



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**“ESTRÉS PERCIBIDO Y ACTITUDES DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA.”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

**LENDY ADALLANI CITLAHUA AJACTLE
MARIA BERENICE DE LALUZ GONZALEZ**

ASESOR DE TESIS:
M.E.JULIA GABRIELA CASTELLANOS TRUJEQUE

Orizaba, Veracruz

Julio 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres Hugo y Paulina que han sido siempre el pilar fundamental para que yo terminara mis estudios, teniendo mucho que sacrificar por ayudarme a seguir mi sueño, por su gran ejemplo y corazón siendo ustedes herramienta clave de dedicación y amor para poder seguir en el trayecto de mi carrera sin darme por vencida y llenarme de mucha sabiduría, jamás podré pagar todo lo que han hecho por mí, gracias por ser como son, por que su presencia y persona han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy.

A mi abuelita Reyna y hermanas por ser mi inspiración de sencillez y lucha, por su cariño incondicional, apoyo y motivación.

A mi Cesar que siempre estuvo apoyándome de una manera desmesurada y jamás me dejo caer en los momentos más difíciles de mi carrera, por su cariño y gran compañía, los amo.

A mí, porque solo yo sé todo lo que me ha costado el trascurso de la carrera lleno de sacrificios que el día de hoy están dando fruto.

Y por último a mi amiga Lendy que con su amor incondicional siempre estuvo conmigo en toda la carrera, por sus consejos y por las anécdotas, por todo lo bueno que vivimos y hemos aprendido, de todo corazón gracias mejor amiga.

Maria Berenice De la Luz Gonzalez

DEDICATORIAS

Agradezco Dios por haberme otorgado a unos excelentes padres, quienes siempre ha creído en mi dándome un claro ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. A ellos le dedico el presente trabajo con todo mi amor y mi cariño ya que siempre han sido mi motor que me impulsaron a seguir mis sueños y esperanzas y ahora gracias a ellos eh logrado concluir mi carrera, porque siempre han sido mis mejores guías de la vida es por ello que hoy que concluyo una meta más les doy las gracias por ser quienes son y creer siempre en mí.

A mí por mi esfuerzo y todo el sacrificio que forjé durante toda mi formación académica profesional.

A mi mejor amiga Bere que hoy al igual que yo culmina esta etapa, le doy las gracias porque siempre estuvimos juntas en la buenas y en las malas y le doy gracias a dios por regalarme una bonita hermandad junto a ella. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de la vida y no puedo dejar de agradecerle por todo su apoyo y constancia al estar es las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. Gracias por siempre estar allí.

A mi novio que siempre estuvo conmigo apoyándome, por estar inclusive en los momentos y situaciones más tormentosos, no fue fácil culminar este proyecto, sin embargo, siempre fue mi mayor motivador para que lograra cumplir todas mis metas.

Lendy Adallani Citlahua Ajactle

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Pregunta de investigación	8
1.3 Objetivos de la investigación	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
CAPÍTULO II. ESTRÉS	9
2.1 Antecedentes del estrés	9
2.2.1 Fases del estrés	10
2.2.2 Síntomas	11
2.2.3 Teorías	12
2.2.4 Tipos de estrés	14
2.2.5 Efectos del estrés	16
2.2.6 Reacciones ante el estrés	17
2.2.7 Manejo de estrés	18
2.2.8 Estrés en el ámbito estudiantil	20
CAPÍTULO III. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	23
3.1 Estadísticas globales de TCA	24
3.2.1 Impacto de las conductas alimentarias	25
3.2.2 Epidemiología de TCA	26
3.2.3 Epidemiología nacional	28
3.2.4 Antecedentes de trastornos de TCA	30
3.2.5 Generalización de TCA	33
3.2.6 Tipos de TCA	35

3.2.7 Prevención de TCA	36
3.2.8 Consecuencias de TCA	38
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	41
4.1 Estructura metodológica	41
4.2 Universo, muestra y muestreo	41
4.3 Criterios de selección	42
4.4 Hipótesis	42
4.5 Variables y operacionalidad	43
4.6 Recolección de información	46
4.7 Recolección de datos	46
4.8 Análisis de datos	47
4.9 Consideraciones éticas	48
CAPÍTULO V. RESULTADOS	49
5.1 Resultados descriptivos	50
Tabla 1 Variables categóricas	50
Gráfica 1 Variables categóricas	51
Tabla 2 Estadísticas descriptivas de variables continuas	53
Tabla 3 Estrés percibido	56
Gráfica 2 Estrés percibido	57
Tabla 4 Afrontamiento del estrés percibido	59
Gráfica 3 Afrontamiento del estrés percibido	60
Tabla 5 Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) I	62
Gráfica 4 Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) I	63
Tabla 6 Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) II	65
Gráfica 5. Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) II	66
Tabla 7. Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) III	68
Gráfica 6 Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) III	69

Tabla 8. Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) negativo	71
Gráfica 7 Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) negativo	71
Tabla 9. Estrés percibido y conducta alimentaria	73
5.2 Resultados inferenciales	74
Tabla 10. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	74
Tabla 11. Correlación de Rho Spearman	75
CONCLUSIÓN	79
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS	84
ANEXOS	100
Oficio de solicitud de aplicación de instrumentos	100
Consentimiento informado	101
Instrumento de medición	102

RESUMEN

Introducción: El estrés es un efecto desfavorable que surge como respuesta ante factores ambientales o personales y en una excesiva exposición que afecta la homeostasis, este tipo de problemas suele modificar el desarrollo y desempeño de un individuo. Por otro lado, las actitudes alimentarias son una serie de respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, y un mal desarrollo de este elemento conlleva a la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivo: Conocer la relación entre el estrés percibido y las actitudes de conducta alimentaria en estudiantes de la licenciatura de enfermería en una universidad privada.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, con un corte de tipo transversal aplicándose la Escala de Estrés Percibido y Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) con un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia a una población de 289 estudiantes de la carrera de enfermería.

Resultados: El 74.4% de la población pertenecen al sexo femenino, en comparación de los hombres con solo el 25.7 %, con una edad ME de 20.60 con DE 1.97, 19.0% necesitaron una intervención de ambas variables. Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, demostrando que el estudio contó con solo una variable de homocedasticidad, por lo que fue necesario que ejecutaran el estadístico de Rho Spearman, demostrando que el estrés percibido manifestó relación con las actitudes de conducta alimentaria $CRS: .383^{**}$, Sig Bilateral: $.000 < 0.001$.

Conclusión: Se logra que confirmaran que el estrés percibido influyó en las actitudes de conducta alimentaria, interfiriendo en el ámbito conductual, emocional y psicológico.

Palabras Clave: Estrés, Actitud Alimentaria, Estudiante, Enfermería.

ABSTRAC

Introduction: Stress is an unfavorable effect that arises as a response to environmental or personal factors and in an excessive exposure that affects homeostasis, this type of problem usually modifies the development and performance of an individual. On the other hand, eating attitudes are a series of behavioral responses or routines associated with the act of eating, and a bad development of this element leads to the appearance of Eating Disorders. **Objective:** To determine the relationship between perceived stress and eating behavioral attitudes in nursing students at a private university. **Methodology:** Quantitative, descriptive and correlational study, with a cross-sectional study applying the Perceived Stress Scale and Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) with a non-probabilistic sampling by convenience to a population of 289 nursing students. **Results:** 74.4% of the population belonged to the female sex, compared to men with only 25.7%, with an ME age of 20.60 with SD 1.97, 19.0% needed an intervention of both variables. The Kolmogorov-Smirnov normality test was used, showing that the study had only one variable of homoscedasticity, so it was necessary to run the Rho Spearman statistic, showing that perceived stress showed a relationship with eating behavior attitudes $CRS: .383^{**}$, Bilateral Sig: $.000 < 0.001$. **Conclusion:** It is possible to confirm that perceived stress influenced eating behavior attitudes, interfering in the behavioral, emotional and psychological domains.

Key words: Stress, Eating Attitude, Student, Nursing.

INTRODUCCIÓN

En el año 2022 la Organización Mundial de la Salud definió a la salud mental como un “estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (párr. 1).

Es importante señalar, que este concepto es muy similar al de la salud física, debido a no hace solo referencia a la ausencia de trastorno mental, puesto a que engloba múltiples procesos complejos y estos son diferentes en cada grupo etario e individuo, debido a que las experiencias, nivel de adaptación y presencia de factores de riesgo o protectores modificarán la forma en que estos se manifiestan.

Respecto a lo anterior, se habla del estrés, el cual se define como un efecto desfavorable que surge en forma de respuesta ante factores ambientales o personales y en una excesiva exposición que afecta la homeostasis (DeCS, 2020). Este puede modificar la conducta del ser humano y llevarlo a adoptar hábitos poco saludables, como una mala alimentación, consumo de sustancias adictivas, aislamiento social o conductas suicidas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2018) actualmente es difícil calcular la mortalidad causada por enfermedades mentales, sin embargo, se utiliza un indicador denominado Años Perdidos por Discapacidad (APD), este parámetro de medición no se ve afectado por la exclusión de las muertes y proporciona una comparación válida entre grupos de enfermedades. En su análisis del 2018 señalan que en la Región de las Américas los trastornos de salud mental específicos y no específicos representaron el 34.0% de la discapacidad total, sumado a esto, un 8.0% de los APD se relacionan con las enfermedades nutricionales.

Por consiguiente, es pertinente hablar de las actitudes alimentarias, estas se definen como una “serie respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, modos de alimentarse, padrón rítmico de la alimentación considerando intervalos de tiempo, horarios y duración de la alimentación” (DeCS, 2020).

Cuando existe una presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) estas pueden ser factores predisponentes para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), los cuales son considerados como alteraciones en el comportamiento relacionadas a la alimentación, situación que origina modificaciones en el consumo y absorción de nutrientes, provocando alteraciones en la salud física e interacciones sociales.

Un estudio en población hispanohablante realizado en una universidad de enfermería arrojó una prevalencia del 34.0% en el riesgo para desarrollar un TCA y un 14.0% ya cuenta con alguna alteración de la conducta alimentaria que demanda la necesidad de identificación e intervención (Blagomirova & Cárdbaba, 2020). Situación que es preocupante, considerando que los estudiantes pertenecen al área formativa Ciencias de la Salud y son población que debe contar con los conocimientos básicos para fomentar estilos de vida saludables y apego a estos.

Ante esta problemática es que el siguiente proyecto busca desentrañar las características de las variables mencionadas, visualizando como es su comportamiento en jóvenes universitarios de Enfermería, con la finalidad de identificar las posibles problemáticas y sentar las bases de futuras intervenciones o planes de acción institucionales.

CAPÍTULO I. ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El estrés en universitarios va creciendo por la gran cantidad de actividades diarias que tienen que realizar y por el alto nivel de exigencia que establecen los estándares de calidad profesional, es uno de los problemas de salud más común en la sociedad actual. A nivel mundial uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades se estima que el 50% de las personas tienen algún problema de salud mental producto del estrés (Caldera, Pulido & Martínez, 2007).

Es un fenómeno que tiene gran relación entre la persona y los acontecimientos de su entorno, siendo amenazante por el hecho de disponer un riesgo en la salud del estudiante dando consecuencias severas. La Organización Mundial de la Salud (2020), considera que el estrés afecta negativamente a la salud psicológica y física de los estudiantes, así mismo indica que un estudiante estresado puede ser más enfermizo y estar poco motivado.

Es uno de los principales factores que influye en el desempeño del individuo y en general en su calidad de vida. Para la aparición del estrés y sus consecuencias es necesaria la existencia de diversas características en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos. El termino estrés proviene del inglés stress y se define por la Real Academia Española como “una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces grave”.

El estrés académico es un estado que se produce cuando el estudiante percibe negativamente (distrés) las demandas de su entorno, cuando le resultan angustiantes aquellas situaciones a las que se enfrenta durante su proceso formativo y pierde el control para afrontarlas, en algunas ocasiones se manifiestan síntomas físicos como ansiedad, cansancio, insomnio, y expresiones académicas como bajo rendimiento escolar, desinterés profesional, ausentismo e incluso deserción (Zarate et al., 2017).

Según la encuesta realizada por American College Health Association (2006) a estudiantes universitarios el mayor obstáculo para un buen desempeño fue el estrés académico de los 97.357 estudiantes que participaron en la encuesta, el 32% tienen un estrés académico, siendo las principales causas la preocupación por alcanzar éxito y los inadecuados hábitos de estudio.

En Latinoamérica esta realidad es más grave aún. Las investigaciones revelan que existe una elevada incidencia de estrés en los estudiantes universitarios, alcanzando valores superiores al 67% de la población estudiada, siendo estas de mayor incidencia durante el periodo de exámenes. La preocupación por el trabajo escolar (77%) y las calificaciones (74%) se encuentran en la parte superior de la lista de los elementos estresantes (Román, Ortiz & Hernández, 2008).

La explicación a este hecho se encuentra en la investigación realizada por De Garay (2006) quien analizó los hábitos de estudio de estudiantes de 54 Universidades Tecnológicas de Colombia, encontró que los hábitos asociados al trabajo académico en lugar de fortalecerse durante el tránsito de la universidad, se van debilitando.

Como ya es sabido, la universidad es fuente de nuevos retos y conocimientos ello implica, para el estudiante la utilización de nuevas técnicas y estrategias para optimizar su aprendizaje y desempeño; sin embargo, encontramos un desaprovechamiento académico debido al desconocimiento de métodos y técnicas de estudio. Muchos de los estudiantes no han sido capaces de desarrollar estas herramientas en años anteriores y al llegar a la universidad no encuentran el espacio, ni método, ni organización que le permita asimilar los nuevos conocimientos aprendidos obteniendo como resultado un desempeño no satisfactorio que a la vez genera elevados niveles de estrés académico (Torres, 2008).

Son escasas las investigaciones en el área de ciencias de la salud que han buscado analizar la relación entre Trastornos de Conducta Alimentaria y estrés académico, por lo que se hace patente la necesidad de emprender acciones destinadas a conocer cómo funcionan ambas variables en una muestra de estudiantes universitarios.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) son una problemática de salud pública por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamientos específicos y hospitalizaciones repetitivas. La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Domínguez, Olivares & Santos, 2008).

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades que varían grandemente, clasificándose en: anorexia nerviosa, "trastornos de la conducta alimentaria no especificados" y trastorno por atracón (Méndez et al., 2008).

La definición de dichas alteraciones se vuelve necesaria, debido al impacto que estas pudieran tener si se desarrollan a TCA y su sospecha de elevada prevalencia. Es necesaria la detección e intervención educativa, para la promoción de buenos hábitos de salud y la prevención del desarrollo de estas Alteraciones de Conducta Alimentaria.

Los jóvenes universitarios estudiantes de enfermería, al encontrarse en esta etapa de la vida y pertenecer a una carrera que presenta una marcada preferencia por el género femenino, manifiestan algunos patrones particulares de comportamiento con la finalidad de ser aceptados en el contexto social que los rodea, mediante una imagen corporal delgada y tonificada considerada como el modelo más cercano a la perfección de belleza física, convirtiéndose en un factor influyente en ciertas conductas alimentarias no saludables.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de estrés percibido y el riesgo de desorden alimenticio en estudiantes de enfermería de una universidad privada?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Conocer la relación entre el estrés percibido y las actitudes de conducta alimentaria en estudiantes de la licenciatura de enfermería en una universidad privada.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de la población.

Caracterizar los síntomas más afectados del estrés percibido en los estudiantes.

Identificar los principales signos de afrontamiento ante el estrés percibido en el alumnado.

Clasificar el nivel de estrés percibido en los estudiantes de enfermería.

Reconocer los comportamientos más dañinos referentes a las actitudes de conducta alimentaria en la población de estudio.

Detallar la necesidad de intervención ante actitudes de conducta alimentaria en los jóvenes.

CAPÍTULO II. ESTRÉS

2.1 Antecedentes del estrés

Desde que Selye (1973) implantara el concepto de estrés en el ámbito de la salud, para este autor era la causa usual de diversos padecimientos, este término ha sido muy manipulado tanto por los expertos de ciencias de la salud como de otros ámbitos. No obstante, aún coexiste una gran discusión sobre su definición. Las diferentes definiciones se han catalogado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, respuesta, percepción o transacción.

Sin embargo, el estrés ha sido conceptualizado de tres maneras, Cannon, 1932; Holmes y Rahe, 1967 lo abordan como un conjunto de estímulos. Existen ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y se perciben como amenazantes o peligrosas. Se denominan estresores. Así pues, el estrés se define como una característica del ambiente, hablándose de estrés laboral, estrés de los estudios, Esta idea de estrés como estimulación nociva que recibe un organismo se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar.

Selye (1960) menciona que este enfoque se centra en una respuesta ante los estresores y se entiende como un estado de tensión que tiene dos componentes: el psicológico que son conducta, pensamientos y emociones emitidos por el sujeto y el fisiológico maneja elevación del arousal o activación corporal.

Por último, se habla sobre Lazarus y Folkman (1987). Que mencionan que es un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos y además añade la interacción entre la persona y el ambiente Esta transacción supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. El determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos.

Aunque Hans Selye sentó las bases del concepto de estrés en el campo de la salud, Walter Cannon (1932) fue el primero en acuñar el término homeostasis para describir el proceso fisiológico coordinado que mantiene estable a las funciones de un organismo, destacando al sistema nervioso simpático como un sistema homeostático esencial, útil para reparar los disturbios de la homeostasis y promover la supervivencia del organismo afectado.

Hans Selye (1960), el médico que dirigió las primeras investigaciones sobre los efectos del estrés en el cuerpo definió el estrés como el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico, pero sin una causa particular. Es un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda. Aunque los factores estresantes varían, desencadenan la misma respuesta biológica.

La mayoría de las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas, sin embargo, el estrés, en sí mismo, no es destructivo. El estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión. Una presión excesiva puede causar tanto estrés como una presión demasiado baja, por lo que cierto grado de presión es realmente bueno para los individuos.

2.2.1 Fases del estrés

Selye (1977) describe el estrés a través de tres fases por lo tanto una de ellas es la reacción de Alarma en donde el individuo ante un hecho que le cause estrés se manifestara de diversas maneras, por ejemplo, puede estar muy irritable, dificultad para concentrarse y para conciliar el sueño entre otras. Si este hecho es superado se terminará el síndrome general de adaptación de lo contrario si esto no resulta así el individuo tendrá que pasar a la próxima etapa.

La siguiente fase según Mendoza et al. (2010), es la adaptación o resistencia comienza cuando el cuerpo toma medidas defensivas hacia el agresor buscando llegar a un equilibrio; III. Agotamiento. Empieza cuando el cuerpo abusa de sus recursos y defensas para mantener el equilibrio, en la cual el cuerpo pierde la suficiencia necesaria

para seguir en activación y comienza a decaer por debajo del nivel que debería estar normalmente, debido a que le falta la disposición necesaria para manejar adecuadamente una situación. Si este hecho se mantiene podría traer graves consecuencias.

García et al. (2004), menciona que la forma y duración de estas fases de estrés dan lugar a dos tipos de estrés: el estrés agudo (eustrés) y el estrés crónico (distrés). Si el estímulo es real y de corta duración, a su efecto se le denomina estrés agudo y si el estímulo es real y perdura en el tiempo con mayor intensidad se denomina estrés crónico, cuando el organismo se encuentra en presión continua o en situaciones de emergencia constante agotándose los recursos fisiológicos y psicológicos provoca una.

2.2.2. Síntomas

El presentar estrés interfiere a muchas manifestaciones fisiológicas que logran ser percibidas por el cuerpo, reduciendo la salud optima que se debe notar en una persona sana, si nos referimos al estándar social lo más común es la disminución en el nivel de rendimiento académico y laboral.

Neidhardt et al (1989) dice que el aspecto fisiológico genera diversas enfermedades, alteraciones del sistema endocrino, alteraciones del sistema nervioso vegetativo, modificaciones del ritmo y frecuencia cardio respiratorias, modificaciones de la tensión arterial, las tasas de glucosa y grasas de la sangre, aumento del colesterol, insuficiencia coronaria, modifican las funciones hormonales y alteran los ciclos menstruales ,por parte del estado psicológico genera angustias, ansiedad, irritabilidad, depresión y estados de ánimo negativos.

2.2.3 Teorías

Teoría Fisiológica Estrés como Respuesta

Según Folkman et al. (1986) la teoría fisiológica fue desarrollada por Selye quien define al estrés como una respuesta imprecisa del organismo ante una demanda que va en contra del organismo, ante algunas situaciones de amenaza en donde el individuo planea combatir o huir ante las diversas acciones que se puedan manifestar.

