



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTRÉS EN EL RIESGO DE TRASTORNOS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNIVERSITARIOS DE LA CARRERA DE  
PSICOLOGÍA DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD  
DE AREQUIPA**

Tesis presentada por la bachiller:

**FRISANCHO ACHATA ZUSELL FERNANDA**

Para obtener el Título Profesional de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Asesora: Mg. Karolina Yolanda Zegarra Chavez

**AREQUIPA – PERÚ**

**2025**

# INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTRÉS EN EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNIVERSITARIOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTE QUE CONTIENE COINCIDENCIAS

8

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

<1%

< 1%

★ Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 5 words

Excluir bibliografía

Activo

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres, que han sido mi mayor apoyo, fuerza y motivación desde el inicio de esta andadura académica. Su amor incondicional, sus palabras de ánimo y su fe inquebrantable en mí han sido fundamentales para ayudarme a superar esta etapa.

A mi familia, cuyas risas, bromas y compañía han hecho más ameno el proceso y me han recordado constantemente la importancia de cuidar el camino, no sólo el destino. Su apoyo silencioso pero inquebrantable ha sido un pilar de mi vida y siempre les estaré agradecida.

Zusell Frisancho

## **Agradecimiento**

Quisiera expresar mi más profunda gratitud a Dios por darme la fuerza y la perseverancia necesarias para cumplir esta importante etapa de mi vida.

A mi asesora de tesis, Karolina Zegarra, por su inestimable orientación, paciencia y conocimientos.

A las instituciones educativas por su cooperación y voluntad de apoyar esta investigación, facilitando el acceso a la información y proporcionando una valiosa ayuda a lo largo de todo el proceso.

A mis amigos y seres queridos, cuya compañía, palabras de ánimo y comprensión han hecho más llevadero este viaje. Su apoyo ha sido crucial para superar los retos y celebrar los éxitos.

Zusell Frisancho

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que impactan principalmente a los estudiantes universitarios, lo que conlleva problemas nutricionales, riesgo de padecer enfermedades crónicas, a nivel psicológico pueden causar ansiedad y depresión, por consiguiente afectar sus relaciones sociales y su bienestar general. El propósito de este estudio es examinar cómo afectan los niveles de estrés al riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Se trata de un estudio prospectivo, transversal; se analizará una muestra de 500 estudiantes universitarios de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Arequipa, utilizando el Test de Actitudes Alimentarias 26, la Escala de Percepción del Estrés (PSS-10) y un cuestionario sociodemográfico.

**Palabras clave:** Trastornos alimentarios, estrés, universitarios, riesgo, salud mental.

## Abstract

Eating disorders are diseases that mainly impact university students, which entails nutritional problems, risk of suffering from chronic diseases, on a psychological level they can cause anxiety and depression, therefore they will affect their social relationships and their general well-being. The purpose of this study is to examine how stress levels affect the risk of eating disorders in college students. This is a prospective, cross-sectional study; A sample of 500 university students from public and private institutions in the city of Arequipa will be analyzed, using the Eating Attitudes Test-26, the Stress Perception Scale (PSS-10) and a sociodemographic questionnaire.

**Key words:** Eating disorders, stress, university students, risk, mental health.

## Tabla de contenido

Dedicatoria .....	3
Agradecimiento .....	4
Resumen.....	5
Abstract .....	5
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	10
Justificación: .....	10
Preguntas de investigación:.....	16
Objetivo General .....	16
Objetivos Específicos.....	16
Capítulo II: Marco Teórico .....	17
Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) .....	17
Anorexia.....	17
Causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	25
Comorbilidad: .....	31
Prevención:.....	31
Tratamiento .....	32
Estrés:.....	32
Teorías del Estrés .....	39

Teoría de Lazarus y Folkman.....	39
Diferencias entre universidades públicas y privadas .....	41
Las investigaciones recientes sobre los TCA.....	42
Antecedentes de los instrumentos a utilizar .....	46
Hipótesis.....	48
Capítulo III: Método .....	48
Diseño de Investigación .....	48
Participantes .....	48
Instrumentos.....	50
Procedimiento .....	59
Análisis de datos .....	59
Capítulo IV: Resultados .....	60
1. Características de la muestra.....	60
Tabla. 1 Características sociodemográficas de la muestra.....	61
2. Niveles de Estrés Percibido.....	61
Tabla 2. Nivel de estrés percibido en estudiantes universitarios .....	62
Tabla 3. Comparación de niveles de estrés percibido en estudiantes de universidades públicas y privadas .....	63
Tabla 4. Estadísticos descriptivos del nivel de estrés percibido según semestre académico .....	64
Tabla 5. Estadísticos descriptivos e inferenciales de la comparación por sexo. ....	65

3. Actitudes Alimentarias y Riesgo de TCA.....	66
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de estudiantes con riesgo de TCA .....	67
Tabla 7. Distribución del riesgo de TCA según sexo.....	68
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de riesgo de TCA según tipo de universidad .....	69
Tabla 9. Media y desviación estándar de los puntajes EAT-26 según semestre académico.....	70
Tabla 10. Resultados del ANOVA de Welch para puntajes EAT-26 según semestre académico..	71
Tabla 11. Media, desviación estándar y total de puntajes en las subescalas del EAT-26.....	72
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de estudiantes con riesgo en subescalas del EAT-26.....	74
Tabla 13. Comparación de puntajes en subescalas del EAT-26 según sexo.....	75
Tabla 14. Comparación de puntaje en subescalas del EAT-26 según tipo de universidad.....	78
Tabla 15. Comparación de puntajes en la subescala de Anorexia según semestre académico .....	80
Tabla 16. Comparación de puntajes en la subescala de Bulimia según semestre académico .....	81
Tabla 17. Comparación de puntajes en la subescala de Control Oral según semestre académico .	83
Tabla 18. Correlación entre estrés percibido y subescalas del EAT-26 (n: 225).....	84
4. Relación entre Estrés Percibido y el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	85
Tabla 19. Correlación entre estrés percibido y riesgo de TCA.....	85
Tabla 20. Resultados del modelo de regresión lineal para predecir riesgo de TCA a partir del estrés percibido .....	86
5. Comparación entre Primer y Último Semestre .....	87

Tabla 21. Medias y desviaciones estándar en Estrés Percibido y Riesgo de TCA según Semestre	
Académico .....	88
Tabla 22. Resultados del ANOVA para Estrés Percibido y Riesgo de TCA según Semestre	
Académico .....	88
Capítulo V: Discusión .....	89
1. Resumen de los hallazgos principales.....	89
2. Comparación con estudios previos .....	90
3. Interpretación de los resultados. ....	91
4. Implicancias y aplicaciones. ....	93
5. Limitaciones del estudio .....	94
6. Sugerencias para futuras investigaciones.....	95
7. Conclusiones del estudio.....	97
Referencias .....	100
ANEXO A.....	123
Anexo B .....	125
Anexo C .....	126
Anexo D .....	128

## Capítulo I: Planteamiento del problema

### **Justificación:**

Los trastornos de conducta alimentaria constituyen un grupo de comportamientos alterados por el consumo de alimentos, así como la manifestación de pensamientos y actitudes extremas sobre el control de peso. (American Psychiatric Association, 2013).

Dichos comportamientos promueven problemas a la salud, tanto físicos como en el funcionamiento psicosocial de quienes los padecen. Otros investigadores, como Méndez (2008), señalan que los TCA se consideran trastornos psiquiátricos y complejos con múltiples causas relacionadas al consumo de alimentos y una profunda inquietud por la pérdida de peso.

