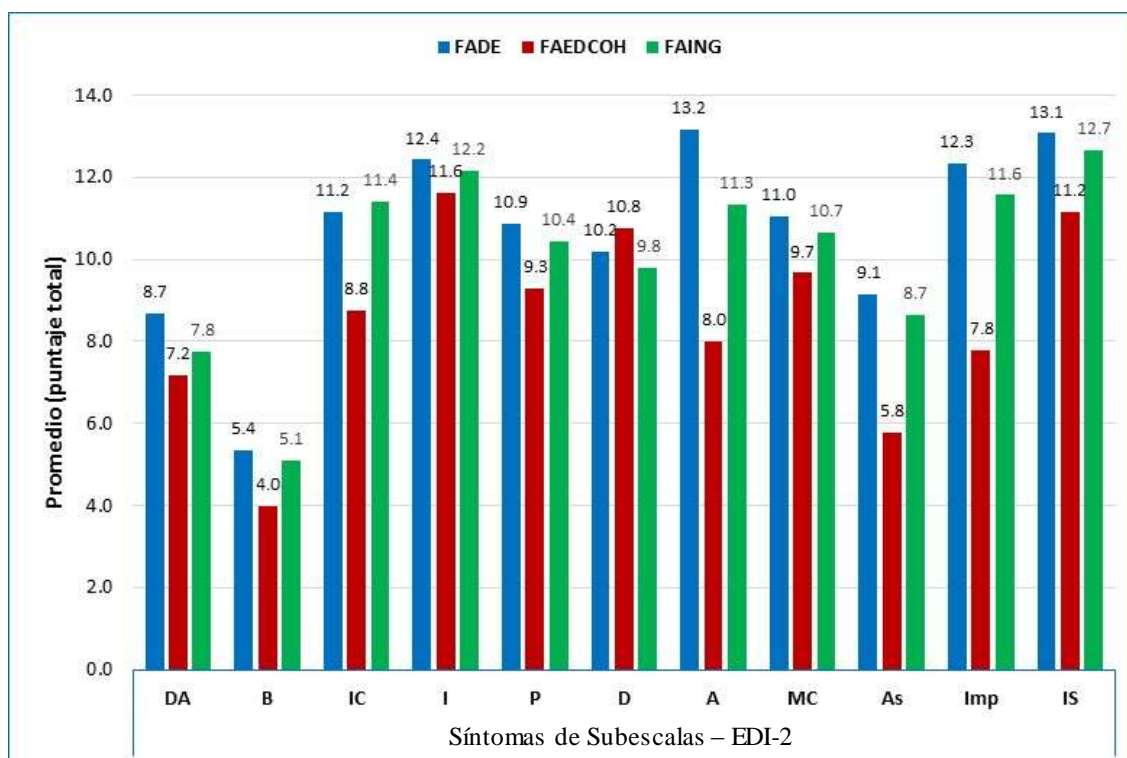
escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo; se tiene que en deseos de adelgazar, el mayor promedio de puntaje se obtuvo en la FACSA (Media=10,3; D.E.=5,5); en la bulimia, el mayor promedio se obtuvo en la FAU (Media=6,1) y en la insatisfacción corporal, el mayor promedio se obtuvo en la FACEM (Media=11,6).

En referencia a los cinco síntomas más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los síntomas de problemas alimenticios; se tiene que en la ineficacia se obtuvo el mayor promedio en la FACEM y FACSA (Media=12,6); en el perfeccionismo el mayor promedio se obtuvo en la FACSA (Media=11,0); en la desconfianza interpersonal el mayor promedio se obtuvo la FACSA (Media=10,9); en la Alexitimia se obtuvo un mayor promedio también en la FACSA (Media=12,3) y en el indicador miedo a crecer, el mayor promedio se observó en la FAING y FACEM (Media=10,7).