Esta teoría nos manifiesta que existen dos tipos de estrés uno que se da de forma negativa y otro de forma positiva, en donde el estrés positivo le permitirá al individuo cumplir con sus metas planteadas y el estrés negativo causará en la persona un gran agotamiento.

Teoría de los sucesos vitales

La teoría de los sucesos vitales fue desarrollada por Holme y Rahe (1967) quienes basaron sus estudios principalmente en los sucesos que presentaban la enfermedad de los pacientes hospitalizados. Sucesos como la pérdida de un ser querido y el despido de un trabajo activaban las hormonas y la fisiología del estrés; así como también situaciones como el haberse casado y el nacimiento de un hijo actuaron de manera positiva, sin embargo, nunca dejaron de ser estresantes ya que se requería de un ajuste adecuado para el cambio.

Así mismo, nos indica que el estrés ante diversas situaciones exige a la persona grandes cambios en su vida cotidiana así por ejemplos ante el hecho de estar próximo a dar un examen, a trabajos complicados a separaciones de matrimonios, estos producen que el individuo tenga que modificar la forma de comportarse para poder afrontar adecuadamente un hecho, ya que si reacciona de manera contraria estará perjudicándose el mismo.

En esta teoría pone mayor importancia a las características de los estímulos que provocan estrés sin considerar que cada persona se estresa de modo distinto, esto dependerá de cómo el individuo percibe la situación, cuáles son las estrategias y como es su comportamiento ante el estrés. Son teorías que se argumentan tanto de los estímulos de origen interno como estímulos de origen externo que llega alterar al organismo.

Fernández (2003) indica que existen tres tipos de acontecimientos en cuando al estrés así vemos, los cambios mayores que suelen afectar a la mayoría de individuos ya que estos pueden durar gran cantidad de tiempo o se pueden dar de una manera imprevista provocando así consecuencias físicas y psicológicas, los cambios mayores que solo afectan al individuo o a un pequeño grupo de ellos en el que se basan en situaciones que están fuera del control del individuo como la pérdida del puesto de un trabajo o también en situaciones que son más influyentes en uno mismo como un examen importante o estresores que se dan en la vida cotidiana pero que incomodan solo en un cierto momento como por ejemplo el tráfico al tomar un carro, la discusión.

Teorías Basadas en la Interacción o Transacción

Lazarus y Folkman (1987) sostienen que la evaluación cognitiva se basa en como el ser humano determina por qué y hasta qué punto le resulta estresante la relación entre el individuo y el entorno ya que estos son estímulos internos que son generados por un ambiente real y las evaluaciones cognitivas son el desarrollo que permite observar las consecuencias de un hecho provocado por la persona según características como valores, compromisos, creencias, estilos de pensamiento y percepción y el entorno en donde todas estas características deben predecirse y analizarse.

Lazarus (1986) distinguió tres tipos de evaluaciones: Primaria: Se basa en la situación ya sea esta externa o interna. Secundaria: Como la persona reacciona frente a una situación. Reevaluación: Un proceso de feedback que ocurre mediante el desarrollo de la interacción de una persona y las demandas que autorizan la realización de algunos cambios de conducta en diferentes circunstancias.

Reynoso (2002) añade que existen tres maneras en como el ser humano percibe una situación, clasificándolas de la siguiente manera; Irrelevante, Cuando no existen problemas, Benigna Positiva, Se refiere a consecuencias de un hecho que se da de manera positiva como son amor, alegría o sentimientos positivos, y Estresante que Se da cuando es provocado por un daño o pérdida.

Asimismo, las manifestaciones de estrés que son ocasionados por la persona dependerán mucho de las estrategias que cree este para hacerse frente a un peligro estas pueden ser recursos psicológicos, ambientales y materiales, así como también su capacidad y destreza.

2.2.4 Tipos de estrés

En cuanto a los tipos de estrés Opi (2010) dice que el estrés físico es la reacción que el organismo tiene ante una situación ofensiva. Cuando el organismo libera adrenalina los músculos se tensan, desarrolla más veloz el ritmo cardiaco, el cuerpo espera a ser atacado. Cuando pasa esta situación estresante el individuo vuelve a su estado normal. Se volvió una forma de adaptación al entorno por tanto tiene su lado positivo pues hace que el ser reaccione de manera inmediata a una situación específica.

En algunas ocasiones puede ser producido por alguna enfermedad, el cuerpo trata de estabilizar y encontrar equilibrio, en todo este proceso ya se ven algunos síntomas de estrés como el psicológico, debido a que es más difícil de identificar puesto que no se logra ver la situación de forma objetiva, lleva consigo emociones y comportamientos. Se puede observar de manifiesto cuando la persona está preocupada y con ansiedad.

Otro sería el emocional, este va ligado al psicológico y es difícil de reconocer, puede atacar nuestras creencias y esto provocar inseguridad, y así perder el control de una situación. Este tipo de estrés es muy delicado, pues se habla de emociones y al

reprimirlas suele pasar que se empieza a somatizar y se confunde con estrés físico, puede manifestarse como ansiedad o pánico.

Por otra parte, está el en endógeno, generando una tensión causada por factores internos del organismo como una inadecuada alimentación, lo cual obviamente afecta al cuerpo en su funcionamiento, por ejemplo, los pensamientos de envidia y celos son negativos que provienen dentro del ser, esto afecta inevitablemente el organismo y se empieza a sentir mal, se está mandando una señal negativa al cerebro y este lo capta como tal, según esto, mientras más pensamientos negativos tiene una persona lo exteriorizará sintiéndose mal.

En cambio, el tipo exógeno viene por factores de fuera, de la sociedad, de las exigencias que presentan en el diario vivir, como por ejemplo del trabajo o de la familia, de amistades, del medio, de la toma de decisiones, de los retrasos del bus, de injusticias dentro de la sociedad, y todas estas cosas llegan a afectar al organismo y produce estrés.

Rojas (2012) hace la diferencia entre estos dos tipos de estrés; uno de ellos es el eustres siendo el lado positivo o favorable, pero este depende en parte de como la persona lo tome para sí, esto es lo que en realidad determina si se tiene una buena o no adaptación, el eustres hace que la persona responda de forma creativa y positiva ante las situaciones, esto hace que resuelva mejor las eventualidades que se le presentan y desarrolle mejor las capacidades, esto le ayudará a obtener experiencias.

En cambio, el distrés es el lado desfavorable, este pasa cuando se supera esa etapa de resistencia por lo tanto no existe una adecuada adaptación, esto significa que la tensión persiste y por tanto empieza a afectar la salud, causando cansancio tanto emocional como físico, irritabilidad, mal humor y pérdida de motivación.

2.2.5 Efectos del estrés

Los efectos son de gran importancia en el estado de salud del ser humano por ello Glaser et al. (1987) considera influyente al sistema inmunológico en el momento de enfrentarse al estrés, al decir que existe una importante relación entre una capacidad mayor citotónica (inmuno competencia) y un mejor perfil psicológico.

De igual modo Engel (1962) asegura que la activación de los mecanismos de defensa psicológica del individuo se pone en marcha cuando el proceso de estrés, externo o interno a la persona le exige la adaptación de su organismo a una situación determinada por ello se logra interpretar como un manifiesto de todo aquello que aqueja al individuo demostrando una acción ya sea la situación en que se encuentre.

Por otro lado, Melgosa (2006) dice que algunas de las consecuencias desagradables que causa son los dolores de cabeza, jaquecas, debido a que existe una mala circulación de los vasos sanguíneos que riegan el cerebro, también el corazón se ve afectado en situaciones que demandan resistencia, este se agita y bombea más sangre produciendo un incremento de la presión sanguínea, o puede generar en muchos casos enfermedades cardiovasculares.

El aparato digestivo ve también las consecuencias de la tensión, debido a que existen variaciones en el estómago cuando se pasa por una situación estresante, ante esto el órgano envía señales al cerebro y disminuye el apetito. Si el estrés produce enojo o resentimiento lo que pasa en el estómago es que inicia a segregar ácidos que debilitan las paredes y causa úlceras gástricas.

Cuando se perturba la salud de un individuo, se llega a manejar mucha tensión por un periodo largo de tiempo, puede empezar a padecer enfermedades físicas, y el cuerpo da una respuesta, como lo haría ante cualquier entorno hostil, esto hace que la presión sanguínea se altere y estén atentos todos los sentidos. Este tipo de respuesta puede ser buena mientras no se prolongue por mucho tiempo puesto que pone en sus límites al organismo, al presentarse tanta ansiedad y desasosiego se llega a afectar el cuerpo físico.

2.2.6 Reacciones ante el estrés

Es importante saber que cualquier reacción sea probablemente una reacción normal incluso si no es la misma que la del resto, algunas reacciones serán leves y otras podrían ser tan fuertes que podrían causar dificultad para desenvolverse o progresar hacia la recuperación.

Sin embargo, Puliti (2004) plantea que hay distintas respuestas que se pueden dar ante la tensión como, Luchar es dar la cara ante esas situaciones que producen resistencia las cuales se consideran pueden manejarse y ser superadas. Cuanto más el estímulo se modifique actuará positivamente y a favor de la persona, el solo hecho de que se disponga a luchar beneficia, el movilizarse y entrar en acción mantiene al individuo en mejor equilibrio y más sereno de lo que hubiese estado si solo se dispusiese a soportarlo.

Se reduce el esfuerzo mientras se lucha pues este esfuerzo ayuda a canalizar la energía y por consecuencia el estrés disminuye. Es indispensable que el individuo reconozca de donde proviene, así será más fácil identificar una posibilidad de cambio. Huir: Este tipo de respuestas las da la persona cuando la situación es demasiado fuerte que no se puede modificar.

Redefinir es otra opción que se plantea ante la de tensión es tratar de rediseñar la situación estresante, esto significa que se ignoran o se toman de manera tal que sea positivo para la persona. El estrés es algo subjetivo, depende del significado de la situación que cada individuo le dé. No depende del estímulo, ni la situación que le rodee, que una situación llegue a ser estresante depende de cómo lo toma el individuo, su interpretación.

2.2.7 Manejo de estrés

Mingote y Pérez (2013) mencionan que las personas advierten distintos tipos de estresores a la vez que interactúan de forma dinámica, el estrés laboral puede ser uno de los responsables de las discusiones familiares, hace que la discusión se eleve. A esto se suele llamar generalización por desplazamiento, entre lo que es el trabajo y la familia que es donde mayormente se desenvuelve la persona.

La enfermedad y el estrés en relación exacta no tienen una relación correspondiente de forma única, sino que implican otros factores detonantes como la edad, estado civil, sexo, que pueden indicar los recursos que las personas tienen para manejar de una manera más adecuada el estrés.

Claro está, si comparamos la forma de percibir el estrés en un hombre y una mujer; el hombre tiende a irse a sus propias destrezas y así poder sobrellevar el estrés para resolver el problema real que presenta, sin embargo, una mujer se orilla más a disminuir el estrés por medio del apoyo social y las emociones. La predisposición o resistencia al estrés va a depender de factores fisiológicos, cognitivos y psicológicos y claro esta del ambiente, por ejemplo, una actitud negativa no va a favorecer una situación estresante.

El estrés, la salud, y la enfermedad van como un continuo círculo, se pone a la salud como ese estado de bienestar, y las otras son las que dan a lugar a respuestas de afrontamiento distintas y disfuncionales al estrés, esto puede producir alteraciones somáticas y estas relacionarse con el estrés. Para el manejo de estrés lo primero es reconocer cual es la respuesta que se da ante el estrés, lo segundo es aprender a relajarse y detenerse a pensar en la real situación de estrés, así se podrán encontrar soluciones, la persona tiene que reconocer que áreas de su vida causan estrés, eso significa el desequilibrio, con sus destrezas y capacidades entonces corregir ese desequilibrio.

Técnicas para disminuir el estrés

Labrador, (1992) refiere que el estrés se puede controlar alterando directamente el estímulo fisiológico primario y su mantenimiento o alterando el efecto que tiene sobre él un pensamiento, una situación o una conducta. En el primer caso, porque se controla directamente la activación del propio organismo, en el segundo, porque se reducen los factores que desencadenan su aparición.

Muchas de las técnicas que se analizan a continuación se han desarrollado para tratar una amplia gama de problemas de comportamiento, aunque son útiles a nivel preventivo para aumentar la adaptabilidad de una persona. Las técnicas se pueden dividir en generales donde su objetivo es aumentar los recursos personales de una persona de carácter habitual, lo que le permitirá hacer frente al estrés, posterior entra el papel de la concienciación en el cual su propósito es cambiar la forma de ver la situación percibiendo, interpretando y evaluando problemas y recursos propios, no obstante la fisiología está diseñada para reducir la activación fisiológica y el posterior malestar emocional y físico y por último se encuentran las conductuales teniendo como objetivo promover el comportamiento adaptativo y proporcionar a una persona una variedad de estrategias de conducta para ayudarlo a enfrentar el problema.

El uso de la mayoría de las técnicas, que se describen a continuación, requiere que un psicólogo profesional determine qué técnicas son las más apropiadas para una situación o caso en particular y se asegure de que se apliquen y lo hagan correctamente.

Al contrario de lo maneja la compartimentalización, la interrupción del pensamiento nos dirige a una brecha más decidida ya que los pensamientos negativos no son útiles debido a la disminución del autoestima, quitan tiempo y generan una conducta inadecuada , trata de eliminar esos pensamientos negativos que no son útiles y reemplazarlos por aquellos momentos que para la persona han sido especiales o bellos o cosas que parezcan bonitas como una rosa, un recuerdo, un atardecer y demás, entonces inmediatamente cuando un pensamiento negativo aborde la mente lo

que debe hacer la persona es sustituirlo por lo positivo que haya experimentado esto dará mayor significancia Tomey (2009).

Se debe recordar que las conductas son productos de los sentimientos y estos de los pensamientos, por consiguiente, se debe de cambiar los pensamientos y así la conducta. Evadir y regular el estrés: se debe de evadir las situaciones que ya se conocen que generan estrés en la persona, en situaciones en donde exista estrés es necesario evitar otros cambios pues como se sabe estos generan estrés, así que no hay que juntarse con muchas situaciones estresantes si se puede regular.

2.2.8 Estrés en el ámbito estudiantil

Caldera. et.al.,(2007), Refiere que a nivel mundial, una de cada cuatro personas tiene algún problema grave de estrés, y en las ciudades, alrededor del 50% de las personas tienen algún tipo de problema de salud mental. Como factor epidemiológico, se considera un aspecto grave, ya que el estrés es una causa importante de diversas patologías.

Además, el estrés está presente en todos los medios y entornos, incluido el educativo, que son objeto de esta discusión; En consecuencia, psicólogos, docentes y padres de familia encuentran importante entender cómo esto afecta el desempeño de los estudiantes, es decir, el estrés que experimentan en el aprendizaje.

El estrés académico es el resultado de las exigencias del entorno educativo. Por lo tanto, este problema puede afectar tanto a los estudiantes como a los maestros. Según expertos como Caldera et al., (2007).

Según Barraz.,(2003), las tensiones de aprendizaje son un proceso sistemático de características adaptativas y básicamente psicológicos presentados cuando los estudiantes deben seguir el contexto de la escuela, algunos requisitos al evaluar el nacimiento del aprendizaje se considera un factor de estrés; Cuando estos factores de estrés causan desequilibrios del sistema (situaciones estresantes), se manifiesta en muchos síntomas (desequilibrio); y cuando este desequilibrio significa que los

estudiantes realizan actividades en el nivel de la cara para restaurar el equilibrio del sistema.

Mendoza (2010) menciona que México es uno de los países con el más alto nivel de estrés en el mundo, porque muestra los principales factores, como la pobreza, el cambio constante en el empleo y la situación social, la contaminación y la competencia entre el personal y la clase, dando una extensión demasiado amplia para detonar diversos motivos generadores de estrés, no obstante, las situaciones que se manejan en el día a día que no son contemplados para el individuo.

Por otro lado, Castro (2008) refiere estudios realizados en el año 2006 en jóvenes universitarios de San Luis Potosí indican que, a nivel estatal, el 80 por ciento de las enfermedades en los jóvenes están asociadas con el estrés. En este sentido, se ha observado que el estrés presenta respuestas de afrontamiento de acción suicida y en el mejor de los casos el estudiante presenta estados de ansiedad, consumo de tabaco, cafeína o fármacos, alteraciones del sueño y en la ingesta de alimento.

Orlandini (1999) argumenta que, desde la etapa preuniversitaria hasta la escuela de posgrado, una persona en la universidad experimenta estrés. Esto se llama estrés académico y ocurre tanto en el aprendizaje personal como en el aula.

Para Martínez y Díaz (2007), el estrés escolar es una sensación desagradable que experimenta un estudiante debido a factores físicos, emocionales, ya sean relacionados, internos o ambientales, que pueden causar una presión significativa en la capacidad de un individuo para el entorno escolar dentro de la escuela. y rendimiento académico, habilidades de resolución de problemas metacognitivos, realización de exámenes, relaciones con compañeros y profesores, búsqueda de reconocimiento e identidad, capacidad de relacionar el componente teórico con la realidad económica particular con la que se relaciona.

El estrés académico describe los procesos cognitivos y afectivos que los estudiantes perciben bajo la influencia de los estresores académicos. Esto significa que los estudiantes evalúan diferentes aspectos del entorno de aprendizaje y los clasifican

como amenazas, desafíos o requisitos a los que los estudiantes pueden o no responder de manera efectiva; estos juicios están relacionados con emociones esperadas como ansiedad, nerviosismo, confianza, ira, tristeza, satisfacción, alivio.

CAPÍTULO III. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un tema universal, puesto que se manifiesta sin importar en donde radiquen las personas un claro ejemplo el NEDA (National Eating Disorders association 2016) que se ha encargado de recoger estadísticas de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los Estados Unidos, Reino Unido, y Europa para tener una mejor idea de exactamente cuán comunes son los trastornos de la conducta alimentaria. Estadísticas más viejas de otros países que usan definiciones más estrictas de anorexia y bulimia dan estimados de prevalencia más bajos.

Hudson et al., 2007 habla sobre una investigación que se inquirió a 9,282 pacientes americanos anglohablantes sobre una variedad de condiciones de la salud mental, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados, publicados en *Biological Psychiatry*, encontraron que el 0.9% de las mujeres y 0.3% de los hombres habían tenido anorexia en sus vidas, el 1.5% de las mujeres y 0.5% de los hombres habían tenido bulimia en sus vidas y por último el 3.5% de las mujeres y 2.0% de los hombres habían tenido el trastorno por atracón en sus vidas.

Por otro lado, una investigación con 31,406 mellizos suecos nacidos entre 1935-1958, 1.2% de las mujeres tenían anorexia clínica durante su vida, lo que aumentó a 2.4% cuando usaban una definición menos estricta de anorexia (Bulik et al., 2006). Para mellizos nacidos entre 1975-1979 en Finlandia, 2.2-4.2% de las mujeres y 24% de los hombres (Raevuori et al., 2009) habían tenido anorexia durante sus vidas.

Sin embargo, en cualquier punto dado del tiempo, entre 0.3-0.4% de mujeres jóvenes y 0.1% de hombres jóvenes sufrirán de anorexia, 1.0% de mujeres jóvenes y 0.1% de los hombres jóvenes sufrirán de bulimia, con tasas similares para el trastorno por atracón. Varias investigaciones más recientes en los Estados Unidos han usado definiciones menos estrictas que reflejan más acertadamente el alcance de los trastornos que ocurren, teniendo como resultado una prevalencia más alta de trastornos de la conducta alimentaria (Raevuori et al., 2009).

Van et al. (2006). Menciona que hubo un estudio holandés que fue publicado en el *International Journal of Eating Disorders* (Revista Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria) encontró que diagnósticos nuevos de anorexia y bulimia han permanecido relativamente estables en Holanda de 1985 a 1989 y de 1995 a 1999.

Inclusive menciona que de igual forma se presentó un análisis de muchos estudios de Europa y América del Norte demostró que las tasas de anorexia tuvieron un gran aumento hasta los 1970s, momento en que se estabilizaron. Las tasas de bulimia aumentaron durante los 1980s e inicios de los 1990s, y desde entonces han permanecido igual o disminuyeron un poco (Van et al., 2010).

3.1 Estadísticas globales de TCA

Lewinsohn et al., 2000 refiere que el incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere.

Makino et al., 2004 indica que un análisis reciente determinó que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor en los países occidentales que en los orientales, pero que en ambos tipos de culturas se ha incrementado de manera constante en los últimos años.