Los problemas de TCA mayormente ocurren en la adolescencia temprana o media, aunque cabe mencionar que la identificación de dicho trastorno aumentó en los últimos años siendo prevista a partir de los 9 años de edad en adelante y pueden prevalecer hasta la edad adulta, las mujeres constituyen la mayor parte de población que experimentan trastornos de la conducta alimentaria con relación a los varones. (Portela, da Costa & Mota, 2012).

Rodríguez y Cruz, en el año 2008 señalan que con frecuencia las mujeres tienden a tener disconformidad con su cuerpo al estar en constante exposición a estándares de belleza que son subidos a redes sociales por lo que al querer imitar a estas personas, se someten a estrictas dietas, ejercicio excesivo, uso de laxantes, por la intensa preocupación a subir de peso. En el año 2023, la asociación de TCA en Aragón hizo un estudio sobre la prevalencia de los trastornos de alimentación en niños y adolescentes, utilizando como muestra 16 países y 63,181 personas. Los resultados indicaron que un 22 % de los menores de edades entre 6 y 18 años presentan señales de trastornos alimenticios, siendo las niñas más vulnerables. En la actualidad, los problemas de

TCA aumentan cada vez más, por lo que la OMS recalca que es una de las enfermedades más importantes y con mayor población de personas afectadas.

En el Perú la prevalencia de este trastorno aumentó significativamente en la pandemia, dado que, de 10 entrevistas en salud mental, 5 tenían TCA, debido a que tienen un mayor ingreso a plataformas virtuales donde el logro de las personas parece depender de la apariencia física del cuerpo. (Peñañiel, 2021). Según el Ministerio de Salud (MINSA), las provincias con mayor prevalencia de sufrir AN y BN en Perú son Lima, Arequipa y Trujillo, donde se considera que al menos un 20% de los menores sufren algún tipo de trastorno alimentario, lo cual se considera peligroso para su bienestar físico y emocional.

El estrés es una experiencia muy común entre jóvenes estudiantes que puede tener una repercusión en la salud mental, bienestar general y el rendimiento académico. Diversos estudios han documentado los factores que provocan el estrés y sus efectos en los estudiantes, poniendo de relieve su necesidad por abordar dicha problemática con eficacia (Bowler & Cone, 2001). El estrés no solo afecta la salud emocional y psicológica de las personas, sino también puede tener graves consecuencias significativas en su salud física y su comportamiento, incluyendo el desarrollo de trastornos alimentarios. (Rastan & Gillberg, 1992).

Las razones que pueden predisponer a una persona al estrés son diversas y dependen de su singularidad, que incluye aspectos como la personalidad, autoestima y resistencia física. Esto significa que cada individuo puede experimentar a un mismo estresor de manera distinta en respuesta a situaciones estresantes que son personales y subjetivas y reflejan la habilidad de adaptación de cada persona, (Díaz & Pacheco, 2020).

Según Stroud (2009), los jóvenes de entre 17 y 19 años son más propensos a experimentar estrés por las demandas académicas, como las pruebas y exposiciones escolares; así como el entorno del aula, la carga de deberes, las expectativas académicas y los deberes personales pueden influir en la aparición del estrés. Del mismo modo, la perspectiva de los padres y la exigencia de los profesores se asocia con el estrés académico. (Jun & Choi, 2015).

Eravianti (2019) señala que el estrés tiende a afectar negativamente el rendimiento de los estudiantes. No obstante, elementos como la resiliencia, motivación y la importancia cultural de la educación pueden actuar como factores protectores frente a esta asociación. Esto es relevante en un contexto en el que la educación se ha virtualizado, las demandas académicas han fluctuado durante el año y los alumnos pasan mucho tiempo en el ordenador encerrados en casa. Barraza en 2004, señala que desde la etapa preescolar a la culminación de los estudios universitarios, el proceso de aprendizaje puede generar tensión, lo que se conoce como estrés académico. Este tipo de estrés se manifiesta tanto durante el estudio individual como en el entorno del aula. Del mismo modo, se describe el estrés académico como la presión provocada por las exigencias del entorno educativo. (Caldera, Pulido & Martínez, 2007). Por otro lado, Martines y Díaz (2007), afirman que existe una perspectiva psicosocial del estrés académico y hacen hincapié en los factores físicos, emocionales, interpersonales, internos y ambientales. Estos elementos ejercen presión considerable sobre la capacidad de un individuo al desenvolverse en un entorno escolar. En términos de rendimiento académico, los estudiantes universitarios se enfrentan a muchos retos que afectan a su bienestar y a su salud mental. Entre ellos se encuentran la ansiedad ante los exámenes, las relaciones con compañeros y profesores, el afrontamiento de pérdidas significativas, la búsqueda de la identidad personal y profesional, la capacidad de aplicar los conocimientos teóricos a situaciones prácticas y el desarrollo de habilidades como la

autorregulación emocional y metacognitiva (Castro & Vásquez, 2019). Estas variables pueden interactuar con factores emocionales como el estrés y afectar el equilibrio psicológico del estudiante, aumentando el riesgo de conductas desadaptativas como los trastornos alimentarios.

El estrés académico, según la OMS, aumenta por la exigente carga de trabajo académico, la privación de sueño, la presión social, el temor al fracaso y la escasez de tiempo para actividades recreativas. Algunos estudios han evidenciado que esto consiste en un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y emocionales que enfrentan los estudiantes y son altamente demandantes. A pesar de que no existe una definición del estrés ni de su impacto en el rendimiento académico de los estudiantes, varios estudios han demostrado que los exámenes, proyectos académicos y trabajos finales provocan la experimentación de síntomas de estrés académico. (Krishan, 2014).

Las investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica indican que los escenarios que provocan más estrés en estudiantes están vinculados con factores individuales y relaciones interpersonales dentro del entorno académico. (Caldera & Plasencia, 2016). Garcés y Chasi (2020) mencionan que las respuestas o manifestaciones de estrés revelaron que las reacciones psicológicas fueron las más frecuentes en relación con los síntomas físicos y conductuales, refiriéndose a síntomas de ansiedad y preocupación persistente.

En el contexto peruano, la mayor parte de las investigaciones del estrés se encuentran en las universidades, principalmente en Lima capital, y son pocos los estudios realizados entre estudiantes de provincias (Ávila, 2018). A pesar de que los estudiantes universitarios del país corren el riesgo de sufrir diversos niveles de estrés académico, cabe señalar que enfrentan sus propios desafíos y vulnerabilidades dependiendo del entorno cultural del que provienen. (Chau & Vilela, 2017). Por todo lo expuesto, es importante hacer un estudio en estudiantes universitarios

en Arequipa referido al tema de los trastornos de conducta alimentaria por varias razones. Por ejemplo, las diferencias socioeconómicas y demográficas que influyen en el bienestar psicológico. Los niveles de estrés pueden dar lugar a diferencias en la prevalencia y los tipos de TCA a través de una interacción de factores como el acceso a recursos, las presiones culturales, el estrés y la exposición a medios. Comprender estas diferencias es crucial para el desarrollo de intervenciones eficaces. Otra razón es por la disponibilidad de atención psicológica puede diferir en las universidades, ya sean públicas o privadas, lo que afecta al modo en que los estudiantes gestionan y afrontan el estrés con los Trastornos alimentarios. Por otro lado, Arequipa es una de las ciudades más afectadas en Perú con trastornos de TCA por lo que es de suma importancia hacer una investigación en profundidad de esta manera se puede prevenir casos, y dar una detección temprana, asimismo tener más información sobre el trastorno ayuda a que las personas puedan estar informadas, soliciten ayuda promoviendo una mayor comprensión en la comunidad.

