

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



ESTRÉS ACADÉMICO Y ACTITUDES ALIMENTARIAS
EN ADOLESCENTES DE SEXTO DE SECUNDARIA DEL
INSTITUTO EDUCATIVO “LOS PINOS”.

Tesis de grado presentada para la obtención del Grado de Licenciatura

POR: VALERIA FERNANDA ZUBIETA ALARCÓN

TUTORA: DRA. SISSI ANA MIROSLAVA GRYZBOWSKI GAINZA

LA PAZ – BOLIVIA
2021

RESUMEN

La presente investigación que lleva por título “Estrés académico y actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria de la Unidad Educativa Los Pinos” busca analizar si existe relación entre el estrés académico y las actitudes alimentarias.

La metodología utilizada en esta investigación tiene un enfoque correlacional, con un diseño no experimental de tipo transeccional, ya que se midió cada variable y posteriormente se analizó si existía una posible correlación entre estas, encontrando datos exclusivamente válidos para el tiempo y lugar en que se efectuó el estudio.

La población de estudio estuvo conformada por 69 estudiantes de la promoción 2019 de la Unidad Educativa “Los Pinos”, de los cuales 39 fueron mujeres y 30 varones. La población fue elegida mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los instrumentos empleados para la medición de ambas variables fueron el Inventario SISCO SV – 21 (Inventario SISTémico COgnoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems) de Arturo Barraza Macías y el Eating Attitudes Test (EAT-26) de David Garner y Paul Garfinkel. Ambas pruebas cuentan con un escalamiento de preguntas tipo Lickert.

Después de la aplicación de ambas pruebas a la población elegida y al análisis de datos correspondiente mediante el programa SPSS, la correlación entre variables obtuvo un resultado final de $rP=0,184$, puntaje que señala la existencia de una correlación leve, positiva y directamente proporcional.

De esta manera, se concluyó que, si bien se logró el objetivo general de la investigación que consistía en encontrar una correlación positiva entre las conductas alimentarias y el estrés académico, al ser leve, se puede pensar que el estrés académico puede derivar en otras conductas en nuestra población, no necesariamente relacionadas a la alimentación. De igual manera, el desarrollo o aparición de algún TCA en la población de estudio no estaría necesariamente relacionado al nivel de estrés académico al que puedan estar sometidos los sujetos evaluados.

SUMMARY

This research, entitled "Academic Stress and Eating Attitudes in Senior Year adolescents from "Los Pinos" Educational Unit" seeks to analyze whether there is a relationship between academic stress and eating attitudes.

The methodology used in this research has a correlational approach, with a non-experimental design of a transectional type, since each variable was measured and later it was analyzed if there was a possible correlation between them, finding data that were exclusively valid for the time and place in which it occurred. carried out the study.

The study population was made up of 69 students from the 2019 class of "Los Pinos" Educational Unit, of which 39 were women and 30 were men. The population was chosen by non-probability sampling for convenience.

The instruments used to measure both variables were the SISCO SV - 21 Inventory (Cognoscitivist Systemic Inventory for the study of academic stress. Second version of 21 items) by Arturo Barraza Macías and the Eating Attitudes Test (EAT-26) by David Garner and Paul Garfinkel. Both tests have an escalation of questions type Lickert.

After applying both tests to the chosen population and the corresponding data analysis using the SPSS program, the correlation between variables obtained a final result of $rP = 0.184$, a score that indicates the existence of a slight, positive and directly proportional correlation.

In this way, it was concluded that, although the general objective of the research was achieved, which was to find a positive correlation between eating behaviors and academic stress, being mild, it can be thought that academic stress can lead to other behaviors in our population, not necessarily related to food. Similarly, the development or appearance of some ED in the study population would not necessarily be related to the level of academic stress to which the evaluated subjects may be subjected.

KEY WORDS: FOOD, STRESS, ADOLESCENCE.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A mis amados padres, por su apoyo durante este largo proceso y por motivarme siempre a cumplir mis sueños y alcanzar todas mis metas. Las palabras no lograrían explicar todo el amor que les tengo y lo agradecida que estaré toda la vida con ellos por haberme hecho la mujer que soy ahora.

A mi querido hermano Horacio, por sus consejos, sus charlas y su motivación para no darme por vencida cuando todo parecía ponerse cada vez más difícil.

A Dios, por darme a mi familia y ser mi guía espiritual en todo momento.

A mis familiares y amigos, que creyeron en mí y de distintas formas me mostraron su apoyo cuando decidí seguir este camino.

A mis abuelos Javier, Carlos e Iván, que desde el cielo guían mis pasos, me cuidan y me ayudan a cumplir todas las metas que me propongo.

A mi tutora, la Dra. Sissi Gryzbowski Gainza, por orientarme, asesorarme y compartir sus conocimientos durante la construcción de mi proyecto de tesis.

A mi amigo, el Ing. Ariel Urquidi Rodríguez, por asesorarme de manera externa y motivarme a continuar con la realización de mi tesis.

A mi colegio San Calixto, por darme las herramientas suficientes durante 12 años para poder vencer todas las pruebas que se presentaron a lo largo de este tiempo.

A mis docentes de la carrera de Psicología y mi casa de estudios, la prestigiosa Universidad Mayor de San Andrés, por permitirme formar parte del alumnado y por mostrarme cómo es el mundo realmente.

Al licenciado Ernesto Rocabado, la Unidad Educativa “Los Pinos” y la promoción 2019 por estar dispuestos a ayudarme en la realización de mi tesis.

Y finalmente a mí, por haber llegado hasta aquí y nunca darme por vencida, porque día tras día busco llegar más lejos y ser mejor profesional, mujer y ser humano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	10
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.	10
I. ÁREA PROBLEMÁTICA.....	11
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
III. OBJETIVOS	14
IV. HIPÓTESIS.....	15
V. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
I. ESTRÉS	18
1. CONCEPTOS DE ESTRÉS.....	18
2. TIPOS DE ESTRÉS.....	20
2.1. Eutrés	20
2.2. Distrés	21
2.3. Hiperestrés.....	21
2.4. Hipoestrés.....	21
3. CLASIFICACION DEL ESTRÉS SEGÚN SU INTENSIDAD.....	21
3.1. Estrés agudo	21
3.2. Estrés agudo episódico.....	22
3.3. Estrés crónico	23
4. FASES DEL ESTRÉS.....	23
5. EFECTOS DEL ESTRÉS	24
6. TEORIAS DEL ESTRÉS.....	25
6.1. Teorías basadas en la respuesta.....	25
6.2. Teorías basadas en el estímulo.....	25
6.3. Teorías basadas en la interacción.....	26
7. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	27
8. MODELOS TEÓRICOS.....	28

II.	ESTRÉS ACADÉMICO	29
1.	CONCEPTOS DE ESTRÉS ACADÉMICO.....	29
2.	EL MODELO SISTÉMICO COGNOSCITIVISTA DE ARTURO BARRAZA MASIAS 30	
3.	CAUSAS DEL ESTRÉS ACADÉMICO.....	32
4.	CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS ACADÉMICO	33
III.	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	33
1.	TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS 34	
2.	ANOREXIA NERVIOSA.....	35
2.1.	Criterios diagnósticos.....	36
2.2.	Tipos específicos.....	37
2.3.	Etiología.....	37
2.4.	Prevalencia.....	38
3.	BULIMIA NERVIOSA	39
3.1.	Criterios diagnósticos.....	40
3.2.	Etiología.....	40
3.3.	Prevalencia.....	41
4.	OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO	42
4.1.	Anorexia nerviosa atípica.....	42
4.2.	Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada).....	42
4.3.	Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada).....	42
4.4.	Trastorno por purgas	43
4.5.	Síndrome de la ingesta nocturna de alimentos	43
5.	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO.....	43
6.	OBESIDAD	44
7.	TRASTORNO DE ATRACONES	44
8.	LA “MULTIDETERMINACIÓN” DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	45

IV.	ADOLESCENCIA	46
1.	IMAGEN CORPORAL	47
2.	SALUD Y ALIMENTACIÓN DE LOS ADOLESCENTES	47
3.	PROBLEMAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	48
V.	INSTITUTO EDUCATIVO “LOS PINOS”	49
1.	HISTORIA	49
2.	IDENTIDAD INSTITUCIONAL	50
	CAPÍTULO III.....	51
	METODOLOGÍA.....	51
I.	TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	52
a)	Tipo de investigación	52
b)	Diseño de investigación	52
II.	VARIABLES	53
a)	Identificación de variables	53
b)	Conceptualización de variables.....	53
c)	Operacionalización de variables	54
III.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	56
IV.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	56
a)	Técnicas	56
b)	Instrumentos.....	56
	INVENTARIO SISCO SV – 21.....	57
	EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)	60
V.	PROCEDIMIENTO	61
	CAPÍTULO IV.....	62
	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	62
	CAPÍTULO V	94
	LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	94
I.	LIMITACIONES	95
II.	CONCLUSIONES	95
2.1.	Conclusión en base al Objetivo Específico 1	96
2.2.	Conclusión en base al Objetivo Específico 2	96
2.3.	Conclusión en base al Objetivo Específico 3	97

2.4. Conclusión en base al Objetivo Específico 4	97
2.5. Conclusión final	98
1.6. Validación de la Hipótesis de investigación	100
III. RECOMENDACIONES	101
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	102
ANEXOS	105
INVENTARIO SISCO SV- 21	106
TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26	105

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como finalidad la exploración de dos variables, el estrés académico y las actitudes alimentarias y la búsqueda de una correlación entre las mismas. Ambas variables serán estudiadas en adolescentes hombres y mujeres de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos

La idea de investigar sobre ambas variables parte del interés de adentrarnos en dos temáticas, que, a pesar de ser muy conocidas, no fueron estudiadas a detalle, mucho menos en la población propuesta, el Instituto Educativo Los Pinos. Se considera que la exploración de ambas variables es importante, ya que a futuro puede ayudar a plantear métodos de prevención de algún tipo de Trastorno de la Alimentación.

Para la evaluación de las variables se utilizarán dos herramientas, el Inventario SISCO SV-21 y el Eating Attitudes Test (EAT-26). Ambas herramientas fueron sometidas a procesos de validación y otros análisis necesarios para su aprobación.

Para el análisis de datos se usará el programa SPSS, que cuenta con los recursos necesarios para sacar los resultados necesarios según la naturaleza de la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

I. ÁREA PROBLEMÁTICA

Según Alvarenga, Scagliusi & Philippi (2009), “las actitudes alimentarias pueden ser definidas como un conjunto de creencias y pensamientos sobre la comida, así como el comportamiento y la relación con la misma”. La comprensión de las actitudes alimentarias puede ayudar en la elaboración de un plan de intervención nutricional cuando se perciba algún tipo de riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los comportamientos de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentarias son considerados comúnmente como síntomas de dichos trastornos, como ser la restricción de alimentos, los atracones y los métodos compensatorios. Sin embargo, según Stice (2002), muchos de los factores de riesgo que son ampliamente aceptados para los TCA, no han sido respaldados de manera empírica¹.

De todos modos, Stice (2002) señala que “un factor de riesgo puede ser definido como una variable que ha demostrado predecir de forma prospectiva algunos resultados patológicos posteriores y es importante distinguir los factores de riesgo en programas de prevención de diseño adecuados” (Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2009).

Respecto a las actitudes y conductas alimentarias extremas, Fernández (2003) señala que con frecuencia han sido estudiadas como parte de los trastornos de la alimentación ya que, vistas desde un enfoque clínico, pueden ayudar en el diagnóstico de bulimia y anorexia. (Chávez, 2005)

Para Urrejola (2004), algunos factores que pueden desencadenar este tipo de actitudes y conductas en los adolescentes llevándolos al desarrollo de conductas alimentarias son diversos, entre los que se encuentran la edad, el sexo, los fracasos académicos, la obesidad o sobrepeso y la sensibilidad aumentada hacia las actitudes y conductas alimentarias extremas. (Chávez, 2005)

¹ Alvarenga, Scagliusi & Philippi; *Actitudes alimentarias de estudiantes universitarias brasileñas con conductas de riesgo en Trastornos Alimentario*; Sao Paulo; 2009; p. 48.

De la misma manera, se puede observar que los adolescentes se enfrentan a presiones sociales y factores culturales que afectan la percepción que tienen de sí mismos, llevándolos a imitar a sus iguales y buscando cada vez más el perfeccionismo físico a través de una preocupación excesiva respecto a su imagen corporal. Estas actitudes hacen que los adolescentes se muestren constantemente pendientes de su peso y comiencen a incluir poco a poco en su dieta alimentos con bajas calorías, de dieta o que consideren “más saludables”. De igual manera, la presión también puede ser ejercida por la exigencia académica del entorno escolar y familiar, conduciendo a los adolescentes a niveles elevados de estrés por la competencia constante a la que se enfrenta respecto a sus pares o por la exigencia de cumplir expectativas tanto personales como ajenas. No descartemos la posibilidad de que el estrés pueda conducir a una modificación de las actitudes alimentarias y cómo la persona comenzará a modificar su dieta con el objetivo de sentirse mejor.

El término de estrés académico fue estudiado por Orlandini (1999), quien señala: “desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula escolar”. (Berrío y Mazo, 2011)

Asimismo, Caldera, Pulido y Martínez (2007) definen el estrés académico como “aquél que se genera por las demandas que impone el ámbito educativo”. (Berrío y Mazo, 2011)

Para Martínez y Díaz (2007), existe un enfoque psicosocial del estrés académico que enfatiza los factores psicosociales que pueden originarlo y lo concibe como “el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos, emocionales, ya sea de carácter interrelacional o intrarrelacional, o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual para afrontar el contexto escolar en rendimiento académico, habilidad metacognitiva para resolver problemas, pérdida de un ser querido, presentación de exámenes, relación con los compañeros y educadores, búsqueda de

reconocimiento e identidad, habilidad para relacionar el componente teórico con la realidad específica abordada” (Berrío y Mazo, 2011)

Berrío y Mazo (2011) mencionan a Barraza (2006), quien define el estrés académico como un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta en tres situaciones que son:

- a) Cuando el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son considerados estresores (input).
- b) Cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio)
- c) Cuando este desequilibrio obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (output) para restaurar el equilibrio sistémico

Por todo lo expuesto anteriormente, la presente investigación pretende relacionar el estrés académico y las actitudes alimentarias en la población elegida.

Al ser el estrés una respuesta manifestada de diversas maneras frente a situaciones en las que la persona se siente bajo riesgo, se cree que puede haber también una modificación en las actitudes alimentarias, ya sea modificando estas al nivel de no ingerir alimentos, llegando a padecer anorexia o bulimia en los casos más extremos, como también llegar al extremo de ingestas excesivas que puedan derivar en condiciones como el sobrepeso o la obesidad.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el estrés académico y las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos?

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación entre el estrés académico y las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Objetivos específicos

- Establecer la actitud alimentaria predominante en los adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.
- Evaluar el nivel de estrés académico en los adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.
- Conocer las características del estrés académico en los adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.
- Relacionar las características del estrés académico en el grupo con las actitudes alimentarias.

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis alternativa

El estrés académico está relacionado con las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Hipótesis nula

El estrés académico no está relacionado con las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

V. JUSTIFICACIÓN

En Bolivia, son escasas las investigaciones realizadas sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Entre estas podemos encontrar la de Freudental (2000), citado por Mérida y López (2013), sobre la prevalencia de síntomas asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres escolarizadas de 16 a 18 años, la cual determinó la existencia de un 4,7% de casos clínicos con Bulimia y 2,6% con Anorexia.

Asimismo, Daroca y Velasco (2003), estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Católica Boliviana, realizaron un estudio relacionado al tema denominado “Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija”. Dicho estudio estuvo conformado por una población de 2880 estudiantes de colegios fiscales y privados, de la cual 1440 eran mujeres de entre 13 a 20 años de edad. De manera general, este estudio determinó que 8 de cada 100 mujeres y 3 de cada 1000 varones adolescentes presentan TCA y 34 de cada 100 mujeres y 17 de cada 100 varones adolescentes presentan alto riesgo de desencadenar TCA (Mérida y López, 2013). Hoy en día, se puede ver cómo la competencia a nivel académico es cada vez más exigente, siendo que los adolescentes buscan graduarse cada vez más jóvenes y acumular títulos y reconocimientos académicos de renombre. Cuando los alumnos se encuentran cursando el último nivel de secundaria, se exponen a diversas ofertas académicas para cumplir las metas con las que muchos de ellos sueñan, becas al exterior, intercambios y cursos prefacultativos son solo algunos de los medios que les facilitan acercarse a esa meta trazada, razón por la cual los niveles de auto exigencia y también de la exigencia de los padres o tutores aumentan conforme pasa el tiempo.

Naturalmente, los adolescentes saben que esta decisión a tomar no es algo para pensar a la ligera, lo que ocasiona preocupación y mucho estrés en ellos, este estrés al cual se ven sometidos puede ocasionar otro tipo de alteraciones. Desde una mala interacción con el entorno por los niveles elevados de irritabilidad, problemas para dormir o concentrarse, ansiedad, hasta el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

I. ESTRÉS

1. CONCEPTOS DE ESTRÉS

La palabra estrés fue empleada por primera vez en el ámbito científico por Walter Cannon en 1911, quien descubrió de manera accidental la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. (González de Rivera, 1994).

Otro concepto fundamental elaborado por Cannon y relacionado con la temática del estrés fue el de homeostasis, quien la define como “reacciones fisiológicas coordinadas, complejas y particulares de los organismos vivos que mantienen en equilibrio la mayoría de los estados en el cuerpo”. (Daneri, 2012)

Posteriormente, aproximadamente en los años 30, Hans Selye, médico y fisiólogo canadiense, realizó un experimento con ratas, inyectando a un grupo control solución salina y al otro grupo extracto ovárico, pretendiendo hallar resultados distintos en ambos grupos. Debido a su falta de experiencia al experimentar, el proceso se le dificultaba cuando debía inyectar a las ratas. Al cabo de un tiempo, descubrió que ambos grupos de ratas habían desarrollado los mismos daños fisiológicos. Finalmente, llegó a la conclusión de que lo que ocasionaba cambios en las ratas no eran las sustancias inyectadas, sino el hecho de que un inexperto las inyectara y la horrible experiencia que esta era, la cual producía una ‘respuesta no específica a una situación no placentera’. Fue así que tomó el término estrés de la física para describir lo ocurrido (Daneri, 2012).

De esta manera, planteó el concepto en dos ideas:

1. El cuerpo tiene un conjunto de mecanismos para afrontar el estrés (síndrome general de adaptación o respuesta al estrés).
2. Mientras más se prolongue temporalmente el estresor, existen más posibilidades de que el sujeto se enferme.