Brandsma (2007) dice que a pesar de que la incidencia de estas enfermedades aparentemente ha ido en aumento en las últimas décadas, habría que considerar que no se ha podido determinar si esto constituye un fenómeno real, o se trata sólo de que algunos cambios socioculturales observados en los últimos años, facilitan el diagnóstico de estas enfermedades. Desde el inicio de los años setenta se dio un proceso de divulgación sobre los trastornos de la alimentación, a través de los distintos medios de comunicación.

Esto motivó que en la actualidad un porcentaje elevado de adolescentes y sus familiares tengan conocimiento sobre la existencia de estas alteraciones. Además, se ha enfatizado que las conductas anormales de estos individuos constituyen una enfermedad, por lo que se ha recomendado brindarles todo tipo de apoyos, así como evitar actitudes de reprobación e intolerancia ante los síntomas.

Todo lo anterior, ha favorecido el desarrollo de un ambiente que permite establecer el diagnóstico con mayor facilidad. Es probable que algunos de los casos hoy diagnosticados, en el pasado hubiesen transcurrido de manera inadvertida al no ser detectados por familiares o compañeros.

3.2.1 Impacto de las conductas alimentarias

Hoy en día México se enfrenta a una doble carga de malnutrición, presentando como causas varios factores, en los estudiantes universitarios se caracteriza por la falta de tiempo, los medios de comunicación, el estrés, el no ser residente local entre otras, disminuyendo su desempeño académico, la reducción de la inmunidad, aumentando la vulnerabilidad a las enfermedades, alterando el desarrollo físico, mental, y reduciendo la productividad (Deliens et al.,2013).

Entre las enfermedades con mayor prevalencia por la mala nutrición son los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), los cuales se caracterizan por el hecho de que la persona se prohíben la comida o en el otro extremo, consuma alimentos en exceso en tiempos cortos. Es por ello, la importancia que las personas sigan una alimentación adecuada (Sáenz et al., 2011).

La alimentación que sigue un grupo determinado de personas cotidianamente se le denomina patrones de alimentación. Se basa en las preguntas: qué, cómo, cuándo, dónde y con quién consumen los alimentos, además, indican la variedad de alimentos que consumen para evaluar si las personas consumen una alimentación saludable o no saludable (Contreras et al., 2005).

Los TCA son consecuencia de la interacción de factores biológicos, físicos, psicológicos, sociodemográficos y culturales que modifican las actitudes de las personas (Sáenz et al., 2011). Su prevalencia ha aumentado claramente en las últimas décadas. Han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados a una pandemia, por ejemplo, de la globalización en ideas, usos y costumbres (Gómez et al., 2008).

En la actualidad, se manifiestan cuando la persona se siente con ansiedad o estresada por algún motivo. Además, la manera en cómo se tiene que ir transformando la persona para pertenecer a la sociedad y no ser excluida manifiesta presión. Las personas que padecen TCA tienen en común la dificultad para aceptarse a sí mismos, física y moralmente, también poseen un conflicto para alcanzar su maduración y pleno desarrollo (Morande, Graell, & Blanco, 2014).

Estos trastornos son complicados de solucionar debido al difícil tratamiento y la alta tasa de recaídas. Son nocivos para la salud, afectan la composición corporal, inducen a las personas a disminuir su índice de masa corporal que se refleja en desnutrición y en caso contrario, un índice de masa corporal alto resulta en sobrepeso y obesidad que se relacionan con baja calidad de vida, elevadas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad temprana.

Los TCA atraen el interés de los profesionales de la salud debido a los problemas psicológicos, el deterioro de la salud que estos provocan, el difícil manejo de esta enfermedad y la alta tasa de recaídas. Los trastornos se clasifican en tres categorías: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los TANE que son los trastornos no especificados (Portela et al., 2012).

3.2.2 Epidemiología de TCA

Peláez, et al., (2005) describe que dentro de la Unión Europea, Portugal y Suiza son los países que tienen mayor número de casos de trastornos de la conducta alimentaria, en cambio, el número de casos en España es equivalente al existente en otros países europeos, entre ellos vamos a señalar a Italia, Finlandia y Reino Unido, al

estudiar los datos dentro de nuestro país, se observa que las Comunidades Autónomas que presentan mayor número de casos son Madrid, Santa Cruz de Tenerife, Granada y Murcia. Sin embargo, Rodríguez (2015) Expresa que la población española es la que presenta más riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria son las mujeres jóvenes.

Ya que como se ha podido observar en distintos estudios, hasta un 80% de los casos tienen su inicio en la adolescencia dando por resultado que el género es involucrado con mayor relevancia. Por otra parte, Seva y Casado (2015) Mencionan que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), recogen un alto porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria en las edades comprendidas entre los 10 y los 24 años. Además, hay estudios 6 que revelan que ya entre los 5 y 6 años comienzan a florecer sentimientos de distorsión de la imagen corporal.

Así mismo Ezquerra (2013) menciona la aparición de estos trastornos a edades tan temprana es consecuencia de los cambios físicos que se producen en esta etapa del desarrollo. Así como, la búsqueda de la identidad personal y el excesivo uso de las redes sociales. En este momento los jóvenes comienzan a tener conciencia de su imagen corporal y, les preocupa tanto su aspecto físico como su peso. Además de que estos dos aspectos son muy aceptados socialmente. Por eso, es necesario e importante comenzar un abordaje psicosocial y preventivo en estas etapas.

La anorexia nerviosa se ha incrementado considerablemente durante las últimas décadas. La presentan en torno a un 0,5-1% de los adolescentes a nivel mundial. Siendo más predominante en mujeres aproximadamente en una relación de 10:1. La Tasa Bruta de Mortalidad es de un 5% por década, la mortalidad suele estar relacionada con las complicaciones físicas asociadas a la enfermedad o por suicidio (tasas de suicidio del 12 por 100.000 al año) según la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014).

La bulimia nerviosa se presenta en un 2-4% de la población mundial, mayoritariamente en mujeres en una relación de 10:1. Como ocurriría en la anorexia nerviosa. La Tasa Bruta de Mortalidad es de un 2% por década La gravedad del diagnóstico dependerá del promedio de episodios de atracón y conductas compensatorias repetidas en una semana. A diferencia de la anorexia nerviosa en la bulimia nerviosa los pacientes suelen mantener el peso (APA 2014).

3.2.3 Epidemiología nacional

Según Gandarilla (2003), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son afecciones psicopatológicas complejas que suponen severas modificaciones en las actitudes y conductas relacionadas con la ingestión de alimentos, en respuesta a distorsiones perceptivas sobre las dimensiones corporales, así como a un miedo intenso a engordar.

Por lo anterior, es que este tipo de trastornos se cuentan entre las enfermedades mentales de mayor letalidad la rápida expansión social que han demostrado hace que actualmente sean reconocidos a nivel mundial “como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor.

Serrato (2000), expone que debido a la gran dificultad que representa delimitar las causas de este tipo de trastornos muchas de las investigaciones más recientes sobre el tema estudian en la población general las denominadas conductas alimentarias de riesgo que son aquellas poco saludables pero aisladas o no suficientemente recurrentes para establecer un diagnóstico de TCA.

Altamirano et al. (2011) dice que los resultados son dignos de considerar cuando se apunta a la prevención de las conductas alimentarias, ya que fuentes señalan que las CAR (conductas alimentarias de riesgo) son el punto intermedio de un continuo donde en un extremo se ubican las conductas alimentarias saludables y en el otro, los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

López et al, (2011) menciona que hay estudios epidemiológicos llevados a cabo entre 2003 y 2007 en Estados Unidos, España y México, indican que 6% de las mujeres entre 12 y 21 años presentan algún trastorno alimenticio. La mayor prevalencia de TCA en las mujeres ha sido atribuida principalmente a factores sociales, sobre todo a la presión que se ejerce desde la publicidad y la moda para que el cuerpo femenino sea esbelto y a la vez, bien torneado.

De igual manera entre el 2008 y 2011 se llevaron a cabo otros estudios poblacionales en Estados Unidos, España y México, el cual revelan que alrededor de 10-15% de las mujeres adolescentes y 3-8% de los varones adolescentes refieren incurrir en CAR tales como ingerir grandes cantidades de comida y luego inducirse el vómito, utilizar laxantes u otros fármacos para perder o controlar su peso (López, et al., 2011). Por otro lado, Gandarillas, et al. (2003) refiere que en México, las cifras reflejan que la prevalencia de la Anorexia Nerviosa [AN] entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la Bulimia Nerviosa [BN] alcanza 3% tradicionalmente, la presencia de tales afecciones ha demostrado tener un importante sesgo de género, siendo las mujeres el grupo más susceptible de padecerlos.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre las mujeres jóvenes. Si bien los trastornos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés), anorexia nervosa, bulimia nervosa, y trastorno de la conducta alimentaria no especificado tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes (APA 1994).

Mancilla et al. (1998) menciona que no existe un concepto unificado de las conductas de riesgo, pero este término, así como los de síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA. En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes, y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México.

A pesar de que en México ya han sido documentados resultados afines a este planteamiento en general las investigaciones basadas en la aplicación de instrumentos específicamente desarrollados para la detección de TCA, han sido de carácter local Franco et al. (2010) dice que aún existen poblaciones, municipios e incluso Estados como es el caso de Querétaro, en que los principales datos sobre la prevalencia de TCA son estimativos y derivan de los registros de atenciones de este tipo de casos por parte de los servicios públicos de salud.

Se tienen varios reportes en cuanto a la prevalencia de los TCA en México. En un trabajo realizado por Unikel et al. (2010), se evaluaron a 4358 mujeres de diferentes estados de la República Mexicana (Aguascalientes, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Oaxaca y Veracruz), encontrando que existe una prevalencia total de riesgo moderado en un 14.2%, y de riesgo alto de 60.8%.

Por otro lado, un estudio realizado en Tijuana, de una muestra de 2322 personas, se reportó que la prevalencia por preocupación por el peso fue del 69.2%; por la dieta, 24.8%, y el 2% tenían una prevalencia de TCA generando un gran impacto sobre el propio auto concepto y percepción de la persona por la preocupación de la elevación del peso. (Bojorquez, Bustos, Valdez & Unikel, 2018).

En estudiantes de medicina (Morán et al., 2009) reportaron que la población estudiantil de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) presentan una prevalencia de conductas de riesgo de 5.8%, entre las conductas reportaron un 9.7% de estudiantes que presentaron eventos de atracones, 5.6% vómito y 5.6% uso de laxantes.

3.2.4 Antecedentes de TCA

A lo largo de la historia se tiene conocimiento de numerosos casos de personas con algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, de los cuales los ejemplos de religiosas medievales y renacentistas son los más famosos, pero no los únicos. Utilizar

el “control” del comportamiento alimentario como una forma de manifestación religiosa o ideológica ha sido común a numerosas culturas a lo largo de toda la historia, en algunos casos promoviendo y valorando la obesidad; en otros, el ayuno. Hinojosa menciona (2009) que recuerda estas palabras de Santa Teresa de Jesús cuando fundó el convento de San José en Ávila: “Y no penséis, hermanas mías, que por eso os ha de faltar de comer, yo os aseguro, Si haciendo vosotras esto muriéreis de hambre, ¡bienaventuradas las monjas de San José! Aquí os digo yo serán aceptas vuestras oraciones, y haremos algo de lo que pretendemos, esto no se os olvide, hijas mías, por amor del Señor; pues dejáis la renta, dejad el cuidado de la comida; si no, todo va perdido”.

Se han recopilado multitud de posibles casos de TCA en el pasado, así Bell (1985) menciona hasta 261 casos de mujeres religiosas italianas desde el siglo XIII, dada la anticipada estructura de fe, utilizaban este método de restringir como sacrificio para sus deidades y así poder estar cada vez más cerca de Dios, siendo diferenciadas al resto de la población que no lo hacía, generando inquietud y cierta devoción por los demás religiosos.

Parry y Parry (1994) refieren hasta 360 casos de ayuno voluntario entre 1500 y 1939. Muchos de éstos se refieren a personas famosas por su vinculación religiosa o política, o por la singularidad del caso que llegó a ser descrito, asumiendo que el proceso ha sido influenciado, en cierta medida, por los factores socioculturales predominantes, cuando se ven desde una perspectiva histórica, las versiones modernas de estos trastornos se vuelven menos finitas y la diferencia de los trastornos es menos clara.

Uno de los casos que parte en la historia fue el de Santa Luidina de Shiedam (S. XIV) o Catalina de Siena, quien a los 7 años empieza a rechazar los alimentos, en la adolescencia sólo come hierbas y pan, a sus veintiséis años decide entregar su vida a Dios, lo cual colisiona con los planes de su padre quien pretendía casarla, ingresó a la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio IX en Avignon, al ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada y deja de alimentarse muriendo dos años después (Capua, 1947).

Gamero (2002) menciona otro caso es el de Santa de Wilgefortis, hija del rey de Portugal, considerada como una doncella hermosa y asediada por los caballeros, pero ella había decidido mantenerse en el “camino de la rectitud”, por lo que rezaba y comenzó el ayuno para pedirle a Dios que le arrebatara cualquier atractivo y belleza, de esa manera ahuyentar la atención de los hombres que pudieran hacerle caer en tentación.

Así como ellas, surgieron varios casos de doncellas que pretendían alcanzar el máximo nivel de espiritualidad manteniéndose fuera de los placeres, los cuales no solo se limitaban al carácter sexual, a un caso con estas características se le denominaba anorexia santa.

Sours (1980) dice que en el siglo IX en Avicena, el príncipe Hamadham inducía a la muerte al no ingerir alimentos, víctima de una inmensa melancolía. Esta es la primera referencia de un anoréxico varón en un contexto médico, aunque provenga de un cuadro depresivo primario.

Raich (1997) menciona que en el siglo XVI empiezan a aparecer datos de personas que presentan inanición, y que sus conductas restrictivas de la alimentación se consideran anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa, fue hasta 1964 cuando apareció la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa, la misma se le atribuyó al médico inglés Richard Morton siendo denominada “consunción nerviosa”, consumición física derivada de trastornos nerviosos.

Al paso del tiempo Gull en Londres (1873) y Lassegue en París (1874), consideraron la histeria como causa del trastorno y la denominan, anorexia histérica (Lassegue) y aepsia histérica (Gull), posteriormente la llamo anorexia describiéndola como un estado mental morboso del sistema nervioso, el cuadro descrito por ambos es muy parecido al descrito actualmente, pero en los últimos 100 años, la interpretación etiopatogenia ha sido muy diferente.

Toro (1996) menciona que, con el surgimiento del psicoanálisis, los intentos por definir y explicar este padecimiento estaban vinculados a los conceptos de trastornos psíquicos que se estudiaban en ese momento, Frenchman Huchard en 1883 la llamó Anorexia mental, considerándola como crisis de conversión o histeria.

Turón (2005) dice que para 1894, la definición de Gull había sido sustituida por la de Psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación melancólica, vinculándola desde entonces con el cuadro similar a lo que hoy se conoce como depresión; en 1909, Pierre Janet diferenció entre anorexia obsesional y anorexia histérica, según su forma de manifestarse el ayuno, siendo éste una expresión de ansiedades reprimidas.

A pesar de que a principios del siglo XX fue considerada padecimiento de origen endocrinológico, en los años 30 se le consideró como un trastorno completamente psicológico, con los estudios posteriores la Anorexia nerviosa se define como un trastorno diferenciado de patogénesis complicada, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes (Toner et al., 1988).

En la actualidad se sabe que existen muchas variables que intervienen en el desarrollo de la anorexia, sin embargo, aún es tema de debate el considerar cuál de todos ellos es el que tiene mayor relevancia, en el caso de la bulimia, Cruz (2001) menciona que el término proviene del griego bous limos, que significa “Hambre de buey”, que al principio se consideró dentro del cuadro anoréxico. En 1743, en el Diccionario Médico de Londres se describe un cuadro bulímico como; “preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno, llamado true boulimus. Otro cuadro descrito es el caninus appetitus, en el cual el vómito sigue al atracón.

Turón (2005) expresa que uno de los primeros casos descritos de bulimia, fue el de una chica llamada Nadia en 1903, por Pierre Janet, quien consideraba este padecimiento como una obsesión. Sin embargo, Russell en 1979 acuñó el término de bulimia para este trastorno, el cual no ha sufrido muchos cambios en su

conceptualización, aunque también se le conoce como Síndrome del control normal del peso, síndrome del caos dietético o Síndrome de las personas gruesas/delgadas, dado a que se puede presentar en cualquiera de ellas. Rice (2000) expone que hasta 1987 se designa como desorden de la conducta alimentaria de manera oficial por la American Psychiatric Association (APA), pero por sus características, ha sido difícil marcar su diferencia como padecimiento independiente, aún dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Desórdenes Mentales cuarta revisión (DSM-IV-R), por lo que se hicieron más modificaciones a los criterios diagnósticos, que en ocasiones hacen más difícil la distinción entre ellos.

3.2.5 Generalización de los TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica (Fassino et al., 2007).

Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran despliegue de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser dilucidado.

Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son, anorexia y bulimia nerviosas, otra categoría la constituyen los "trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) que codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico, entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA).

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta (Lewinsohn et al., 2000).

Estas enfermedades, que están caracterizadas por su cronicidad, así como por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas (Fairburn et al, 2000).

Además, frecuentemente se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social. Estas enfermedades pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen (Johnson et al., 2002).

Un análisis reciente determinó que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor en los países occidentales que en los orientales, pero que en ambos tipos de culturas se ha incrementado de manera constante en los últimos años. Ahora bien, a pesar de que la incidencia de estas enfermedades aparentemente ha ido en aumento en las últimas décadas, habría que considerar que no se ha podido determinar si esto constituye un fenómeno real, o se trata sólo de que algunos cambios socioculturales observados en los últimos años facilitan el diagnóstico de estas enfermedades. Desde el inicio de los años setenta se dio un proceso de divulgación sobre los trastornos de la alimentación, a través de los distintos medios de comunicación (Makino et al., 2004).

3.2.6 Tipos de TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen diversos arquetipos, unos de los más conocidos son la Anorexia Nerviosa AN Y la Bulimia Nerviosa BN, la AN es conocida como la perdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la propia

persona, y la BN como un síndrome cuyas características son episodios repetitivos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva del control del peso (Aguinaga et al., 2009).

Otras muy poco conocidas, pero de importante conocer, es la ortorexia, se caracteriza por la obsesión patológica de la comida biológicamente pura, lo que lleva a importantes restricciones alimentarias los ortoréxicos excluyen de la dieta alimentos que consideran impuros por llevar herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales y se preocupan en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los alimentos (Bratman & Knight, 2001).

Por último, tenemos a los TCA no especificados, suelen ser cuadros de AN O BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave.

Dentro de este grupo de trastornos, se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos y recurrentes de ingesta, pero sin conductas compensatorias.

3.2.7 Prevención de TCA

En los TCA no existen síntomas iniciales muy específicos, haciendo difícil un diagnóstico precoz, pese a que la negación del padecimiento suele ser el primer síntoma frecuente, el hecho de realizar una dieta sin orientación médica y con auto rechazo corporal son los dos síntomas más latentes en el inicio, sin embargo, en la mayoría de ellos, esos casos no se conducen a un trastorno de conducta alimentaria en la adultez.

La realidad es que el diagnóstico sigue siendo tardío y el abandono de tratamientos ante ellos aún más comunes, dejando sin terminar aquella tarea de prevenir y parar estos trastornos, se estima que el retraso en el diagnóstico y el inicio de

un tratamiento adecuado es de un año para la anorexia nerviosa y más de cuatro para la bulimia, Por lo tanto, a veces es preferible intervenir aún a riesgo de que sean casos leves o falsos positivos.

Las campañas educativas parten de la creencia de que, para modificar la conducta, si se le proporciona la información necesaria, la persona estará dispuesta a cambiar, claro está que el enfoque debe ser directo en cuanto a las consecuencias irreversibles que estas pueden ocasionar al realizarlas.

Otra opción son los programas educativos en donde se capacita y brinda información sobre aquello que daña a la persona, otros programas que entran en esa categoría son los de presión social de la delgadez y como se afrontan por medio de personas que lo vivieron, haciendo sentir al espectador entendido por lo que siente que le ocurre (Rutzstein et al., 2011).

La familia, los medios de comunicación y la escuela son los principales agentes que intervienen a la hora de adoptar hábitos alimentarios y los diferentes sitios donde se pueden modificar los mismos son en el consultorio médico o de un terapeuta privado, las escuelas, la familia, el trabajo, internet y los medios de comunicación (Gordillo, Camacho & Macías, 2012; Taylor, 2003).