Con relación a los tres síntomas adicionales; en el Ascetismo se obtuvo un mayor promedio en la FAING (Media=8,7); en la impulsividad el mayor promedio obtenido también fue en la FAING (Media=11,6) y en la inseguridad social, el mayor promedio lo obtuvo la FACEM (Media=13,2).

Al comparar los promedios de puntaje total con las pruebas estadísticas correspondientes se encontró diferencias significativas entre las diferentes facultades de la UPT con las subescalas Alexitimia y Ascetismo ($p < 0,05$). No se encontró diferencias significativas con nueve subescalas, exceptuando las dos indicadas anteriormente ($p > 0,05$).

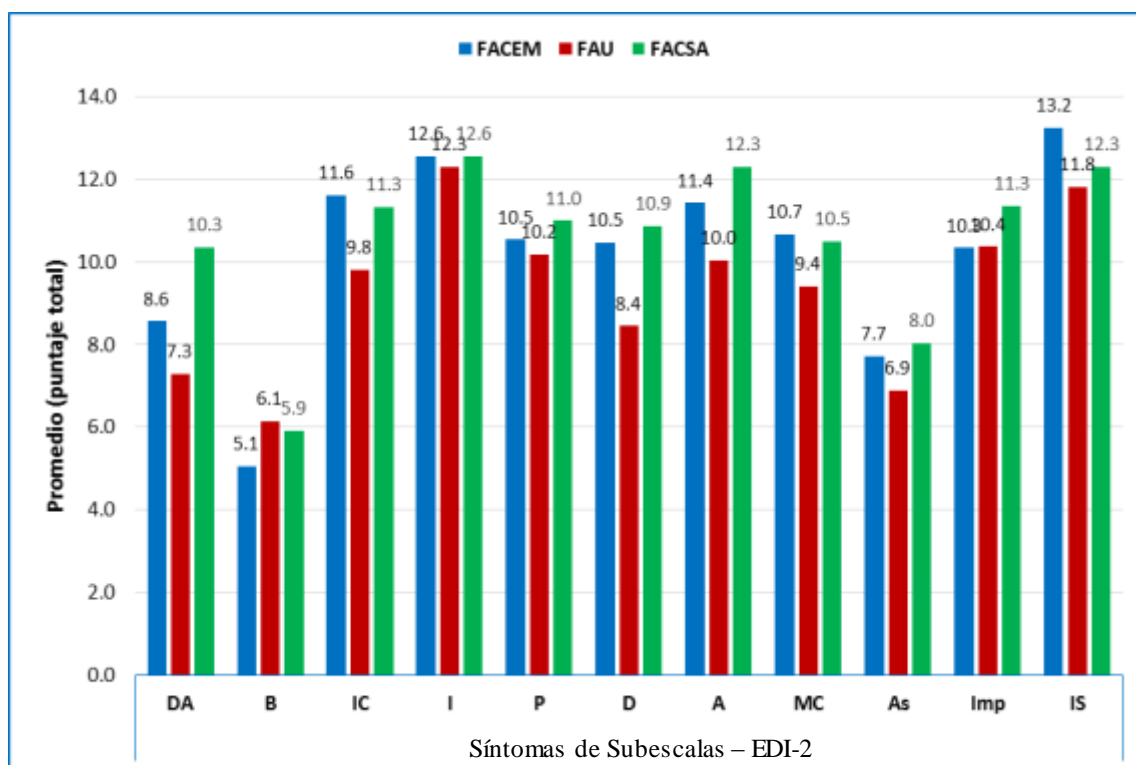
FIGURA 4
PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2 SEGÚN FACULTADES FADE, FAEDCOH, FAING EN ESTUDIANTES UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II



Fuente: Datos de la Tabla 13.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

FIGURA 5
PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DE LAS SUBESCALAS DEL EDI-2 SEGÚN FACULTADES FACEM, FAU, FACSA EN ESTUDIANTES UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, 2014-II



Fuente: Datos de la Tabla 13.