De la misma manera, planteó una respuesta al estrés en tres fases:

- Primera fase: Alarma. Se detecta la presencia del estresor.
- Segunda fase: Adaptación o resistencia. Se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio.
- Tercera fase: Agotamiento. Si el tiempo de duración del estresor se prolonga, surgen las alteraciones relacionadas con el estrés crónico.

Asimismo, McEwen (2000), citado por Daneri (2012), define el estrés como “una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. Daneri (2012) también menciona a Chrousos y Gold (1992), quienes definen estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. Esta respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. De esta manera, una perturbación en la homeostasis resulta en una cantidad de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal.

Según Steptoe (2000), mencionado por Daneri (2012), la respuesta al estrés se manifiesta en 4 dominios: la fisiología, el comportamiento, la experiencia subjetiva y la función cognitiva.

De esta manera, se entiende que el estrés surge cuando los cambios en el medio externo o interno son interpretados por el sujeto como una amenaza a su homeostasis. La habilidad del organismo de responder apropiadamente a cambios del ambiente parcialmente estresantes requiere de un correcto reconocimiento del cambio ambiental y la activación de la respuesta de estrés. (Daneri, 2012)

Según Lazarus y Folkman (1988), citados por Chang (1997) el estrés se entiende como una experiencia que se produce cuando en una situación determinada hay amenaza o peligro de superarlos recursos personales y, por tanto, se pone en riesgo el bienestar personal.

Según Selye (1960), citado por Condori (2013), aún se desconoce si el estrés induce a la enfermedad mediante el principio de generalidad o si lo hace mediante un principio de especificidad. Entrando en estos términos, el principio de generalidad consiste en que cualquier clase de estrés aumenta la vulnerabilidad de la persona ante cualquier enfermedad.

2. TIPOS DE ESTRÉS

Para Casas (2000), mencionado por Camargo (s.a.), se considera que existen dos tipos de estrés:

2.1. Eutrés

Considerado como el buen estrés, el cual es necesario, no es dañino y es una cantidad de estrés esencial para la vida, el crecimiento y la sobrevivencia. Este tipo de estrés nos incentiva la vida, nos permite enfrentarnos a los retos, nos motiva para tratar de obtener buenos resultados y adaptarnos a los cambios. Existe una cantidad de eutrés óptima la cual nos permite un rendimiento óptimo en nuestras actividades.

El eustrés es asimismo un estado de conciencia, en el cual pensamiento, emoción y sensación parecen organizarse para proporcionar un efecto general de alegría, satisfacción y energía vital. Podemos comprender que el eustrés no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.²

²Prevención del estrés. 2007. Disponible en http://www.prevencionweb.com/articulos/leer.php?id_texto=24

2.2. Distrés

Considerado como el mal estrés pues es dañino, patológico, destruye al organismo, es acumulable, mata neuronas del hipocampo (CA1), contribuye a producir patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etc. Los efectos del distrés se notan aún en etapas prenatales de la vida en las cuales se puede inhibir la androgenización del feto.

Se puede definir el distrés como el estrés desagradable. Es un tipo de estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga y siempre va acompañado de un desorden fisiológico. Incluso un exceso de estrés positivo (o eutrés) puede causar distrés.³

En adición, Aragón (2005) citado por Coaguila, Segovia y Ticona (2016), menciona otros tipos más de estrés:

2.3. Hiperestrés

Aparece cuando un individuo es empujado más allá de lo que puede manejar. El hiperestrés resulta de una sobrecarga o exceso de trabajo. Cuando alguien está híper estresado, incluso pequeñas cosas pueden desencadenar una respuesta emocional fuerte.

2.4. Hipoestrés

Contrario al hiperestrés, este aparece cuando un individuo está aburrido o desmotivado. Las personas que experimentan hipoestrés son a menudo inquietas y sin inspiración.

3. CLASIFICACION DEL ESTRÉS SEGÚN SU INTENSIDAD

Coaguila, Segovia y Ticona (2016) también citan a otros autores quienes clasifican el estrés según su intensidad:

3.1. Estrés agudo

Según Quijada (2006), este tipo de estrés es el más común. Surge a raíz de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo puede ser emocionante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado

³ Prevención del estrés. 2007. Disponible en http://www.prevencionweb.com/articulos/leer.php?id_texto=24

resulta agotador. Exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica, dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

Hernández (2006), indica que, debido a que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Entre los síntomas más comunes están:

- ✓ Agonía emocional: Combinación de las tres emociones del estrés: enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión.
- ✓ Problemas musculares: Incluyen dolores de cabeza intensos, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos. Además, se presentan también problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de colon irritable.
- ✓ Sobreexcitación pasajera: Deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

3.2. Estrés agudo episódico

Hernández (2006) indica que los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobre agitación prolongada, en los que se presentan: dolores de cabeza tensos y persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Tratar el estrés agudo episódico requiere la intervención en varios niveles, que por lo general requiere ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses. A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas.

Otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante. Quienes lo padecen son personas constantemente angustiadas, que tienden a ver el desastre en todo momento y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación. Ven el mundo como un lugar peligroso, poco gratificante y punitivo en donde lo peor siempre está por suceder.

Asimismo, son personas que ven todo mal, tienden a agitarse demasiado y a estar tensos, pero están más ansiosos y deprimidos que enojados y hostiles.

3.3. Estrés crónico

Como indican Rodríguez y García (2013), contrario al estrés agudo, que puede ser emocionante y fascinante, el estrés crónico no lo es. Este tipo de estrés es agotador y desgasta a las personas. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida mediante el desgaste a largo plazo. Surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables.

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente. Algunas experiencias pueden llegar a afectar profundamente la personalidad.

En ocasiones, el estrés crónico puede ocasionar la muerte a través del suicidio, la violencia, ataques al corazón, apoplejía e incluso cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Ya que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés.

4. FASES DEL ESTRÉS

Escajadillo (2019), señala que, nuestro organismo ante una amenaza de peligro inminente y real responde de forma particular, activando determinados mecanismos de defensa, lo que contribuye a evitar esta situación de peligro y hacerle frente. Esta respuesta se divide en tres fases:

- ✓ **Alarma:** En esta fase el cuerpo se va preparando para afrontar a las amenazas, lo que genera un incremento de los niveles de energía del organismo. La respiración se altera, el ritmo cardiaco se acelera, hay sudoración excesiva y en algunos casos

parálisis. Los niveles de adrenalina aumentan ante este peligro para permitir una respuesta oportuna y rápida.

- ✓ **Acción:** Es la fase en la que el cuerpo realiza diversos procesos para actuar, combatir y eliminar la amenaza. Para ello, hace uso de la energía obtenida de la fase de alarma. Este estado de adaptación es muy importante ya que va a permitir que la persona no decaiga y entre en un estado de agotamiento en donde pierde su capacidad de respuesta.
- ✓ **Relajamiento:** En esta fase los niveles de energía decrecen y retorna la homeostasis al organismo. La persona tiene un estado de equilibrio físico y emocional luego de haber experimentado el susto ante la amenaza.

5. EFECTOS DEL ESTRÉS

Considerando el tiempo como variable, Ambrós (2005), citado por Coaguila, M., Segovia, A. y Ticona, C. (2016), clasifica los efectos del estrés de la siguiente manera:

- ✓ **Efectos inmediatos:** Son aquellos efectos que se producen en la persona en un corto período de tiempo, normalmente se pueden expresar en cambios en la conducta del individuo.
- ✓ **Efectos mediatos:** Son aquellos efectos que se producen en la persona en un período de tiempo, a causa de los efectos inmediatos y que perduran en el tiempo. Normalmente se expresan en enfermedades físicas, afecciones, adicciones y disminución en su rendimiento habitual.
- ✓ **Efectos a largo plazo:** Son aquellos efectos que impactan a un nivel macro-social, económico y político.

6. TEORIAS DEL ESTRÉS

6.1. Teorías basadas en la respuesta

Selye (1960), citado por Sandín (1995), concibe el estrés como una respuesta no específica del organismo, ante las demandas que se le hacen. Para Selye, el estrés es “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico”. Esto implica que el estrés no tiene una causa particular. El estresor, es decir, el agente desencadenante del estrés, es un factor que afecta la homeostasis del organismo, y puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional (Berrío y Mazo, 2011).

Al mismo tiempo, Selye (1974) indica que no se debe evitar el estrés, ya que se puede asociar con estímulos o experiencias agradables y desagradables y, por tanto, la privación total de estrés conllevaría la muerte. Por esta razón, el estrés es una reacción adaptativa, mientras no exceda sus niveles, y afecte de modo negativo al organismo. Acentúa que la respuesta de estrés está compuesta por un mecanismo de tres etapas, conocido como el síndrome general de adaptación, las cuales son: reacción de alarma, resistencia y agotamiento. Así pues, esta teoría ofrece una definición operativa del estrés (Berrío y Mazo, 2011).

6.2. Teorías basadas en el estímulo

Los autores que más desarrollaron esta orientación son T.H. Holmes y R.H. Rahe. Las teorías del estrés centradas en el estímulo, lo interpretan y comprenden de acuerdo con las características que se asocian con los estímulos ambientales, pues consideran que éstos pueden desorganizar o alterar las funciones del organismo. Estos modelos se diferencian de los focalizados en la respuesta, porque localizan el estrés en el exterior, no en el individuo, a quien le corresponde el strain o efecto generado por el estrés (Berrío y Mazo, 2011).

Weitz (1970) citado en Sandín (1995) clasificó las situaciones generadoras de estrés más comunes: procesar información velozmente, estímulos ambientales nocivos, percepción de amenaza, funciones fisiológicas alteradas, aislamiento y encierro, bloqueos y obstáculos para llegar a una meta, presión grupal y frustración. Debido a la importancia que se le da al ambiente y las situaciones sociales en la teoría basada en el estímulo, suele ser denominada como perspectiva psicosocial del estrés (Berrío y Mazo, 2011).

6.3. Teorías basadas en la interacción

Lazarus (1986), enfatiza la relevancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que median entre los estímulos estresantes y las respuestas de estrés, dando al individuo un rol activo en la génesis del estrés. Para Lazarus y Folkman (1986), el estrés tiene su origen en las relaciones entre el individuo y el entorno, que el sujeto evalúa como amenazante, y de difícil afrontamiento. Por lo tanto, el concepto fundamental de la teoría interaccional es el de evaluación cognitiva, a la cual definen como “un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante” (Berrío y Mazo, 2011).

Lazarus (citado por Berrío y Mazo, 2011), propone tres tipos de evaluación:

- Evaluación primaria: se da en cada encuentro con algún tipo de demanda (interna o externa). Es la primera mediación psicológica del estrés.
- Evaluación secundaria: ocurre después de la primaria, y tiene que ver con la valoración de los propios recursos para afrontar la situación estresante.
- Reevaluación: se realizan procesos de feedback, permitiendo corregir las evaluaciones previas.

7. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Según la definición de Lazarus y Folkman (s.a.) citados por Condori (2013), las estrategias de afrontamiento son métodos que utilizan las personas como reacción a un estresor específico que ocurre en un contexto concreto. Son conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor y las distintas maneras en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes.

Cuando se habla de afrontamiento del estrés podríamos referirnos tanto a los estilos como a las estrategias de afrontamiento, aunque éstos no son conceptos equiparables. Por una parte, están los estilos de afrontamiento, que son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. En cambio, el término de estrategias de afrontamiento hace alusión a los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento (Condori, 2013).

Desde una aproximación teórica, Folkman y Lazarus (s.a.) citados por Condori (2013), distinguen dos tipos generales de afrontamiento según la función a la que se orientan:

- **Afrontamiento dirigido al problema:** Abarca todas aquellas conductas cognitivas o manifiestas con las que el individuo trata de modificar y/o resolver la situación estresante.
- **Afrontamiento dirigido a la emoción:** Tiene como objetivo la regulación de la respuesta emocional que provoca en el individuo la situación estresante.

8. MODELOS TEÓRICOS

- Afrontamiento como un estilo personal de hacer frente a distintas situaciones estresantes.

Condori (2013), menciona algunos estilos de afrontamiento que hacen referencia a disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes. Para ello, nombra a diversos autores y sus modelos propuestos:

- ✓ Estilos represor/sensibilizador (Byrne 1964)
Tiende a la negación y evitación, mientras que el segundo es más vigilante y expansivo. Se trata de un constructo unidimensional del afrontamiento con dos polos.
- ✓ Estilos cognitivos incrementador /atenuador (Miller 1987)
Este modelo se basa en el modo en que los individuos procesan cognitivamente la información de amenaza. El término incrementador indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado con respecto a la información relacionada con la amenaza, se refiere al grado con que la persona evita o transforma cognitivamente la información de la amenaza.
- ✓ Modo vigilante-rígido / modo evitador-rígido / modo flexible / modo inconsistente (Kohlmann 1993)
El modo vigilante-rígido se podría asimilar al sensibilizador, el modo evitador-rígido al represor, el modo flexible se refiere a personas no defensivas que hacen un uso flexible de estrategias relacionadas con la situación y el modo inconsistente se refiere al que presentan las personas ansiosas, este último es un afrontamiento ineficaz.

II. ESTRÉS ACADÉMICO

1. CONCEPTOS DE ESTRÉS ACADÉMICO

Orlandini (1999), citado por Berrío y Mazo (2011), señala que “desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula escolar”.

De esta misma manera, Caldera, Pulido y Martínez (2007), mencionados por Berrío y Mazo (2011), definen el estrés académico como aquél que se genera por las demandas que impone el ámbito educativo. En consecuencia, tanto alumnos como docentes, pueden verse afectados por este problema.

Por otra parte, Martínez y Díaz (2007), citados por Berrío y Mazo (2011), señalan que existe un *enfoque psicosocial* del estrés académico, que resalta los factores psicosociales que pueden originarlo, y que lo define como “el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos, emocionales, ya sea de carácter interrelacional o intrarrelacional, o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual para afrontar el contexto escolar en rendimiento académico, habilidad metacognitiva para resolver problemas, pérdida de un ser querido, presentación de exámenes, relación con los compañeros y educadores, búsqueda de reconocimiento e identidad, habilidad para relacionar el componente teórico con la realidad específica abordada”.

Barraza (2006), lo conceptualizó como “la fase estructurada que se presenta de manera psíquica y adaptable dándose en el momento que el alumno está comprometido a variadas labores, roles y obligaciones que tienden a ser estresantes” (Escajadillo, 2019).

Para Peiro (2005), el estrés educativo “es la manera como el estudiante se amolda al medio en concordancia con sus destrezas, tal proceso de adaptación produce conmoción en su desenvolvimiento estudiantil” (Escajadillo, 2019).

Por último, García y Muñoz (2004), mencionaron que el estrés educativo está sujeto a desarrollo de índole cognitivo y emotivo que ocasiona en el alumno un impacto por medio de los agentes de estrés académicos que le suscitan (Escajadillo, 2019).

2. EL MODELO SISTÉMICO COGNOSCITIVISTA DE ARTURO BARRAZA MASIAS

Barraza (2000), citado por Condori (2013), explica el modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico como “una serie de procesos valorativos ante estímulos estresores del entorno, que tienen el objetivo de lograr un equilibrio sistémico de la relación persona-entorno”.

En adición, Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R.y Nieves, Z. (2015) señalan que, este modelo permite definir al estrés académico como un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico y que se presenta de manera descriptiva en tres momentos:

- Primer momento: el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo su propia valoración, son consideradas estresores (input), al admitir que desbordan los recursos con los que cuenta para realizarlas.
- Segundo momento: esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas o reacciones.
- Tercer momento: ese desequilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (output) para restaurar el equilibrio sistémico.

Asimismo, dichos autores refieren que el modelo sistémico cognoscitivista se configura a partir de cuatro hipótesis básicas:

- Hipótesis de los componentes sistémicos-procesuales del estrés académico
En este modelo los componentes sistémicos-procesuales del estrés académico responderían al continuo flujo de entrada y salida al que está expuesto todo sistema para alcanzar su equilibrio. El alumno se ve sometido a una serie de demandas que,

tras ser valoradas como estresores, provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante); este se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio) que obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento.

Esta forma de conceptualizar al estrés académico permite reconocer tres componentes sistémico-procesuales: estímulos estresores, síntomas (indicadores del desequilibrio sistémico) y estrategias de afrontamiento.

- Hipótesis del estrés académico como estado psicológico

La idea clásica del estrés como respuesta adaptativa de la persona a su entorno, remite a conceptualizar al estresor como una entidad objetiva, que tiene vida independientemente de la percepción de la persona y que normalmente se presenta como una amenaza a su integridad vital. Este tipo de estresores, o acontecimientos vitales, son denominados estresores mayores, los cuales tienen una presencia objetiva que no depende de la percepción del sujeto y su repercusión hacia la persona es siempre negativa. Los denominados estresores menores no tienen presencia objetiva independiente de la percepción de la persona, como ser los acontecimientos o prácticas que no son por sí mismos estímulos estresores, sino que es la persona, con su valoración, la que los constituye como tales. Este tipo de estresores, al depender de la valoración de cada persona, inevitablemente varían.

La mayoría de los estresores del estrés académico son menores, ya que se constituyen en estresores debido, esencialmente, a la valoración cognitiva que realiza la persona, por lo que una misma situación puede o no ser considerada un estímulo estresor por cada uno de los alumnos. Esta situación permite afirmar que el estrés académico es un estado básicamente psicológico.

- Hipótesis de los indicadores del desequilibrio sistémico que implica el estrés académico

Según aportes a su teoría realizados por Rossi (s.a), citado por Barraza (s.a.), la situación estresante (desequilibrio sistémico) se manifiesta en los alumnos a través de una serie de indicadores que pueden ser clasificados en: físicos, psicológicos y comportamentales.

- Físicos: Son aquellos que implican una reacción propia del cuerpo, como ser: morderse las uñas, temblores musculares, migrañas, insomnio, fatiga crónica, problemas de digestión y somnolencia o mayor necesidad de dormir.
 - Psicológicos: Están relacionados con las funciones cognoscitivas o emocionales de la persona: inquietud, problemas de concentración, bloqueo mental, depresión, ansiedad, desesperación y problemas de memoria.
 - Comportamentales: Son aquellos que involucran la conducta de la persona: discutir, aislamiento de los demás, absentismo de las clases, aumento o reducción del consumo de alimentos y desgano para realizar las labores escolares.
- Hipótesis del afrontamiento como restaurador del equilibrio sistémico

Cuando el estímulo estresor desencadena una serie de manifestaciones que indican la presencia de un desequilibrio sistémico en su relación con el entorno, la persona se ve obligada a actuar para restaurar ese equilibrio. Ese proceso de actuación es mediado por una valoración que tiene por objeto la capacidad de afrontamiento o respuesta de la persona; esta valoración constituye un proceso psicológico de interpretación que se pone en marcha cuando el entorno se considera amenazante.