Del mismo modo, este estudio se centra en el primer y último semestre de los estudios de psicología, ya que representan dos momentos importantes en la carrera universitaria. El primer semestre suele caracterizarse por un proceso de adaptación a la vida universitaria, que puede generar incertidumbre, ansiedad y dificultad para enfrentar las nuevas exigencias académicas (Sánchez & Mejía, 2019). Por otro lado, el último semestre se caracteriza por una mayor carga académica, presión por graduarse, formación preprofesional y decisiones respecto al futuro laboral, factores que pueden incrementar los niveles de estrés y afectar el bienestar psicológico (Quispe & Ramírez, 2021). Al comparar estos dos grupos, es posible observar cómo difieren los niveles de estrés percibido y el riesgo de conductas alimentarias inadecuadas durante la formación profesional, proporcionando información valiosa para el diseño de estrategias preventivas en las diferentes etapas de la carrera universitaria.

Además, la elección de universitarios que estudien psicología se justifica porque es importante que, como futuros profesionales de la salud mental, dispongan de las herramientas personales adecuadas para gestionar su bienestar mental. Diversos estudios han demostrado que los estudiantes que cursan esta carrera tienden a experimentar una alta autoestima, perfeccionismo y estrés académico, factores que se asocian con una mayor vulnerabilidad a conductas alimentarias de riesgo (Vallejos, Rosales y Cano, 2020). Por otro lado, estar capacitado para observar los procesos psicológicos de los demás también puede llevar a minimizar o ignorar los propios signos de malestar, lo que hace especialmente importante el estudio de este problema en dicha población. Como señalan Cabello y Palacios (2018), el estudio de los TCA y su relación con el estrés entre los estudiantes de psicología no solo genera conocimiento científico, sino que refuerza la prevención, la detección precoz y la promoción de la salud mental en un colectivo que juega un papel fundamental en la conexión con los demás. Una comunidad académica informada y consciente puede convertirse en agente de cambio en su entorno educativo y social.

Realizar esta investigación sobre el riesgo de TCA es una labor que nace de una profunda preocupación personal por el bienestar de los jóvenes y un deseo de contribuir positivamente a la comunidad académica. Como investigadora y ex estudiante universitaria he experimentado de primera mano los desafíos y presiones que acompañan la vida universitaria. Esta experiencia me ha permitido entender profundamente cómo el estrés puede afectar tanto la salud mental como el rendimiento académico. Este estudio no solo aspira a generar conocimiento valioso, sino también a impulsar cambios reales que mejoren el bienestar emocional y las condiciones de vida para los estudiantes en Arequipa.

Lo que trae varios aportes significativos a la ciencia actual como la asociación de nuevas variables de riesgo, explorar cómo el estrés contribuye al riesgo de TCA en estudiantes, este estudio puede revelar nuevos factores de riesgo que no han sido adecuadamente explorados en la literatura actual, particularmente en el contexto latinoamericano. Asimismo, con los resultados del estudio, se pueden desarrollar estrategias específicas para cada tipo de institución educativa, con esta implementación de programas de salud mental se puede llegar a cumplir con las demandas de los universitarios.

### **Preguntas de investigación:**

¿Existe una influencia entre los niveles de estrés y la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de instituciones públicas y privadas en la ciudad de Arequipa?

### **Objetivo General**

Identificar la influencia del nivel de estrés en el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de universidades públicas y privadas en Arequipa.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de estrés entre estudiantes de la carrera de psicología en universidades públicas y privadas.
- Evaluar la prevalencia de TCA en estudiantes de psicología en instituciones públicas y privadas.
- Analizar la relación entre el estrés y los TCA en cada grupo.

- Comparar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes dependiendo del sexo, (hombres y mujeres) de la carrera de psicología en universidades públicas y privadas de la ciudad de Arequipa.
- Comparar la prevalencia del nivel de estrés entre estudiantes dependiendo del sexo, (hombres y mujeres) de la carrera de psicología en universidades públicas y privadas de la ciudad de Arequipa.
- Determinar el semestre académico en el que los estudiantes de la carrera de psicología experimentan niveles altos de estrés.
- Determinar el semestre académico en el que los estudiantes de la carrera de psicología tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

## **Capítulo II: Marco Teórico**

### **Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)**

#### **Anorexia**

Los trastornos de conducta alimentaria se remontan a siglos atrás desde épocas antiguas de la historia, solo que se denominan con nombres distintos, siendo cada vez más frecuentes. Estos trastornos abarcan una serie de condiciones en las que las creencias negativas de la alimentación, la imagen corporal y el peso están asociadas con comportamientos como la restricción de dietas, episodios de atracones, ejercicio excesivo, provocación de vómitos y uso de laxantes. (Johnson & Lee, 2019).

En la cultura occidental se ha descrito a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como base de la percepción actual de la anorexia nerviosa que no se estableció hasta principios del siglo XIX. Históricamente, se remonta a la investigación que realizó Morton en 1684, ya que fue el que propuso por primera vez el nombre de “consunción nerviosa”. En Francia, Lasegue y Gull acuñaron el nombre de Anorexia Nerviosa, que es el que se utiliza en la actualidad. La religión también acuñó a la AN como “Santa anorexia”. Santa Catalina de Siena falleció con 25 kilos luego de hacer ayuno por varios años. Existía una relación entre la práctica de ayuno y desórdenes patológicos en la alimentación en cuanto a cuestiones religiosas.

Bruch en 1973 menciona que la AN se manifiesta bajo 3 criterios:

Por una percepción equivocada del cuerpo acompañada de una imagen corporal distorsionada.

La dificultad para reconocer las señales de necesidad por la ingesta de alimentos, es decir, lo que están relacionados con el hambre.

Experiencias infantiles anteriores, las cuales causan una sensación de impotencia, acompañada de acciones extremas.

Para el siglo XX, las investigaciones dieron lugar a una alteración de la percepción del cuerpo y a la fobia a ganar peso. Estos desórdenes fueron incluidos en 1952 al DSM-1. Varios autores han presentado importantes enfoques, entre ellos uno de los pioneros fue Jean Martin Charcot, un destacado neurólogo francés del siglo XIX que aportó las primeras ideas sobre el tratamiento de estos trastornos. Él sostenía que aislar al paciente de su entorno, especialmente de su familia y personas cercanas, podía ser una estrategia eficaz para tratar la Anorexia Nerviosa,

ya que ayudaría a reducir las influencias externas que podrían exacerbar el trastorno y propuso una clasificación de las causas etiológicas.

*Razones Morales:* Donde la persona tiene deseos insatisfechos y prevalecen los sentimientos de obstinación.

*Anoréxicas:* Cuando la persona tiene pérdida de apetito y sensación de hambre.

*Accidentes nerviosos:* El individuo podía padecer contracciones esofágicas, desórdenes gástricos y náuseas.

*Percepciones sensoriales:* En particular, la macropsia visual, que es la inclinación a ver objetos como si fueran más grandes de lo que realmente son, especialmente en relación con el volumen del consumo de alimentos y la percepción del cuerpo.

Otros autores como Freud en 1895 mencionan que la neurosis en mujeres y adolescentes era porque rechazaban la sexualidad a través de la AN acuñándola con el término “Síntoma Anorexia”, de la cual se extendía una serie de dificultades por parte del terapeuta al paciente. El tratamiento para dicho trastorno, según el método analítico de Freud (1903), era el aislamiento total o casi total de los pacientes con su familia, ya que de esta manera no ponía al paciente en situaciones traumáticas del pasado. Los estudios realizados por Freud mediante la hipnosis revelaron que los pacientes tenían un estrés crónico por ciertas situaciones que pasaban en la actualidad y se demostraban a través del ayuno por periodos prolongados.