DA: deseos de adelgazar, B: bulimia, IC: insatisfacción corporal, I: ineficacia, P: perfeccionismo, D: desconfianza interpersonal, IA: alexitimia, MC: miedo a crecer, As: ascetismo, Imp: impulsividad, IS: inseguridad social.

TABLA 14
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ITEMS DE LA SUBESCALA
DESEOS POR ADELGAZAR EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|---|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Exagero o doy demasiada importancia al peso | 25 | 195 | 54.9% | 62 | 17.5% | 44 | 12.4% | 54 | 15.2% | 355 | 100.0% |
| Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada | 32 | 187 | 52.7% | 66 | 18.6% | 36 | 10.1% | 66 | 18.6% | 355 | 100.0% |
| Me siento muy culpable cuando como en exceso. | 11 | 169 | 47.6% | 56 | 15.8% | 46 | 13.0% | 84 | 23.7% | 355 | 100.0% |
| Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso | 49 | 170 | 47.9% | 48 | 13.5% | 40 | 11.3% | 97 | 27.3% | 355 | 100.0% |
| Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme | 1 | 85 | 23.9% | 126 | 35.5% | 59 | 16.6% | 85 | 23.9% | 355 | 100.0% |
| Pienso en ponerme en dieta | 7 | 128 | 36.1% | 75 | 21.1% | 51 | 14.4% | 101 | 28.5% | 355 | 100.0% |
| Me aterroriza la idea de engordar | 16 | 116 | 32.7% | 63 | 17.7% | 51 | 14.4% | 125 | 35.2% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 15
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ITEMS DE LA SUBESCALA
BULIMIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Pienso en vomitar para perder peso | 53 | 253 | 71.3% | 37 | 10.4% | 34 | 9.6% | 31 | 8.7% | 355 | 100.0% |
| He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer | 28 | 235 | 66.2% | 50 | 14.1% | 33 | 9.3% | 37 | 10.4% | 355 | 100.0% |
| Como o bebo a escondidas | 61 | 234 | 65.9% | 47 | 13.2% | 32 | 9.0% | 42 | 11.8% | 355 | 100.0% |
| Suelo comer cuando estoy disgustado | 4 | 202 | 56.9% | 78 | 22.0% | 30 | 8.5% | 45 | 12.7% | 355 | 100.0% |
| Suelo hartarme de comida | 5 | 176 | 49.6% | 101 | 28.5% | 46 | 13.0% | 32 | 9.0% | 355 | 100.0% |
| Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van | 46 | 209 | 58.9% | 59 | 16.6% | 36 | 10.1% | 51 | 14.4% | 355 | 100.0% |
| Suelo pensar en darme un atracón | 38 | 168 | 47.3% | 83 | 23.4% | 47 | 13.2% | 57 | 16.1% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 16
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Creo que mi trasero es demasiado grande | 59 | 204 | 57.5% | 62 | 17.5% | 43 | 12.1% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| Pienso que mis muslos son demasiados gruesos | 9 | 213 | 60.0% | 52 | 14.6% | 37 | 10.4% | 53 | 14.9% | 355 | 100.0% |
| Creo que mis caderas son demasiado anchas | 45 | 194 | 54.6% | 62 | 17.5% | 52 | 14.6% | 47 | 13.2% | 355 | 100.0% |
| Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado | 62 | 122 | 34.4% | 77 | 21.7% | 50 | 14.1% | 106 | 29.9% | 355 | 100.0% |
| Creo que mi estómago es demasiado grande | 2 | 108 | 30.4% | 91 | 25.6% | 71 | 20.0% | 85 | 23.9% | 355 | 100.0% |
| Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado | 55 | 118 | 33.2% | 77 | 21.7% | 70 | 19.7% | 90 | 25.4% | 355 | 100.0% |
| Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado | 12 | 99 | 27.9% | 91 | 25.6% | 89 | 25.1% | 76 | 21.4% | 355 | 100.0% |
| Me siento satisfecho con mi figura | 19 | 103 | 29.0% | 75 | 21.1% | 80 | 22.5% | 97 | 27.3% | 355 | 100.0% |
| Me gusta la forma de mi trasero | 31 | 98 | 27.6% | 79 | 22.3% | 63 | 17.7% | 115 | 32.4% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 17
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
INEFICACIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Me siento incapaz | 27 | 245 | 69.0% | 52 | 14.6% | 33 | 9.3% | 25 | 7.0% | 355 | 100.0% |
| Me considero una persona poca eficaz | 10 | 230 | 64.8% | 58 | 16.3% | 37 | 10.4% | 30 | 8.5% | 355 | 100.0% |
| Me siento emocionalmente vacío en mi interior | 56 | 199 | 56.1% | 80 | 22.5% | 30 | 8.5% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| Me gustaría ser otra persona | 24 | 229 | 64.5% | 49 | 13.8% | 46 | 13.0% | 31 | 8.7% | 355 | 100.0% |