3. CAUSAS DEL ESTRÉS ACADÉMICO

Escajadillo (2019), señala algunas causas del estrés académico según distintos autores:

Para Arribas (2013) los motivos por los cual los alumnos padecen estrés educativo vienen a ser la acumulación de obligaciones que deben cumplir (ya que las labores encomendadas conllevan a tiempos excesivos), la percepción de los estudiantes sobre sus docentes y la manera en la que los motivan para sobrellevar la asignatura y la metodología de enseñanza que emplean.

García y Muñoz (2004) reconocieron que la presencia del estrés educativo se da por variadas circunstancias o impulsos suscitados en el contexto educativo y que ocasionan

un acontecimiento o una demanda desmesurada según como sea la capacidad de afrontamiento del estudiante.

Según Fernández, Maligno y Molina (2002), una de las razones del estrés educativo viene a ser la escasa interacción y la poca comunicación que hay entre los integrantes del medio educativo ya que de eso depende cómo se agruparán para realizar labores en conjunto.

4. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS ACADÉMICO

Escajadillo (2019), hace mención a algunos autores que señalan las consecuencias del estrés académico:

- Caldero, Pulido y Martínez (2007) refirieron que “el estrés educativo se da por las constantes imposiciones con alto grado de esfuerzo que se da en el contexto educativo y esto perjudica a los alumnos debido a los efectos que ocasionan”.
- Mendiola (2010) sostuvo que existen consecuencias psicológicas y fisiológicas:
 - o Psicológicas: Angustia, melancolía, pesadumbre, irritación, problemas de memoria y desinterés por actividades motivantes en el pasado.
 - o Fisiológicas: Aumento de la presión, dificultades a nivel respiratorio y trastornos del sueño.
- De igual manera, Naranjo (2009) mencionó que los efectos del estrés educativo en un tiempo prolongado serían: molestia, falta de habilidades sociales, tristeza y disminución de la autoestima, entre otras.

III. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Según Fassino, Daga, Pieró y Delsedime (2007), mencionados por Méndez, Vazquez-Velazquez y García-García (2008), 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”. 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), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones.

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. 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. 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.

1. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Según el DSM-V (2014), es un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes hechos:

1. Pérdida de peso significativa.
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos or vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

Este trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución. Asimismo, no se puede atribuir a una afección médica concurrente ni se explica mejor por otro trastorno mental. De ser así, la gravedad de este TCA excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

2. ANOREXIA NERVIOSA

Como señalan Méndez, Vazquez-Velazquez y García-García (2008), la anorexia nerviosa es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado y en la actualidad es considerada una grave enfermedad psiquiátrica caracterizada por la incapacidad de mantener un cuerpo saludable normal en relación con el peso, aspecto que se constituye en una obsesión, observándose insatisfacción permanente con la delgadez alcanzada, aun cuando se haya llegado a niveles de emaciación. Los pacientes siguen insatisfechos con el peso alcanzado y con la forma de sus cuerpos; asimismo, desarrollan alteraciones en otras conductas para así perpetuar e incrementar la pérdida de peso, por ejemplo, purgas, dietas, ejercicio excesivo o ayuno. En estos pacientes se observa que el único estímulo existente en la vida es perder cada vez más y más peso. En general, la presencia de algún trastorno de la ansiedad precede al trastorno alimentario y de existir depresión, ésta generalmente persiste aún después de la recuperación que se observa en algunos casos. A su vez, todas estas conductas aberrantes producen, entre otras: alteraciones endocrinas, hidroelectrolíticas, cardiovasculares, digestivas, hepáticas y neurológicas.

Según Bruch (1973), citado por Belloch, Sandín y Ramos (2008), la anorexia se refiere a la falta de apetito y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en

muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Sin embargo, cuando se habla de anorexia nerviosa, nos referimos a un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismo hambriento”, que no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no engordar, y es ahí donde radica su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque haya perdido gran porcentaje de peso.

Asimismo, Bruch (1973), señala tres características esenciales de la anorexia nerviosa:

1. Distorsión en la percepción de la imagen corporal sin que la persona reconozca el proceso de su delgadez.
2. La percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos.
3. Sentimiento general de ineficacia personal.

2.1. Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014) indica los siguientes criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa:

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

2.2. Tipos específicos

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

2.3. Etiología

2.3.1. Factores biológicos

Según Sadock, Sadock y Ruiz (2015), son diversas las causas biológicas que pueden estar involucradas en el desarrollo de un TCA. La ingesta de algunas drogas o fármacos como los opioides pueden contribuir a la negación del hambre. Asimismo, la desnutrición provoca cambios bioquímicos, como la hipercortisolemia y la falta de supresión con dexametasona. Además, se suprime la actividad de la glándula tiroidea. La desnutrición también provoca amenorrea, siendo esta desarrollada por algunos pacientes con anorexia nerviosa antes de experimentar pérdida significativa de peso. Varios estudios con tomografía computarizada (TC) han revelado un aumento de tamaño de los espacios del LCR (surcos y ventrículos aumentados de tamaño) en pacientes anoréxicos durante la desnutrición, que se invierte si se gana peso.

2.3.2. Factores sociales

Sadock, Sadock y Ruiz (2015), indican que el comportamiento de los pacientes con anorexia nerviosa se ve respaldado por el énfasis de la sociedad en la delgadez y el ejercicio. Si bien no existen constelaciones familiares específicas para esta afección, algunas indican que estos pacientes tienen relaciones cercanas, pero problemáticas, con sus padres. Un adolescente con un trastorno grave de la conducta alimentaria puede tender a distraer la atención de relaciones matrimoniales conflictivas.

Los intereses profesionales y no profesionales interactúan con otros factores de vulnerabilidad para aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. En las mujeres jóvenes, la participación en academias de danza estrictas aumenta la probabilidad de desarrollar anorexia nerviosa en al menos siete veces. En el caso de los varones, una orientación homosexual es un factor predisponente demostrado, que no se debe a la orientación sexual o al comportamiento sexual por sí mismos, sino porque las normas entorno a una figura esbelta, aunque se trate de una esbeltez musculosa, son muy intensas en la comunidad gay, solo ligeramente por detrás de las normas de las mujeres heterosexuales.

2.3.3. Factores psicológicos y psicodinámicos

Sadock, Sadock y Ruiz (2015), sostienen que la anorexia nerviosa parece ser una reacción frente a la demanda de que los adolescentes se comporten de modo más independiente y aumenten su actividad social y sexual. Los pacientes sustituyen con sus preocupaciones, que parecen obsesiones con la alimentación y el aumento de peso, las actividades propias de los adolescentes normales. Por regla general, tienen una falta de sentido de autonomía y de identidad personal. Muchos experimentan sus cuerpos como algo situado bajo el control de sus padres, de modo que la privación de alimentos autoimpuesta puede representar un intento de validación como individuo único y especial. Un paciente anoréxico solo puede desarrollar un sentido de autonomía e identidad personal a través de actos de autodisciplina extraordinarias.

2.4. Prevalencia

Según el DSM-V (2014), la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10 a 1.

3. BULIMIA NERVIOSA

Según Méndez, Vazquez-Velazquez y García-García (2008), el segundo trastorno de la alimentación mejor caracterizado es la bulimia, cuya etiología específica también es aún controvertida. La característica primordial de esta enfermedad es que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, pero la preocupación que tiene de no ganar peso conduce hacia conductas compensatorias de control para evitar la ganancia de peso, seguidas éstas de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Estos pacientes, utilizan diferentes medios para intentar compensar los atracones, siendo el más habitual la provocación del vómito; otras conductas son: uso excesivo de laxantes o de diuréticos, el ayuno y ejercicio físico muy intenso. Todas estas conductas son realizadas con el fin de no incrementar el peso. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En forma habitual, estos pacientes desarrollan un patrón alimentario cíclico caracterizado por abstenerse de ingerir alimentos en las primeras horas del día y comer excesivamente, seguido de conductas purgativas por la tarde o la noche. Al día siguiente, los sentimientos de culpa los llevan a reforzar la abstinencia alimenticia con la repetición del ciclo antes descrito. Este tipo de pacientes en muchas ocasiones presentan conductas de abuso de alcohol o drogas junto con la bulimia.

Para Perpiñá (1989), citado por Belloch, Sandín y Ramos (2008), el término de bulimia en el ámbito clínico se aplica a “aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa e irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo, autoinduciéndose el vómito”.

Fairburn y Garner (1989), mencionados por Belloch, Sandín y Ramos (2008), señalan tres características esenciales de la bulimia:

1. Pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados.
2. Conductas destinadas al control del peso corporal.

3. Preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

3.1. Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014) indica los siguientes criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa:

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

3.2. Etiología

3.2.1. Factores biológicos

Sadock, Sadock y Ruiz (2015), señalan que algunos investigadores han intentado asociar los ciclos de atracones y purgas con diversos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y las endorfinas. Asimismo, investigaciones recientes con el empleo de

resonancia magnética (RM) sugieren que la sobrealimentación de la bulimia nerviosa podría deberse a una percepción exagerada de las señales de hambre relacionadas con el sentido del gusto dulce, mediadas por el área anterior derecha de la ínsula cerebral.

3.2.2. Factores sociales

Según Sadock, Sadock y Ruiz (2015), al igual que sucede con la anorexia nerviosa, los pacientes con bulimia nerviosa tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Asimismo, muchos están deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar, como sucede en los pacientes con anorexia nerviosa, a diferencia de que en las familias de los primeros suelen ser menos cercanas y conflictivas que las de estos últimos. Los pacientes con bulimia nerviosa describen a sus padres como negligentes y dados al rechazo.

3.2.3. Factores psicológicos

Sadock, Sadock y Ruiz (2015), indican que, al igual que los pacientes con anorexia nerviosa, quienes padecen bulimia nerviosa tienen problemas con las exigencias de la adolescencia, pero los primeros son más extrovertidos, irascibles e impulsivos que los segundos. La dependencia del alcohol, los hurtos en tiendas, la labilidad emocional (incluidas las tentativas de suicidio), son algunas conductas asociadas a la bulimia nerviosa. Por lo general, experimentan el descontrol de la conducta alimentaria de un modo más egodistónico, por lo que están más dispuestos a buscar ayuda.

3.3. Prevalencia

Según el DSM-V (2014), la prevalencia a doce meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5%. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Poco se sabe sobre la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en hombres, aunque ésta es mucho menos común en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10 a 1.

4. OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Según el DSM-V (2014), esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico.

4.1. Anorexia nerviosa atípica

Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

4.2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada)

Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4.3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada)

Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4.4.Trastorno por purgas

Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (ej: vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

4.5.Síndrome de la ingesta nocturna de alimentos

Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas de funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

5. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta

alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (DSM-V, 2014).

6. OBESIDAD

Para Van Itallie y Margie (1981) la obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como “una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y 30% en los hombres”. (Belloch, Sandín y Ramos, 2008)

Curiosamente la obesidad a primera vista, es fácil de diagnosticar; de hecho, el primer individuo que hace su diagnóstico es el propio obeso mirándose al espejo. No es un diagnóstico médicamente difícil, pero son necesarios unos índices o parámetros objetivos que permitan conocer las cantidades de grasa corporal, con el objeto de poder evaluar su respuesta al tratamiento. (Belloch, Sandín y Ramos, 2008)

7. TRASTORNO DE ATRACONES

El “episodio de atracón” se define como la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar y en circunstancias parecidas. El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva. La expresión “periodo de tiempo determinado” se refiere a un periodo delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón. (DSM-V, 2104)

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control para considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que

se ha empezado. El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. (DSM-V, 2014)

Los atracones deben caracterizarse por un malestar intenso y, al menos, tres de los hechos siguientes:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Los sujetos con trastorno de atracones se sienten típicamente avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Estos atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. A menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo, dolorido o lleno. (DSM-V, 2014)

8. LA “MULTIDETERMINACIÓN” DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Crispo, Figeroa y Guelar (1996), señalan que existen diversos factores que inciden en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, pero que ninguno de ellos es en sí suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores y adquiere características particulares en cada caso. Más que ser vistos como factores distintivos causantes de un TCA, tendrían que ser vistos como factores que llevan a la persona a ser más vulnerable para desarrollarlo.

Garner y Garfinkel (1980), pioneros en el tratamiento e investigación de los TCA, crearon un cuadro explicativo de estos factores, cuadro que a su vez fue adaptado por Crispo, Figeroa y Guelar (1996).

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
	- Estresores	- Atracciones y purgas
- Socioculturales. - Familiares. - Individuales.	- Actitudes anormales con peso y figura. - Dietas extremas y pérdida de peso.	- Secuelas fisiológicas y psicológicas.

IV. ADOLESCENCIA

“La adolescencia es una etapa de la vida durante la cual suceden grandes e importantes cambios a nivel físico, psicológico y social. Estos no solo responden a una interacción compleja entre diferentes hormonas, sino que también tienen que ver con el impacto del medio ambiente. Los medios de comunicación y el significado que la sociedad actual le da a la “belleza”, han hecho que algunas personas desde la adolescencia o inclusive antes, cambien sus hábitos y sus costumbres alimentarias buscando obtener una “imagen y un cuerpo perfecto” (Baquero, s.a.).

Para Papalia y Feldman (2012), la adolescencia es una etapa de transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Asimismo, durante la adolescencia se da la pubertad, que es un proceso mediante el cual una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse.

Debido a la pubertad, el adolescente se ve como un ser sexuado, donde reconocer la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer vínculos románticos son aspectos que acompañan a la adquisición de una identidad sexual. La conciencia de esta sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo.

La OMS define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser

humano, que está caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. A pesar de que los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. (pie de página)

1. IMAGEN CORPORAL

Santrock (2006), señala que, un aspecto psicológico comprobado que se produce en el inicio de la adolescencia (o mejor conocido como pubertad), es la preocupación de los adolescentes hacia su cuerpo, desarrollando así imágenes individuales de las características de su físico.

Según Brooks-Gunn y Paikoff (1993), existen diferencias de género en la percepción que los adolescentes tienen de su propio cuerpo. Por lo general, las chicas se muestran menos contentas con su aspecto físico y poseen más imágenes corporales negativas a comparación de los chicos (Santrock, 2006).

Según Gross (1984), esto puede deberse a que el porcentaje grasa corporal en las chicas aumenta, mientras que en los chicos se da un aumento de masa muscular (Santrock, 2006).

2. SALUD Y ALIMENTACIÓN DE LOS ADOLESCENTES

Muchos de los factores relacionados con hábitos poco saludables y con la muerte temprana en la edad adulta comienzan en la adolescencia. La adopción temprana de patrones de conducta saludables, como el consumo de comida con bajo contenido en grasas y colesterol y la práctica regular de ejercicio físico, no solo produce beneficios inmediatos para la salud, sino que contribuye a que se atrasen o eviten las causas más importantes de minusvalías prematuras y de mortalidad en la edad adulta: enfermedades cardiovasculares,

trombosis, diabetes y cáncer (Jamner y otros, 2004; Jessor, Turbin y Costa, 1998; Sylvia, 2004).⁴

En una comparación de los comportamientos relacionados con la salud de adolescentes de 28 países, se descubrió que los jóvenes estadounidenses practicaban menos ejercicio y comían más comida basura que los adolescentes de la mayor parte de los países que se compararon (OMS, 2000). Tan solo dos tercios de los jóvenes norteamericanos practicaban ejercicio al menos dos veces a la semana, frente al 80% o más de los adolescentes en Irlanda, Austria, Alemania y Eslovaquia. Resultaba más probable que los adolescentes americanos consumieran alimentos fritos y menos probable que comieran frutas o verduras que los jóvenes de la mayor parte de los países comparados. Los alimentos consumidos por los adolescentes estadounidenses eran similares a los elegidos por jóvenes en Inglaterra (Santrock, 2006)

3. PROBLEMAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Santrock (2006) hace una reseña de algunas investigaciones relacionadas con los trastornos alimentarios:

- Las chicas que presentaban ideas negativas acerca de sus cuerpos durante la adolescencia temprana tenían más probabilidades de desarrollar trastornos alimentarios dos años después de la investigación, que las adolescentes que no tenían esas ideas (Attie y Brooks-Gunn, 1989).
- Las relaciones negativas entre los padres y los adolescentes se relacionaban con un aumento de las dietas en las adolescentes en un periodo de un año (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 1999).

⁴ Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. El Ciclo Vital*. España: Editorial McGraw-Hill, p. 407.

- Las chicas que se encontraban en la transición de la pubertad y que eran sexualmente activas con sus novios, tenían más probabilidades de hacer dieta o de presentar pautas propias de los trastornos alimentarios (Caufmann, 1994).
- Las chicas que se esforzaban por parecerse a las imágenes femeninas que aparecían en los medios de comunicación tenían más probabilidades de preocuparse profundamente por su peso (Field y otros, 2001).
- Las adolescentes que veían la televisión cuatro horas o más al día presentaban más probabilidades de sufrir sobrepeso que las chicas que veían la televisión menos de cuatro horas al día (Dowda y otros, 2001)

“Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria usualmente tienen una autoestima baja, no buscan ayuda y con frecuencia la rechazan. Comúnmente consultan cuando el trastorno ha avanzado. Es por eso que nunca debe considerarse un cuadro de estos como algo leve que puede esperar. Por el contrario, requiere de un diagnóstico y un tratamiento temprano lo cual mejora ampliamente el pronóstico. Siempre deberá ser manejado por un equipo interdisciplinario (Médico especialista en adolescencia, Pediatra o Médico Familiar con experiencia, psicólogo, psiquiatra, nutricionista)” (Baquero, s.a.).

V. INSTITUTO EDUCATIVO “LOS PINOS”⁵

1. HISTORIA

La Unidad Educativa «Los Pinos», fue fundada en 1979, bajo convenio entre la obra educativa de la Iglesia Metodista en Bolivia y la Asociación de Copropietarios de la Urbanización “Los Pinos”. De esa manera, nace el “Instituto Americano Los Pinos” y se pone en marcha una nueva unidad educativa, refrendada por Resolución Ministerial No. 610 de 29 de septiembre de 1981, convenio que duró cuatro años.