### **Anorexia nerviosa (según DSM-5)**

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) define la anorexia como un trastorno caracterizado por una restricción persistente de la ingesta de energía, lo que conduce a

un peso corporal significativamente inferior al normal en relación con la edad, sexo, el nivel de desarrollo y el estado de salud física de la persona. Esto va acompañado de un miedo intenso a engordar o a la obesidad, a pesar de que el peso está muy por debajo del peso normal, así como de alteraciones en la percepción de la forma o el peso corporal.

Se distinguen dos tipos principales:

Tipo restrictivo: la pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayuno o actividad física excesiva.

Tipo compulsivo – purgativo: la persona recurre regularmente a comportamientos compulsivos o purgativos (vómitos autoinducidos, laxantes, etc.).

El DSM-5 elimina el criterio de amenorrea (ausencia de menstruación), que antes era un requisito en el DSM-IV, lo que permite un diagnóstico más completo que se ajusta a los diferentes síntomas clínicos, por ejemplo, en adolescentes, hombres o personas con ciclos menstruales irregulares.

## **Bulimia**

La Bulimia Nerviosa tuvo su inicio desde la época de los romanos, ya que en ese momento histórico era muy común la organización de grandes celebraciones que implican el consumo compulsivo de comida para posteriormente tener las purgas características de este trastorno. Claudia Octavia, la primera mujer de Nerón, murió de una enfermedad muy parecida a la anorexia. La BN como concepto clínico diferenciado fue identificada por Galeno, que la describió con el término “Kinos Oresxia” o “Gran Hambre”, causada por la acidez gástrica que genera falsas señales de hambre. Todos estos conceptos patológicos fueron más precisos a partir del desarrollo de estudios sobre casos de más personas y la evolución de la ciencia.

Un rasgo de la Bulimia Nerviosa es que suele asociarse a la AN, ya que ambas afecciones pueden coexistir conjuntamente en algunos pacientes. En el siglo XVII, la psiquiatría francesa describe a la Bulimia como una alimentación excesiva y no fue hasta el siglo XIX cuando prestaron atención a esta afección, y a partir de 1980 se registraron entre 40 y 50 casos por cada 100 personas, cifra que habría aumentado aún más en los años posteriores. Gerard Russell (1979) afirmó que la anorexia va de la mano de la bulimia, y que los episodios recurrentes se deben a factores históricos y culturales específicos de cada época. Por otro lado, Brutti en 1993 considera que la caracterización de la Bulimia ha permitido identificar ejes de diferenciación heterogéneos, el primero basado en parámetros somáticos (peso, amenorrea), el segundo en indicadores conductuales (comer en exceso) y el tercero en parámetros psicológicos.

El DSM-IV (1994) menciona las siguientes consideraciones sobre la bulimia:

- Episodios repetidos de consumo desmesurado de alimentos.
- Eventos repetitivos de conductas para evitar el aumento de peso y la limitación de alimentos mediante el vómito autoinducido, laxantes y ayunos.
- Episodios de atracones.
- Autovalidación de la imagen corporal y el peso.

Tipos:

- *Tipo purgativo*: vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos.
- *No purgativo*: durante episodios de bulimia donde se siguen dietas estrictas. La CIE-10 describe a la bulimia nerviosa (F50.2) como un síndrome caracterizado por

episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por la preocupación excesiva de ingesta de alimentos.

La CIE-10 describe a la bulimia nerviosa atípica como una categoría diagnóstica destinada a aquellos casos que, aun sin cumplir todos los criterios establecidos para la bulimia nerviosa, presentan un cuadro clínico muy similar.

### **La bulimia nerviosa según el DSM-5**

Por su parte, el DSM-5 describe la bulimia nerviosa como un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta de alimentos en cantidades considerablemente mayores a las que consume la mayoría de las personas en un lapso comparable (por ejemplo, dos horas) y en los que la persona experimenta una falta de dominio sobre la cantidad de alimento que consume en ese momento.

Los episodios de bulimia van seguidos de conductas repetitivas y no saludables dirigidas a impedir el incremento de peso, tales como provocarse el vómito, emplear en exceso laxantes o diuréticos, mantener ayunos prolongados o realizar ejercicio físico de manera excesiva. Además, el DSM-5 define que estas fases deben producirse, como media, al menos con una frecuencia mínima de una vez por semana y que se prolonguen a lo largo de tres meses consecutivos.

La autoestima de la persona suele depender excesivamente de su peso y su figura, y aunque su peso se encuentre dentro de la norma, esto no atenúa en absoluto el impacto o la gravedad del trastorno.

## **Trastorno Por Atracón**

Desde los años cincuenta se asocia al trastorno por atracón (*TPA*) con la bulimia, que ocurre en el marco de la obesidad en una sociedad donde la apariencia y el ser delgado son condiciones físicas más censurables. A pesar de su naturaleza paradójica y la reciente oficialización de su reconocimiento, los tca tienen un enfoque terapéutico optimista. En el presente contamos con muy buenas terapias para desarrollar tratamientos de la bulimia adaptados a este trastorno como la TCC, que ofrece resultados muy positivos, entre otras cosas, en cuanto al abordaje adecuado del trastorno. (Casado, 2013). El TPA, es un patrón alimentario basado en una conducta compulsiva que se manifiesta en episodios de ingesta excesiva. Su rasgo distintivo es la falta de control sobre la cantidad de alimentos consumidos. (Baile, 2014).

El término TPA no hace referencia a una interrupción aleatoria y simple de la conducta alimentaria. Este trastorno se describe como un desorden en la alimentación que se distingue por atracones regulares que se dan una vez por semana por un período de tres meses, experimentados como una pérdida del dominio que no llega a ser compensada con otras acciones como inducir al vómito, el ejercicio excesivo o el uso de laxantes. (American Psychiatric Association, 2014).

Fairburn en 1998 especifica las características de un auténtico episodio de atracón o ingesta compulsiva, que incluyen la ingesta significativa de comida ingerida en un tiempo específico y una percepción de falta de control. Otro pionero destacado en este campo es Hamburger quien reconoció la forma de hiperfagia en una muestra de personas obesas, caracterizada por antojos compulsivos de comida, Sin embargo, según Casado en 2013, fue A.J Stunkard quien, en 1959, basándose en observaciones de pacientes obesos, utilizó el término “atracon” específicamente para definir el tipo de sobre ingesta que creía característico de esta

población en particular, señalando que la primera vinculación entre la obesidad y lo que en un futuro sería TPA.

En la actualidad se puede apreciar cómo todas estas definiciones de los diferentes grupos de trastornos son categoriales, porque se torna complicado definir estos trastornos conceptualmente. Estévez, en 2013, señala que los TCA son modificaciones significativas en el comportamiento que están vinculadas a una alteración de la percepción del cuerpo.

### **Según el DSM-5**

Comer compulsivamente, reconocido como un diagnóstico independiente en el DSM-5, este trastorno se define por la presencia de episodios repetidos de ingestas compulsivas, en los cuales la persona llega a ingerir cantidades excesivas de alimento en un lapso corto, experimentando una sensación de falta de control sobre lo que come. A diferencia de la bulimia nerviosa, en este cuadro no aparecen conductas compensatorias habituales, como provocar el vómito o utilizar laxantes.