| Tengo mala opinión de mí | 41 | 230 | 64.8% | 47 | 13.2% | 29 | 8.2% | 49 | 13.8% | 355 | 100.0% |
| Me siento solo en el mundo | 18 | 200 | 56.3% | 65 | 18.3% | 45 | 12.7% | 45 | 12.7% | 355 | 100.0% |
| Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida | 20 | 62 | 17.5% | 102 | 28.7% | 86 | 24.2% | 105 | 29.6% | 355 | 100.0% |
| Me siento seguro de mí mismo | 37 | 53 | 14.9% | 83 | 23.4% | 57 | 16.1% | 162 | 45.6% | 355 | 100.0% |
| Me considero una persona valiosa | 50 | 48 | 13.5% | 45 | 12.7% | 39 | 11.0% | 223 | 62.8% | 355 | 100.0% |
| Creo que puedo conseguir mis objetivos | 42 | 35 | 9.9% | 38 | 10.7% | 59 | 16.6% | 223 | 62.8% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 18
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
PERFECCIONISMO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA
DE TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|---|-----|--------|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Me fastidia no ser el mejor en todo | 36 | 114 | 32.1% | 70 | 19.7% | 67 | 18.9% | 104 | 29.3% | 355 | 100.0% |
| Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. | 52 | 102 | 28.7% | 73 | 20.6% | 76 | 21.4% | 104 | 29.3% | 355 | 100.0% |
| En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes | 13 | 84 | 23.7% | 81 | 22.8% | 78 | 22.0% | 112 | 31.5% | 355 | 100.0% |
| Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores | 29 | 72 | 20.3% | 72 | 20.3% | 69 | 19.4% | 142 | 40.0% | 355 | 100.0% |
| Me fijo objetivos sumamente ambiciosos | 63 | 80 | 22.5% | 49 | 13.8% | 83 | 23.4% | 143 | 40.3% | 355 | 100.0% |
| Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes | 43 | 36 | 10.1% | 36 | 10.1% | 62 | 17.5% | 221 | 62.3% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
DESCONFIANZA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Soy capaz de expresar mis sentimientos | 15 | 53 | 14.9% | 67 | 18.9% | 92 | 25.9% | 143 | 40.3% | 355 | 100.0% |
| Me resulta fácil comunicarme con los demás | 23 | 67 | 18.9% | 86 | 24.2% | 90 | 25.4% | 112 | 31.5% | 355 | 100.0% |
| Tengo amigos íntimos | 30 | 111 | 31.3% | 63 | 17.7% | 56 | 15.8% | 125 | 35.2% | 355 | 100.0% |
| Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos | 57 | 89 | 25.1% | 90 | 25.4% | 61 | 17.2% | 115 | 32.4% | 355 | 100.0% |
| Confío en los demás | 17 | 89 | 25.1% | 94 | 26.5% | 93 | 26.2% | 79 | 22.3% | 355 | 100.0% |
| Me cuesta expresar mis emociones a los demás | 34 | 141 | 39.7% | 104 | 29.3% | 49 | 13.8% | 61 | 17.2% | 355 | 100.0% |
| Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado | 54 | 191 | 53.8% | 67 | 18.9% | 40 | 11.3% | 57 | 16.1% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 20
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
ALEXITIMIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | Total | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento | 26 | 85 | 23.9% | 89 | 25.1% | 70 | 19.7% | 111 | 31.3% | 355 | 100.0% |
| Temo no poder controlar mis sentimientos | 44 | 123 | 34.6% | 80 | 22.5% | 59 | 16.6% | 93 | 26.2% | 355 | 100.0% |
| Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado | 51 | 119 | 33.5% | 93 | 26.2% | 57 | 16.1% | 86 | 24.2% | 355 | 100.0% |
| Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes | 8 | 131 | 36.9% | 86 | 24.2% | 64 | 18.0% | 74 | 20.8% | 355 | 100.0% |
| Suelo estar confuso sobre mis emociones | 21 | 127 | 35.8% | 90 | 25.4% | 82 | 23.1% | 56 | 15.8% | 355 | 100.0% |
| Me siento hinchado después de una comida normal | 47 | 161 | 45.4% | 71 | 20.0% | 38 | 10.7% | 85 | 23.9% | 355 | 100.0% |
| No sé muy bien cuando tengo hambre o no | 40 | 159 | 44.8% | 96 | 27.0% | 54 | 15.2% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo | 60 | 140 | 39.4% | 117 | 33.0% | 52 | 14.6% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer | 64 | 211 | 59.4% | 57 | 16.1% | 41 | 11.5% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| No sé qué es lo que ocurre en mi interior | 33 | 187 | 52.7% | 83 | 23.4% | 45 | 12.7% | 40 | 11.3% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 21