A partir de 1983, la Asociación de copropietarios de la Urbanización de Los Pinos, se hace cargo de la administración del “Instituto Educativo Los Pinos” (IELP), mediante

⁵ Disponible en <http://www.lospinos.edu.bo>

Resolución Ministerial No. 283, del 28 de abril de 1985, y el 20 de septiembre de 1991, mediante Resolución Suprema No. 200610, el Gobierno de la Nación reconoce la Personería Jurídica del “Instituto Educativo Los Pinos”. Posteriormente, se obtuvo la Resolución Ministerial N° 004847 el 4 de noviembre de 2002 según la cual el Registro de la Unidad Educativa RUE es el N° 80730364 y del Edificio Escolar es el N° 80730214. Desde entonces y hasta la actualidad pasa a denominarse “Unidad Educativa Los Pinos”. La primera promoción egresó del establecimiento el año 1986, existiendo a la fecha 23 promociones de bachilleres

2. IDENTIDAD INSTITUCIONAL

Misión

Brindamos una educación de calidad, con una pedagogía transformadora, tecnológica para formar personas integrales en valores y autogestores de su proyecto de vida.

Visión

Ser una comunidad educativa referente en la sociedad, brindando una educación de calidad emocional, tecnológica y global, responsable con la sociedad y el medio ambiente.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

I. TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a) Tipo de investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), “la investigación correlacional es un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular”. Este tipo de estudio medirá cada variable presuntamente relacionada para posteriormente medir y analizar la correlación.

El presente trabajo será de tipo correlacional, ya que se cuenta con dos variables, el estrés académico y las actitudes alimentarias, de las cuales se pretenderá encontrar un grado de correlación positiva. La correlación positiva indica que cuando se da un aumento en una de las variables, automáticamente la otra también presentará un aumento. En este caso, se pretenderá demostrar que, a mayor estrés académico, mayor será la cantidad de actitudes alimentarias que indiquen un posible desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

b) Diseño de investigación

La investigación asumirá un diseño no experimental de tipo transeccional. Este diseño tiene como propósito el comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos, además constituyen el preámbulo de otros diseños (no experimentales y experimentales). Al explorar determinada situación se logra tener una visión del problema y los resultados son exclusivamente válidos para el tiempo y el lugar en que se efectuó el estudio. La recolección de datos se dará una sola vez, pero posteriormente se podría planear una investigación descriptiva más profunda sobre la base proporcionada en esta primera aproximación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 152)

II. VARIABLES

a) Identificación de variables

Las variables estudiadas en la investigación son:

V1. Estrés académico.

V2. Actitudes alimentarias.

b) Conceptualización de variables

Estrés académico

Caldera, Pulido y Martínez (2007), mencionados por Berrío y Mazo (2011), definen el estrés académico como aquél que se genera por las demandas que impone el ámbito educativo. En consecuencia, tanto alumnos como docentes, pueden verse afectados por este problema.

Actitudes alimentarias

Corada y Montedónico (2007) definen las actitudes alimentarias como una “organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra del acto de comer, que predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho acto. Como toda actitud, se caracteriza por la presencia de tres componentes: Cognoscitivo, Afectivo y De tendencia a la Acción o Conducta”.

c) Operacionalización de variables
Estrés académico en adolescentes de sexto de secundaria

Dimensiones	Indicadores	Escalas	Técnica/instrumento
Estresores	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de tareas y trabajos escolares. - Dificultad de las tareas y trabajos escolares. - Nivel de exigencia de los profesores. - Forma de evaluación de los profesores. - Tipo de relación establecida con los profesores. 	Nunca	Inventario de estrés académico SISCO SV-21
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas físicos. - Síntomas emocionales. - Relacionamiento interpersonal. 	Casi Nunca Rara Vez Algunas Veces Casi Siempre	
Estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de soluciones. - Análisis de la situación. - Elaboración de planes de afrontamiento de la situación. 	Siempre	

Actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria

Dimensiones	Indicadores	Escalas	Técnica/instrumento
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación de alimentos que engordan. - Preocupación por estar delgada. 	Siempre	Test de Actitudes Alimentarias EAT-26
Bulimia y preocupación por la comida	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos recurrentes sobre la comida. - Conductas contrarias respecto a la ingesta de alimentos. 	Casi siempre Frecuentemente A Veces	
Control Oral	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol en la ingesta de alimentos. - Percepción de presión por parte de los demás para aumentar de peso. 	Rara Vez Nunca	

III. POBLACIÓN Y MUESTRA

El interés de la investigación se centra en los estudiantes del Instituto Educativo Los Pinos, siendo esta la población de la que se extrae la muestra, que consiste en los estudiantes de 6to de secundaria y consta de 69 personas, de las cuales 39 personas son de sexo femenino y 30 personas de sexo masculino. Se decidió seguir un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos de la investigación. Asimismo, este procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 176)

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

a) Técnicas

La investigación será sometida a un análisis descriptivo, inferencial y paramétrico. Las técnicas estadísticas para lograr el análisis serán las siguientes:

- Distribución de frecuencias.
- Medidas de tendencia central.
- Coeficiente de relación de Pearson.

Para determinar dichos resultados, se utilizará el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

b) Instrumentos

La recolección de los datos requeridos para la investigación se dará a través de la aplicación de dos cuestionarios:

- Inventario SISCO SV – 21. Inventario SISTémico COgnoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems.
- Eating Attitudes Test (EAT-26).

INVENTARIO SISCO SV – 21.

Nombre abreviado: Inventario SISCO SV-21

Autor: Arturo Barraza Macías

Estructura: este instrumento está constituido por 23 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (si-no), permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario. En caso de que el investigador lo considere puede utilizar este dato para reportar el nivel de presencia del estrés académico en la población encuestada.
- Un ítem que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico. Este dato el investigador lo puede utilizar como variable monoítem para medir la intensidad del estrés o, en su defecto, eliminarlo.
- Siete ítems que, en un escalamiento tipo Likert de seis valores categoriales (nunca, casi nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.
- Siete ítems que, en un escalamiento tipo Likert de seis valores categoriales (nunca, casi nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones ante un estímulo estresor.
- Siete ítems que, en un escalamiento tipo Likert de seis valores categoriales (nunca, casi nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamientos.

Administración: el cuestionario fue diseñado para ser autoadministrado y puede ser aplicado de manera individual o grupal.

Duración: sin tiempo limitado para su resolución; su aplicación dura entre 20 y 25 minutos.

Población objeto de estudio: alumnos de educación media superior (bachillerato), superior (licenciatura) y posgrado (especialización, maestría y doctorado).

Propiedades Psicométricas: este instrumento reporta las siguientes propiedades psicométricas:

- **Confiabilidad:** el inventario en su totalidad presenta una confiabilidad en alfa de Cronbach de .85. La dimensión de estresores presenta una confiabilidad de .83; la de síntomas presenta una confiabilidad de .87; y la de estrategias de afrontamiento una de .85. Todas ellas también en alfa de Cronbach. Todos estos niveles de confiabilidad pueden ser considerados muy buenos de acuerdo a la escala de valores propuesta por DeVellis (2011) y al ser el alfa de Cronbach un procedimiento basado en la consistencia interna se puede afirmar la homogeneidad de los ítems con relación al constructo “estrés académico” que los integra.
- **Análisis de consistencia interna:** los resultados muestran que todos los ítems correlacionaron positivamente ($p < .01$) con el puntaje global obtenido por cada encuestado, siendo el valor r de Pearson menor de .280 y el mayor de .671; así mismo, cada ítem correlaciona de manera positiva ($p < .01$) con el puntaje obtenido, en su dimensión correspondiente, por cada encuestado, siendo el valor r de Pearson menor de .662 y el mayor de .801 Este resultado confirma la homogeneidad de los ítems alrededor del constructo “estrés académico” y la direccionalidad única de los ítems.
- **Análisis de grupos contrastados:** los resultados muestran que todos los ítems permiten discriminar ($p < .01$) entre los alumnos que presentan un nivel bajo de estrés de los que presentan un nivel alto; así mismo permiten discriminar ($p < .01$) entre una baja y alta presencia de cada uno de los componentes sistémico procesuales del estrés.

- El Análisis Factorial Exploratorio permitió identificar tres factores que explican el 47% de la varianza total; estos tres factores se corresponden con los componentes sistémico procesuales que establece el Modelo Sistémico Cognoscitivista: estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento.

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

Como señalan Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel (1982), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo principal identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Corada y Montedónico, 2007).

La primera versión de esta prueba, conocida como EAT-40, fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en 1979 y consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: a) conductas bulímicas, b) imagen corporal con tendencia a la delgadez, c) uso o abuso de laxantes, d) presencia de vómitos, e) restricción alimentaria, f) comer a escondidas y g) presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se eliminaron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. (Corada y Montedónico, 2007)

A pesar de que El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier Trastorno de la Conducta Alimentaria, Iñarritu et al. (2004) advierten la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (Corada y Montedónico, 2007).

Gardner et al. (1982) agrupa los ítems de la prueba en 3 factores:

Factor 1 – Dieta: Relacionado con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26).

Factor 2 - Bulimia y preocupación por la comida: Refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia (ítems 3, 4, 9, 18, 21, 25).

Factor 3 - Control Oral: Está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (2, 5, 8, 13, 15, 19, 20).

V. PROCEDIMIENTO

FASE 1: ENTREVISTA

En esta fase de la investigación se llevó a cabo la entrevista al psicólogo del Instituto Educativo “Los Pinos”, el licenciado Ernesto Rocabado, con el objetivo de obtener información sobre la población a ser estudiada, es decir, los y las estudiantes de sexto de secundaria de dicha institución educativa. Asimismo, se consultó con el licenciado sobre la existencia de estudiantes que hayan sido percibidos como casos especiales o de alerta por mostrar riesgo de padecer algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Esta información sirvió posteriormente como diagnóstico y posible predicción de los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos.

FASE 2: APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Una vez obtenido el permiso del instituto educativo, se procedió a la aplicación de ambos instrumentos de investigación a la población establecida. Debido a la extensión de los instrumentos, ambos fueron aplicados en una sola jornada de manera conjunta.

FASE 3: ANÁLISIS DE DATOS

Con la recolección de datos finalizada, se procedió a la corrección de las pruebas y al análisis de datos mediante las técnicas estadísticas necesarias. Para lograr un análisis completo y detallado, se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

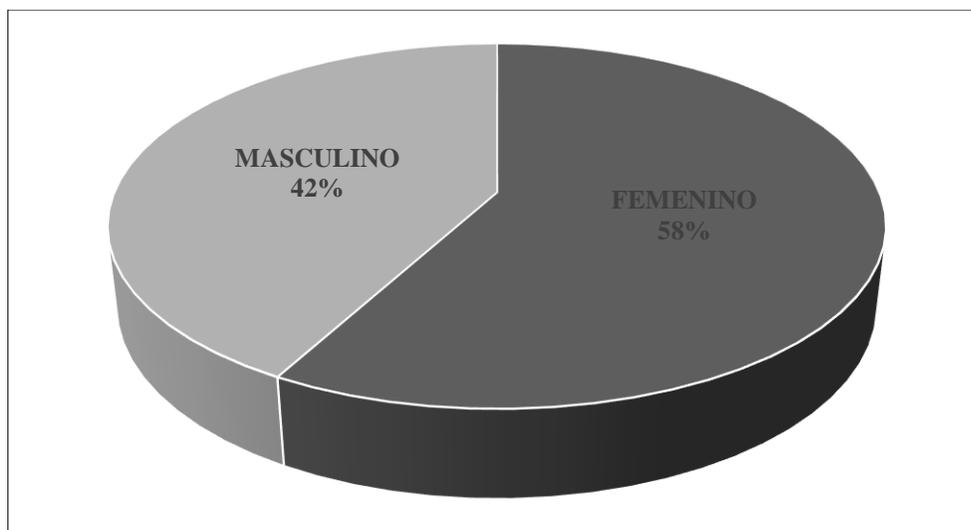
CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Figura 1

Género de los estudiantes



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1

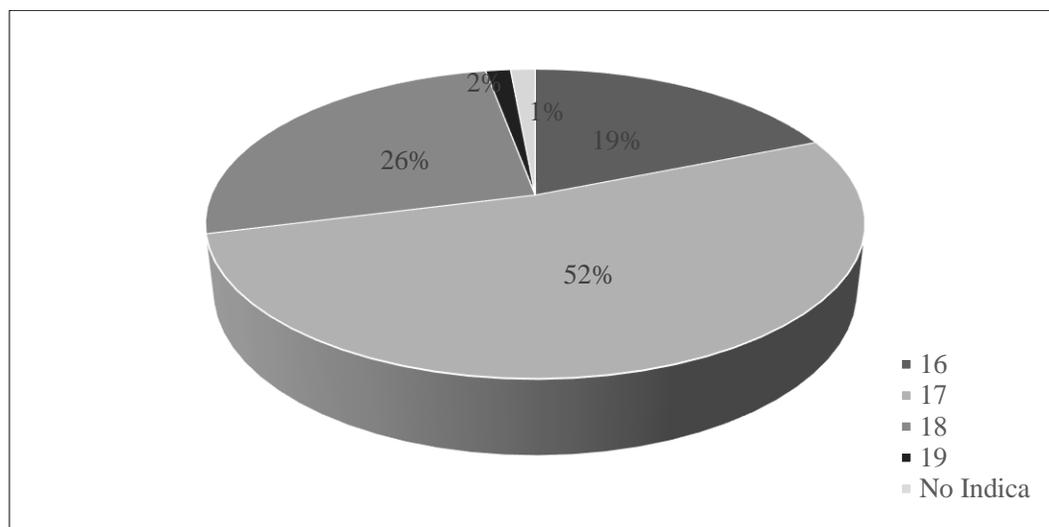
Género de los estudiantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	39	56,5	56,5	56,5
	Masculino	30	43,5	43,5	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Como indican el Gráfico 1 y la Tabla 1, la población con la cual se trabajó estuvo conformada por un total de 69 estudiantes, todos pertenecientes a sexto de secundaria, siendo 39 estudiantes de sexo femenino y 30 de sexo masculino, representando un 56,5% y un 43,5% respectivamente.

Figura 2

Edad de los estudiantes



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

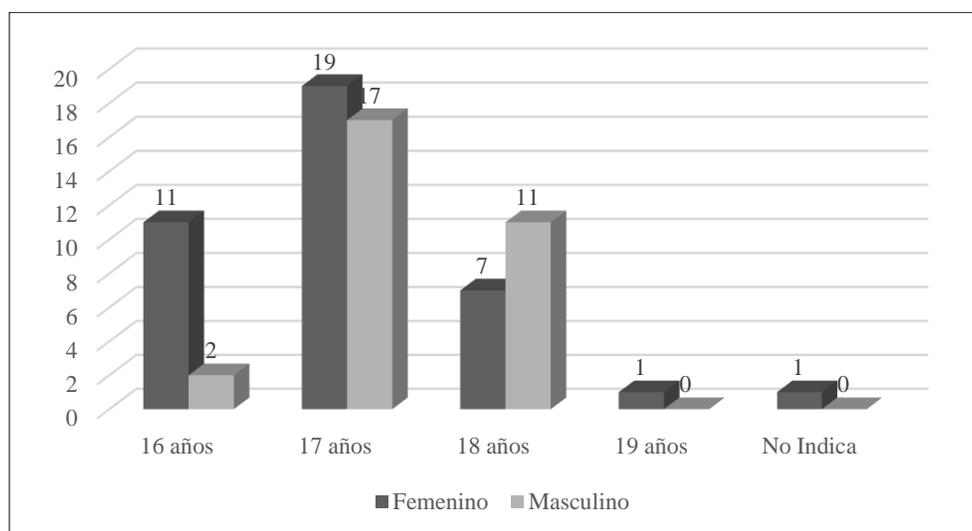
Edad de los estudiantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	16	13	18,8	18,8	18,8
	17	36	52,2	52,2	71,0
	18	18	26,1	26,1	97,1
	19	1	1,4	1,4	98,6
	No indica	1	1,4	1,4	100,0
Total		69	100,0	100,0	

Como indican los datos obtenidos en el Gráfico 2 y la Tabla 2, el rango de edad de la población estudiada es de 16 a 19 años de edad. La población estuvo conformada en su mayoría por estudiantes de 17 años, siendo un total de 36 estudiantes (52,2%), seguido por 18 estudiantes de 18 años (26,1%), 13 estudiantes de 16 años (18,8%), una estudiante de 19 años (1,4%) y una estudiante que no indicó su edad (1,4%).

Figura 3

Edad de los estudiantes según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Edad de los estudiantes según género

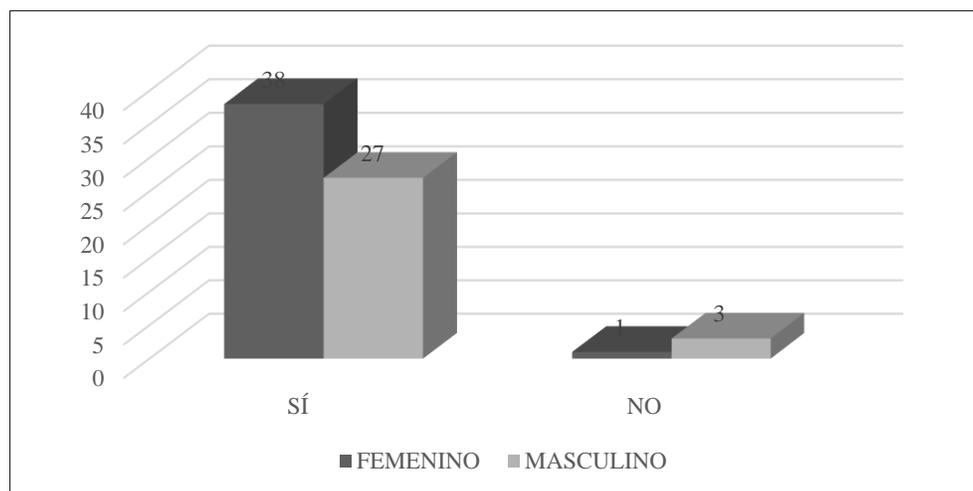
GÉNERO	EDAD					TOTAL
	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	NO INDICA	
FEMENINO	11	19	7	1	1	39
MASCULINO	2	17	11	0	0	30
						69

El Gráfico 3 y su tabla respectiva señalan la incidencia de edad según género. Como podemos ver, la edad de 17 años es la de mayor incidencia en ambos géneros (19 estudiantes de género femenino y 17 estudiantes de género masculino). La segunda edad con mayor incidencia en el género femenino es de 16 años, con un total de 11 estudiantes, y de 18 años en el género masculino con 11 estudiantes igualmente.