Estos episodios suelen estar acompañados de emociones intensas como culpa, tristeza, vergüenza o ansiedad emocional y, según los criterios de diagnóstico, deben presentarse al menos una vez semanal y mantenerse por un lapso no inferior a tres meses consecutivos. También pueden aparecer los siguientes patrones de comportamiento: comer con mayor velocidad que lo habitual, continuar alimentándose hasta sentirse excesivamente lleno, hacerlo sin experimentar hambre real o ingerir alimentos a escondidas para evitar ser observado.

Este trastorno es uno de los más frecuentes en la población clínica y puede pasar desapercibido, especialmente en adolescentes y estudiantes, ya que está relacionado con el control emocional, la autoestima y la gestión del estrés.

## **Trastornos Cualitativos y Cuantitativos**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se pueden distinguir en dos tipos, los cualitativos y cuantitativos. Los trastornos cuantitativos se relacionan con la restricción de determinado total de alimentos o con el exceso de conductas compensatorias tras un periodo de atracones, lo que se traduce en desórdenes por insuficiencia o excesos de alimentación. (Domínguez, 2012). Según los criterios de la asociación Estadounidense de Psiquiatría en 2013, para el diagnóstico de la anorexia se consideran criterios que incluyen a los patrones conductuales, como cogniciones, así como signos fisiológicos.

Lo que respecta a trastornos cualitativos, observamos los resultantes de cambios en las propiedades intrínsecas de los alimentos, como la pica y la rumiación o mericismo que se desarrollan en las alteraciones de la ingesta durante la infancia, según el manual de criterios diagnósticos DSM-5 (2013). Esta categoría de trastornos se clasifica dentro de los TCA y los atracones. Según el manual CIE-10, estas alteraciones se incluyen en la selección “trastornos de la conducta alimentaria”. La anorexia nerviosa se analiza en F50.0 y la bulimia nerviosa en F50.2.

## **Causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Se desconoce una sola causa exacta de los TCA, al igual que otros trastornos de la salud mental, se deben a causas distintas como factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, un origen biopsicosocial (Borrego, 2000). Hoy en día se sigue a la etiología como las variables de riesgo que pueden dar origen al trastorno. (Seijas & Sepúlveda, 2005).

### **Etiología**

#### **Factores de riesgo:**

**1. Factores biológicos:** dentro de estos se encuentran los factores genéticos, fisiológicos y neurobiológicos.

*Factores genéticos:* muchos autores creen que la genética tiene una función crucial en la evolución de los tca incluso más que los factores ambientales. (Bulik & Kleiman, 20016). Las investigaciones familiares describen que la probabilidad de padecer un trastorno alimentario aumenta un 10% cuando un integrante de la familia sufre de AN. Algunos estudios realizados con gemelos y menores adoptados facilitan calcular el resultado de los factores genéticos y ambientales en el surgimiento de los tca. Los gemelos tienen un efecto genético que supera el 56% de riesgo en padecer anorexia nerviosa y de un 41% de riesgo en bulimia Nerviosa, y en las adopciones la influencia genética de padecer tca va de 59 a 82%. (Culbert K. M., & Racine, S. E. 2015). Por otro lado, estudios de vinculación en TCA revelaron potenciales posibles modificaciones genéticas en varios cromosomas. Asimismo, otros estudios sobre genes candidatos para AN, BN y otros trastornos alimentarios no controlados revelaron diversos vínculos, mientras que los más recientes estudios de todo el genoma humano, afirmaron una asociación significativa únicamente para Anorexia Nerviosa en el caso con mutaciones asociadas a elementos del sistema inmunitario, la alteración de la péptida, las proteínas vinculadas al transportador de glucosa y las proteínas. Watson y Cols (2019), destacaron importantes hallazgos en un reciente estudio, teniendo como resultado que la anorexia es un trastorno metabólico psiquiátrico. Los datos genéticos demuestran que un desajuste metabólico es una aportación indispensable al obstáculo que tienen los individuos con anorexia y la dificultad que tienen para sostener una vida sana.

- *Epigenética:* Los estudios de Himmerich y Cols (2019), proponen un enfoque de planificación fetal para abordar la relación entre complicaciones prenatales y la incertidumbre de desarrollar Anorexia y Bulimia.

*Factores Fisiológicos:* Algunas mujeres con enfermedades como la diabetes enfrentan un alto porcentaje de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Biológicamente, es la insulina esencial para regular las hormonas como la leptina y la dopamina, que intervienen en la absorción de la energía. Unos niveles bajos de la hormona leptina aumentan el riesgo de atracones.

Las enfermedades asociadas a la inmunodeficiencia también pueden asociarse a un aumento en la posibilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Hedman en el 2019 observó una conexión mutua entre estas enfermedades autoinmunes y los TCA en mujeres. Entre ellas se muestran los trastornos gastrointestinales asociados a la enfermedad de Crohn, que según estudios se asocian a tasas más elevadas de anorexia nerviosa. También deben tenerse en cuenta las restricciones dietéticas o las variaciones de peso que pueden asociarse a determinadas enfermedades somáticas (en particular los trastornos metabólicos y mediadores implicados en el desarrollo de enfermedades).

*Factores neurobiológicos:* Las áreas implicadas en el TCA incluyen el sistema límbico como la amígdala, que se caracteriza por un aumento de la agresividad. El hipocampo que su tarea incluye a la memoria espacial y el área septal caracterizado por la regulación del estrés. Fox (2016). Algunos estudios de IRM han evidenciado que muchos individuos con anorexia tienen una reducción de materia blanca y materia gris. Los cambios morfológicos para algunos autores son equivalentes a la seriedad de enfermedades que son reversibles al tiempo que los individuos afectados mejoran. Guido (2013). En cuanto a la bulimia nerviosa, las investigaciones han

proporcionado datos opuestos, por ello se utilizó un método de análisis en neuroimagen que permite estudiar las variaciones en la anatomía cerebral. Se han confirmado que ocurren alteraciones particulares en la materia gris de pacientes con anorexia nerviosa, pero no en aquellos con bulimia nerviosa. (Vidal, 2021).

## **2. Factores psicológicos**

Goldschmidt y Wall en el 2016 identifican que algunos factores psicológicos vinculados en la etiopatogenia de los tca añaden características que a menudo coexisten con factores genéticos asociados a estos trastornos. Los individuos con trastornos alimentarios exhiben temperamentos con determinados rasgos de personalidad previos a la enfermedad. Los factores de riesgo en este sentido son conductuales y cognitivos, incluyen altos niveles de perfeccionismo y autocontrol, baja autoestima, depresión, estrés, insatisfacción corporal, trauma y baja tolerancia a la frustración. (Sancho & Wall, 2016). En una investigación reciente por Cols (2019), se observó que los trastornos de distimia, depresión y la ansiedad moderan la conexión del perfeccionismo y las conductas propias de los TCA, señalando que el perfeccionismo funciona como un factor predictor de carácter transdiagnóstico. De igual modo, diversas alteraciones emocionales se reconocen como elementos que anticipan la aparición de estos trastornos Otros estudios han encontrado que la ansiedad, depresión y el Trastorno Obsesivo Compulsivo, presentan mayor probabilidad de manifestar anorexia nerviosa, especialmente cuando alguno de sus progenitores padece un trastorno de ansiedad, como los ataques de pánico. Asimismo, Cols (2019) reportó que los síntomas de ansiedad generalizada que fueron previstos en la infancia pueden anticipar la aparición de TCA durante la adolescencia. Este riesgo se observa con mayor frecuencia en mujeres que en varones porque son las mujeres las que tienen un mayor número de

presiones socioculturales por ejemplo estándares de belleza, influencia del entorno y el impacto en las redes sociales. Turel & Jameson (2018). Un comportamiento de afecto negativo, como el funcionamiento interpersonal restrictivo o deterioro del mismo, predice el desarrollo de cualquier TCA. (Stice E, 2017). Los niños con alta impulsividad aumentan el riesgo de síntomas para ser bulímicos y provocar purgas repetitivas. (Evans & Felton 2019).