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
MIEDO A CRECER EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA
DE TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| La infancia es la época más feliz de la vida | 14 | 43 | 12.1% | 61 | 17.2% | 84 | 23.7% | 167 | 47.0% | 355 | 100.0% |
| Las exigencias de la vida adulta son excesivas | 35 | 86 | 24.2% | 103 | 29.0% | 75 | 21.1% | 91 | 25.6% | 355 | 100.0% |
| Creo que las personas son más felices cuando son niños | 48 | 109 | 30.7% | 94 | 26.5% | 38 | 10.7% | 114 | 32.1% | 355 | 100.0% |
| Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro | 3 | 121 | 34.1% | 86 | 24.2% | 60 | 16.9% | 88 | 24.8% | 355 | 100.0% |
| Me gustaría ser más joven | 6 | 137 | 38.6% | 91 | 25.6% | 60 | 16.9% | 67 | 18.9% | 355 | 100.0% |
| Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto | 58 | 126 | 35.5% | 118 | 33.2% | 61 | 17.2% | 50 | 14.1% | 355 | 100.0% |
| Preferiría ser adulto a ser niño | 22 | 154 | 43.4% | 94 | 26.5% | 57 | 16.1% | 50 | 14.1% | 355 | 100.0% |
| Me alegra haber dejado de ser un niño | 39 | 148 | 41.7% | 119 | 33.5% | 40 | 11.3% | 48 | 13.5% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 22
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
ASCETISMO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|---|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales | 68 | 98 | 27.6% | 90 | 25.4% | 63 | 17.7% | 104 | 29.3% | 355 | 100.0% |
| Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer | 71 | 110 | 31.0% | 84 | 23.7% | 71 | 20.0% | 90 | 25.4% | 355 | 100.0% |
| La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente | 75 | 119 | 33.5% | 101 | 28.5% | 67 | 18.9% | 68 | 19.2% | 355 | 100.0% |
| El sufrimiento te convierte en una persona mejor | 88 | 186 | 52.4% | 74 | 20.8% | 41 | 11.5% | 54 | 15.2% | 355 | 100.0% |
| Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo | 86 | 198 | 55.8% | 64 | 18.0% | 56 | 15.8% | 37 | 10.4% | 355 | 100.0% |
| Me avergüenzo de mis debilidades humanas | 66 | 199 | 56.1% | 65 | 18.3% | 45 | 12.7% | 46 | 13.0% | 355 | 100.0% |
| Comer por placer es signo de debilidad moral | 78 | 208 | 58.6% | 78 | 22.0% | 35 | 9.9% | 34 | 9.6% | 355 | 100.0% |
| Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo | 82 | 232 | 65.4% | 56 | 15.8% | 40 | 11.3% | 27 | 7.6% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 23
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
IMPULSIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE
TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo | 90 | 263 | 74.1% | 42 | 11.8% | 24 | 6.8% | 26 | 7.3% | 355 | 100.0% |
| La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable | 67 | 221 | 62.3% | 61 | 17.2% | 36 | 10.1% | 37 | 10.4% | 355 | 100.0% |
| Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado | 74 | 167 | 47.0% | 106 | 29.9% | 58 | 16.3% | 24 | 6.8% | 355 | 100.0% |
| Los demás dicen que me irrito con facilidad | 83 | 191 | 53.8% | 71 | 20.0% | 41 | 11.5% | 52 | 14.6% | 355 | 100.0% |
| Tengo cambios de humor bruscos | 85 | 183 | 51.5% | 63 | 17.7% | 54 | 15.2% | 55 | 15.5% | 355 | 100.0% |
| Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza | 77 | 160 | 45.1% | 81 | 22.8% | 39 | 11.0% | 75 | 21.1% | 355 | 100.0% |
| Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira | 79 | 175 | 49.3% | 64 | 18.0% | 56 | 15.8% | 60 | 16.9% | 355 | 100.0% |
| Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas | 72 | 191 | 53.8% | 33 | 9.3% | 30 | 8.5% | 101 | 28.5% | 355 | 100.0% |
| Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol | 81 | 171 | 48.2% | 48 | 13.5% | 38 | 10.7% | 98 | 27.6% | 355 | 100.0% |
| La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome | 65 | 128 | 36.1% | 82 | 23.1% | 54 | 15.2% | 91 | 25.6% | 355 | 100.0% |
| Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento | 70 | 104 | 29.3% | 92 | 25.9% | 65 | 18.3% | 94 | 26.5% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre

TABLA 24
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CADA ITEMS DE LA SUBESCALA
INSEGURIDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE TACNA, 2014-II

| Items | Nro | Item_1 | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-------|--------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | Total | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Creo que realmente sé quién soy | 91 | 29 | 8.2% | 37 | 10.4% | 31 | 8.7% | 258 | 72.7% | 355 | 100.0% |
| Sé que la gente me aprecia | 89 | 49 | 13.8% | 53 | 14.9% | 83 | 23.4% | 170 | 47.9% | 355 | 100.0% |
| Soy comunicativo con la mayor parte de la gente | 73 | 64 | 18.0% | 72 | 20.3% | 95 | 26.8% | 124 | 34.9% | 355 | 100.0% |
| Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo | 69 | 57 | 16.1% | 79 | 22.3% | 98 | 27.6% | 121 | 34.1% | 355 | 100.0% |
| Creo que la gente confía en mi tanto como merezco | 80 | 60 | 16.9% | 85 | 23.9% | 77 | 21.7% | 133 | 37.5% | 355 | 100.0% |
| La gente comprende mis verdaderos problemas | 76 | 145 | 40.8% | 103 | 29.0% | 56 | 15.8% | 51 | 14.4% | 355 | 100.0% |
| Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás | 87 | 183 | 51.5% | 69 | 19.4% | 46 | 13.0% | 57 | 16.1% | 355 | 100.0% |
| Tengo la sensación de que todo me sale mal | 84 | 189 | 53.2% | 79 | 22.3% | 36 | 10.1% | 51 | 14.4% | 355 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario EDI-2 para síntomas de problemas alimenticios.

0= Nunca: 1= Algunas Veces: 2= Generalmente: 3= Siempre/casi siempre