2. ANÁLISIS DEL INVENTARIO DE ESTRÉS ACADÉMICO SISCO SV-21

Figura 4

1. Durante el transcurso de este semestre, ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo (estrés)?



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

1. Durante el transcurso de este semestre, ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo (estrés)?

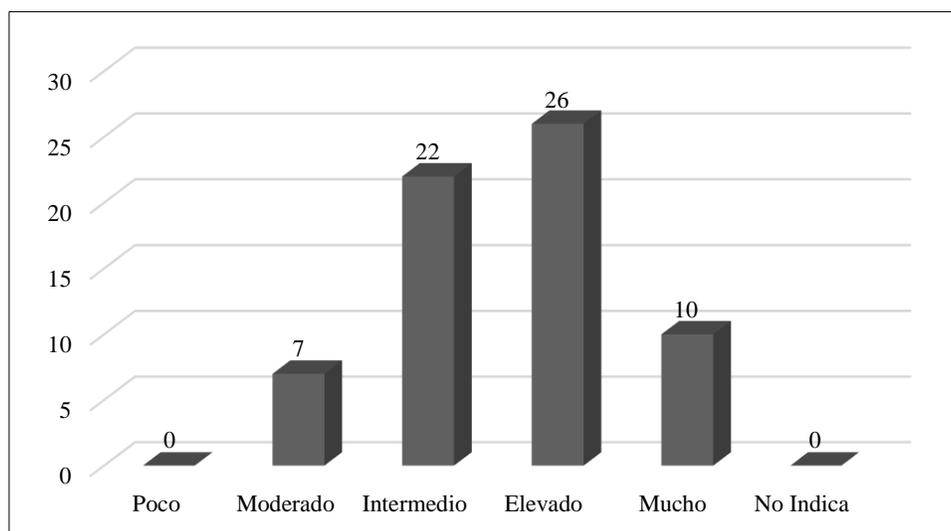
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	65	94,2	94,2	94,2
	No	4	5,8	5,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

El Gráfico 4 y su Tabla respectiva corresponden a los resultados de la primera pregunta del Inventario SISCO SV-21. El objetivo de esta pregunta es dividir a la población según su respuesta para así continuar con las preguntas y obtener resultados más certeros. Como se observa, son 65 estudiantes que respondieron Sí (94,2%) y 4 que respondieron No (5,8%). En cuanto a los estudiantes que respondieron Sí, 38 son del sexo femenino y 27 del sexo masculino. Los estudiantes que respondieron No suman un total de 4 (3 del sexo masculino y 1 del sexo femenino).

Es importante señalar que los estudiantes que respondieron de manera negativa, serán considerados más adelante como “casos perdidos”, ya que una de las indicaciones de la prueba es que, al seleccionar la alternativa “No”, el cuestionario se da por concluido.

Figura 5

2. Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5, señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5) mucho.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5

2. Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5, señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Moderado	7	10,1	10,8	10,8
	Intermedio	22	31,9	33,8	44,6
	Elevado	26	37,7	40,0	84,6
	Mucho	10	14,5	15,4	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

El Gráfico y la Tabla 5 indican el Nivel de estrés de los estudiantes en una escala del 1 al 5. Como podemos ver, el 40% de los estudiantes señaló que su nivel de estrés es elevado, sumando un total de 26 casos. Asimismo, 22 estudiantes, que representan un 33,8% del total, indicaron que su nivel de estrés es intermedio.

Figura 6

Nivel de estrés según género

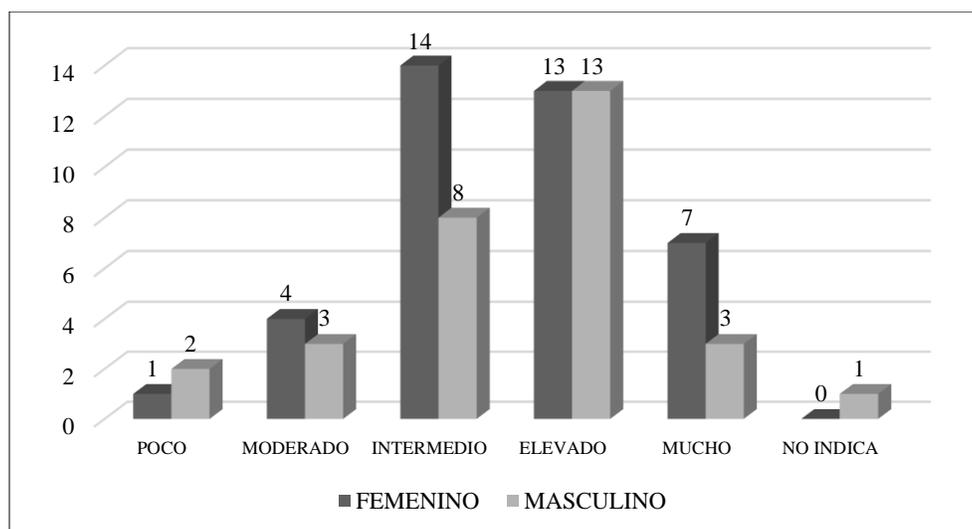


Tabla 6

Nivel de estrés según género

GÉNERO	NIVEL DE ESTRÉS						TOTAL
	POCO	MODERADO	INTERMEDIO	ELEVADO	MUCHO	NO INDICA	
FEMENINO	1	4	14	13	7	0	39
MASCULINO	2	3	8	13	3	1	30
							69

Como indican el Gráfico 6 y la Tabla 6, 14 estudiantes de sexo femenino señalaron que su nivel de estrés es intermedio, seguidos por 13 estudiantes del mismo sexo que indicaron que su nivel de estrés es elevado. En comparación, 13 estudiantes del sexo masculino indicaron que su nivel de estrés es elevado, seguidos por 8 estudiantes que señalaron que tienen un nivel de estrés intermedio

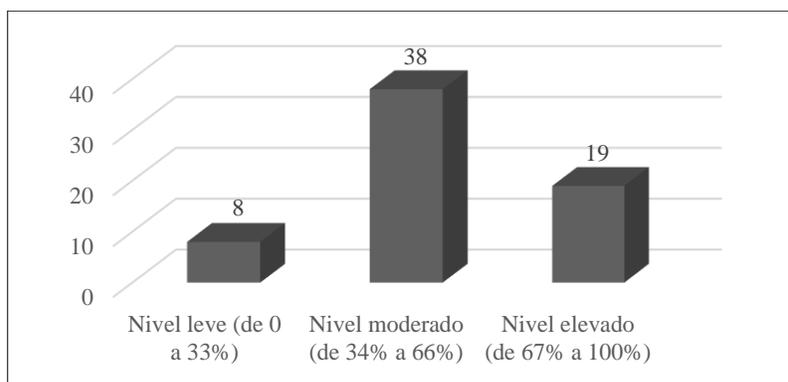
2.1. ANÁLISIS POR DIMENSIONES – INVENTARIO DE ESTRÉS ACADÉMICO SISCO SV-21

Para hallar el resultado de cada dimensión en términos de porcentaje, se hizo la suma de los puntos obtenidos por el sujeto y luego se sacó la media. Luego, se multiplicó la media por 20. Este tipo de interpretación responde a un baremo indicativo centrado en el valor teórico de la variable, propuesto en el manual del Inventario de Estrés Académico SISCO SV-21. Este baremo está conformado por tres niveles de clasificación:

- De 0 a 33%: Nivel leve
- De 34% a 66%: Nivel moderado
- De 67% a 100%: Nivel elevado

Figura 7

Dimensión estresores



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7

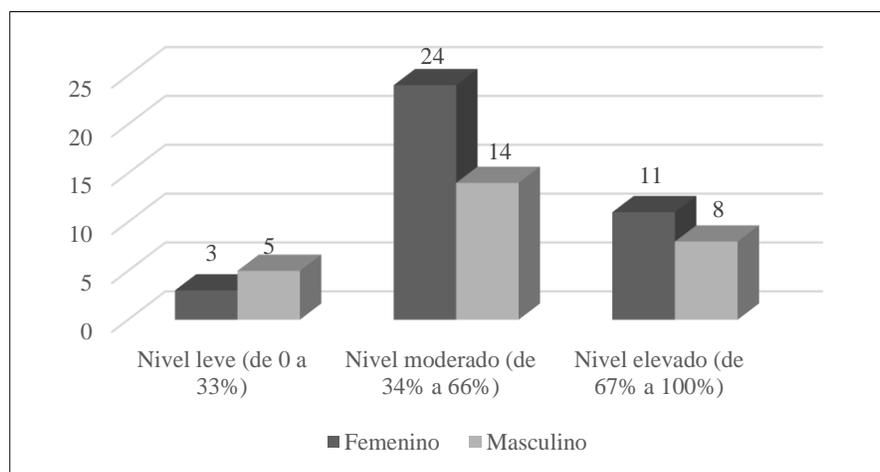
Dimensión estresores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel leve (de 0 a 33%)	6	8,7	9,2	9,2
	Nivel moderado (de 34% a 66%)	38	55,1	58,5	67,7
	Nivel elevado (de 67% a 100%)	21	30,4	32,3	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

Como indican el Gráfico 7 y su Tabla correspondiente, el puntaje de 38 estudiantes se encuentra en el rango de 34 a 66%, lo que indica un nivel moderado de estrés. A continuación, podemos ver que el puntaje de 21 estudiantes se encuentra entre el 67 y el 100%, perteneciente a un nivel elevado de estrés. La puntuación de 6 estudiantes se encuentra entre el 0 y el 33%, lo que indica un nivel de estrés leve.

Figura 8

Puntuación dimensión estresores según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8

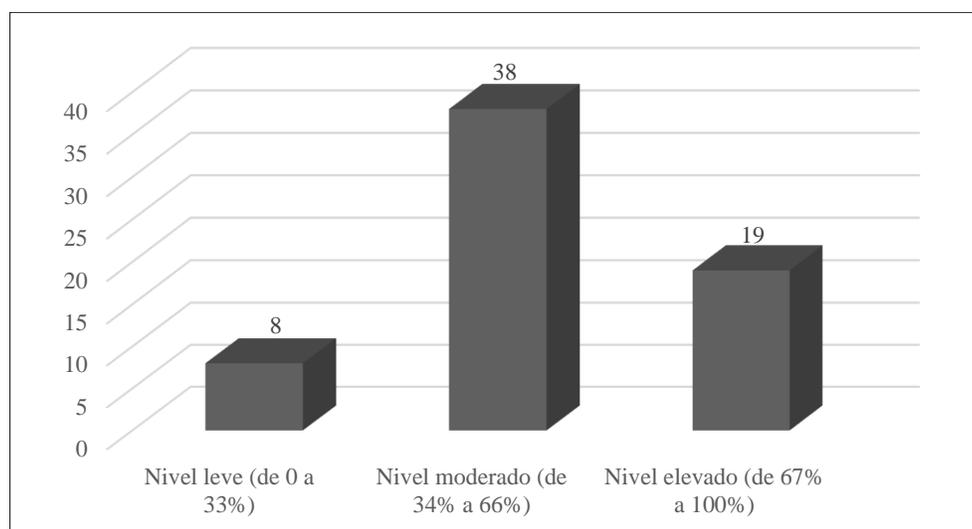
Puntuación dimensión estresores según género

		Nivel leve (de 0 a 33%)	Nivel moderado (de 34% a 66%)	Nivel elevado (de 67% a 100%)	Total
Género de los estudiantes	Femenino	5	22	11	38
	Masculino	1	16	10	27

El Gráfico 8 y su Tabla correspondiente indican la puntuación obtenida en la Dimensión Estresores según género. De los 38 casos correspondientes a un nivel moderado de estrés, 22 casos corresponden al sexo femenino y 16 al sexo masculino. En cuanto a la segunda puntuación más alta (nivel elevado de estrés), 11 casos corresponden a estudiantes de sexo femenino y 10 casos a estudiantes de sexo masculino. Respecto al nivel leve de estrés, tenemos un total de 6 casos, 5 del sexo femenino y 1 del sexo masculino.

Figura 9

Dimensión síntomas (reacciones cuando hay estrés)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9

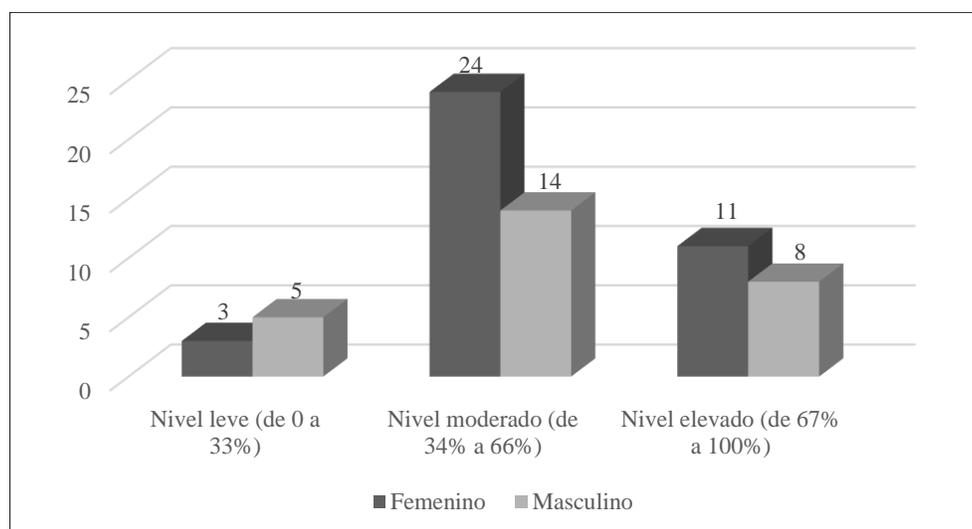
Dimensión síntomas (reacciones cuando hay estrés)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel leve (de 0 a 33%)	8	11,6	12,3	12,3
	Nivel moderado (de 34% a 66%)	38	55,1	58,5	70,8
	Nivel elevado (de 67% a 100%)	19	27,5	29,2	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

Como indican el Gráfico 9 y su Tabla correspondiente, el puntaje de 38 estudiantes se encuentra en el rango del 34 al 66%, lo que indica un nivel moderado de reacciones cuando hay estrés. A continuación, el segundo puntaje más alto corresponde al rango del 67 al 100%, que equivale a un nivel elevado de síntomas, correspondiente al puntaje de 19 estudiantes. Dentro de un nivel leve de síntomas (rango del 0 al 33%) se encuentra el puntaje obtenido por 8 estudiantes.

Figura 10

Puntuación dimensión síntomas (reacciones cuando hay estrés) según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10

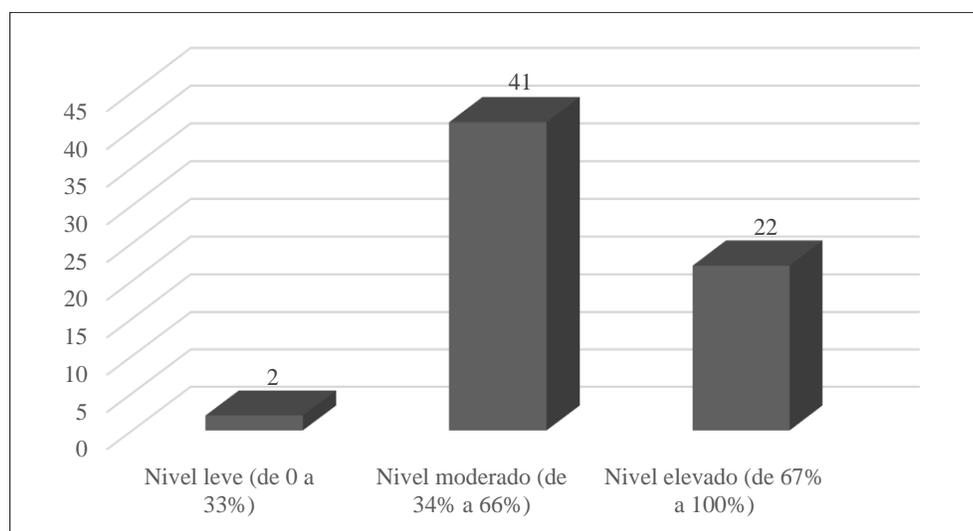
Puntuación dimensión síntomas (reacciones cuando hay estrés) según género

		Nivel leve (de 0 a 33%)	Nivel moderado (de 34% a 66%)	Nivel elevado (de 67% a 100%)	Total
Género de los estudiantes	Femenino	3	24	11	38
	Masculino	5	14	8	27

El Gráfico 10 y su Tabla correspondiente indican la puntuación obtenida en la Dimensión Síntomas (reacciones cuando hay estrés) según género. De los 38 casos correspondientes a un nivel moderado de reacciones cuando hay estrés, 24 corresponden al sexo femenino y 14 al sexo masculino. En cuanto a los 19 casos de un nivel elevado de síntomas o reacciones cuando hay estrés, 11 corresponden a estudiantes de sexo femenino y 8 a estudiantes de sexo masculino. Dentro del nivel leve de síntomas o reacciones frente al estrés, tenemos un total de 8 casos, 3 de sexo femenino y 5 de sexo masculino.

Figura 11

Dimensión estrategias de afrontamiento al estrés



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11

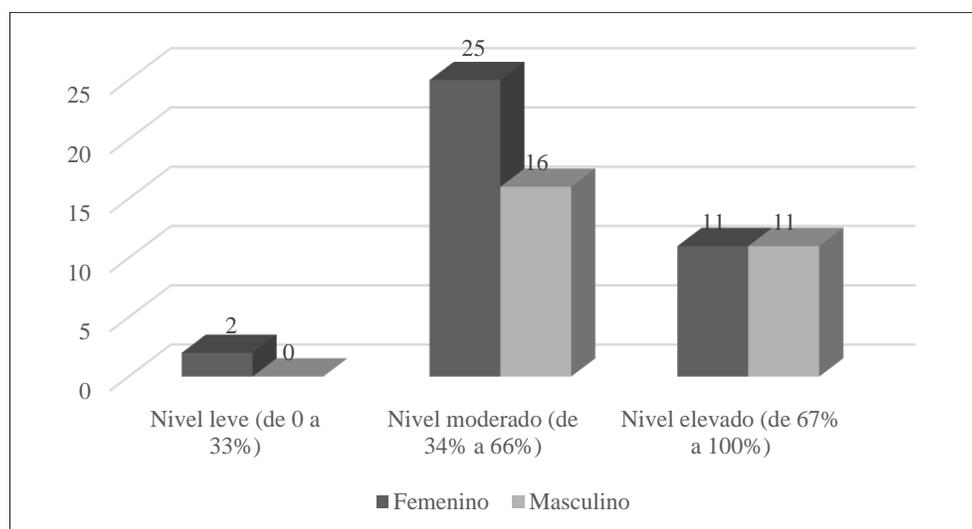
Dimensión estrategias de afrontamiento al estrés

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel leve (de 0 a 33%)	2	2,9	3,1	3,1
	Nivel moderado (de 34% a 66%)	41	59,4	63,1	66,2
	Nivel elevado (de 67% a 100%)	22	31,9	33,8	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

Como indican el Gráfico 11 y su Tabla correspondiente, el puntaje de 41 estudiantes se encuentra dentro del rango del 34 al 66%, lo que representa a un nivel moderado de estrategias de afrontamiento al estrés. A continuación, el segundo puntaje más alto corresponde al rango del 67 al 100%, equivalente a un nivel elevado de estrategias de afrontamiento al estrés, con un total de 22 casos. El puntaje de 2 estudiantes se encuentra en el rango entre el 0 y el 33%, equivalente a un nivel leve de estrategias de afrontamiento.