### **3. Factores ambientales**

Los niños en algunos aspectos familiares y estilos de crianza están asociados con un aumento de probabilidad de sufrir trastornos alimentarios. Estos incluyen sobreprotección, rigidez, incapacidad para resolver conflictos y altas expectativas sobre los niños. (Keski & Kleiman, 2016). En consecuencia, el riesgo de TCA en los hijos puede aumentar si los padres muestran una perspectiva desfavorable a la obesidad, un alto perfeccionismo, insatisfacción corporal o si en el pasado tuvieron algún trastorno de salud mental. (Bould, Sovio & Dalman, 2015).

Entre los elementos de funcionamiento psicosocial y las interacciones con los compañeros son aspectos importantes del riesgo de tca. La exclusión en el grupo parece ser el factor más crítico de riesgo psicosocial para las mujeres, adolescentes o jóvenes. (Hernández & Bautista, 2019). Por otro lado, la repercusión de amigos mediante comentarios sobre la apariencia y críticas predice la insatisfacción corporal, lo que a su vez contribuye al desarrollo de trastornos alimentarios. Lawer & Nixon (2011). Ambos autores señalan que los niños obesos reciben los mensajes de forma distinta y desfavorable con los compañeros con un peso saludable. La presión social para ser de contextura delgada, como la internalización de una idea de delgadez combinada con un índice de masa corporal alto, promueven la habituación a dietas restrictivas y aumentan el riesgo de trastornos alimentarios. (De Satavola & Magnusson, 2016). En el año

2018, Fergusson informó que no existe evidencia sólida que sugiera que estos medios de comunicación sean la causa directa de una epidemia de trastornos alimentarios. Sin embargo, Fergusson argumenta que, si bien estos medios no conducen directamente a la insatisfacción corporal, pueden tener un impacto negativo en las mujeres que ya experimentan esta insatisfacción.

Otros factores ambientales, como el abuso infantil, se han relacionado con factores de riesgo de trastornos alimentarios y otros trastornos mentales. (Castellini, 2018).

Al igual que los factores socioambientales, existe un gran número de elementos de riesgo que contribuyen en el desarrollo del trastorno, como comentarios críticos de los familiares sobre el aspecto físico y la alimentación, burlas sobre el peso y la figura y la presión al tener el ideal de alcanzar un peso adecuado de acuerdo a las supuestas expectativas positivas que la cultura occidental pone como ejemplo en muchas adolescentes y jóvenes. Santana (2012).

En el Perú, el 13,7% de los adolescentes de 12 a 18 años presenta esta situación, sobre todo los universitarios. Un promedio de 10,1 % de estudiantes tiene prevalencia de este posible trastorno. (Ponce y Cols, 2017). En los últimos 5 años, esta cifra se ha triplicado, casi alrededor de 3 mil niños y adolescentes son diagnosticados con anorexia, bulimia y otros, alertando al Minsa con un 62% de casos a nivel nacional. En el año 2013, el número de menores diagnosticados con algún trastorno alimenticio era menos de la mitad del total de casos a nivel nacional a comparación del 2023. De enero a agosto hubo un promedio de 290 casos siendo menores de 12 años los afectados. Poniendo cada vez más alertas en padecer dicho trastorno. Los factores de riesgo para padecer este trastorno varían según el sexo y la edad de los adolescentes (Aguinaga, 2000). La adolescencia está considerada como una variable riesgosa, ya que, como señala Papalia, es una etapa de desarrollo continuo en la que las relaciones e influencias recibidas

por el adolescente desempeñan un papel importante. Esteves (2013), considera que la adolescencia es una fase de desarrollo constante, que abarca las edades de los 12 hasta los 21 años. La alimentación del adolescente es un aspecto fundamental para un desarrollo psicológico, físico o social adecuado. Domenech en 2005 afirma que los tca lo pueden padecer los adolescentes y requieren un tratamiento y atención sobre la prevención, así como la intervención adecuada con los adolescentes.

### **Comorbilidad:**

La comorbilidad psiquiátrica también es frecuente en los trastornos de conducta alimentaria, particularmente en signos de depresión, estrés, trastornos de ansiedad y el TOC. (Fitzgerald, K., 2021). La conducta suicida aumenta significativamente la mortalidad asociada, de manera similar, las interacciones familiares se ven gravemente afectadas en los trastornos alimentarios, indicando que los padres están expuestos a un estrés intenso y duradero al cuidar a estos pacientes, lo que aumenta el riesgo de que ellos mismos padezcan enfermedades mentales graves. (Jones & Smith, 2022).

### **Prevención:**

A lo largo de los años se han delineado diversos aspectos de la prevención. Desde la perspectiva en la salud pública, la prevención se clasificó inicialmente en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La categorización se fundamentaba en el grado de influencia de los objetivos en el curso natural de la enfermedad. (Smith & Brown, 2019).

Prevención primaria: las intervenciones están destinadas a poblaciones masivas donde los factores de riesgo en los tca son más prominentes. Actualmente, se usa para promocionar la salud y antes se centraba más en disminuir la prevalencia de esta.

Prevención secundaria: Dirigida a individuos con riesgos altos de desarrollar este trastorno porque presentan determinados factores de riesgo, pero que aún no están enfermos o que no desarrollan la enfermedad y no tienen síntomas evidentes. Como estas personas no se sienten enfermas, es necesario utilizar estrategias para identificar a los grupos de riesgo y abordar sus factores de riesgo, así como para establecer un análisis eficaz. La implementación de estas acciones contribuirá a acortar la duración de la enfermedad y, por consiguiente, a reducir su frecuencia.

Prevención terciaria: Dirigida a las personas que sufren el trastorno para evitar complicaciones y cronicidad. Esta prevención no pretende disminuir la prevalencia, por el contrario, quiere reducir las discapacidades asociadas al curso de la enfermedad a través de la rehabilitación y la prevención de recaídas.

### **Tratamiento**

El tratamiento estándar para este trastorno incluye rehabilitación nutricional y psicoterapia. Este enfoque puede organizarse en 4 etapas:

Etapas I: Restauración del balance orgánico y el manejo de los indicios psicopatológicos.

Etapas II: manejo de los tratamientos, diagnósticos y problemas psicológicos.

Etapas III: rehabilitación del paciente en su grupo familiar y entorno social.

Etapas IV: Prevención de recaídas y seguimiento de la recuperación conseguida.

### **Estrés:**

Etimológicamente, la palabra estrés procede del inglés “stress”, que significa “tensión”. Este concepto procede de la ciencia física, en el que se designan los cambios en un organismo

“elástico” al aplicarle una fuerza externa. Esto significa que hay al menos dos momentos asociados a un fenómeno de tensión, uno es una demanda “externa” y el otro es el “estresor” que provoca una reacción, una adaptación o un cambio en la respuesta de estrés.

Es relevante destacar que el término fue introducido en 1930 por Hans Selye, un médico que lo consideró como el concepto central del Síndrome General de Adaptación. Para él, tener estrés era una reacción esencial que desencadena una serie de respuestas orgánicas y fisiológicas orientadas al resguardo de las agresiones externas (generalmente físicas y biológicas).