Según Gordillo et al. (2012) la escuela es un campo de acción en lo que se refiere a la implementación de programas nutricionales ya que de esta manera se realiza la promoción de factores protectores en materia de hábitos alimentarios. Los adolescentes poseen muchas creencias erróneas acerca de lo que es una nutrición adecuada y en ocasiones, estas creencias producen metas idealistas las cuales los llevan a adoptar conductas alimentarias peligrosas (Soldado, 2006).

Es por ello por lo que, a nivel escolar, se debe proporcionar conocimientos sobre la alimentación y nutrición, fomentar la autoestima, así como las buenas habilidades en la comunicación. Se debe trabajar con la imagen corporal para que se entienda cómo va cambiando el cuerpo y el desarrollo de una actitud crítica frente a la información que ofrecen los medios (Santos et al., 2006).

Con respecto a los TCA, para lograr una prevención integral es necesario que estén implicados distintos sectores sociales. Desde un nivel político, buscar fórmulas para evitar que la población sufra problemas alimentarios. En la moda, lograr que las tallas correspondan a las medidas reales de una población. Con respecto a la publicidad, evitar que la televisión o anuncios incidan al adelgazamiento en forma no responsable y engañosa, así como también evitar anuncios que asocian la alimentación con los logros profesionales (Santos et al., 2006).

3.2.8 Consecuencias de TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una variedad de complicaciones que pueden producir un daño significativo en el paciente e incluso la muerte. Las consecuencias se relacionan con la disminución de la masa muscular, así como la inanición y las conductas compensatorias y son un daño a largo plazo Aguinaga et al. (2002).

La anorexia nerviosa debe sus complicaciones a la mínima cantidad de peso y la desnutrición, mientras que en la bulimia son las conductas compensatorias las causantes de consecuencias para la salud de los pacientes. En cambio, en el trastorno por atracón es la obesidad la principal alteración dañina para la salud Gabler et al. (2017).

Entre las consecuencias físicas, se encuentran complicaciones en el aparato endocrino, urinario y reproductor, aparato esquelético, así como debilidad muscular, pérdida de aceites en la piel, uñas quebradizas, caries y encías débiles, vaciamiento gástrico e intestinal enlentecido con frecuentes episodios de dolor, estreñimiento y gases Gómez del Barrio et al. (2008).

Las personas con TCA también pueden presentar problemas cardiovasculares, así como el deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones musco-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, y osteoporosis López y Treasure (2011).

Debido a la pérdida de peso en las mujeres que padecen TCA, se produce una disminución de la energía, la masa corporal, además de irregularidades en la menstruación. También se reduce la proteína muscular y la disminución de glucógeno y de los líquidos corporales, afectando de forma negativa la potencia muscular, la resistencia y el rendimiento en actividades físicas Márquez (2008).

Los huesos se ven afectados debido a la desnutrición y la falta de estrógenos. La gravedad de las consecuencias depende del tiempo que dure la enfermedad y de la menor medida de peso que se tenga. Cuando se presenta una duración prolongada del TCA es posible que se aumente el riesgo de sufrir fracturas Rivera et al. (2005).

Tanto como en la bulimia nerviosa como en la anorexia, la conducta purgativa es una de las conductas compensatorias que los sujetos con TCA usan más comúnmente, causando caries dentales, trastornos periodontales, xerostomía, sialoadenitis, lesiones de la mucosa oral y reflujo gastroesofágico. En los TCA se pueden encontrar secuelas emocionales y psicológicas que impactan en la vida diaria del adolescente. Las consecuencias psicológicas que pueden presentarse son humor depresivo, irritabilidad, retraimiento social, ansiedad e ideas obsesivas Aguinaga et al. (2009).

Montero et al., (2018), afirman que la ideación suicida es una de las consecuencias más relevantes en los TCA, pues aparecen en 22% de los sujetos que padecen anorexia y un 11% en pacientes con bulimia. Los TCA son enfermedades mentales con síntomas purgativos, compensatorios y restrictivos. Las consecuencias físicas son de diversas índoles, puesto que la exposición prolongada de este tipo de conductas daña de sobremanera el cuerpo de la persona que lo padece.

Graell, Monterroso y Barrios (2015) describen la sintomatología que los niños con TCA pueden presentar, la cual dividen en síntomas conductuales, físicos, preocupaciones emocionales o familiares, las conductuales, son evitar algunos alimentos o ciertas texturas en la comida, o la acumulación de comida en la boca sin poder ingerirlas, estos comportamientos deben ser corregidos para evitar la adopción de una conducta patológica.

Los físicos son síntomas más comunes como dolor abdominal o dolor al pasar los alimentos, la falta de apetito o la sensación de plenitud gástrica así como también el estreñimiento, y anomalías en el peso y la altura del desarrollo y por ultimo los psicológicos y emocionales ,como lo son cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, rabietas, llantos incontrolables, pasividad o actitud omnipotente la preocupación por el peso o la imagen corporal la puede llegar verbalizar sin embargo es tan común como lo es en la adolescencia. Finalmente, Bravo y Hodgson (2011) consideran que en la actualidad el estilo de vida de las personas está influyendo en el comportamiento de los infantes y su relación con la comida tanto en el consumo como en el rechazo dejando incertidumbre en el futuro adolescente y adulto.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Estructura metodológica

En este desarrollo de la investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, debido a que se analizaron elementos que pueden ser medibles, de tipo no experimental, ya que no hay manipulación de la variable de estudio, descriptiva y correlacional porque detalla los niveles de interacción entre el estrés percibido y el riesgo de desorden alimenticio, con un corte de tipo trasversal, puesto que solo se realizó en medición (Grove, Gray & Burns,2019; Hernández & Mendoza,2018).

4.2 Universo, muestra y muestreo

El estudio se realizó en una universidad privada, ubicada en la ciudad de Orizaba, estado de Veracruz, México, utilizando específicamente a los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería perteneciente al sistema escolarizado, contando con un universo de 315 alumnos inscritos en el período enero-junio 2022, considerando de manera indistinta sus datos sociodemográficos.

Por otro lado, para seleccionar una muestra que mantenga consistencia y confiabilidad, se utilizó la fórmula de Polit y Hungler (2000) para universos finitos, misma que contiene un margen de error del 0.05 y un valor de Z crítica de 1.96, obteniendo una muestra de 174 unidades que representan el 55.23% del universo, sin embargo, fue posible instrumentar a 289 alumnos, abarcando así un 91.74%, asegurando la representatividad de los datos.

Se aplicó el método de muestreo no probabilístico donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de las causas relacionadas con las características de la investigación en este caso por conveniencia (Hernández & Mendoza, 2018) esta muestra se formó por las unidades de análisis disponibles y las cuales se tuvo acceso en la semana de aplicación de instrumentos.

4.3 Criterios de selección

Inclusión: Que el participante haya firmado el consentimiento informado, pertenecientes a la modalidad escolarizada en licenciatura de enfermería y características sociodemográficas indistintas.

Exclusión: se excluyeron a los estudiantes que no contaban con la información actualizada sobre su peso y talla, misma que había sido recientemente extraída y proporcionada por el programa de atención a la salud que desarrolla la universidad, de igual forma, no se consideraron a los alumnos que se presentaron con retardo o el uniforme mal portado, apegado a los fines disciplinares de la institución.

Eliminación: quienes respondieron inadecuadamente o sin claridad alguna de las preguntas del instrumento, todo a aquel que deseara abandonar la investigación y los alumnos que llegaron a la aplicación del instrumento una vez que esta se encontraba finalizando, puesto que no tuvieron el tiempo sin de cada ítem cómo se debía.

4.4 Hipótesis

Hipótesis operacional (H_1)

Existe una relación entre el estrés percibido y actitudes de conducta alimentaria en los estudiantes de enfermería pertenecientes a una universidad privada.

Hipótesis nula (H_0)

No existe una relación entre el estrés percibido y actitudes de conducta alimentaria en los estudiantes de enfermería pertenecientes a una universidad privada.

4.5 Variables y operacionalidad

Variable independiente

Estudiantes de enfermería

Variable dependiente

Estrés percibido

Actitudes de conducta alimentaria

Variable independiente: estudiantes de enfermería	
Definición conceptual	Definición operacional
Individuos matriculados en una escuela de enfermería o en un programa formal de educación que culmina con el otorgamiento de un grado en enfermería.(DeCS, 2022)	Individuos que cursan una educación formal en la rama del cuidado y sus actividades se orientan a la educación de desarrollo de funciones de enfermería

Variable dependiente: Estrés percibido					
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Dominios	Valor del indicador	Escala de medición
Grado en el que una persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o agotadora (Cozzo & Reich, 2016)	Capacidad que poseen los estudiantes de enfermería para percibir los elementos estresores que se presentan en su vida laboral y cotidiana, además, de las habilidades que tiene para afrontar estos elementos.	Estrés percibido	Estrés percibido	Nunca (0) Casi nunca (1) De vez en cuando (2) A menudo (3) Muy a menudo (4)	Cualitativa ordinal
			Afrontamiento al estrés	Nunca (4) Casi nunca (3) De vez en cuando (2) A menudo (1) Muy a menudo (0)	Cualitativa ordinal

Variable dependiente: actitudes de conducta alimentaria.				
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Valor del indicador	Escala de medición
Respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, modos de alimentarse, padrón rítmico de la alimentación (Decs,2022)	Capacidad que poseen los estudiantes de enfermería para percibir los elementos de trastornos de la conducta alimentaria en su vida personal y poder afrontarlos.	Actitudes de conducta alimentaria	Siempre 3	Cualitativa ordinal
			Muy a menudo 2	
A menudo 1				
Algunas veces 0				
Raramente 0				
Nunca 0				
Siempre 0				
Muy a menudo 0				
A menudo 0				
Algunas veces 1				
Raramente 2				
Nunca 3				

4.6 Recolección de información

El instrumentó de medición estuvo conformado por tres secciones, la primera se denomina cedula de datos sociodemográficos, donde se evalúan los siguientes puntos: edad, sexo, numero de hermanos , semestre, años de estudio, estado civil, número de horas que asiste a la escuela por semana, número de horas que dedica a tareas por semana, número de horas que pasa en dispositivos electrónicos por semana, número de horas dedicadas a actividades recreativas por semana, peso, talla, IMC número de comidas al día, si realiza colaciones, numero de colaciones y si se encuentra en calidad de foráneo.

En la segunda sección se implementa la Escala de Estrés Percibido (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), es importante mencionar que su traducción y validación en poblaciones universitarias para México se realizó por González y Landero (2007). Es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, utiliza un formato de respuesta tipo Likert, consta de 14 ítems, muestra dos factores, el primero para las frases positivas y el segundo para las frases negativas, con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos, con los siguientes valores: 0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = De vez en cuando, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo.

Del mismo modo, los ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 10 se entienden de la siguiente manera 0 = Muy amenudo, 1 = A menudo, 2 = De vez en cuando, 3 = Casi nunca y 4 = Nunca. La puntuación directa indica que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de estrés percibido, se evalúa 0 a 14 indican que casi nunca o nunca esta estresado, 15 a 28 de vez en cuando esta estresado, 29 a 42 a menudo esta estresado, 43 a 56 muy a menudo esta estresado, este corte fue adaptado y validado en España por Remor (2006) arrojando un coeficiente de alfa total de 0,81 y también fue validado en México por González y Landero (2007) arrojando un coeficiente de 0,83.

En la tercera sección, se evalúa la variable actitudes de conducta alimentaria, para esta se utilizó el instrumentó conocido como Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) escala que mantiene una adecuada consistencia interna y explica un nivel de varianza aceptable, en México el EAT-26 fue traducido, validado y aplicado por Camarillo et al.

(2013). El instrumento se compone por un total de 26 ítems, con seis opciones de respuesta que mantienen los siguientes valores: 3 = Siempre, 2 = Muy a menudo, 1 = A menudo, 0 = Algunas veces, 0 = Raramente y 0 = Nunca, a excepción de el ítem número 25 que se lee de manera inversa, donde 3 = Nunca, 2 = Raramente, 1 = Algunas veces, 0 = A menudo, 0 = Muy a menudo y 0 = Siempre, de igual forma, para la interpretación se considera que una puntuación por encima de 20 demanda la necesidad de intervención.

Referente a la consistencia interna y validación del instrumento, un trabajo realizado por Álvarez et al. (2004) en mujeres mexicana señaló un alfa de Cronbach de 0,93. El EAT-26 en su versión original (Garner et al.,1982) ha sido traducida al castellano en diferentes investigaciones (Moran, Licea & Ñarritu, 2009).

4.7 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de forma presencial con el apoyo de los instrumentos de medición, esta se ejecutó con la autorización de la Universidad de Sotavento Campus Orizaba, Facultad de enfermería, mediante la elaboración de un oficio para solicitar de aplicación de instrumentos, mismo que fue recibido y aceptado por la Directora Técnica de la licenciatura correspondiente. El procedimiento se realizó mediante la técnica de cuestionario físico estructurado, haciendo visitas en las aulas de los estudiantes, aplicando instrumentos de medición que cumplen con los elementos de fiabilidad, validez y consistencia interna.

4.8 Análisis de datos

El análisis de la información se realizó de manera digital, a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 25.0 (SPSS) para Macos catalina, creando una base de datos donde se capturaron todos los datos recogidos, con el objetivo de poder contar con un manejo profesional y científico de la información, que previamente fue validada y revisada, asegurando el correcto y completo llenado de cada instrumento.

En la construcción del plan de análisis se integró estadística descriptiva, a través del uso de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, medidas de dispersión y extremos de función, además, se implementó la estadística inferencial con el uso de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y la correlación de Rho Spearman, a fin de no contar con variables normales y poder encontrar la interacción que existe entre el estrés percibido y trastornos de la conducta alimentaria.

4.9 Consideraciones éticas

Para certificar los aspectos éticos de este proyecto se retomaron en “Normas éticas para investigaciones con sujetos humanos” impuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica y en los principios de Helsinki.

Las pautas éticas señalan que la investigación científica es una acción fundamental en la vida de las instituciones académicas universitarias, ya que conlleva a una inclinación lógica y a una creatividad, que origina la generación y la acumulación de un conocimiento, y aporta a la solución de los problemas humanos en diferentes áreas.

La ética de la investigación en los seres humanos debe ser aplicada en cualquier elaboración de proyectos cuyo objeto de estudio sean investigaciones científicas, donde colaboren personas. Este acto hace que los participantes de estos proyectos sean sensibles al rastreo de sus identidades, comprometiendo potencialmente su privacidad; por esta razón se requiere de pasos adicionales para salvaguardar su protección y seguridad.

La Declaración de Helsinki es uno de los más utilizados y aceptados a nivel global, ya que la Asociación Mundial Médica (1964) como sus diferentes segmentos se han concentrado en promover sus disposiciones, en los que resalta la presencia de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, lo cual es evidente y retomado en el contenido de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados

del H. congreso de la unión, 2014), en el Título Quinto, marcando la Investigación para la Salud, Artículo 100, Donde señala que la investigación en seres humanos se debe desarrollar de acuerdo a las bases que indica: Todo proyecto que se lleve a cabo deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que experimentan en la investigación médica, principalmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

De tal manera que el investigador deberá contar con el consentimiento informado por escrito del del participante a quien se le realizará la investigación, y en caso incapacidad del sujeto podría ser representante legal, una vez indagado los objetivos de la experimentación o investigación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud tal se deberá tener el uso, manejo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad de ello.

Para lograr la colaboración de los estudiantes se dio una explicación del propósito de la investigación y que esta no producirá ningún tipo de daño hacia los participantes. Asimismo, se indicó que no se establecerá ningún tipo de pago o recompensa a quienes participen y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, así como de la identidad de los estudiantes al final de la tesis, consecutivamente los participantes se les entrego un consentimiento informado el cual firmaron aceptando participar en el estudio.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla 1

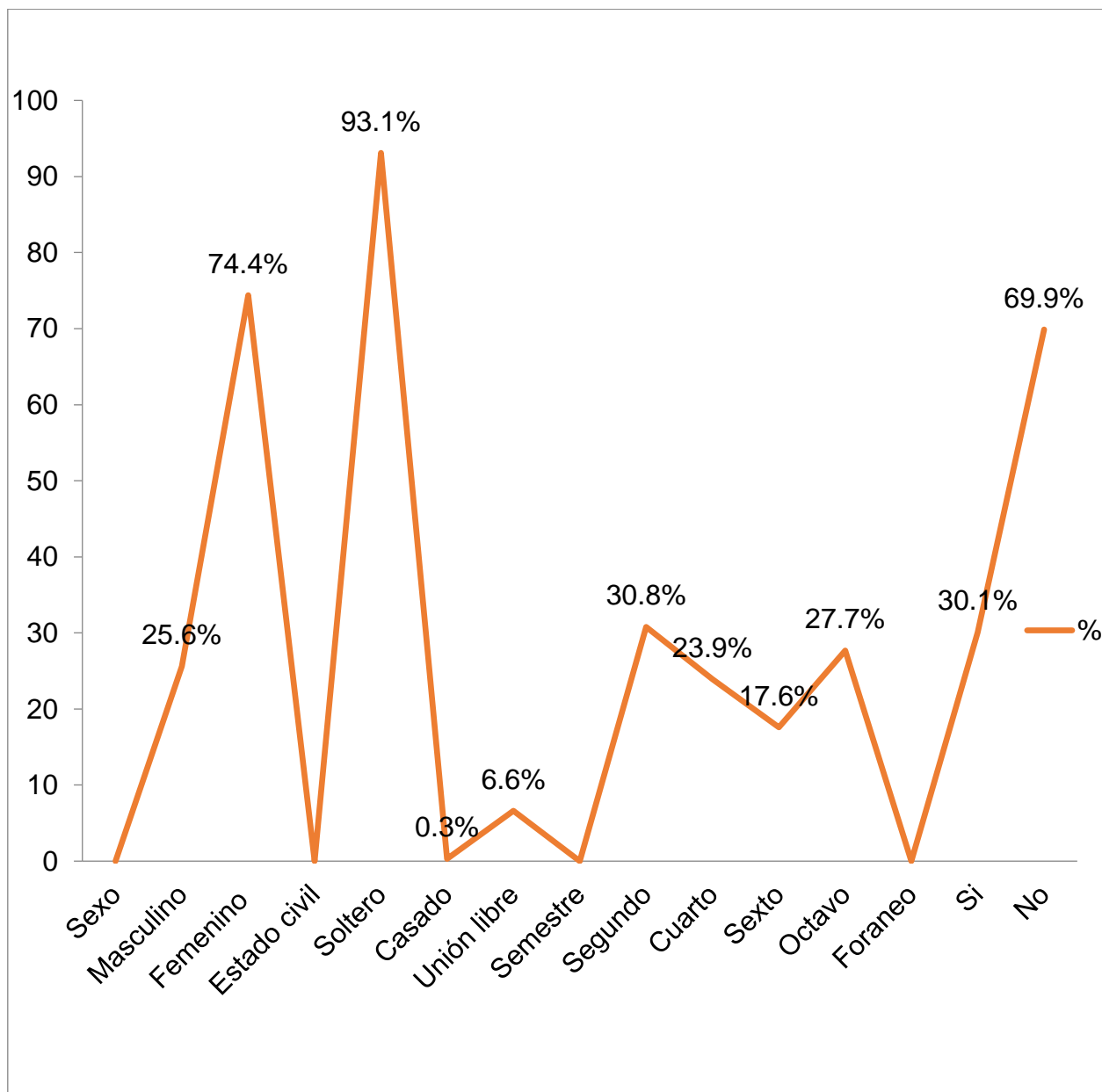
Variables categóricas

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	74	25.6
Femenino	215	74.4
Estado civil		
Soltero	269	93.1
Casado	1	0.3
Unión libre	19	6.6
Semestre cursado		
Segundo	89	30.8
Cuarto	69	23.9
Sexto	51	17.6
Octavo	80	27.7
¿Te encuentras como foráneo?		
Si	87	30.1
No	202	69.9

Nota: Variables categóricas de datos sociodemográfico, n=289.

Gráfica 1

Variables categóricas



Nota: Variables categóricas de datos sociodemográfico, n=289.

En la Tabla 1, se exponen los datos sociodemográficos de la población instrumentada, donde se puede percibir que predominan las mujeres con un 74.4% a comparación de los hombres (25.6%), esperando que, con el paso de los años, esta profesión se vuelva más homogenizada, brindando mayor apertura a las distintas categorías sexo genéricas contemporáneas.