Figura 12

Puntuación dimensión estrategias de afrontamiento al estrés según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12

Puntuación dimensión estrategias de afrontamiento al estrés según género

		Nivel leve (de 0 a 33%)	Nivel moderado (de 34% a 66%)	Nivel elevado (de 67% a 100%)	
Género de los estudiantes	Femenino	2	25	11	38
	Masculino	0	16	11	27

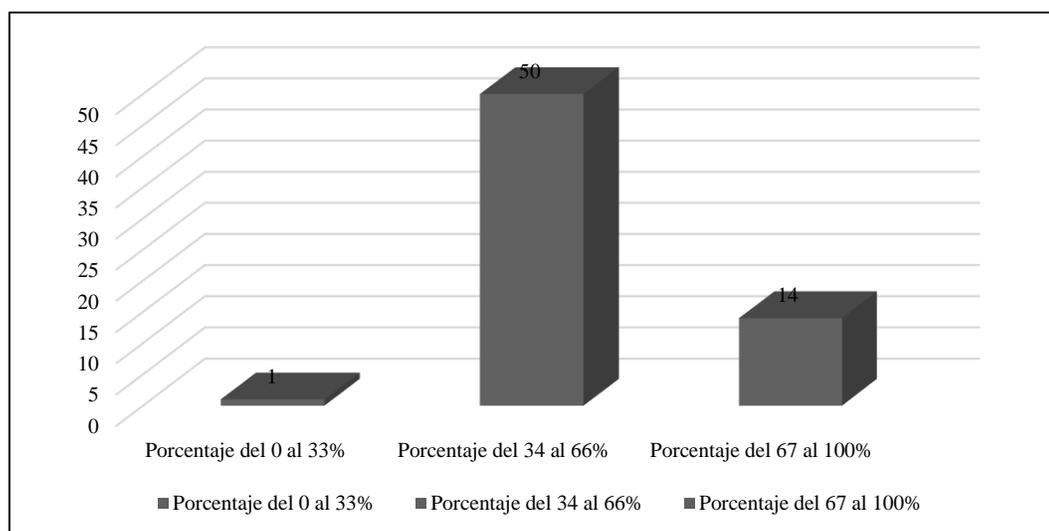
El Gráfico 12 y su Tabla correspondiente indican la puntuación obtenida en la Dimensión Estrategias de Afrontamiento al Estrés según género. De los 41 casos correspondientes a un nivel moderado de estrategias de afrontamiento al estrés, 25 corresponden al sexo femenino y 16 al sexo masculino. En cuanto a los 22 casos pertenecientes a un nivel elevado de estrategias de afrontamiento, 11 pertenecen a estudiantes del sexo femenino y 11 igualmente a estudiantes del sexo masculino. En el nivel leve de estrategias de afrontamiento tenemos 2 casos, ambos de estudiantes de sexo femenino.

2.2. ANÁLISIS DEL PUNTAJE FINAL DEL INVENTARIO DE ESTRÉS ACADÉMICO SISCO SV-21.

Para la obtención de un puntaje final del Inventario de Estrés Académico SISCO SV-21 de cada estudiante, se realizó la suma de los puntajes parciales obtenidos en cada dimensión y posteriormente se hizo una conversión a porcentajes mediante la regla de tres. Los porcentajes obtenidos se clasifican en tres niveles: nivel leve (0 a 33%), nivel moderado (34 a 66%) y nivel elevado (67 a 100%).

Figura 13

Puntaje final inventario de estrés académico sisco sv-21



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13

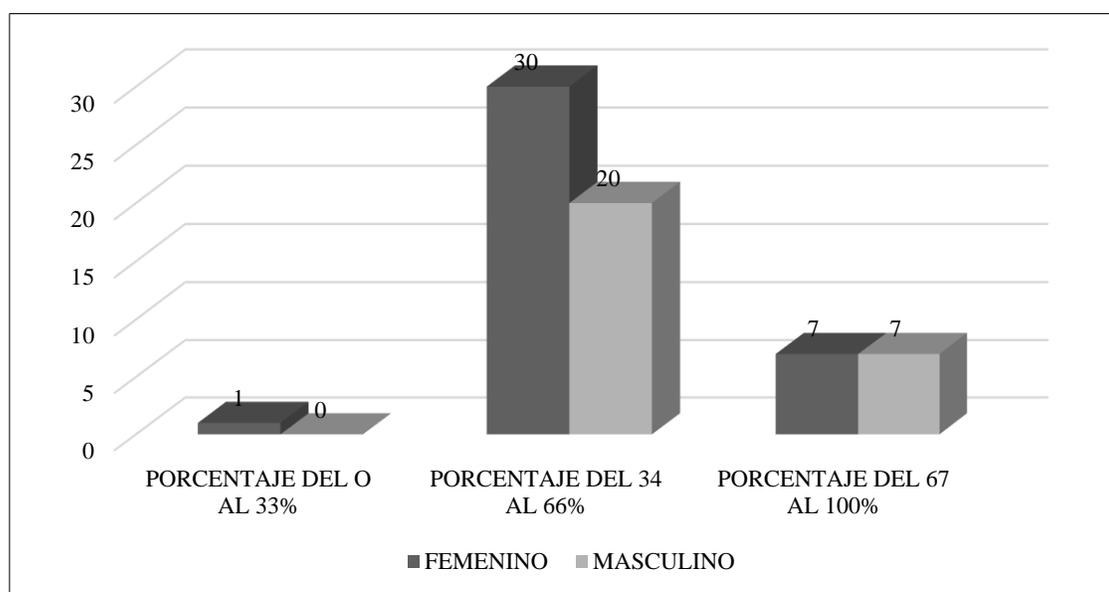
Puntaje final inventario de estrés académico SISCO SV-21

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Porcentaje del 0 al 33%	1	1,4	1,5	1,5
	Porcentaje del 34 al 66%	50	72,5	76,9	78,5
	Porcentaje del 67 al 100%	14	20,3	21,5	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

Como reflejan el Gráfico y la Tabla 13, 50 estudiantes (76,9% de la población evaluada) obtuvieron un porcentaje de 34 a 66%, perteneciente a un nivel de estrés moderado. 14 estudiantes (21,5% de la población), obtuvieron un porcentaje entre 67 al 100%, equivalente a un nivel de estrés elevado y un estudiante (1,5% de la población) obtuvo un porcentaje de 0 a 33%, equivalente a un nivel de estrés leve.

Figura 14

Puntuación final inventario de estrés académico SISCO SV-21 según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14

Puntuación final inventario de estrés académico SISCO SV-21 según género

GÉNERO	PORCENTAJE FINAL		
	PORCENTAJE DEL 0 AL 33%	PORCENTAJE DEL 34 AL 66%	PORCENTAJE DEL 67 AL 100%
FEMENINO	1,54	46,15	10,77
MASCULINO	0	30,77	10,77

El Gráfico y la Tabla 14 muestran los porcentajes finales del Inventario de Estrés Académico según género. Podemos observar que de los 50 casos que obtuvieron un porcentaje entre 34 a 66%, es decir, un nivel moderado de estrés, 30 son estudiantes de sexo femenino y 20 estudiantes de sexo masculino, con una equivalencia de 46,15% y 30,77% de la población, respectivamente. En cuanto a los casos con un nivel de estrés académico elevado, 7 son estudiantes de sexo femenino (10,77%) y 7 de sexo masculino (10,77%). Se obtuvo solo un caso con un nivel de estrés leve, correspondiente a una estudiante y que equivale al 1,54% del total.

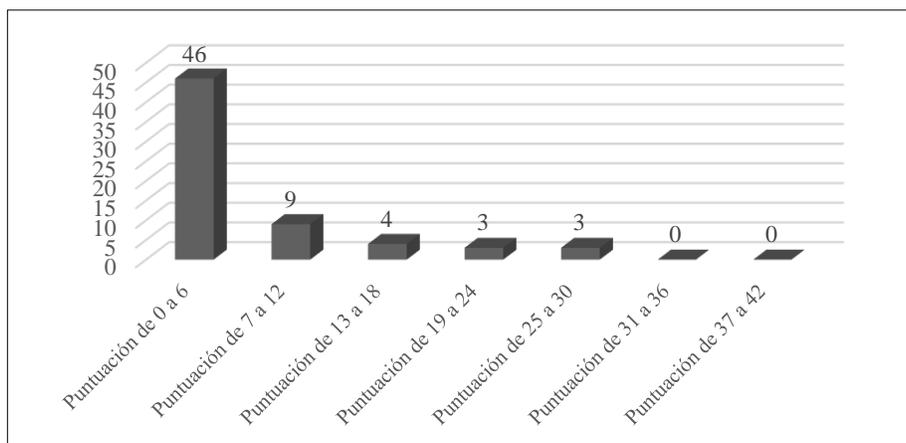
3. ANÁLISIS POR CATEGORÍAS DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26.

Para obtener el resultado de cada categoría, se clasificó los 26 ítems según lo propuesto en el manual del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 y se planteó una puntuación máxima por categoría en función a la cantidad de ítems de esta. Esta clasificación va de la siguiente manera:

- Dieta: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26.
- Bulimia y preocupación por la comida: 3, 4, 9, 18, 21, 25.
- Control oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

Figura 15

Subescala dieta



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15

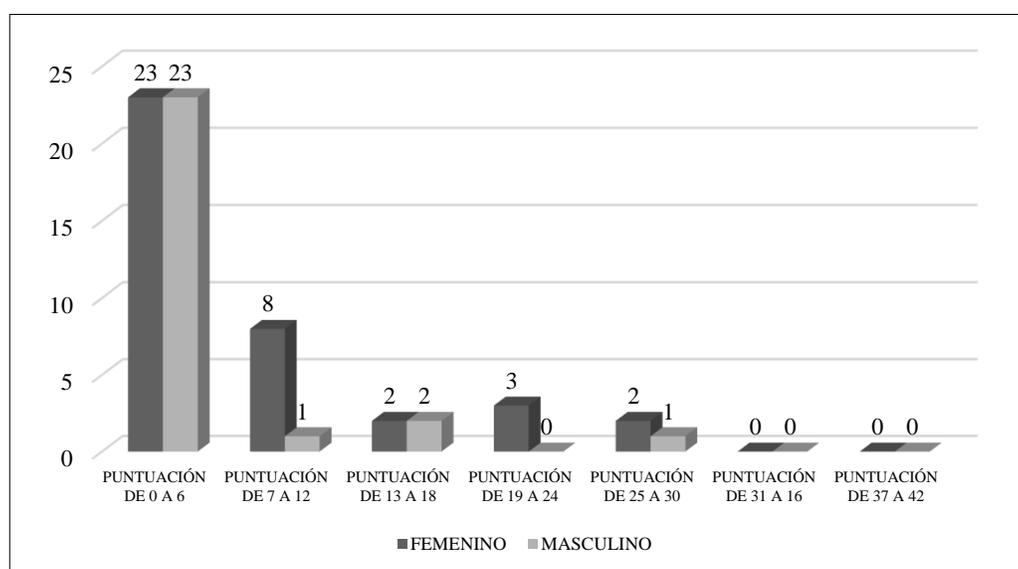
Subescala dieta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntuación de 0 a 6	46	66,7	70,8	70,8
	Puntuación de 7 a 12	9	13,0	13,8	84,6
	Puntuación de 13 a 18	4	5,8	6,2	90,8
	Puntuación de 19 a 24	3	4,3	4,6	95,4
	Puntuación de 25 a 30	3	4,3	4,6	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
Total		69	100,0		

Como señalan el Gráfico y la Tabla 15, 46 estudiantes (70,8%), obtuvieron una puntuación dentro del rango de 0 a 6 puntos en la subescala Dieta, rango que indica la ausencia de síntomas de desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria relacionados a la dieta. El 13,8% del total, equivalente a 9 estudiantes, obtuvieron una puntuación dentro del rango de 7 a 12 puntos, el cual indica un bajo nivel de síntomas de desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria en relación a la dieta del sujeto.

Figura 16

Puntuación subescala dieta según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16

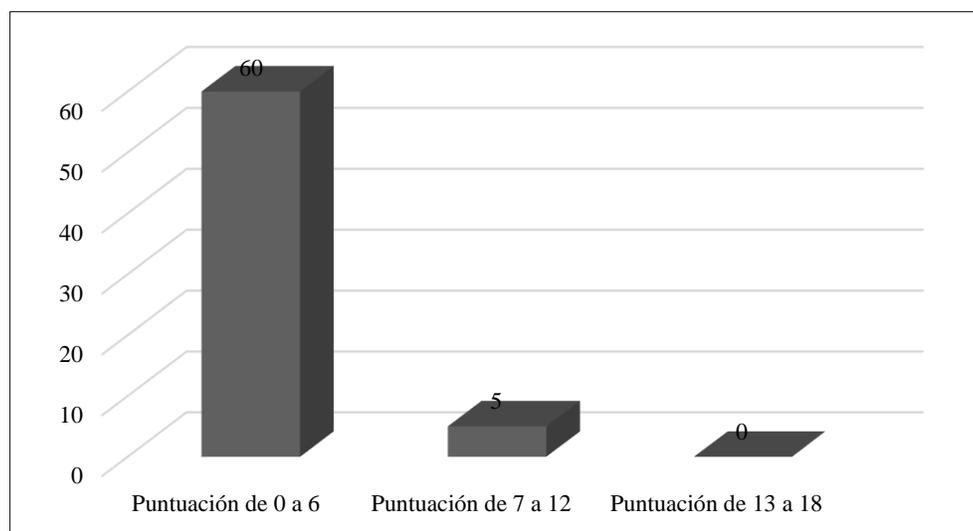
Puntuación subescala dieta según género

GÉNERO	PORCENTAJE						
	PUNTAJÓN DE 0 A 6	PUNTAJÓN DE 7 A 12	PUNTAJÓN DE 13 A 18	PUNTAJÓN DE 19 A 24	PUNTAJÓN DE 25 A 30	PUNTAJÓN DE 31 A 36	PUNTAJÓN DE 37 A 42
FEMENINO	35,38	12,31	3,08	4,62	3,08	0	0
MASCULINO	35,38	1,54	3,08	0	1,54	0	0

El Gráfico 16 y su tabla correspondiente señalan la puntuación en la subescala Dieta según género. De los 46 casos que obtuvieron una puntuación de 0 a 6 puntos, 23 son estudiantes de sexo femenino (35,38%) y 23 son estudiantes de sexo masculino (35,38%), esta puntuación indica la ausencia de síntomas relacionados al desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. La segunda puntuación con mayor incidencia de respuestas del sexo femenino es del rango de puntuación de 7 a 12 puntos, con un total de 8 estudiantes, equivalente al 12,31% del total, rango que representa una existencia leve de síntomas de desarrollo de TCA relacionados a la dieta. En cambio, la segunda puntuación en cuanto al sexo masculino es del rango de puntuación de 19 a 24 puntos, con un total de 3 casos, equivalente al 4,62% del total. Este rango de puntuación hace referencia a un nivel de moderado a elevado en cuanto a síntomas de desarrollo de TCA en relación a la dieta del paciente.

Figura 17

Subescala bulimia y preocupación por la comida

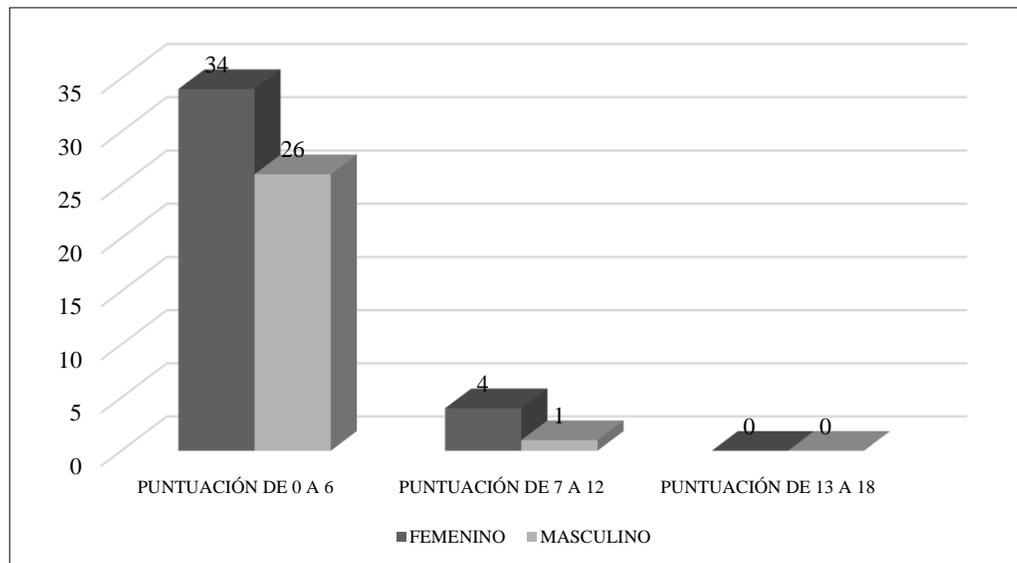


Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17*Subescala bulimia y preocupación por la comida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntuación de 0 a 6	60	87,0	92,3	92,3
	Puntuación de 7 a 12	5	7,2	7,7	100,0
	Puntuación de 13 a 18	0	0,0	0,0	0,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
Total		69	100,0		

El Gráfico y la Tabla 17 corresponden a los resultados totales de la subescala Bulimia y Preocupación por la comida. Podemos observar un total de 60 casos (92,3%), que obtuvieron un puntaje entre 0 a 6 puntos, rango que señala un nivel leve a moderado de síntomas de desarrollo de un TCA relacionados a la bulimia y la preocupación por la comida. A continuación, podemos ver 5 estudiantes (7,7%), que obtuvieron un puntaje entre 7 a 12 puntos (nivel moderado a elevado).