El estrés es inevitable, ya que constituye una respuesta de adaptación en el organismo a cualquier demanda que se le imponga (Adams, 2000). Por lo que no es malo en sí mismo, ya que facilita que el cuerpo se adapte al estrés. No obstante, si este sentimiento se mantiene y repercute en la salud, así como el bienestar personal y social, en este contexto, hay que reconocer que existen dos tipos de estrés, tal como los definió Selye en 1930.

Selye fue el pionero en diferenciar entre eustrés y distrés. El eustrés como el estrés positivo y el distrés como el estrés negativo. (García A, 2011). Flores (2007), menciona que el eustrés es una respuesta equilibrada que se ajusta a parámetros fisiológicos y psicológicos de un individuo, lo que implica que la energía para responder a factores de estrés es biológica y física.

Diversos acontecimientos de la vida cotidiana pueden generar eustrés, es decir, un tipo de estrés positivo que impulsa el bienestar. Entre estos se incluyen experiencias como el enamoramiento, las primeras citas, contraer nupcias, el embarazo, el nacimiento de un hijo, o incluso el inicio o culminación de una carrera universitaria (Paolasso, 2018). Este tipo de estrés ha sido descrito como un estrés esencial para la vida”, pues favorece sensaciones de alegría,

relacionados con la satisfacción, felicidad o relajación, en todas las situaciones. (Lazarus & Folkman, 1984).

En contraste, el distrés corresponde a una respuesta negativa o desajustada frente a los estresores. En este caso, la energía liberada por el organismo no logra canalizarse de manera adecuada, lo que deriva en tensión física, mental y emocional.

Seyle (1973) advierte que este tipo de estrés requiere manejo o prevención, ya que implica sobrecarga de esfuerzos y una sensación persistente de frustración o agotamiento que puede resultar perjudicial.

### **Estrés Percibido:**

Sheldon Cohen, uno de los pioneros en la investigación del estrés percibido, define este concepto como "el nivel en que las situaciones cotidianas se perciben como estresantes, es decir, hasta qué punto una persona siente que las exigencias de su o su vida exceden sus recursos y habilidades disponibles" (Cohen & Williamson, 1988).

Otro autor, como Lazarus y Folkman, en su modelo de estrés y afrontamiento, sostienen que el estrés percibido está relacionado con "la valoración cognitiva de la situación estresante, que incluye la percepción de amenaza y la evaluación de los recursos personales."

(Lazarus & Folkman, 1984). por otro lado, en 1983 Cohen y Kamarck, explican que el estrés percibido incluye "la percepción subjetiva de la carga de actividades cotidianas de las personas y la capacidad para hacer frente a estas demandas".

### **Estrés Agudo**

El estrés agudo se define como una reacción de corta duración ante un estresor específico. Este tipo de estrés se manifiesta de manera espontánea y es la respuesta más común a un tipo de estrés, se caracteriza por la respuesta inmediata que se da, por la corta duración que tiene y esta puede ser positiva (eustrés) dando una mejora en el rendimiento y la motivación, y puede ser negativa (distrés) lo que causa ansiedad y malestar emocional. (Zhang & Fujita, 2020).

El estrés agudo representa la modalidad más frecuente de estrés, y está influenciado tanto por las exigencias y presiones de tiempo recientes como por las proyecciones de un futuro próximo. Cuando se experimenta estrés agudo episódico, las personas involucradas asumen muchas obligaciones y encuentran dificultades para organizar las exigencias. Por ello, reaccionan muy impulsivamente, de forma muy emocional, suelen irritarse y se sienten incapaces de poner en orden su vida. (Musazzi & Tornese 2017).

### **Estrés Crónico**

El estrés crónico dura mucho tiempo y excede la capacidad de una persona para afrontar situaciones eficaces. A diferencia del estrés agudo, que resulta de ciertos eventos momentáneos, el estrés crónico es una condición persistente que puede tener consecuencias adversas importantes en el bienestar físico y psicológico. (Ziegler, 2012). Se caracteriza por tener una duración prolongada, ser muy recurrente en situaciones que se resuelven fácilmente y, a medida que se mantienen, causa un desgaste gradual en la salud y bienestar de las personas. (Rohleder, 2019).

Este tipo de estrés está en constante alerta que se produce cuando una persona no ve salida a un estado de depresión. El estrés es causado por exigencias y presiones aparentemente interminables y, en algunos casos, también puede ser causado por experiencias traumáticas de la

infancia que permanecen en el presente. Lo más preocupante del estrés crónico es que las personas tienden a habituarse y a ignorar su presencia, llegando incluso a sufrir una crisis fatal. Los signos del estrés son complicados de abordar. (Caldera & Pulido, 2007).

El estrés crónico es la reacción constante del organismo ante factores estresantes, los cuales pueden generar efectos perjudiciales en la salud física y mental. A diferencia del estrés agudo, que es temporal y suele desaparecer tan pronto como desaparece el factor estresante, el estrés crónico es duradero y mantiene el cuerpo constantemente despierto y el sistema de respuesta al estrés activado. (Roman & Ortiz, 2008).

Las repercusiones del estrés en la salud mental de los adolescentes empiezan en la adolescencia, ya que es un periodo lleno de numerosos cambios corporales y emocionales. A medida que los jóvenes se desarrollan en esta fase de sus vidas, se enfrentan a diversos desafíos que pueden ser estresantes y hacerles sentir que las exigencias y presiones externas son excesivas. Así, se trata de una etapa delicada en la que es probable producir estrés crónico. (Villareal & Fernández, 2023). Las causas del estrés generalmente están ligadas con factores externos e internos que afectan a una misma persona. Por ejemplo, la presión académica puede imponer ciertos requisitos de desempeño, lo que en frecuentes ocasiones afectan en oportunidades próximas en un contexto competitivo y en desarrollo. Asimismo, existe presión familiar vinculada a las expectativas sobre el comportamiento y el desempeño para asumir nuevas responsabilidades. Otro factor relacionado tiene relación con los cambios físicos y hormonales que ocurren durante esta etapa de desarrollo, donde la autoimagen puede verse alterada por la necesidad constante de adaptación y aceptación por parte de los pares.

Además, se suma la alta visibilidad en las redes sociales y en interacciones cotidianas e intensifica la presión de "ser" y ser "buenos". Significa que frecuentemente pueden experimentar rasgos negativos en la autoimagen. (Villareal & Fernández, 2023)

Las consecuencias del estrés en la salud mental de los estudiantes universitarios pueden contribuir a los trastornos alimentarios, ya que algunos mecanismos psicológicos como la ansiedad, depresión y falta de control pueden llevar a adoptar conductas alimentarias inadecuadas, como restringir la ingesta de alimentos o darse atracones (Dyrbye et al., 2006). El estrés crónico está relacionado a una serie de inconvenientes de la salud física, como dolores de cabeza y problemas digestivos y hace que los estudiantes sean más vulnerables a las enfermedades (American Psychiatric Association, 2002). Al igual que los problemas de sueño, el estrés puede tener un impacto negativo en el comportamiento del sueño y conducir a problemas como el insomnio o el sueño interrumpido. A su vez, la falta de sueño adecuado puede exacerbar otros trastornos mentales, como la ansiedad y depresión, que afectan el rendimiento académico. (Garces, 1995).

El vínculo entre el estrés y los trastornos alimentarios (TCA) puede explicarse por varios mecanismos psicológicos y fisiológicos. Estos mecanismos demuestran cómo el estrés puede contribuir al crecimiento y sostenimiento de los TCA y la influencia en la respuesta al estrés.