Referente al estado civil se encontró mayor número de alumnos en calidad soltero (93.1%), y aunque fue poco se identificó que al menos 6.6% de la población está en unión libre, añadiendo esto como un factor a la presión estudiantil, debido a que la vida de pareja suele relacionarse con un mayor número de exigencias emocionales, físicas y conductuales, que conllevan gran responsabilidad hacia el individuo.

Por otra parte, se identifica que el segundo semestre tiene un mayor porcentaje de alumnos generando un 30.8%, no obstante, los siguientes grados cuentan con un porcentaje similar, cuarto semestre (23.9%, sexto 17.6% y octavo 27.7 %), esto refleja que no existe un problema en el avance académico y sugiere una baja presencia de deserción escolar. Finalmente, se logró visualizar una significativa cantidad de alumnos que viven en calidad de foráneo (30.0%), aumentando las responsabilidades relacionadas con las actividades de la vida diaria, incluyendo la gestión implicada en la adquisición, preparación, conservación y consumo de alimentos que realizan.

Tabla 2*Estadísticas descriptivas de variables continuas*

Variable	Media	Mdn	Moda	DE	Min	Max
Edad	20.60	20.00	21	1.97	18	35
Número de hermanos	1.85	2.00	1	1.48	.00	12
Años de estudio	16.67	17.00	16	1.82	8	23
Horas de escuela por semana	21.32	20.00	26	4.20	6	35
Horas de tarea por semana	8.85	8.00	10	8.83	1	110
Horas de dispositivos por semana	25.67	18.00	10	23.84	.00	30
Peso	65.49	64.75	70	14.97	16	135
Talla	160.54	160	160	11.76	17	1.85
Índice de Masa Corporal	24.97	24.16	20.00	4.71	15.78	41.60
Número de comidas al día	3.09	3.00	3	1.11	1	15
Número de colaciones al día	.77	.00	.00	.95	.00	3

Nota: fuente: cedula de datos sociodemográficos, n=289.

Para hablar de las variables continuas, se crea la Tabla 2, donde se plasman los datos sociodemográficos dando una edad media de 20.60 con una DE de 1.97, indicando un mayor rango de adultos jóvenes que aun no llegando a la adultez madura ,sin embargo hubo presencia de estudiantes con 35 años, al igual que una edad mínima de 18, la cual se considera un factor de riesgo para el desarrollo de TCA y tienen un menor control sobre el estrés continuo, generando incertidumbre en su estancia universitaria.

Siguiendo con estas variables se tiene en consideración el número de hermanos que poseen los estudiantes, obteniendo una media de 1.85, con una DE de 1.48, un mínimo de 0 y un máximo de 12, cabe mencionar que el número de hermanos es particularmente motivo de conciencia al tener a un grado superior en el cual se

compromete mucho el estado económico, mental y conductual, donde la capacidad de poder desempeñar su un roll familiar o escolar va a variar si se tiene a más de un hermano, puesto que se asume una mayor presión social generando estrés, por el hecho que no es hijo único teniendo un aumento en la toma de decisiones y responsabilidades.

Por otro lado, se toma en cuenta el tiempo en horas donde es posible ver como principal variable las horas de escuela por semana, dónde la media es de 21.32, DE 4.20, mínimo de 9 y máximo de 23 horas, estas varían dependiendo del tipo de semestre y la responsabilidad que tenga el estudiante con su vida académica.

Otra variable es la de horas de tarea por semana, esta se comporta según la voluntad y responsabilidad de alumno, ya que el estudiante decide las horas que se enfoca en estas actividades, donde se obtuvo una media de 8.84 y DE 8.83, y un máximo de 110, cabe resaltar que, a mayor compromiso, dedicación y esmero, este valor aumentará de manera significativa.

Del mismo modo se analizó la variable horas de ocupación de dispositivos móviles en la semana en la cual se encontró una media de 25.67 y DE de 23.84, esto muestra claramente un mayor deseo por estar en dispositivos que en tareas, sin embargo, parte del uso de esos elementos puede deberse a la recopilación de información para construir productos escolares, no justificando que los estudiantes excedan un uso sano de ellas, sugiriendo un desfavorable autodomínio de este hábito, creando una alta dependencia de los dispositivos.

Pasando a otra variable de estudio se analizan las medidas antropométricas como factor para relacionado a los TCA, en donde se obtuvo una media de 65.49 y DE de 14.97, con un valor mínimo de 16 y un máximo de 135, como talla se tiene una media de 160.54 y DE de 11.76, valor mínimo de 17 y máximo de 1.85, pese a que las tallas y pesos se categorizando en rangos normales para la edad, no se descartan las medidas de los estudiantes que tenían anormalidades, es decir, los valores máximos que señalan sobrepeso y obesidad.

De la misma manera también se tiene un IMC donde la media es de 24.97, con una DE 4.71 y un valor mínimo de 15.78 y un máximo de 41.60, señalando que claramente hay una mayor clasificación de sobrepeso, al igual que pocos casos pero significativos de alumnos en bajo peso, llegando a notar la poca disciplina que tienen ante un manejo saludable y apego a buenos estilos de vida, sobre todo al considerar que poseen el conocimiento relacionado al tema, siendo alumnos preparados para el sector salud.

Por último, se manejó también la cantidad de veces que se come al día con lo que es posible saber que los estudiantes tienen una media de 3.09, con DE de 1.11, siendo esta a su vez una buena cantidad, sin embargo, no se suma a esta efectividad el número de colaciones, que posee una media de 0.77, sugiriendo que existen huecos entre la sensación de hambre o comidas muy cargadas para evitar colar.

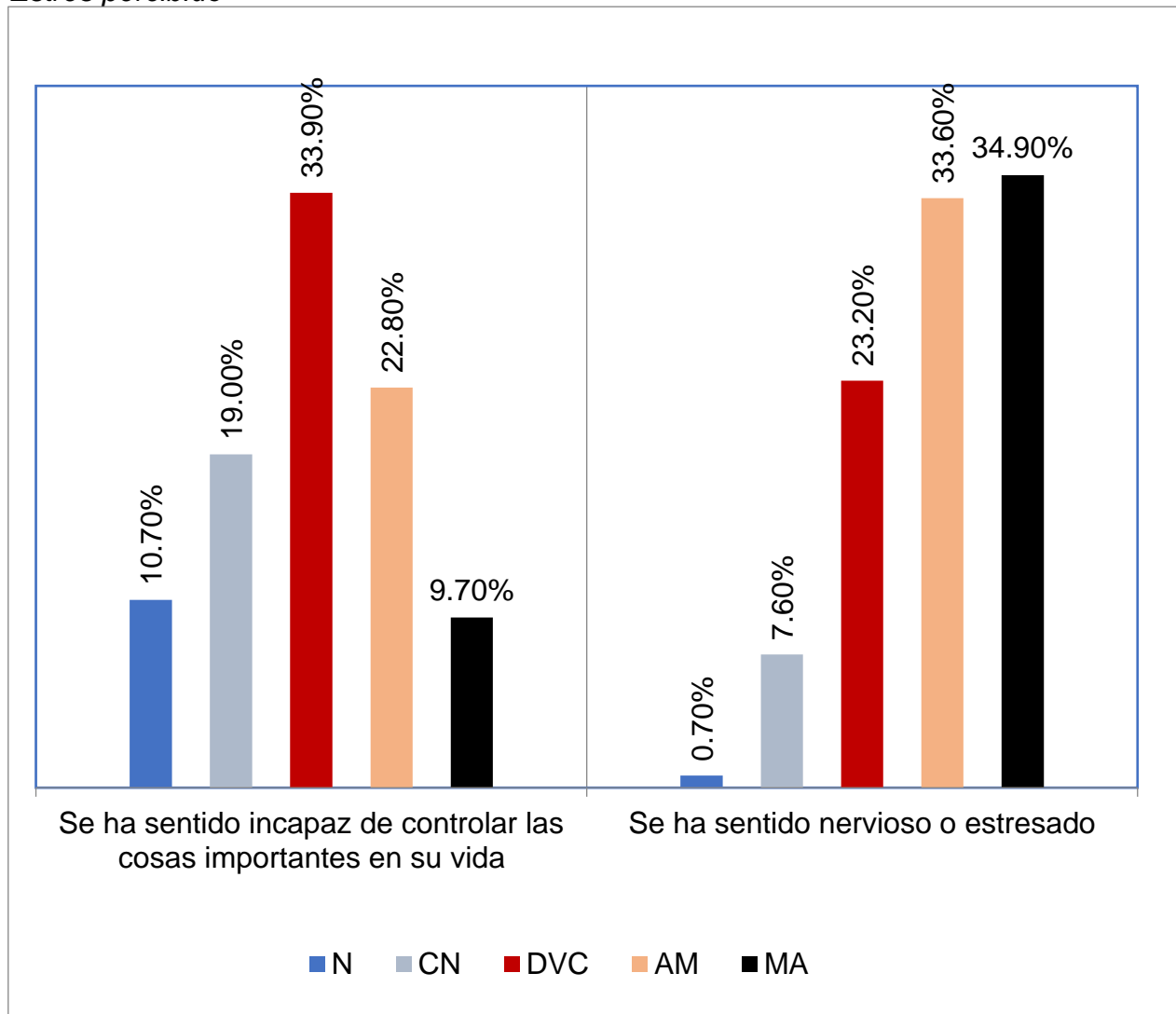
Tabla 3*Estrés percibido*

Ítems de dominio	N		CN		DVC		AM		MA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente	33	11.4	54	18.7	109	37.7	65	22.5	28	9.7
Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	31	10.7	55	19.0	98	33.9	66	22.8	39	13.5
Se ha sentido nervioso o estresado	2	0.7	22	7.6	67	23.2	97	33.6	101	34.9
Ha sentido que no podía afrontar todo lo que tenía que hacer	26	9.0	73	25.3	100	34.6	64	22.1	26	9.0
Ha estado enfadado por cosas que han ocurrido fuera de mi control	16	5.5	51	17.6	86	29.8	75	26.0	61	21.1
Ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer	6	2.1	24	8.3	72	24.9	101	34.9	86	29.8
Ha sentido que las dificultades se acumulan y no puede superarlas	26	9.0	61	21.1	87	30.1	64	22.1	51	17.6

Nota: N: nunca, CN: casi nunca, DVC: de vez en cuando, AM: a menudo, MA: muy a menudo, fuente: escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007). n=289.

Gráfica 2

Estrés percibido



Nota: N: nunca, CN: casi nunca, DVC: de vez en cuando, AM: a menudo, MA: muy a menudo, fuente: escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007). n=289.

Para comenzar la descripción de la variable “Estrés percibido” se expondrán los ítems que contiene el instrumento de medición, señalando que al cuestionar a la población si ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente, el 37.7% declara que esto le sucede de vez en cuando, detectando que es común lidiar con todas las experiencias nuevas, el aprendizaje y las oportunidades de crecimiento disponibles en un ambiente universitario, las actividades diarias que suceden en su entorno cotidiano, estos factores suelen ser comunes en los estudiantes y detonantes directos de estrés.

Lo anterior, tiene similitud con el siguiente cuestionamiento donde se encuestó si los estudiantes, se han sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida, nuevamente la población señala que de vez en cuando (33.9%) y a menudo (22.8%), sugiriendo que los factores extrínsecos al alumno le suelen afectar de manera negativa su estabilidad mental.

Por otro parte, es preocupante identificar las características interpersonales de los estudiantes, señalando que el 22.1% declaran que a menudo ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas, en frecuencia esto se puede traducir que dos a tres personas de cada diez le sucede, sumando al mismo ítem ligeramente en un porcentaje más bajo el 17.6% comenta sentirse así muy a menudo, esto es un poco alarmante ya que el 30.1% refiere que de vez en cuando llega a sentirse del mismo modo, este mal sugiere que un mayor porcentaje de alumnos está relacionado con poca claridad mental y mantiene su atención centrada a otros elementos.

Cabe mencionar que el 34.9% de los estudiantes declaran que muy menudo se han sentido nerviosos o estresados, esto puede ser por la carga de trabajo actividades escolares como tareas, presentación de proyectos, exámenes parciales, prácticas o simulaciones de ellos, como también por problemas personales que presenten desde casa y esto les genera no poder resolver de alguna manera sus problemas.

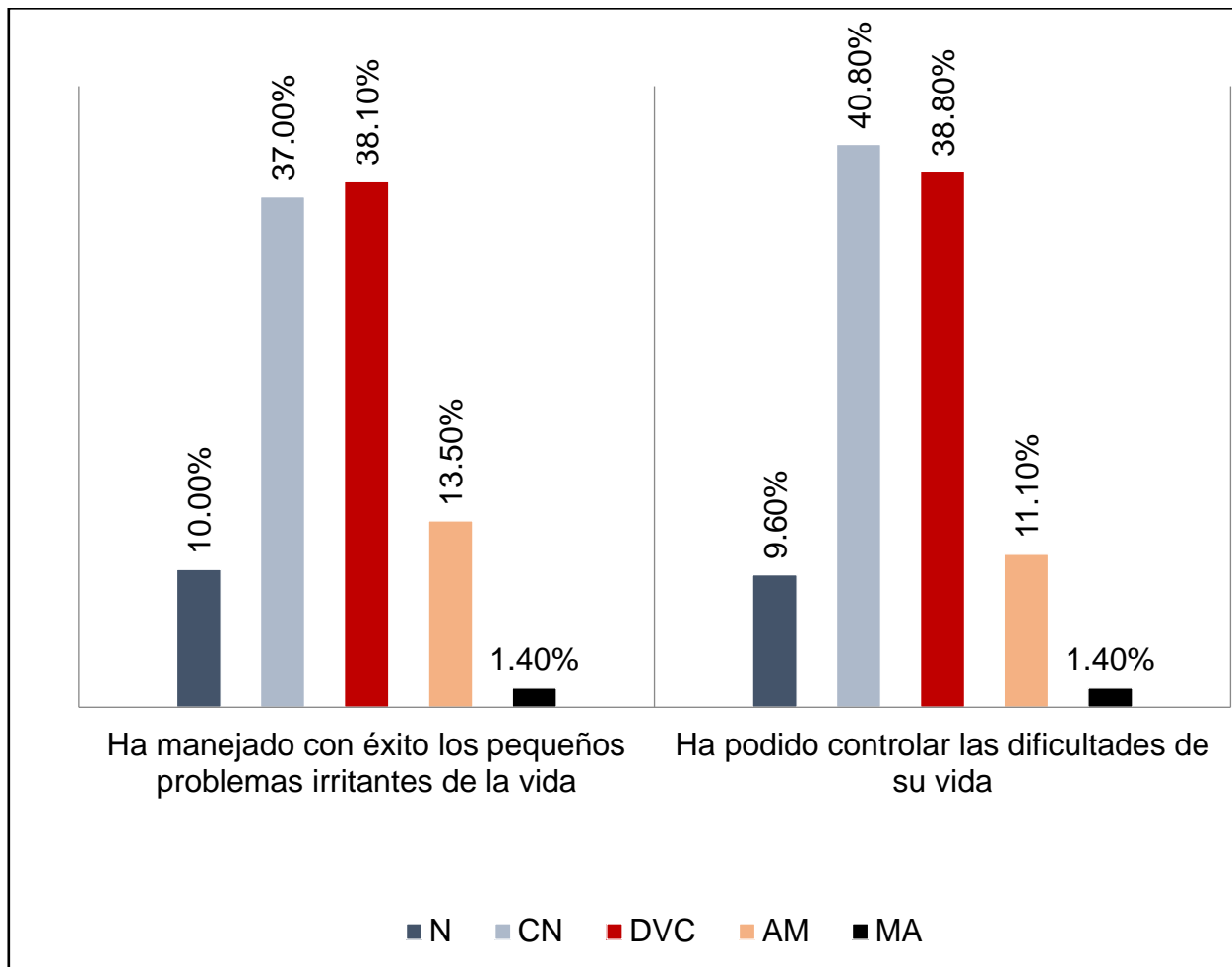
Tabla 4*Afrontamiento del estrés percibido*

Ítems de dominio	N		CN		DVC		AM		MA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida	29	10.0	107	37.0	110	38.1	39	13.5	4	1.4
Afrontar efectivamente los cambios importantes en tu vida	24	8.3	97	33.6	119	41.2	41	14.2	8	2.8
Ha estado seguro capacidad para manejar sus problemas personales	40	13.8	102	35.3	107	37.0	31	10.7	9	3.1
Ha sentido que las cosas le van bien	25	8.7	98	33.9	121	41.9	39	13.5	6	2.1
Ha podido controlar las dificultades de su vida	23	8.0	118	40.8	112	38.8	32	11.1	4	1.4
Ha sentido que tenía todo bajo control	21	7.3	61	21.1	129	44.6	65	22.5	13	4.5
Ha podido controlar la forma de pasar el tiempo	43	14.9	88	30.4	104	36.0	45	15.6	9	3.1

Nota: N: nunca, CN: casi nunca, DVC: de vez en cuando, AM: a menudo, MA: muy a menudo, fuente: escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007). n=289.

Gráfica 3

Afrontamiento del estrés percibido



Nota: N: nunca, CN: casi nunca, DVC: de vez en cuando, AM: a menudo, MA: muy a menudo, fuente: escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007). n=289.

En la Tabla 4, se describe el dominio “afrontamiento del estrés percibido” donde se señalan las estrategias y comportamientos para combatir con esta alteración de salud mental, entre los ítems más relevantes, se identifica que en el cuestionamiento que se realizó a los estudiantes universitarios de enfermería que, si ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, desafortunadamente el 37.0% indicó que casi nunca y el 38.1% de vez en cuando, estos porcentajes comienzan a demostrar que existen mecanismos inadecuados que tipifican la presencia de estrés, dando paso a un factor que no fortalece la salud mental de los estudiantes.

De la misma manera, al cuestionar si afrontan efectivamente los cambios importantes en tu vida, se denota que el 41.2% lo hace de vez en cuando y el 33.6% casi nunca, básicamente ocho de cada diez estudiantes no tienen la capacidad de adaptarse a las nuevas modificaciones de su entorno, esta situación no les permite mantener una salud mental en tranquilidad y por ende no dirigirse a una buena concentración a las actividades, de tal forma tendrán dificultad de ajustarse a las variaciones que se le puedan ir presentando en la vida profesional.

Por otro lado, el 37.0% de los estudiantes denotan que de vez en cuando tiene la capacidad de manejar sus problemas personales y un 35.3% casi nunca, esto da a entender que el 82.3% de los alumnos tiene problemas para tratar sus situaciones personales, lo cual significa que no tienen la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntariamente y puedan alcanzar el objetivo de balancear el equilibrio personal, por ende esto involucra aspectos mentales, emocionales y comportamientos.

Lo anterior, tiene similitud al cuestionamiento donde refieren que si han sentido que las cosas vayan bien, el 41.9% denota que de vez en cuando, mientras que un 33.9% refiere que casi nunca lo hace, esto crea una ligera preocupación, ya que sumando el cuestionamiento que si han podido controlar las dificultades de su vida el 40.8% respondió que casi nunca, es por ello que se mantiene una inquietud acerca de los resultados dados ya que esto hace denotar manifestarse de ese modo por todas las cargas de trabajo que llevan a cabo durante su día a día y esto puede generar un gran estrés percibido a consecuencia de ello.

En el último ítem destacado, se habla acerca de que si los estudiantes han sentido que tenía todo bajo control, se denota que el 44.6% respondió tener este sentimiento de vez en cuando y el 22.5% a menudo, lo cual refleja una visión moderada del panorama que vive, aun ante la presencia de varios factores estresantes en su vida, considerando una pequeña fortuna y esto puede deberse a varias causas como por ejemplo; el desempeño en un rol como estudiante de enfermería, con el que se siente satisfecho estar aprendiendo y después poner en práctica, realizando con actitud favorable las funciones de cuidados bajo su control.