Figura 18*Puntuación subescala bulimia y preocupación por la comida según género*

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18

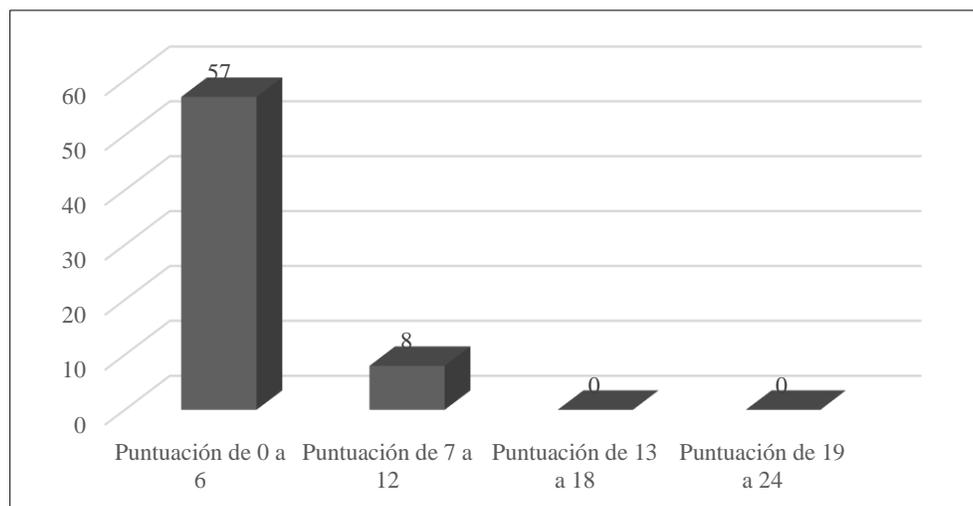
Puntuación subescala bulimia y preocupación por la comida según género

GÉNERO	PORCENTAJE		
	PUNTUACIÓN DE 0 A 6	PUNTUACIÓN DE 7 A 12	PUNTUACIÓN DE 13 A 18
FEMENINO	52,31	6,15	0
MASCULINO	40	1,54	0

El Gráfico 18 y su Tabla correspondiente señalan los resultados hallados en cuanto a la subescala Bulimia y Preocupación por la comida según género. Como podemos observar, 34 casos (52,31%) corresponden a estudiantes de sexo femenino y obtuvieron una puntuación de 0 a 6 puntos, equivalente a un nivel leve a moderado de síntomas de desarrollo de TCA relacionados a la bulimia y a la preocupación por la comida. 26 casos (40%) corresponden a estudiantes de sexo masculino y estos de igual manera obtuvieron una puntuación de 0 a 6 puntos. En cuanto a un nivel moderado a elevado de síntomas de desarrollo de TCA relacionados a la bulimia y a la preocupación por la comida, tenemos 5 casos, 4 de sexo femenino (6,15%) y un caso de sexo masculino (1,54%).

Figura 19

Subescala control oral

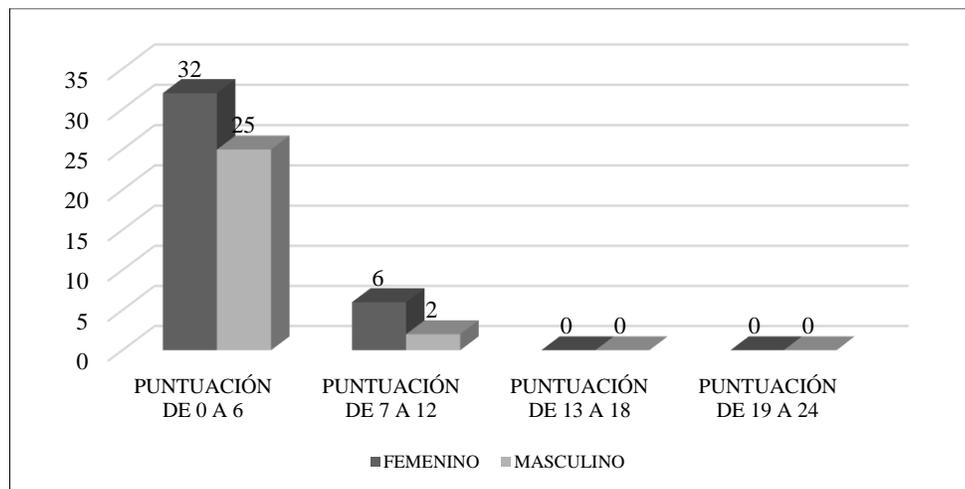


Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19*Subescala control oral*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntuación de 0 a 6	57	82,6	87,7	87,7
	Puntuación de 7 a 12	8	11,6	12,3	100,0
	Puntuación de 13 a 18	0	0,0	0,0	0,0
	Puntuación de 19 a 24	0	0,0	0,0	0,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

El Gráfico y la Tabla 19 señalan los resultados obtenidos dentro de la subescala Control Oral. Como podemos observar, 57 estudiantes (87,7%) obtuvieron un puntaje entre 0 a 6 puntos, puntaje equivalente a un nivel leve de síntomas de desarrollo de TCA en relación al control oral del sujeto. Los 8 casos restantes corresponden a una puntuación de 7 a 12 puntos, siendo el 12,3% del total. Este puntaje equivale a un nivel moderado de síntomas de desarrollo de TCA relacionados al control oral.

Figura 20*Puntuación subescala control oral según género*

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20

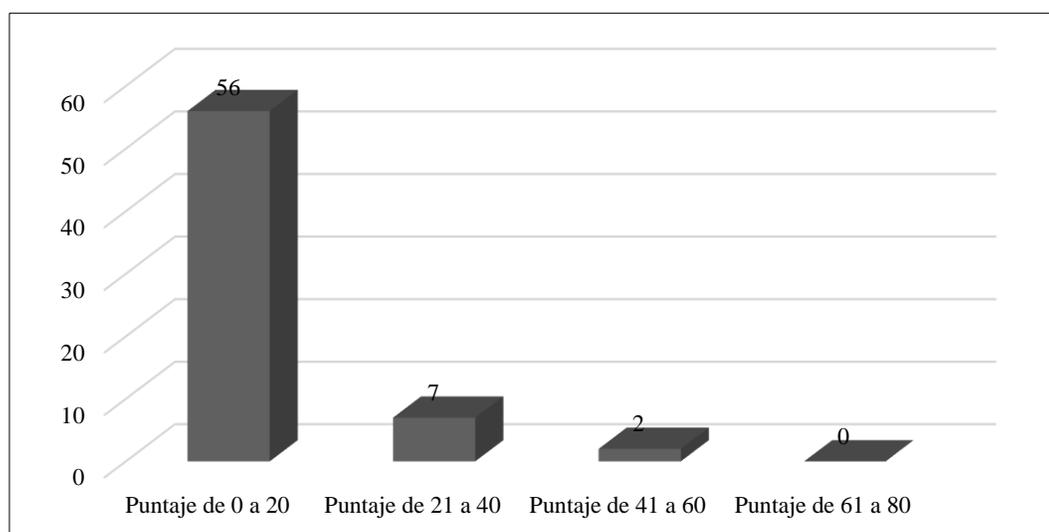
Puntuación subescala control oral según género

GÉNERO	PORCENTAJE			
	PUNTUACIÓN DE 0 A 6	PUNTUACIÓN DE 7 A 12	PUNTUACIÓN DE 13 A 18	PUNTUACIÓN DE 19 A 24
FEMENINO	49,23	9,23	0	0
MASCULINO	38,46	3,08	0	0

El Gráfico 20 y su tabla correspondiente muestran la puntuación de la subescala Control Oral según género. Podemos observar que 32 casos (49,23%) de los 57 que obtuvieron un puntaje entre 0 a 6 puntos corresponden a estudiantes del sexo femenino, frente a 25 casos (38,46%) del sexo masculino. Este puntaje hace referencia a un nivel leve de síntomas de desarrollo de TCA relacionados al control oral. De los 8 casos con una puntuación de 7 a 12 puntos, 6 corresponden a estudiantes del sexo femenino (9,23%) y 2 a estudiantes del sexo masculino (3,08%). Esta puntuación equivale a un nivel moderado de síntomas de desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria relacionados al control oral del sujeto.

Figura 21

Puntuaje final test de actitudes alimentarias EAT-26



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21*Puntaje final test de actitudes alimentarias eat-26*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntaje de 0 a 20	56	81,2	86,2	86,2
	Puntaje de 21 a 40	7	10,1	10,8	96,9
	Puntaje de 41 a 60	2	2,9	3,1	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	5,8		
	Total	69	100,0		

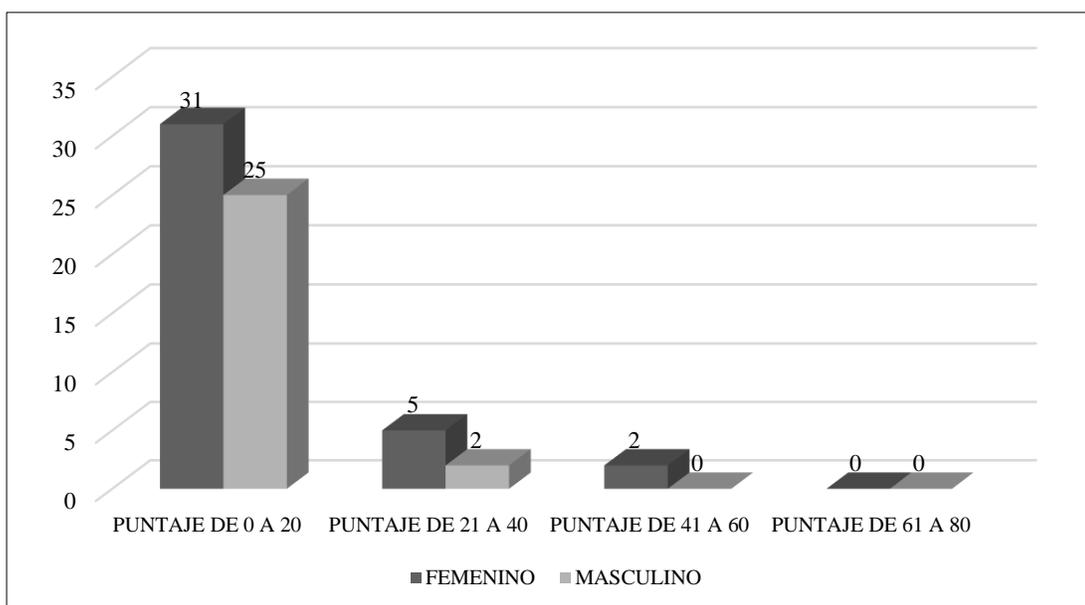
El Gráfico y la Tabla 21 muestran los puntajes finales del Test de Actitudes Alimentaria. Podemos observar que 56 estudiantes (86,2%) obtuvieron un puntaje entre 0 a 20 puntos, puntuación equivalente a un nivel leve a moderado de síntomas de desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. 7 estudiantes (10,8%) obtuvieron un puntaje de 21 a 40 puntos, puntuación equivalente a un nivel moderado a elevado de síntomas de desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2 estudiantes de la población (3,1%), presentaron un puntaje de 41 a 60, equivalente a un nivel elevado a severo de síntomas de desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Según las instrucciones del Test, las personas pertenecientes a los dos últimos grupos necesitarían intervención especializada por riesgo de poder desarrollar algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

3.1. ANÁLISIS DEL PUNTAJE FINAL DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26.

Para la obtención de un puntaje final del Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 de cada estudiante, se realizó la suma de los puntajes parciales obtenidos en cada categoría y se consideró ese resultado de manera bruta, es decir, sin alteraciones ni conversiones. Para realizar el análisis mediante gráficos, se dividió las puntuaciones en rangos de 20 puntos.

Figura 22

Puntaje final test de actitudes alimentarias EAT-26 según género



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22

Puntaje final test de actitudes alimentarias EAT-26 según género

GÉNERO	PORCENTAJE			
	PUNTAJE DE 0 A 20	PUNTAJE DE 21 A 40	PUNTAJE DE 41 A 60	PUNTAJE DE 61 A 80
FEMENINO	47,69	7,69	3,08	0
MASCULINO	38,46	3,08	0	0

Como podemos observar en el Gráfico y la Tabla 22, 31 casos (47,69% de la población evaluada) de los 56 con puntuación de 0 a 20 puntos (leve a moderado) corresponden a estudiantes de sexo femenino, frente a 25 casos (38,46%) que corresponden a estudiantes de sexo masculino. Al encontrarse estos puntajes por debajo del punto de corte, es decir, 20 puntos, son casos que no muestran síntomas de desarrollo de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria o estos son de leve a moderados. De los 7 casos que obtuvieron un puntaje entre 21 a 40 puntos (nivel moderado a elevado), 5 corresponden a estudiantes del sexo femenino, equivalente a un 7,69% del total y 2 pertenecen a estudiantes del sexo masculino, equivalente a un 3,08% del total. Por último, los casos que obtuvieron un puntaje entre 41 a 60 puntos (nivel elevado a severo) corresponde a estudiantes del sexo femenino, equivalente a un 3,08% del total. Como indican las instrucciones del EAT-26, todos estos casos, por encontrarse por encima del punto de corte, necesitarían intervención profesional por riesgo de estar desarrollando algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

4. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Para determinar la correlación entre las dos variables de estudio, se tomó como punto de partida la ficha técnica de ambos instrumentos, esto con el objetivo de categorizar o clasificar las preguntas de cada uno. De esta manera, se obtuvieron tres dimensiones para el Inventario de Estrés Académico SISCO SV-21 y tres subescalas para el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26.

Siguiendo las instrucciones de cada instrumento, primero se obtuvo un puntaje parcial de cada categoría y subescala, para así poder aplicar el coeficiente de correlación de Pearson entre ellas. Una vez hecho esto, se sumó las calificaciones parciales de cada instrumento y se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson al puntaje final obtenido.

4.1. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DIMENSIONES – SUBESCALAS.

Tabla 23

Correlación estresores – dieta

		Dimensión estresores	Dieta
Dimensión estresores	Correlación de Pearson	1	,065
	Sig. (bilateral)		,608
	N	65	65
Dieta	Correlación de Pearson	,065	1
	Sig. (bilateral)	,608	
	N	65	65

En la Tabla 23 podemos observar que, se encontró una asociación baja y directamente proporcional ($rP=0,065$), entre el puntaje de Estresores y el de Dieta.

Tabla 24

Correlación estresores – bulimia y preocupación por la comida

		Dimensión estresores	Bulimia y preocupación por la comida
Dimensión estresores	Correlación de Pearson	1	,020
	Sig. (bilateral)		,876
	N	65	65
Bulimia y preocupación por la comida	Correlación de Pearson	,020	1
	Sig. (bilateral)	,876	
	N	65	65

En la Tabla 24, vemos que existe una asociación baja y directamente proporcional ($rP=0,020$), entre el puntaje de Estresores y el de Bulimia y preocupación por la comida.

Tabla 25*Correlación estresores – control oral*

		Dimensión estresores	Control oral
Dimensión estresores	Correlación de Pearson	1	,067
	Sig. (bilateral)		,594
	N	65	65
Control oral	Correlación de Pearson	,067	1
	Sig. (bilateral)	,594	
	N	65	65

La Tabla 25 indica que, se encontró una asociación baja y directamente proporcional ($rP=0,067$), entre el puntaje de Estresores y el de Control oral.

Tabla 26*Correlación síntomas (reacciones) – dieta*

		Dimensión síntomas (reacciones)	Dieta
Dimensión síntomas (reacciones)	Correlación de Pearson	1	,298*
	Sig. (bilateral)		,016
	N	65	65
Dieta	Correlación de Pearson	,298*	1
	Sig. (bilateral)	,016	
	N	65	65

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

La Tabla 26 refleja que existe una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ($rP=0,298$, $p<0,05$), entre el puntaje de Síntomas (reacciones) y el de Dieta.

Tabla 27*Correlación síntomas (reacciones) – bulimia y preocupación por la comida*

		Dimensión síntomas (reacciones)	Bulimia y preocupación por la comida
Dimensión síntomas (reacciones)	Correlación de Pearson	1	-,008
	Sig. (bilateral)		,947
	N	65	65
Bulimia y preocupación por la comida	Correlación de Pearson	-,008	1
	Sig. (bilateral)	,947	
	N	65	65

Según lo expuesto en la Tabla 27, se encontró una asociación baja e inversamente proporcional ($rP=-0,008$), entre el puntaje de Síntomas y el de Bulimia y preocupación por la comida.

Tabla 28*Correlación síntomas (reacciones) – control oral*

		Dimensión síntomas (reacciones)	Control oral
Dimensión síntomas (reacciones)	Correlación de Pearson	1	,052
	Sig. (bilateral)		,684
	N	65	65
Control oral	Correlación de Pearson	,052	1
	Sig. (bilateral)	,684	
	N	65	65

La Tabla 28 indica que se encontró una asociación baja y directamente proporcional ($rP=0,052$), entre el puntaje de Síntomas (reacciones) y el de Control Oral.

Tabla 29*Correlación estrategias de afrontamiento - dieta*

		Dimensión estrategias de afrontamiento	Dieta
Dimensión estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson	1	-,078
	Sig. (bilateral)		,539
	N	65	65
Dieta	Correlación de Pearson	-,078	1
	Sig. (bilateral)	,539	
	N	65	65

La Tabla 29 señala que se encontró una asociación baja e inversamente proporcional ($r_P = -0,078$), entre el puntaje de Estrategias de afrontamiento y el de Dieta.

Tabla 30*Correlación estrategias de afrontamiento – bulimia y preocupación por la comida*

		Dimensión estrategias de afrontamiento	Bulimia y preocupación por la comida
Dimensión estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson	1	,304*
	Sig. (bilateral)		,014
	N	65	65
Bulimia y preocupación por la comida	Correlación de Pearson	,304*	1
	Sig. (bilateral)	,014	
	N	65	65

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Como indica la Tabla 30, se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ($r_P = 0,304$, $p < 0,05$), entre el puntaje de Estrategias de afrontamiento y el de Bulimia y preocupación por la comida.