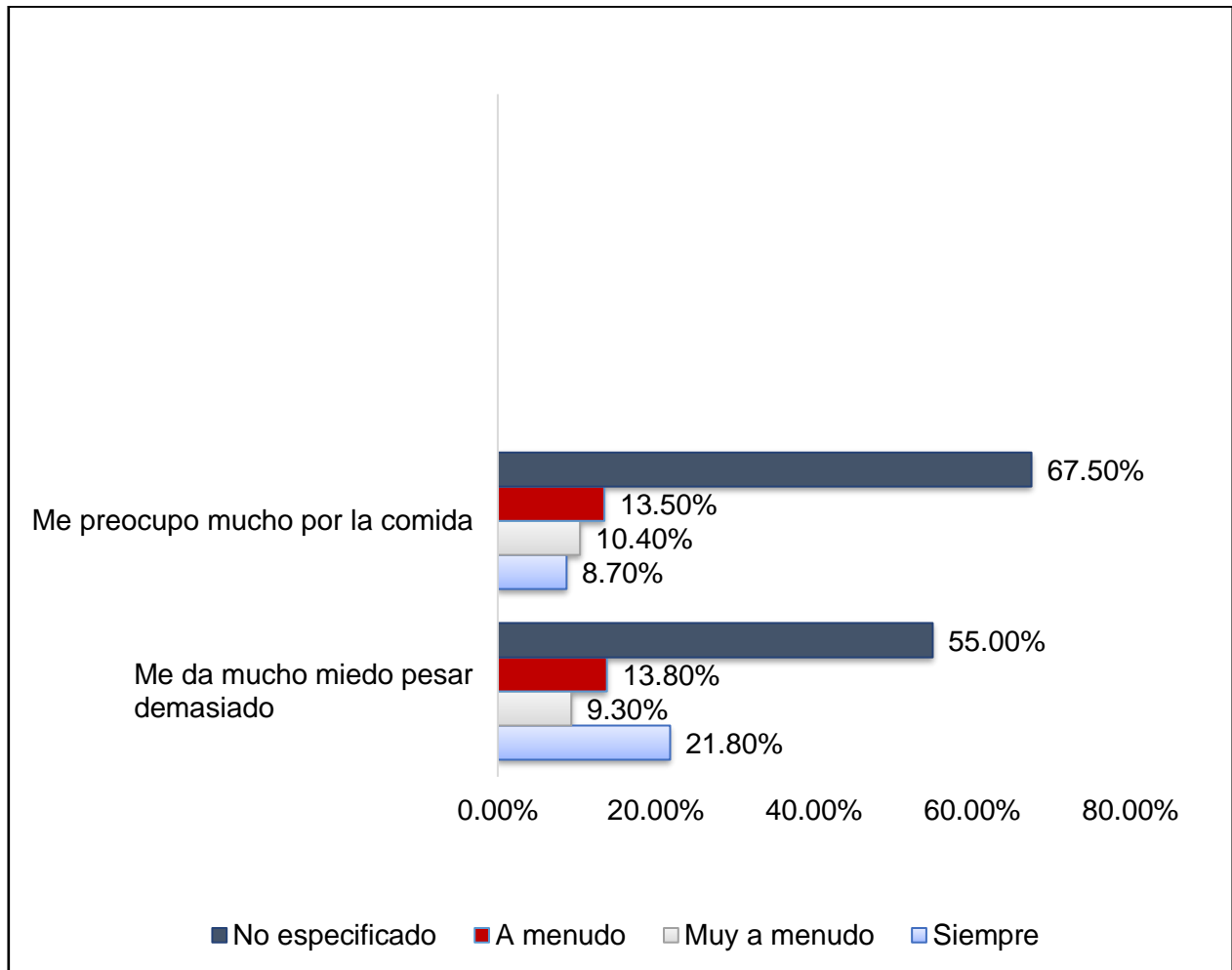
Tabla 5*Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) I*

Preguntas clasificación positivas	Siempre		Muy a menudo		A menudo		No especificado	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Me da mucho miedo pesar demasiado	63	21.8	27	9.3	40	13.8	159	55.0
Procuro no comer, aunque no tenga hambre	29	10.0	21	7.3	35	12.1	204	70.6
Me preocupo mucho por la comida	25	8.7	30	10.4	39	13.5	195	67.5
A veces me he atracado de comida	25	8.7	19	6.6	22	7.6	223	77.2
Corto mis alimentos en trozos pequeños	31	10.7	16	5.5	31	10.7	211	73.0
Tengo en cuenta las calorías	18	6.2	16	5.5	27	9.3	228	78.9
Evito hidratos de carbono	8	2.8	18	6.2	24	8.3	239	82.7
Noto que la gente prefiere que comiese mas	289	13.1	22	7.6	22	7.6	207	71.6

Nota: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009). n= 289.

Gráfica 4

Dominio: actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) I.



FUENTE: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009).

Para comenzar el abordaje de la descripción de actitudes de conducta alimentaria se construyeron tablas de acuerdo a los ítems del instrumento de medición EAT-26, iniciando con la Tabla 5, por ello que al cuestionar si les da mucho miedo pesar demasiado se encuentra que el 55.0% de alumnos responde no especificada, sin embargo un 21.8% siempre le da mucho miedo pesar demasiado y el 9.3% responde muy a menudo, esto expone que si existe un pequeño porcentaje de alumnos están teniendo sintomatología de TCA y puede estar relacionada con el estrés o situaciones que transcurran en su entorno.

Por otra parte, el 67.5% respondió no especificado al cuestionar que no se preocupa por la comida, situación que señala un estado de salud mental en paz respecto al consumo de alimentos, mientras que un 10.4% muy a menudo se preocupa por la comida esto indica que 30 de cada 100 alumnos pueden estar presentando un trastorno de conducta alimentaria, afectando a su calidad de vida.

Por otro lado, el 8.7% responde que siempre refiere que se da atracones de comida, aunque este porcentaje es pequeño, es importante señalar que la frecuencia equivale a 25 estudiantes, y de acuerdo con las metodologías diagnósticas del DSM-V y CIE-10 es uno de los síntomas más característicos de la bulimia nerviosa, demandando la necesidad de atención para evitar o disminuir este mal.

Lo anterior, tiene similitud con el siguiente cuestionamiento donde se preguntó que si cortan en trozos sus alimentos y el 73.0% respondió como no específico, mientras que el 10.7% indicó que a menudo, esto refiere que el 83.7% de alumnos no lo realizan. Al igual que cuando se les cuestionó si toman en cuenta las calorías el 6.2% indicó que siempre y el 5.5% muy a menudo, esto quiere decir que 34 de cada 100 alumnos se preocupan por los alimentos que consumen y pueden llegar a tener un problema de conducta.

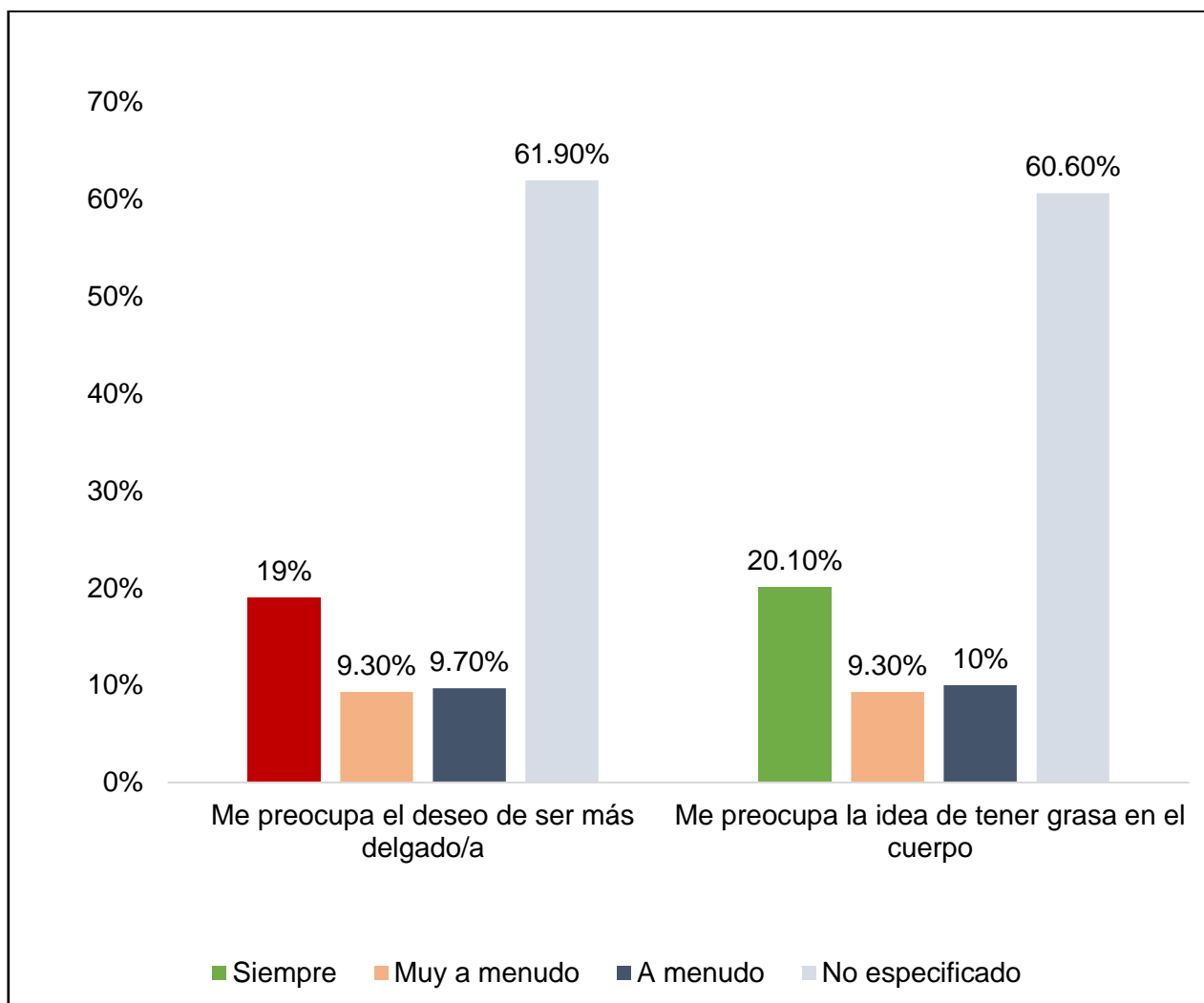
Tabla 6*Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) II*

Preguntas clasificación positivas	Siempre		Muy a menudo		A menudo		No especificado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Vomito después de haber comido	5	1.7	46	2.1	2	.7	276	95.5
Me siento muy culpable después de comer	23	8.0	14	4.8	13	4.5	239	82.7
Me preocupa el deseo de ser más delgado/a	55	19.0	28	9.7	27	9.3	179	61.9
Hago mucho ejercicio para quemar calorías	17	5.9	20	6.9	29	10.0	223	77.2
Los demás piensan que estoy muy delgado	40	13.8	14	4.8	23	8.0	212	73.4
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	58	20.1	27	9.3	29	10.0	175	60.6
Tardo en comer más que otras personas	53	18.3	22	7.6	27	9.3	187	64.7
Procuro no comer cosas con azúcar	17	5.9	21	7.3	32	11.1	219	75.8

Nota: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009). n= 289.

Gráfica 5

Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) II



FUENTE: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009).

Continuando con el abordaje de los ítems del EAT-26, en la Tabla 6 se analizan las siguientes interrogantes, se cuestionó a los alumnos si les preocupa ser más delgado, a lo que un 19.0% respondió que siempre les preocupa y 9.7% muy a menudo, haciendo énfasis en que mentalmente logran someterse a un problema de sí mismos, provocando que crezcan las inseguridades en los estudiantes por su aspecto físico.

Así mismo a los estudiantes universitarios les preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo, con un 20% de sujetos que manejan siempre la idea de tener esa afección, haciendo notar que gran parte de ellos suelen sobre pensar la idea, al igual los que sol

lo hacen muy a menudo con un porcentaje de 9.3% y por ultimo a menudo con un 10% ,refiriendo cierta mala aceptación por parte del individuo de manera exponencial, puesto que estas unidas forman el 39.4 % de la población estudio que logra tener cierta desconformidad al tener grasa en el cuerpo, refiriendo un alto índice de alumnos con problemas de aceptación y mayor auto exigencia , generando estrés por parte de si mismos.

Por último, se cuestionó si procuran no comer azucares y 75.8% comenta que no se preocupan por ello, esto da como consecuencia que pueden llegar a padecer enfermedades metabólicas a temprana edad y afectar su calidad de vida, sin embargo, por ser jóvenes aún hay tiempo de modificar esto hábitos.

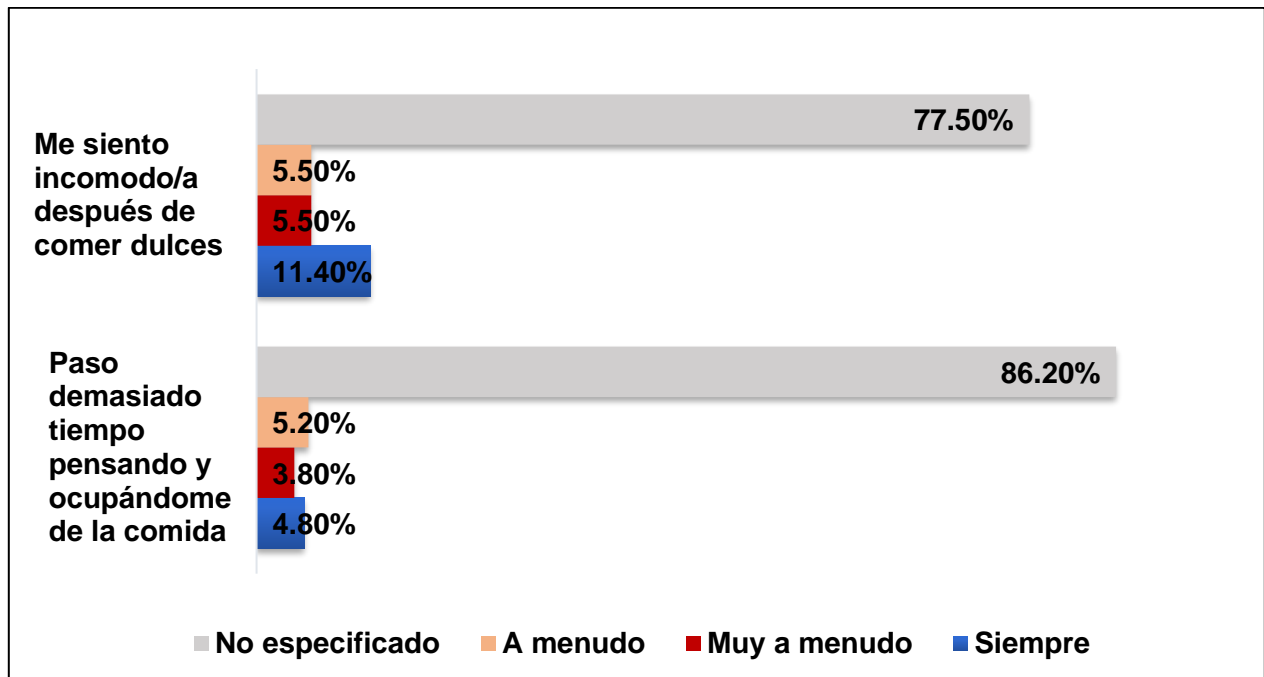
Tabla 7*Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) III*

Preguntas clasificación positivas <i>n= 289</i>	Siempre		Muy a menudo		A menudo		No especificado	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Como alimentos de régimen	7	2.4	16	5.5	29	10.0	237	82.0
Siento que los alimentos controlan mi vida	9	3.1	15	5.2	24	8.3	241	83.4
Me controlo en las comidas	31	10.7	26	9.0	51	17.6	181	62.6
Noto que los demás me presionan para comer mas	25	8.7	21	7.3	27	9.3	216	74.7
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	14	4.8	11	3.8	15	5.2	249	86.2
Me siento incomodo/a después de comer dulces	33	11.4	16	5.5	16	5.5	224	77.5
Me comprometo a hacer régimen	21	7.3	18	6.2	35	12.1	215	74.4
Me gusta sentir el estómago vacío	12	4.2	15	5.2	12	4.2	250	86.5
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	12	4.2	5	1.7	14	4.8	258	89.3

Nota: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009). n= 289.

Gráfica 6

Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) III



FUENTE: Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009).

En la Tabla 7 se sigue hablando de los ítems de la escala EAT-26 en donde podemos ver de forma ascendente el control en las comidas como parte fundamental del universitario, tal es el caso de un 107%% de la población estudio que siempre lo hace de manera ordinaria, un 9.0% que muy a menudo lo realiza y por ultimo un 17.6% que a menudo lo hace, ilustrando el hecho que se nota una estricta abstinencia por parte de ellos, generando más preocupación el partimiento de ciertas medidas inadecuadas , que comprometen su estado físico y mental.

Por otro lado el ítem 21 habla del tiempo pensando y ocupándose de la comida, en donde al menos el 4.8% lo hace siempre, muy a menudo 3.8% y a menudo un 5.2% siendo relevante en los alumnos, debido a que la alimentación ha sido infravalorada por el resto, pero para aquellos que fue lo contrario se escatima un nivel alto de estrés ,viendo que entre más conocimiento tengas de una buena alimentación los alumnos pueden manejarla de manera incorrecta a su beneficio y en el peor de los casos generando un TCA .

Por otro lado, se logra observar el mayor porcentaje en decisiones que se realizan siempre en los alumnos, dando a conocer el ítem 22 donde manejan sentirse incomodo después de comer dulces, el 11.4% de los estudiantes lo hace, el 5.5% muy a menudo y el otro 5.5% a menudo dando un total de 22.4% del resto que no especifico el sentir esa culpa, la marcada presión de saber que hay alimentos que causan posibles cambios en el peso logra ser un punto fuerte para la culpa en los estudiantes , que ira aumentando cada vez más, siendo una buena razón para crear un régimen alimenticio, tal se aborda en el ítem 23, obteniendo en la categoría de siempre un 7.3%, muy a menudo un 6.2% y a menudo un 12.1 % , basados en el pensamiento autónomo del estudiante y la influencia social de querer cambiar ciertos hábitos.

Dentro de estos ítems en respecto a la tabla, hubo algunos que no predominaron, sin embargo, son de estricta observancia, el hecho de realizar régimen alimenticio permite ver una latente preocupación por parte de los alumnos, al igual que el sentir que los alimentos controlan sus vidas y no tener autodominio al realizar el consumo apropiado, son situaciones que no se han estado alentando a erradicar.

Tabla 8

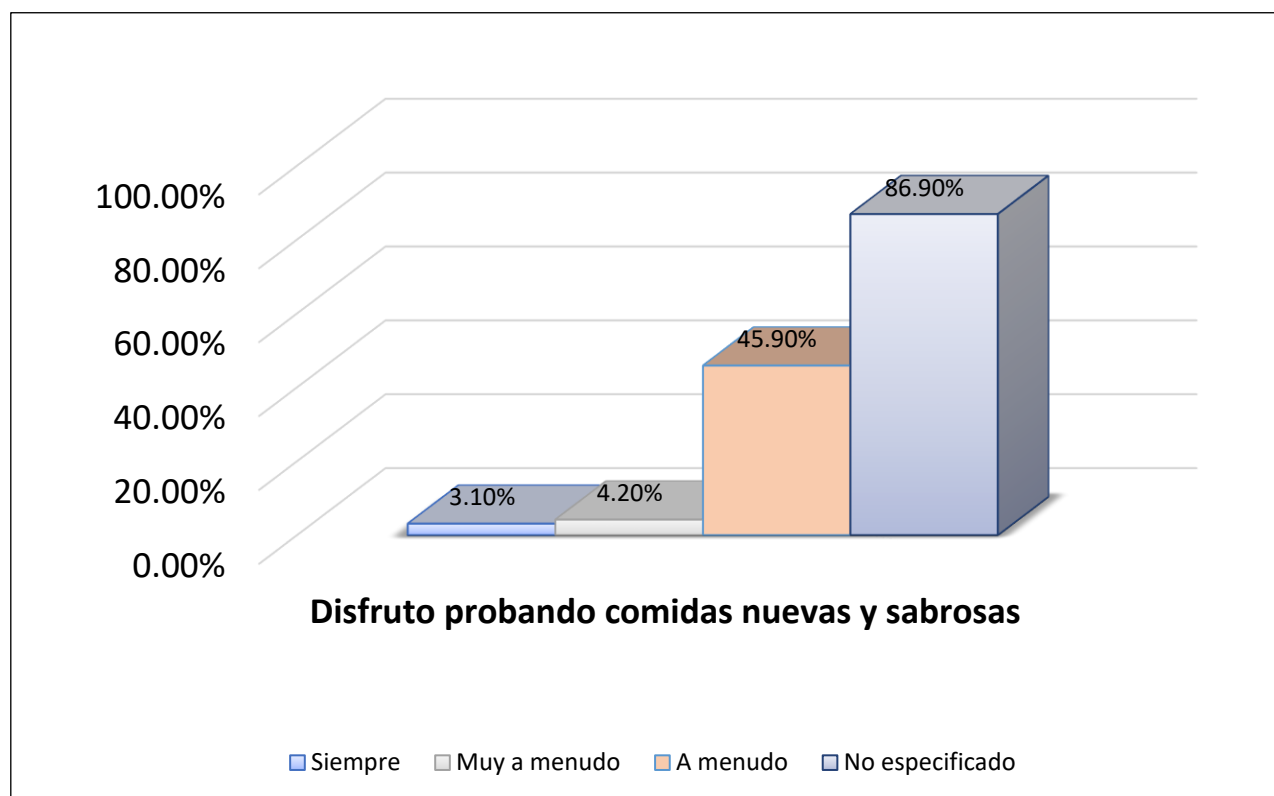
Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) ítem negativo

Preguntas clasificación Negativas <i>n= 289</i>	Siempre		Muy a menudo		A menudo		No especificado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	9	3.1	12	4.2	17	45.9	251	86.9

Nota: Eating Attitudes Test 26 “EAT-26” (Moran et al, 2009). n= 289.

Gráfica 7

Actitudes de conducta alimentaria (EAT-26) ítem negativo



FUENTE: Eating Attitudes Test 26 “EAT-26” (Moran et al, 2009).

En la Tabla 8 se muestra el único ítem negativo que maneja el instrumento, donde la respuesta siempre tiene un porcentaje de 3.1, en muy a menudo 4.2%, a menudo 45.9% y no especificado un 86.9% donde se manifiesta el disfrutar probando comidas nuevas y sabrosas, refiriendo que hay una gran población que no lo hace y que prefieren estar en la situación actual sin lograr hacer un cambio en el estilo de vida, aunque anteriormente se notara que no están satisfechos con sus propios hábitos.

Cabe aclarar que este era el único ítem positivo en el test, en el cual se manifestaría que tan favorable es el estudiante de acuerdo a los alimentos, pese a esto, no se encontraron resultados óptimos que logran considerarse como un cambio, actitud o mejoramiento de demostrar que en realidad la alimentación si les importa, de una manera en la cual pudieran corregir y determinar que las conductas alimentarias solo se desarrollan si el estudiante lo permite con sus actos, sin embargo se confirma que se debe enfatizar en estos aspectos para poder llegar a un acuerdo en la alimentación.

Tabla 9*Estrés percibido y conducta alimentaria*

Estrés percibido	Actitudes de conducta alimentaria				Total	
	20> Necesidad de intervención		<20 No necesita intervención			
	f	%	f	%	f	%
0-14 Nunca estresado	3	1.0	10	3.5	13	4.5
15-28 De vez en cuando estresado	13	4.5	125	43.3	138	47.8
29-42 A menudo estresado	36	12.5	94	32.5	130	45.0
43-56 Muy a menudo estresado	3	1.0	5	1.7	8	2.8
Total	55	19.0	234	81.0	289	100

Nota: n=289. Fuente: Cedula de datos sociodemográficos, Escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007) y Eating Attitudes Test 26 “EAT-26” (Moran et al, 2009).

La Tabla 9 representa las dos variables que hemos estudiado a lo largo de esta investigación cruzando criterios que resurgen y verifican el impacto de estrés percibido y desorden alimenticio, en donde se observa que un 81.0% de los estudiantes no necesitan intervención alguna, pese a este gran numero no dejamos de tomar en cuenta los ítems de a menudo muy estresado con un 32.5% y de vez en cuando estresado con un porcentaje de 43.3% ,que aunque es una minoría hacen una totalidad del 75.8% ambos ítems ,destacando un amplio contexto en la percepción del estrés y sin necesidad de una intervención, pero si manifestando un indicio de desorden alimenticio en ascenso.

Del mismo modo se puede apreciar el porcentaje en necesidad de una intervención con un total de 19.0 % de los estudiantes ,sin embargo donde el ítem a menudo esta estresado es de 12.5 % y el 4.5% con el apartado de vez en cuando , esta estresado sumando una cantidad de 17% de partícipes de los cuales logran con exactitud la necesidad de intervención de actitudes de conducta alimentaria, utilizando estas cantidades definimos un gran reconocimiento en la presencia y unión de ambas variables, siendo influenciada una de la otra y generando un riesgo que se ira deteriorando conforme al tiempo transcurrido en el estudiante.

5.2 Resultados inferenciales

Tabla 10

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variables	Significancia
EDA	.000
NHE	.000
NHR	.000
IMC	.000
NCA	.000
NC	.000
VEP	.200*
ACA	.000

Nota: *: Esto es un límite inferior de la significancia. Correlación de significancia de Lilliefors. verdadera **EDA**: Edad de los estudiantes, **NHE**: Número de horas de escuela, **NHR**: Número de horas recreativas, **IMC**: Índice de masa corporal, **NCA**: número de comidas al día, **NC**: Numero de colaciones, **VEP**: variable de estrés percibido, **ACA**: variable actitudes de conducta alimentaria. Fuente: Cedula de datos sociodemográficos, Escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007) y Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009).

Para crear un tratamiento estadístico adecuado es imprescindible conocer el comportamiento de las variables estudiadas, por ello, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, misma que fue seleccionada por la cantidad de unidades de análisis que componen a la muestra. Posteriormente, fue posible identifica que solo una variable contaba con homocedasticidad, expresando la necesidad de usar estadística no paramétrica.

Tabla 11*Correlación de Rho Spearman*

Variables y elementos de análisis		EDA	NHE	NHR	IMC	NCA	NC	VEP	ACA
EDA	Coefficiente de correlación	1.000	-.429**	.182**	.119*	.057	.049	-.099	-.102
	Sig. (bilateral)	.	.000	.002	.044	.332	.411	.093	.083
NHE	Coefficiente de correlación		1.000	-.186**	-.015	-.005	-.113	.242**	.098
	Sig. (bilateral)		.	.001	.797	.929	.054	.000	.098
NHR	Coefficiente de correlación				-.006	.143*	.172**	-.065	-.132*
	Sig. (bilateral)				.918	.015	.003	.270	.025
IMC	Coefficiente de correlación					-.136*	-.034	.038	.141*
	Sig. (bilateral)					.021	.567	.519	.016
NCA	Coefficiente de correlación						.409**	-.139*	-.191**
	Sig. (bilateral)						.000	.018	.001
NC	Coefficiente de correlación							-.171**	-.077
	Sig. (bilateral)							.004	.194
VEP	Coefficiente de correlación								.383**
	Sig. (bilateral)								.000

Nota: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). **EDA:** Edad de los estudiantes, **NHE:** Número de horas de escuela, **NHR:** Número de horas recreativas, **IMC:** Índice de masa corporal, **NCA:** número de comidas al día, **NC:** Numero de colaciones, **VEP:** variable de estrés percibido, **ACA:** Actitudes de conducta alimentaria. Fuente: Cedula de datos sociodemográficos, Escala de estrés percibido (González & Landeros, 2007) y Eating Attitudes Test 26 "EAT-26" (Moran et al, 2009).

Para poder justificar la hipótesis del estudio, se realizó la prueba de Rho Spearman, debido a que siete de las variables continuas no presentaron normalidad, se logró demostrar la primera relación se encuentra entre la edad y el Índice de Masa Corporal, teniendo en cuenta el IMC en hombres y mujeres según la cartilla nacional de

salud debe estar en un rango de 18.5 y 24.5 para considerarse normal, definiendo con certeza que a mayor edad se obtiene un mayor índice de masa corporal en los universitarios, situación que se origina por el crecimiento (**EDA, IMC**: CRS: ,0.119*; Sig. Bilateral .044 >0.05).

De la misma manera se obtiene otro dato de alta importancia entre el número de horas en la escuela con la variable de estrés percibido, siendo participe la conservación del plan académico de la universidad de sotavento incorporada a la UNAM del año 1992, impartiendo este método de educación con mayor enfoque de materias y horas escolares en el inicio de la formación universitaria y disminuyéndola al término, refiriendo que a mayor horas en la escuela aumentara el estrés percibido en los estudiantes siendo un resultado distinguido con anterioridad y demostrado con una correlación exuberante (**NHE,VEP**: CRS: ,0.242**; Sig. Bilateral .000 <0.001).

Por otra parte, también se obtiene otra correlación que imparte de manera importante sentido a nuestro estudio, siendo el caso del número de horas recreativas con el número de comidas al día, teniendo la oportunidad de poder realizar actividades individualizadas en donde se enfoca el alumno en gustos propios sin manifestar o incluir alguna actividad que se fuerce ,si no logrando sacar tiempo de esparcimiento , siendo este un factor de incremento en el número de comidas diarias que normalmente se deben hacer en una rutina normal dietética, así mismo logrando un desbalance alimenticio y obteniendo una menor fuerza de voluntad ante lo ingerido, refiriendo con claridad que a mayor número de horas recreativas mayor descontrol y aumento de comidas se presentan (**NHR,VEP**: CRS:;0.143*; Sig. Bilateral .015 <0.001).

Del mismo modo, se adquiere un dato significativo en correlación con el número de horas recreativas y el número de colaciones, partiendo desde el parámetro normal de colaciones en personas adultas jóvenes pese a sus características y diferencias no se modifica, prevaleciendo 2 colaciones que se deben realizar de forma normal y ordinaria, a exclusión de casos especiales en los cuales un profesional nutricional cambie el criterio, logrando identificar un desorden mayoritario en el control de las

colaciones del individuo, refiriendo que a mayor exposición a horas recreativas el aumento de colaciones va en ascenso siendo descomunal en cuanto las porciones repetitivas de la colación, alcanzando un gran impacto en el estudio (**NHR,NC:** CRS:;0.172**; Sig. Bilateral .003 <0.001).

Llegando a un análisis muy exhaustivo se mantiene una gran correlación en el estudio, en base al número de horas recreativas y la variante de actitudes de conducta alimentaria, reflejando un gran impacto generacional por parte de la cantidad desmedida de la recreatividad en el sujeto, de forma que al obtener parte de tiempo libre, el individuo logra salir de la perspectiva de estrés , sin embargo se aboca en un constante albedrio, descuidando ciertas responsabilidades fisiológicas básicas, tal es el caso de la alimentación, conllevando a aptitudes poco favorecedoras al paso del tiempo, y generando un grupo de factores negativos, creando un riesgo de desorden alimenticio, siendo creciente con el paso del tiempo en el estudiante (**NHR, ACA:** CRS:;-0.132*, Sig. Bilateral .025<0.001).

Siguiendo con la correlación de variables, se denota una cifra significativa entre la relación del Índice de Masa Corporal y el número de comidas al día, indicando que al haber un aumento de comidas diarias habrá un ascenso en el IMC, por otra parte entre menor frecuencia de alimentos realice el estudiante va a encontrarse dentro del rango de peso insuficiente a 18.5 en valor, según la cartilla nacional de salud, aunque también es importante mencionar que esto depende de la cantidad, porción, frecuencia y mezcla de grupos alimentarios (**IMC,NCA:** CRS: ; -0.136*, sig. Bilateral .021<0.001).

Del mismo modo se describe la interacción entre las variables Índice de Masa Corporal (IMC) y actitudes de conducta alimentaria, mostrando que existe una relación entre ambas, esto quiere decir que al no mantenerse dentro de los parámetros normales de IMC existe un peligro de desarrollar un desorden alimenticio que se relacionan con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), pudiendo manifestar trastornos de la conducta alimentaria (TAC), tomando como fundamentación que el IMC es uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA (**IMC,ACA:** CRS:; 0.141*, Sig. Bilateral 0.016<0.001).

Dentro de los resultados se expresa la correlación que se genera entre el número de comidas al día y la variable de estrés percibido, debido a que la insatisfacción de una necesidad básica, en este caso, la ingesta de alimentos, es un factor que genera alteraciones físicas, emocionales o psicológicas, propiciando la aparición de estrés como una respuesta adaptativa del organismo y esto conlleva a una alteración del estado de salud, aumentando el riesgo de desorden alimentario (**NCA, VEP**: CRS:, - 0.139*, Sig. Bilateral 0.018<0.001).

Así mismo se encuentra un análisis de correlación en el número de comidas al día y la variable de actitudes de conducta alimentaria, manifestando un impacto circunstancial, manteniendo cantidades de alimentos excedentes, de tal forma que los jóvenes universitarios al estar bajo tensiones de la etapa estudiantil no suelen mantener una dieta saludable, sin embargo esto refleja un riesgo alimentario (**NCA, ACA**: CRS:, - 0.191**, Sig. Bilateral .001<0.001).

Cabe mencionar la capacidad del individuo en uso de sus cualidades académicas queriendo adquirir un desempeño en conocimiento puro, sin embargo al cumplir ciertos criterios descienden aquellos procesos fisiológicos y psicosociales lo que desencadenan no desarrollar una salud óptima, tal es el caso de la alimentación y relajación donde ambas se ven aunadas y poco beneficiadas por parte del alumno, sin embargo logran cumplir con los conocimientos que se necesitan a lo largo de la carrera para poder desempeñar una profesión con capacidades intelectuales integrales, pese al desorden que estas conllevan al no generar importancia en otras necesidades.

En esta investigación permite confirmar las relaciones existentes entre el estrés percibido y actitudes de conducta alimentaria, lo que señala que los estudiantes desde que inician su proceso universitario hasta su egreso están expuestos en constante estrés, lo que esto conlleva a un riesgo que afecta actualmente a la población universitaria de enfermería, la cual se encuentra inmersa en una sociedad globalizada que exige individuos cada día más aptos y capacitados para enfrentar y resolver los problemas tanto laborales, sociales y como emocionales generando una respuesta que entre mayor sea el nivel de estrés percibido mayor será el nivel de riesgo de desorden alimenticio (**VEP, ACA**: CRS: .383**, Sig. Bilateral: .000 <0.001).

CONCLUSIÓN

Las actitudes a las conductas alimentarias son variables que pueden constituir una serie de patrones desfavorecedores que suelen culminar en el desarrollo de algún trastorno y este ocasiona daños irreversibles si no se hacen intervenciones oportunas. De la misma forma, hablando de las variables de estrés percibido se puede hacer notar que la presencia de este elemento desmejora la calidad de vida del individuo, generando afecciones que al no ser detectadas a tiempo favorecerán la aparición de hábitos nocivos, poniendo a estas variables como elemento de análisis primordial en el contexto actual.

De esa forma, se iniciará la conclusión del trabajo, a través el abordaje de los objetivos, comenzando con el primer específico, donde se describen las características sociodemográficas de la población, identificando que las mujeres son el sexo con mayor prevalencia, el estado civil más común es solteros, sin embargo, existe una cantidad significativa de personas que se identifican en unión libre (19), situación que suele demandar mayor cantidad de actividades, mismas que pueden provocar mayor presión en el estudiante, volviéndolo más vulnerable a adoptar conductas alimentarias inadecuadas o desarrollar estrés.

Por otra parte, se identificó una frecuencia mayor de alumnos de segundo semestre, la cual se mantiene estándar entre el cuarto y octavo, lo que señala una baja deserción en la institución, aspecto positivo, debido a que la profesión de enfermería demanda personal comprometido y con vocación.

Asimismo, se observa un significativo conjunto de alumnos que viven en disposición de foráneo, desarrollando las responsabilidades relacionadas con las actividades de la vida diaria, que normalmente un alumno residente no ejecuta, situación que representa un factor de riesgo para estrés y actitudes alimentarias no favorecedoras, esto puede deberse a que generalmente al desplazarse de su hogar no cuentan con todos los bienes necesario para sustentar una buena alimentación que facilite su desarrollo físico, social y mental.

Por lo consiguiente se tiene una edad media de 20.6, de igual forma, se observan los años de estudio de los individuos con un promedio de 16.67 en su mayoría completando una trayectoria académico favorable, observar un gran empeño en las horas de escuela por semana y las horas de tareas por semana, teniendo ambas horarios rigurosos que someten al alumno a un constante estrés, acrecentando aún más por un excesivo manejo en horas de dispositivos electrónicos por semana entorpeciendo la capacidad de lograr hábitos que con lleven a una buena actitud alimentaria.

Continuando, se encontró que Índice de Masa Corporal grupal en un rango normal, sin embargo, existe datos preocupantes, es decir, valores máximos que señalan sobrepeso y obesidad, de la misma forma el número de comidas al día, no obstante, el número de colaciones al día fue casi inexistente, generando poca importancia y mayor aumento de actitudes alimentarias negativas creando un factor de riesgo para trastorno de conducta alimentaria.

Al caracterizar los síntomas más afectados del estrés percibido se describe que los estudiantes declaran que muy menudo se han sentido nerviosos o estresados, debido a la excesiva carga de actividades escolares y la falta de organización en horas en dispositivos electrónicos, de igual forma, les afectan los problemas personales que presenten desde casa, generando dificultad en su desarrollo como persona.

Posteriormente, en la identificación de los principales signos de afrontamiento ante el estrés percibido del alumnado, se visualizó los estudiantes señalan que casi nunca han podido controlar las dificultades de su vida y que no suelen estar seguros sobre su capacidad para manejar problemas personales, reflejando la existencia de pobres estrategias de afrontamiento al estrés, volviendo a la población vulnerable a desarrollar problemáticas relacionadas con la salud mental.

Del mismo modo se puede apreciar la clasificación del nivel de estrés percibido en los estudiantes de enfermería, en su mayoría con una categoría media al referirse a menudo estresados, situación que demanda la necesidad de intervenciones oportunas

y con enfoque preventivo, para evitar que esta clasificación aumente y desarrolle alteraciones graves en la salud del estudiante.

Por otro lado, se reconocen los comportamientos más dañinos referentes a las conductas alimentarias, descubriendo que en su mayoría los alumnos sobre piensa demasiado respecto al ámbito alimenticio favoreciendo actitudes negativas que ocasionan daños en salud, tal es el caso de la preocupación de tener grasa en el cuerpo donde 58 estudiantes indicaron de manera concisa su preocupación.

De la misma forma, se encontró que hay un alto control en las comidas donde el alumno se deja llevar por la percepción de sí mismo y por el impacto social que el entorno lo somete utilizando de manera desproporcional el número de comidas y generando cierta inconformidad y culpabilidad al ingerir cierto tipo de comida chatarra. En cuanto a la satisfacción de probar comidas nuevas y sabrosas en el alumno se identificó cierto desinterés y poca cooperación al mejorar actitudes alimentarias que beneficiarían su estilo de vida.

Prosiguiendo, se detalló la necesidad de intervención ante las actitudes de conducta alimentaria en los jóvenes, mostrando un bajo nivel de estudiantes con requerimiento de ser tratados, no obstante, es importante mencionar existen 55 estudiantes que necesitan la intervención, mismos que generan gran relevancia en el ámbito nutricional, debido a que esto puede sugerir principio de un gran problema que irá en aumento, de modo que se debe atender de manera activa y eficaz las necesidades que estos padezcan, tal es el caso de no estigmatizar temas como la desnutrición y obesidad, que podrían ser de concientización para aquellas actitudes poco saludables.

Por último, se da respuesta al objetivo general es decir, conocer la relación entre el estrés percibido y actitudes de conducta alimentaria en estudiantes de la licenciatura de enfermería en una universidad privada, con el propósito de visualizar si había alguna asociación entre los factores evaluados con el instrumento de medición, se llevó a cabo un análisis de correlación de Rho Spearman donde se obtienen datos de interacción, lo que señala que existe una relación significativa entre las dos variables, tomando en

cuenta toda la fundamentación teórica recabada en el desarrollo de esta investigación, se puede afirmar que el estrés percibido se encuentra relacionado con el riesgo de desorden alimentario, por lo tanto, si existe un mayor control del estrés, se presentará una mejor actitud alimentaria en los estudiantes de enfermería.

RECOMENDACIONES

Realizar un arduo desempeño en la continuidad de más estudios para medir el nivel de estrés percibido y las actitudes de conducta alimentaria en los estudiantes de enfermería, dando atención de primer contacto, así mismo logrando la obtención de datos que favorezcan y faciliten las razones de afección que generan este tipo de complicaciones.

Es recomendable proporcionar los estudios obtenidos en la investigación a la universidad privada, para dar un enfoque apegado y constructo, donde se refleja un gran impacto de riesgo entre las variables de estrés y actitudes de TCA estudiadas.

Para prevenir la presencia del estrés percibido y las actitudes de conducta alimentaria, es recomendable realizar intervenciones que permitan el conocimiento de origen de ambas variables y su manejo, donde el alumno pueda identificar ciertas conductas y trabaje en ello, para poder prevenir un problema serio en él.

El establecer estrategias enfocadas al grupo, donde se tenga cierto tiempo de calidad escuchando diferentes perspectivas en cuanto a conocimientos de hábitos y pensamientos, donde se formen y construyan una mejor versión de sí mismos, al igual que el docente maneje una capacitación activa donde tenga técnicas de estudio para fomentar la adquisición de hábitos favorables.