Tabla 31*Correlación estrategias de afrontamiento – control oral*

		Dimensión estrategias de afrontamiento	Control oral
Dimensión Estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson	1	-,074
	Sig. (bilateral)		,559
	N	65	65
Control oral	Correlación de Pearson	-,074	1
	Sig. (bilateral)	,559	
	N	65	65

Como señala la Tabla 31, se encontró una asociación baja e inversamente proporcional ($r_P = -0,074$), entre el puntaje de Estrategias de afrontamiento y el de Control oral.

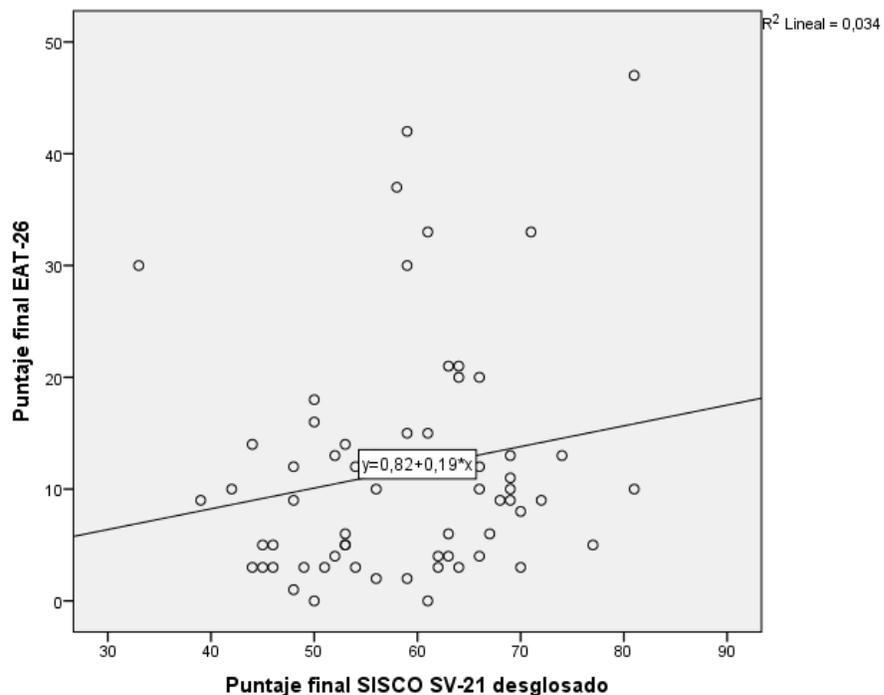
4.2. ANÁLISIS INVENTARIO DE ESTRÉS ACADÉMICO SISCO SV-21 - TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26.

Tabla 32*Correlación SISCO SV-21 – EAT-26*

		Puntaje final SISCO SV-21 desglosado	Puntaje final EAT-26
Puntaje final SISCO SV-21 desglosado	Correlación de Pearson	1	,184
	Sig. (bilateral)		,141
	N	65	65
Puntaje final EAT-26	Correlación de Pearson	,184	1
	Sig. (bilateral)	,141	
	N	65	65

Figura 23

Diagrama de dispersión



La Tabla 32 señala el resultado hallado en la correlación entre los puntajes finales de ambos instrumentos de estudio. Teniendo en cuenta que, si 0 es menor al resultado obtenido tras la aplicación del coeficiente de Pearson y dicho coeficiente es, a su vez, menor que 1, entonces la correlación es positiva (es decir, $0 < r < 1$). Por lo tanto, al haber obtenido un resultado de $rP = 0,184$, concluimos que existe una correlación baja, positiva y directamente proporcional entre nuestras variables, el estrés académico y las actitudes alimentarias.

CAPÍTULO V

LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

I. LIMITACIONES

Tras finalizar la investigación, es importante señalar las limitaciones encontradas durante el desarrollo de la misma:

- Considerando que las pruebas fueron aplicadas solo a la promoción de un colegio, es posible que los resultados no sean significativos ni representativos en el resto de la población de la misma edad.
- En cuanto a la aplicación de los instrumentos de evaluación, si bien la mayoría de los evaluados llenaron ambas pruebas de la manera solicitada, algunas personas no le dieron la seriedad debida, por lo que algunas pruebas fueron dadas de baja por estar incompletas o llenadas erróneamente.
- Debido a la obtención de una correlación baja entre las variables, podemos concluir que el hecho de que una persona desarrolle algún Trastorno de la Conducta Alimentaria no se debe necesariamente a la existencia de Estrés Académico, sino que puede ser producto de otros factores, tanto sociales como genéticos.

II. CONCLUSIONES

Al haber finalizado la aplicación de las herramientas de estudio, el análisis correspondiente de datos y el desarrollo del tema propuesto, se nos es permitido mostrar las conclusiones producto del análisis estadístico de los resultados en base a los objetivos planteados en la investigación. Asimismo, también se describirán los resultados en relación a la validación o rechazo de la hipótesis planteada. Una vez descritas las conclusiones, se plantearán las recomendaciones.

2.1. Conclusión en base al Objetivo Específico 1

Establecer la actitud alimentaria predominante en los adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Para establecer la actitud alimentaria predominante en la población de estudio elegida se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), el cual permite identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Este test consta de 26 ítems, clasificados en tres subescalas, que son: a) dieta, b) bulimia y preocupación por la comida y c) control oral. Tras la aplicación de dicho instrumento, los resultados indicaron que, en sí, no existe una actitud alimentaria lo suficientemente predominante como para considerar que pueda ser la causa de desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria en los evaluados. Aun así, si bien existe un 96,92% de la población que no presentó rasgos de desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, existe un 3,08% que sí mostró rasgos, por lo que, ese porcentaje de la población puede necesitar más adelante intervención profesional.

2.2. Conclusión en base al Objetivo Específico 2

Evaluar el nivel de estrés académico en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Para establecer el nivel de estrés académico en nuestra población de estudio se aplicó el Inventario de Estrés Académico SISCO SV-21, el cual señala tres niveles de estrés según el puntaje final obtenido. De acuerdo a los resultados conseguidos tras el análisis mediante el programa SPSS, podemos concluir que el 76,9% de la población estudiada, equivalente a 50 estudiantes del total, presenta un nivel de estrés moderado. Un 21,5%, equivalente a 14 estudiantes del total, presenta un nivel de estrés elevado,

Como reflejan el Gráfico y la Tabla 13, 50 estudiantes obtuvieron un porcentaje de 34 a 66%, equivalente al 76,9% del total. 14 estudiantes (21,5%), obtuvieron un porcentaje

equivalente a un nivel de estrés elevado y 1 estudiante (1,5%) obtuvo un porcentaje de 0 a 33%, equivalente a un nivel de estrés leve.

2.3. Conclusión en base al Objetivo Específico 3

Conocer las características del estrés académico en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

El instrumento utilizado para conocer las características del estrés académico en nuestra población de estudio fue el Inventario SISCO SV-21. Este instrumento clasifica los ítems en tres dimensiones: Estresores, síntomas (reacciones) y estrategias de afrontamiento. Tras la aplicación del instrumento a nuestra población y basándonos en estas tres dimensiones, se pudo determinar que las características del estrés académico que más destacan en la población son las relacionadas a los estresores y a las estrategias de afrontamiento.

A raíz de este resultado, podríamos concluir que, si bien los sujetos de nuestra población perciben aspectos que los someten a distintos niveles de estrés, logran encontrar maneras para afrontarlo.

2.4. Conclusión en base al Objetivo Específico 4

Relacionar las características del estrés académico en el grupo con las actitudes alimentarias.

Después de la aplicación de la correlación de Pearson entre dimensiones del SISCO SV-21 y subescalas del EAT-26, se encontraron los siguientes resultados:

- La dimensión Síntomas (reacciones) tiene una asociación moderada y directamente proporcional con la subescala Dieta, habiendo obtenido un resultado de $r_P = 0,298$. Lo mismo ocurre con la dimensión Estrategias de Afrontamiento y la subescala Bulimia y Preocupación por la comida, habiendo obtenido un resultado de $r_P = 0,304$.

- Entre las correlaciones bajas y directamente proporcionales tenemos:
 - Dimensión Estresores y subescala Dieta, con un resultado de $rP = 0,065$.
 - Dimensión Estresores y subescala Bulimia y Preocupación por la comida, con un resultado de $rP = 0,020$.
 - Dimensión Estresores y subescala Control Oral con un resultado de $rP = 0,067$.
 - Dimensión Síntomas (reacciones) y subescala Control Oral con un resultado de $rP = 0,052$.
- La dimensión Síntomas (reacciones) tiene una asociación baja e inversamente proporcional con la subescala Bulimia y Preocupación por la comida, habiendo obtenido un resultado de $rP = -0,008$. Asimismo, la dimensión Estrategias de Afrontamiento también obtuvo una asociación baja e inversamente proporcional con las subescalas Dieta y Control Oral, habiendo obtenido los resultados de $rP = -0,078$ y $rP = -0,074$, respectivamente.

2.5. Conclusión final

Tomando en cuenta lo mencionado en los anteriores puntos respecto a los objetivos específicos, podemos llegar a una conclusión final en base a nuestro objetivo general de investigación:

Determinar la relación entre el estrés académico y las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Tras la aplicación de la prueba de correlación de Pearson, se obtuvo un resultado de $rP = 0,184$, lo cual indica que existe una correlación leve, positiva y directamente proporcional entre las variables de estudio, esto quiere decir que, a mayor presencia de estrés académico en la población, mayor probabilidad de que presenten actitudes alimentarias que puedan indicar el desarrollo de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por lo tanto, se logró el objetivo general de la investigación, que consistía en determinar la relación entre las variables de estudio. Aun así, si bien el resultado obtenido fue de una correlación directamente proporcional, al ser una cifra baja, podemos pensar que el estrés académico puede derivar en otras conductas en nuestra población, no necesariamente relacionadas a la alimentación, o que, de igual manera, el desarrollo o aparición de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria en la población no estaría necesariamente relacionado al nivel de estrés académico al que se puedan estar sometiendo.

Los niveles elevados en ambas variables podrían deberse a diversos factores, tanto internos como externo y para determinar esto, habría que hacer un análisis más profundo del entorno de la persona en estudio. En el caso del estrés académico, habría que considerar que este puede estar relacionado con la auto exigencia del estudiante para cumplir metas personales o con la presión ejercida por los padres en cuanto al desempeño en los estudios. En lo que respecta a las actitudes alimentarias, habría que considerar el concepto que tiene el estudiante de sí mismo en relación a la influencia de lo que ve en medios de comunicación o redes sociales y también la influencia que puede estar recibiendo por parte de su entorno.

En cuanto a la población de estudio, fue interesante descubrir que, a pesar de que al principio se tenía la idea errónea de que solo las mujeres eran más propensas a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria, los hombres también presentaron en algunos casos niveles elevados de conductas alimentarias relacionadas a algún TCA.

1.6. Validación de la Hipótesis de investigación

La presente investigación cuenta con dos hipótesis, la hipótesis alternativa y la hipótesis nula:

- Hipótesis alternativa (Hi)

El estrés académico está relacionado con las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

- Hipótesis nula (Ho)

El estrés académico no está relacionado con las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos.

Tras la aplicación de la prueba de Pearson se obtuvo un resultado de $r_P = 0,184$, lo que indica que existe una correlación leve y positiva entre el estrés académico y las actitudes alimentarias, por lo cual se acepta la hipótesis alternativa:

“El estrés académico está relacionado con las actitudes alimentarias en adolescentes de sexto de secundaria del Instituto Educativo Los Pinos”.

III. RECOMENDACIONES

En cuanto a la población de estudio, mi recomendación sería que, tanto en la Unidad Educativa como en casa, se preste atención a las señales de alerta que puedan presentar los sujetos de la población estudiada, no solo respecto a las actitudes alimentarias, sino al estrés académico, ya que ambas variables son igualmente importantes y de ambas pueden derivar consecuencias de gravedad si no son intervenidas a tiempo.

Recomendaría que en el Instituto Educativo Los Pinos se realicen, ya sea de manera interna o externa, más estudios relacionados al tema. Esto puede servir para corroborar los datos obtenidos en esta investigación o para refutarlos, de esta manera se puede buscar una forma de intervenir a tiempo en caso de que se presente algún caso con resultados de alerta.

En cuanto a la investigación del tema, es importante hacer notar que no existe información completa o actualizada respecto a ninguna de las dos variables de estudio. Si bien en Bolivia contamos con un Instituto Nacional de Estadística, este carece de información sobre trastornos de alimentación, algo que personalmente me preocupa porque considero que es uno de los temas que más aqueja quizás no solo en la adolescencia, sino también en la adultez o en la pubertad y que incluso puede llegar a convertirse en un asesino silencioso.

Otra recomendación que considero importante, es que sería bastante útil y buena la conformación de equipos psicológicos en las unidades educativas que orienten a los estudiantes y den la contención necesaria tanto para intervenir en casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria como en casos de Estrés Académico elevado, asegurando así la salud mental y física de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R. & Nieves, Z. (2015, abril - junio). Estrés Académico. *Edumecentro*, vol. 7, pp 168-170.
- Alvarenga, M., Scagliusi, F. & Philippi, S. (2009, octubre 30). *Actitudes alimentarias de estudiantes universitarias brasileñas con conductas de riesgo en Trastornos Alimentarios*. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, pp. 47 - 54.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Baquero, F. (s.a.). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. Abril 6, 2020, de Hospital Infantil de San José Sitio web: <https://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/pediatrica/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-adolescentes>
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2008). *Trastornos asociados a necesidades biológicas y adicciones*. En *Manual de Psicopatología - Volumen I* (404. 408-409, 412). España: McGraw-Hill.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2008). *Trastornos asociados a necesidades biológicas y adicciones*. En *Manual de Psicopatología - Volumen II* (4). España: McGraw-Hill.
- Berrío. N., Mazo, R. (2011). *Estrés académico*. Febrero 20, 2019, de Universidad de Antioquía Sitio web: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11369>
- Coaguila, M. Segovia, A. & Ticona, C. (2016). *Factores personales que influyen en el estrés de los estudiantes de VI semestre de la carrera de Enfermería Técnica del Instituto Superior Tecnológico Privado María*

Montessori” (Tesis de pregrado). Instituto de educación superior Tecnológico Privado María Montessori, Arequipa.

- Chang, G. (s.a.). *Métodos de afrontamiento ante el estrés de un grupo de estudiantes de psicología: Enfoque cognitivo*. Febrero 25, 2019, de Universidad de San Martín de Porres Sitio web: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_metodos-de-afrontamiento-ante-el-estres-de-un-grupo-de-estudiantes-de-psicologia-enfoque-cognitivo.pdf
- Chávez, A. (2005). *Actitudes y Conductas Alimentarias en Adolescentes y su Relación con Índice de Masa Corporal*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Condori, M. (2013). *Estrés académico y su relación con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna.
- Consejo general de la Psicología. (s.a.). Madrid, España.
- Corada, L. & Montedónico, A. (2007). *Estudio del Aporte de un Instrumento (Test de Actitudes Alimentarias EAT-26), en la Evaluación de Cambios en Adolescentes sometidos a un Programa de Prevención de Obesidad* (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, p. 31.
- Daneri, F. (2012). *Psicobiología del estrés* (trabajo práctico). Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Escajadillo, A. (2019). *Estrés académico y hábitos de estudio en estudiantes de cuarto año de secundaria de la Institución educativa 2095 Herman Busse de la Guerra* (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo – Escuela de Posgrado, Los Olivos.
- Grados, V. (2014). *Instituto de Rehabilitación para T.C.A.* (proyecto de grado). Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2003). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Méndez, J., Vázquez-Velazquez, V., García-García, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. 25-06-18, de Scielo Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- Mérida, C. & López, R. (2013). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz*. Scielo, 10, p. 74.
- Papalia, D., Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- S. de Camargo, B. (s.a.). *Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma*. Febrero 23, 2019, de Universidad de Panamá Sitio web: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Wolters Kluver, pp. 509-511, 516.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. El Ciclo Vital*. España: Editorial McGraw-Hill, pp.392, 405, 407.

ANEXOS

- Inventario SISCO SV-21
- Test de Actitudes Alimentarias EAT – 26

INVENTARIO SISCO SV- 21

Nombre _____

Curso _____

Edad: _____

Elige una respuesta para cada una de las preguntas.

Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas.

La sinceridad con la que respondas será de gran utilidad para la investigación.

La información proporcionada será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

1.- Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo (estrés)?

Si

No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "si", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5) mucho.

1	2	3	4	5

3.-Dimensión estresores

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de aspectos que, en mayor o menor medida, suelen estresar a algunos alumnos. Responde, señalando con una X, ¿con que frecuencia cada uno de esos aspectos te estresa?

Con qué frecuencia te estresa:

Estresores	Nunca	Casi Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
La sobrecarga de tareas y trabajos escolares que tengo que realizar todos los días						
La personalidad y el carácter de los/as profesores/as que me imparten clases						
La forma de evaluación de mis profesores/as (a través de ensayos, trabajos de investigación, búsquedas en Internet, etc.)						
El nivel de exigencia de mis profesores/as						
El tipo de trabajo que me piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)						
Tener tiempo limitado para hacer el trabajo que me encargan los/as profesores/as						
La poca claridad que tengo sobre lo que quieren los/as profesores/as						

4.- Dimensión síntomas (reacciones)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de reacciones que, en mayor o menor medida, suelen presentarse en algunos alumnos cuando están estresados. Responde, señalando con una X, ¿con qué frecuencia se te presentan cada una de estas reacciones cuando estás estresado? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

Con qué frecuencia se te presentan las siguientes reacciones cuando estás estresado:

Síntomas	Nunca	Casi Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Fatiga crónica (cansancio permanente)						
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)						
Ansiedad, angustia o desesperación						
Problemas de concentración						
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad						
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir						
Desgano para realizar las labores escolares						

5.- Dimensión estrategias de afrontamiento

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de acciones que, en mayor o menor medida, suelen utilizar algunos alumnos para enfrentar su estrés. Responde, encerrando en un círculo, ¿con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés:

Estrategias	Nunca	Casi Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
Concentrarse en resolver la situación que me preocupa						
Establecer soluciones concretas para resolver la situación que me preocupa						
Analizar lo positivo y negativo de las soluciones pensadas para solucionar la situación que me preocupa						
Mantener el control sobre mis emociones para que no me afecte lo que me estresa						
Recordar situaciones similares ocurridas anteriormente y pensar en cómo las solucione						
Elaboración de un plan para enfrentar lo que me estresa y ejecución de sus tareas						
Fijarse o tratar de obtener lo positivo de la situación que preocupa						

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT – 26

Nombre: _____

Curso: _____ Edad: _____

Elige una respuesta para cada una de las preguntas. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. La sinceridad con la que respondas será de gran utilidad para la investigación. La información proporcionada será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						