A nivel institucional, por parte de la universidad privada, enfocar una promoción de estilos de vida saludable de acuerdo con su plan de enseñanza, con el fin de crear una cultura de salud dentro de las mismas así mismo incorporar talleres o sesiones, temas de nutrición y salud mental dirigidos a docentes y alumnos.

REFERENCIAS

- Aguinaga, M., Fernández, L. & Varo, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales sistema sanitario Navarra*, 23, (2), 279-292.
- Aguinaga, M., Fernández, L., & Varo, J. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 23(2), 279-292. doi.org/10.23938/ASSN.0772
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401–407.
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez, G. (2004). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, 19(1), 47-56. https://www.researchgate.net/publication/275273573_Evaluacion_de_las_propiedades_psicometricas_del_Test_de_Actitudes_Alimentarias_EAT-40_en_mujeres_mexicanas
- America psychiatric association, APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5*. México: Editorial medica panamericana.
- American College Health Association. (2006). *Estrés Académico y su relación con la ansiedad en estudiantes universitarios*. Recuperado de <http://www.ehowenespanol.com/estres-academico-relacion-ansiedad-estudiantesuniversitarios>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 4th edition. Washington, DC: APA. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5º ed.). Arlington, VA.: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Médica Mundial AMM, (1964). Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos
<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>

Baile I., & González M. J. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista mexicana de trastorno. alimenticio*; 3(2): 80-88.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000200001&lng=es.

Barraza, A. (2003). *El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango. Memoria electrónica del VII Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Guadalajara, México.

Barraza, M. A., (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2),270-289. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79926212>

Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. (1ª Ed.).Chicago: University of Chicago Press.

Blagomirova, M.(2020), Actitudes ante la alimentación en estudiantes mujeres en la Uva(Grado de enfermería)Universidad Valladolid,Valladolid.<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41914/TFG-H1878.PDF?sequence=1&isAllowed=>

Bojorquez, I., Bustos, J., Valdez, V., & Unikel, C. (2018). Life course, sociocultural factors and disordered eating in adult Mexican women. *Appetite*, 121, 207-214. doi: 10.1016/j.appet.2017.11.085

- Brandsma, L.(2007) Eating disorders across the lifespan. *J Women Aging.* 19,155-72.
doi: 10.1300 / J074v19n01_10
- Bratman, S., & Knight, D. (2001) *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* Bantam Dell Pub Group.
- Bravo, P., & Hodgson, M. (2011). Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Revista chilena pediátrica*, 82(2), 87-92.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N.L.(2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305–312. Recuperado de doi:10.1001/archpsyc.63.3.305
- Caldera, J.; Pulido, B. & Martínez, G. (2007). *Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos.* Revista de Educación y Desarrollo, 1Edición (7) ,77-82.
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. J., & Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 51-55. Recuperado de 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333008>
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body.* Nueva York: Norton
- Cámara de Diputados del H.congreso de la unión (2014).Diario oficial de la federación, *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud* <https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>
- Capua, R. (1947). *Vida de Santa Catalina de Siena.* Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- Castro, A. V. (2008). *Depresión en universitarios.* Memorias del III Congreso Nacional de Universidades Saludables. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, (4) 385-96.
- Contreras, J., & Gracia M. (2005). Investigaciones Sociales. En: Alimentación y cultura, perspectivas antropológicas. Ariel. Mexico 387-392.
- Cruz, A. (2001). *Anorexia*. México: Selector.
- De Garay, A. (2006). Las trayectorias educativas en las universidades tecnológicas. Un acercamiento al modelo educativo desde las prácticas escolares de los jóvenes universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 1(3), 1-8.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121724006>
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhu, B., & Deforche, B. (2013) Weight, socio-demographics, and health behaviour related correlates of academic performance in first year university students. *Nutrition Journal*, 12 (1), 1- 14.
- Descriptores en Ciencias de la Salud. (DeCS, 2020). Estrés. Recuperado de <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
- Descriptores en Ciencias de la Salud. (DeCS, 2020). Conducta alimentaria. Recuperado de <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
- Domínguez P, Olivares, S, & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 58(3), 249-255.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es
- Domínguez P., Olivares S., & Santos J. (2008) *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil*.(38ª ed.) Arch Latinoam Nutr.2008;58(3):249-55

- Engel, G. (1962): *Psychological Development on Health and Disease*. Philadelphia, Saunders.
- Ezquerro, M. (2013). Percepción del propio peso en adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas. *Instituto de Ciencias de la Conducta*, 17: 1899-1925.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of general psychiatry*, 57(7), 659–665
- Fassino, S., Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P., & Rovera, G. G. (2001), *Anger and personality in eating disorders*. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757-764. doi:10.1016/S0022- 3999(01)00280-X
- Fassino, S., Daga, GA., Pieró, A., & Delsedime N. (2007), *Psychological factors affecting eating disorders*. *Adv Psychosom Med*. 28 141-68
- Fernández E.G., Jimenez M.P., & Martin M.D, (2003). *Emoción y motivación: La adaptación humana*. Madrid. Editorial Centro de Estudios Ramon Areces S.A.
- Folkman, S., Lazarus, R., Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (5), 992-1003.
- Franco, Martínez, k., Díaz, A., López, F., Aguilera, A., & Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, (2) 102–111.

- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A.P. (2017). COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28, 893-900.
- Gamero, C. (2002). Ambiente y salud La insoportable levedad del nunca comer. Primera parte: Santas y Brujas. *Revista Vivat Academia*, 36, 1- 47. Recuperado de <http://www.uah.es/vivatacademia/anteriores/n36/ambiente.htm>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R., & Muñoz, P.E. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: *Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid, España: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- García, B.G., Martínez, M. A., Riesco, M., & Pérez, G. (2004) La respuesta del cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Psicothema*, 16, 294-298.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4). Recuperado de 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Glaser, R., Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., Stout, J., Speicher, C., Pinsky, D., Kotur, M., Post, A., Beck, M., & Kiecolt, J. (1987). Stress-related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1(1), 7–20. DOI [https://doi.org/10.1016/0889-1591\(87\)90002-X](https://doi.org/10.1016/0889-1591(87)90002-X)
- Gómez del Barrio, J. A., Gaité, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S. & Vázquez, J. L. (2008). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. Cantabria, España: Gobierno de Cantabria,
- González, M. T. & Landero, R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206

- González, M.E., & González, S. (2012). Estrés Académico en el Nivel Medio Superior. *Rev Electron Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(2), 32-70. Recuperado de www.citeach.org/web/wp-content/uploads/2012/09/ART3estresacademico.pdf
- Gordillo, S., Camacho, R., & Macías, M. (2012). *Hábitos alimentación de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista Chilena Nutrición*, vol 39, 40-43.
- Graell, B.M., Villaseñor, M.A., & Faya, B.M. (2015). *Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria.del nacimiento a la adolescencia*. Madrid, España Asociación española de pediatría de atención primaria. 3.0 423-30.
- Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia*. Elsevier.
- Gull,w.w.(1873).Anorexia Histerica (asepsia hysterica).*British Medical Journal*,2,527-528
- Hales, R., Yudofsky, S., & Talbott, J. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Harris, R., (2020). *En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada*. Ginebra: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/sh-2020-spa-3-web.pdf?sfvrsn=34159a66_2
- Harvard B. (2009) *Manejar el estrés*. Chile (1ªed) Editorial Impact Media Comercial S.A
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill.
- Hinojosa, S. (2009). *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. (1ªEd.). Madrid: Maia Ediciones.

- Holmes, T.H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). La prevalencia y los correlatos de los trastornos alimentarios en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Psiquiatría biológica*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Johnson, J. G, Cohen, P., Kasen, S. & Brook JS. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 545-52.
- Labrador, F.J. (1992) El estrés. *Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas Hoy.
- Lassegue, C. (1874).De l`Anorexie hysterique.*Archives of General Medicine*,21,385-403
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1 141–169. DOI: <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lazarus, R.S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewinsohn, P. M., Striegel, R. H., & Seeley, J. R., (2000). *Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood*. *J Am Acad Child Adolesc Psychol*, 39(12) 84-92.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- López, G., Sánchez, D., & Fauquet, J., (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders*, 2,(2) 125–147.

- Makino M, Tsuboi K, & Dennerstein L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* , 6(3), 49
- Mancilla JM, Alvarez G, López X, Mercado L, Manríquez E, Román M. (1998). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista mexicana de Psicología* 16 (1). 37-46.
- Manzini J.L. (2000), declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethuca*, 6(2), 321-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003&lng=es&tlng=es
- Martínez E.S., & Díaz, D. A., (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10(2), 11-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83410203>
- Melgosa, J. (2006). *Sin estrés!* (1ª Ed). Safeliz: Madrid España.
- Méndez, J.P., Vázquez, V.V., & García G.E., (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. [11462008000600014&lng=es&tlng=es](https://doi.org/10.11462008000600014&lng=es&tlng=es)
- Mendoza, E. R., Sánchez, V. L., & García. (2010). *Estrés, aspectos sociales e impacto en la salud general y bucodental: Revisión de la literatura y contexto actual*. Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

- Mendoza, L., Cabrera, O. González, D., Martínez R., Perez, E., & Saucedo, R. (2010). Factores que ocasionan estrés en estudiantes universitarios. *Revista de enfermería ENE*. 4 (3) 37
- Mingote J.C., & Pérez S., (2013). *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador*. (1ª ed.) Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Montero, S., San Jose de León, M., Marín, J., Alonso, B., Rodriguez, N. & Bernabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Española de enfermería de salud mental*, 5, 5-14. DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>
- Morán, I., Licea, V. & Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 72(2), 68–72.
- Morande, G., Graell, M., & Blanco, M. (2014) Trastornos de la conducta Alimentaria y Obesidad. Madrid. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICA, S.A.
- Neidhardt, J., Weinstein, M., & Conry, R. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid
- Oblitas, L. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*.vol I Editorial Biblomedía <http://www.psicom.uson.mx/>
- Olalde J. Factores Asociados al Desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en el estudiante universitario [Tesis de maestría]. Xalapa, Ver. (México): Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2007. 1
- Opi J. (2010). *El reto de ser feliz. Vivir sin estrés*. (5ª ed.). Barcelona Editorial Amat, S.I.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016), *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, Ginebra: 4 ed. Recuperado de <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS>.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

Orlandini A.(1999). *El estrés, qué es y cómo evitarlo*. México: FCE

Parry, W. L ., & Parry , B., (1994). Implications of historical evidence for the classification of eating disorders: *A dimension overlooked in DSM-III—R and ICD-10*. *The British Journal of Psychiatry*, 165(3), 287–292. DOI <https://doi.org/10.1192/bjp.165.3.287>

Peláez, M.A., Labrador, F.J., & Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Inter Jour of Psychology and Psychological Therapy*. 5(2),66-73.

- Polit, D., & Hungler B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Estados Unidos de Norte América: McGraw-Hill Interamericana.
- Portela, M.L., Da Costa, H., Mora, M., & Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Portilla, S.R., (2006). *bases teóricas de la psiquiatría infantil* (1ed.). Manizales, Colombia: Universidad de caldas
- Puliti, R. (2004) *El manejo del estrés y el hexágono vital*. Buenos Aires: Editorial Kier.
- Raeuori, A., Hoek, H.W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., & Keski, A. (2009). Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins. *PloS one*, 4(2). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004402>
- Raich, R. M., Torras, J., & Mora, M. (1997). Análisis de las variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología clínica y de la salud*, 5 (1) 55- 70.
- Real Academia Española. (s.f). Estrés. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/estr%C3%A9s>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Reynoso, L. (2002). *Estrés Académico y Burnout en los estudiantes de Psicología* (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.

- Rivera, M.T., Parra, M.S., & Barriguete, J.A. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud Pública de México*, 47(4), 308-318.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez B, Oudhof H, González-Arratia NI, Unikel-Santoncini C. *Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México*. Revista Científica Electrónica de Psicología http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/11_-_No._6.pdf
- Rodríguez M. (2015). La anorexia nerviosa en adolescentes: una conducta de riesgo. *Parainfo Digital*. 22: <http://www.index-f.com/para/n22/165.php>
- Rojas S. (2012) *Desestrésate: libérate de la tensión y mejora tu vida* (2ª ed.). Editorial Planeta Colombiana S.A.
- Román, C., Ortiz, F., & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(7), 1-8.
- Romero, Y., Sayago, P. & Moreno, A. (2015). *Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación*. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 21, 1 2260-2276.
- Rutzstein, G., Elizathe, L., Scappatura, M., Murawski, B., Lievendag, L., Leonardelli, E., Custodio, J., & Galarregui, M. (2011). Imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes. Un dispositivo de intervención orientado a la prevención de los trastornos alimentarios. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 3 (1) 33-50.

- Sáenz, S., González, F., & Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Sociodemográficos, físicos y conductuales en Cartagena, Colombia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4 (3), 193-204.
- Santos, L., Gutiérrez, M., Vaz, F., & García, M. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia*. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Schmideberg, M. (1965). *Psychological Development in Health and Disease*. George L. Engel, M.D. Philadelphia and London: W. B. Saunders Co. (1962). *British Journal of*
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American science*, 61,692-699.
- Selye, H. (1977). *The stress of my life*. Toronto: A scientist's memoirs.
- Serrato, G. (2000). *Anorexia y bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Libro-Hobby-Club
- Seva, M., & Casado, L., (2015) La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería integral:Revista Científica del colegio oficial de enfermería de valencia*, (108) 68-73
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4, 336-347.
- Sours, J.A. (1980).starving to death in sea of objets. *The anorexia nervosa Syndrome*. New York: j.Aronson.
- Taylor, S.E. (2003). *Psicología de la salud*. México D.F.: Mc Graw-Hill.

- Tomey A. (2009) *Guía de gestión y dirección de enfermería: incluye Evolve* (8va edición) España: Elsevier, S. L,
- Torner, B., Garfinkel, P., & Garner, D. (1988). Affective and anxiety disorder in the long term follow up anorexia nervosa: *International Journal of Psychiatry Medicine*, 18,357-364.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Torres, L. (2008). *Hábitos de Estudio y Autoeficacia percibida en estudiantes universitarios con y sin riesgo académico*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/650>
- Turón, G., (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. *En portal de psiquiatría.com*, 2 (4). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846.pdf.
- Unikel C, Bojórquez L, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*. 2004 NovDic; 46 (6): 509-15.
- Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T., Trujillo, E. & García, F. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62,(5) 424-432.
- Van Hoeken D, Veling W, Smink F.R, & Hoek H.W. (2010). The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. *European Eating Disorders Review*, 18, 399-403
- Van Son, G.E., van Hoeken, D., Bartelds, A.I., van Furth, E.F., & Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: *A primary care study in the Netherlands*. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569

Zárate Depraect, N. E., Soto Decuir, M. G., Castro Castro, M. L., & Quintero Salazar, J. R. (2017). *Estrés académico en estudiantes universitarios: Medidas preventivas*. *Revista de Alta Tecnología y la Sociedad*, 9(4), 92-98.

ANEXOS

1. Oficio de solicitud de aplicación de instrumentos



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO
FACULTAD DE ENFERMERÍA, CAMPUS ORIZABA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Asunto: Solicitud de aplicación de instrumentos de recolección de datos de alumnos.

Lic. Alicia Sánchez Ortiz

Directora técnica de la facultad de la licenciatura enfermería campus Orizaba ver.

PRESENTE

Por este conducto la que suscribe María Berenice De La Luz González y Lendy Adallani Citlahua Ajactle , pasantes de la licenciatura en Enfermería de la Universidad de Sotavento, Campus Orizaba, ubicada en Emiliano Zapata #175, Colonia el Espinal, C.P. 94330 Orizaba, Veracruz, Teléfono 272 7262524, me dirijo a usted de la manera más atenta y respetuosa, para para solicitarle tenga a bien permitir la aplicación del instrumento de valoración escala de estrés percibido (pss) perceived Stress Scale y test eating attitudes (eat-26), que permitirán construir el proyecto de investigación "estrés percibido y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enfermería de una universidad privada", bajo la dirección del Director de Tesis L.E. Jesús Radai López Posadas, esto con el objetivo de conseguir el título de la " licenciatura en enfermería"

Sin otro particular agradezco a usted la atención prestada, a su vez le reitero mi respeto y agradecimiento en espera de su amable respuesta a esta solicitud.

Orizaba, Veracruz a 2 de mayo 2022

ATENTAMENTE

*Recibido
21/05/2022
1*

María Berenice De La Luz Gonzales

Lendy Adallani Citlahua Ajactle

2. Consentimiento informado



Universidad de Sotavento
Facultad de Enfermería, Campus Orizaba
Licenciatura en Enfermería
Consentimiento informado



Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente actividad **“Estrés percibido y trastornos de la conducta alimentaria estudiantes de enfermería”** que tiene relación con mi vida diaria. Considero que los resultados de este estudio serán de beneficio para mejorar los programas preventivos de salud.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y permitir que se realice en mi persona cuidados o procedimientos que no pongan en riesgo mi integridad física y emocional. Asimismo, se me dijo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual y también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee. Los responsables de este estudio fueron los responsables del seminario de tesis y asesores del proyecto M.E. Jesús Radai López Posadas y los Pasantes de la Licenciatura de Enfermería en Servicio Social Maria Berenice De La Luz González y Lendy Adallani Citlahua Ajactle, pertenecientes a la Universidad de Sotavento, Facultad de Enfermería.

Firma del entrevistado

3. Instrumento de medición

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Lee detenidamente cada una de las siguientes preguntas y con apoyo del entrevistador coloque la información solicitada.

1. Edad		2. Sexo	1. M	2. F	3. Número de hermanos		4. Semestre	
5. Años de estudio		6. Estado civil	1. Casado		2. Unión libre	3. Divorciada	4. Viuda	
7. Número de horas que asistes a la escuela por semana						8. Número de horas que dedicas a tareas por semana		
9. Número de horas que pasas en dispositivos electrónicos por semana						10. Número de horas dedicas a actividades recreativas por semana		
11. Peso (Kg)		12. Talla (Mts)		13. IMC		14. Número de comidas al día		
15. ¿Realizas colaciones?	1. Sí	2. No	16. Número de colaciones			17. ¿Te encuentras en calidad de foráneo?		1. Sí 2. No

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIVIDO

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las siguientes preguntas y selecciona con una "X" la opción que corresponda a cómo te has sentido en el último mes. Solo puede elegir una respuesta y no debes dejar ninguna interrogante sin responder.

CLAVE							
NU: Nunca	CN: Casi nunca	DC: De vez en cuando	AM: A menudo	MA: Muy a menudo			
Preguntas			NU	CN	DC	AM	MA
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?			0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?			0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?			0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?			0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?			0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTA ALIMENTARIA

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las siguientes preguntas y selecciona con una "X" la opción que corresponda a como te has sentido en el último mes. Solo puede elegir una respuesta y no debes dejar ninguna interrogante sin responder.

CLAVE									
SI: Siempre	MA: Muy a menudo	AM: A menudo	AV: Algunas veces	RA: Raramente	NU: Nunca				
Preguntas				SI	MA	AM	AV	RA	NU
1. Me da mucho miedo pesar demasiado				3	2	1	0	0	0
2. Procura no comer aunque no tenga hambre				3	2	1	0	0	0
3. Me preocupa mucho por la comida				3	2	1	0	0	0
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer				3	2	1	0	0	0
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños				3	2	1	0	0	0

6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	3	2	1	0	0	0
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	3	2	1	0	0	0
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	3	2	1	0	0	0
9. Vomito después de haber comido 10 Me siento muy culpable después de come	3	2	1	0	0	0
10. Me siento muy culpable después de come	3	2	1	0	0	0
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	3	2	1	0	0	0
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	3	2	1	0	0	0
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	3	2	1	0	0	0
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	3	2	1	0	0	0
15. Tardo en comer más que las otras personas	3	2	1	0	0	0
16. Procuero no comer alimentos con azúcar	3	2	1	0	0	0
17. Como alimentos de régimen	3	2	1	0	0	0
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	3	2	1	0	0	0
19. Me controlo en las comidas	3	2	1	0	0	0
20. Noto que los demás me presionan para que coma	3	2	1	0	0	0
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	3	2	1	0	0	0
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	3	2	1	0	0	0
23. Me comprometo a hacer régimen	3	2	1	0	0	0
24. Me gusta sentir el estómago vacío	3	2	1	0	0	0
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	3	2	1	0	0	0
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	3	2	1	0	0	0