### **Mecanismos Psicológicos**

El estrés puede aumentar la preocupación por el aspecto físico. Las personas sometidas a estrés pueden desarrollar una percepción alterada de su propio cuerpo, lo que dirige un mayor interés por el peso y la imagen corporal. Esta distorsión puede repercutir en los TCA al ayudar en la aparición de trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, en los que controlar el

peso y la forma del cuerpo se convierte en una forma de controlar el estrés. (Stice, 2002). También se pueden reforzar estos pensamientos cuando las personas tienen una restricción excesiva de alimentos, lo que conlleva el desarrollo de atracones o purgas y someterse a restricciones alimentarias severas. Estos comportamientos pueden derivar en patrones de conducta más graves y alterados, como los trastornos alimentarios. Asimismo, el estrés puede influir a la autoestima y la percepción de autoeficacia, y los afectados sienten no tener control sobre sus vidas. (Fairburn, 2003). La baja autoestima y la sensación de falta de control pueden llevar a los afectados a controlar estrictamente su alimentación para recuperar la sensación de control y autoestima. (Polivy & Hernan, 2002).

### **Mecanismos Fisiológicos**

El estrés provoca un aumento de los niveles de cortisol en el organismo. El cortisol puede influir en el comportamiento alimentario y el metabolismo, lo que puede alterar las señales de apetito y hambre y contribuye a un comportamiento alimentario desordenado. (Sinha, 2008). El estrés también puede afectar al equilibrio entre los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, lo que afecta la regulación del apetito y la digestión. Un desequilibrio en el sistema nervioso autónomo puede provocar problemas como aumento del apetito, dificultad para la sensación de saciedad o molestias digestivas, que pueden exacerbar los síntomas de TCA (Chrousos, 2009). El estrés crónico puede inducir una respuesta inflamatoria en el organismo. La inflamación puede afectar a la función cerebral y a la regulación emocional. Esta inflamación puede afectar al comportamiento alimentario y al estado de ánimo, contribuyendo al desarrollo o empeoramiento de trastornos de la conducta alimentaria. (Miller et al., 2009). Por último, el estrés puede alterar los niveles y la actividad de neurotransmisores clave implicados en la regulación del apetito y el

estado de ánimo, como la serotonina, la dopamina y el GABA. También puede cambiar la forma en que el organismo procesa y utiliza los nutrientes. Los cambios metabólicos pueden afectar a la sensación de hambre y saciedad, lo que puede exacerbar los trastornos alimentarios. (Roosendaal et al. 2009).

## **Teorías del Estrés**

### **Teoría de Lazarus y Folkman**

Según la teoría del estrés de Lazarus en 1986, el estrés se produce cuando una persona siente que las demandas del entorno superan los recursos disponibles para hacerles frente. Esta perspectiva teórica está estrechamente relacionada con la variable estrés. (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). Lazarus postula que cuando un individuo se enfrenta a situaciones estresantes, utiliza refuerzos cognitivos y conductuales variables para hacer frente a demandas específicas externas y/o internas que se consideran que superan o desbordan los recursos del individuo. Estas premisas pueden utilizarse para comprender cómo experimentan y gestionan el estrés los estudiantes universitarios cuando se enfrentan a demandas académicas, sociales y emocionales. Según esta teoría, el hecho de que los estudiantes perciban estas demandas como manejables o abrumadoras influye mucho en su percepción del estrés, lo que repercute directamente en su bienestar emocional y la conducta, incluido el riesgo de trastornos alimentarios. (Hernández, P. 2002).

La relación de esta teoría con la investigación se debe, a que se considera el estrés percibido como una variable independiente que está influida por la evaluación cognitiva que hacen los estudiantes de las exigencias y los recursos de su entorno académico y personal. Los estudiantes que creen que las exigencias académicas como la carga de trabajo, los exámenes y las

expectativas sociales superan su capacidad para hacerles frente experimentan altos niveles de estrés. Por el contrario, los que consideran que estas exigencias son alcanzables o manejables pueden experimentar niveles más bajos de estrés. Estos niveles de estrés pueden medirse por medio del inventario de estrés percibido (PSS-10), que evalúa si los estudiantes se sienten abrumados o en control frente a las demandas del entorno.

De este modo, la teoría de Lazarus ayuda a la comprensión de cómo las experiencias de estrés pueden estar relacionadas con el bienestar emocional de los estudiantes y, en particular, con el desarrollo de trastornos alimentarios. Cuando los estudiantes están expuestos a un mayor estrés, es más probable que desarrollen conductas alimentarias inadaptadas para afrontar o escapar de la tensión emocional.

### **El modelo de vulnerabilidad – estrés**

Ofrece una explicación exhaustiva de cómo el estrés puede interactuar con las vulnerabilidades de una persona y contribuir al desarrollo de trastornos mentales, incluidos los trastornos alimentarios. El modelo se basa en la premisa de que el estrés actúa como un desencadenante que en combinación con las vulnerabilidades personales como la baja autoestima, la imagen corporal exagerada o la falta de habilidades de afrontamiento eficaces, puede conducir a un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. (Hammen, C, 2005).

Esta teoría se relaciona con la investigación que se realizará, ya que se plantea la hipótesis de que el estrés experimentado por los estudiantes actúa como un factor externo que interactúa con las características psicológicas internas (como la baja autoestima o la orientación hacia el peso) para aumentar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Los estudiantes con una mayor vulnerabilidad psicológica y una menor capacidad para afrontar el estrés tienen, por

tanto, un mayor riesgo de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas, lo que ilustra la interacción entre el estrés académico y social y la vulnerabilidad emocional y psicológica. (Zuckerman, M. 1999).

### **Teoría sociocultural**

El riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, bulimia o los trastornos por atracón está influenciado por factores socioculturales que promueven normas estéticas rígidas en relación con el cuerpo, el peso y la apariencia. Según la teoría sociocultural de los trastornos alimentarios, esta presión externa sobre la imagen corporal, reforzada por los ideales de belleza y las expectativas sociales de los medios de comunicación, es un factor clave en el desarrollo de estos trastornos. (Stice, E. & Shaw, H, 2002).

La relación de la teoría con la investigación que se efectuará es que en las universidades, especialmente en programas educativos como psicología, donde los estudiantes están más expuestos a los ideales corporales y a las expectativas académicas, las presiones sobre la imagen corporal pueden verse exacerbadas. Las comparaciones constantes entre compañeros, las expectativas sociales relacionadas con el rendimiento académico y la imagen corporal. Estas influencias de los medios de comunicación pueden aumentar el riesgo de conductas alimentarias inadecuadas. Los estudiantes que experimentan altos niveles de estrés como consecuencia de estos factores pueden recurrir a conductas como la restricción alimentaria, los atracones o las purgas como mecanismos de gestión o respuesta al estrés. (Levine, M. P. 2000).

### **Diferencias entre universidades públicas y privadas**

Las diferencias entre instituciones públicas y privadas en la ciudad de arequipa con respecto al estrés y los TCA se dan por diversos factores por ejemplo el uso de recursos y apoyo

psicológico las instituciones privadas, suelen tener más recursos para ofrecer servicios de apoyo psicológico como consejería, tutoría promoviendo programas de bienestar para el estudiante y puede influir en la prevención de los TCA. (Rothblum & Sullivan, 2005). En las instituciones públicas, especialmente en regiones del sur, se tiene un menor acceso a servicios de salud mental, lo que trae dificultades para manejar el estrés en estudiantes y los posibles trastornos de conducta alimentaria. (Eisenberg, Golberstein & Hunt, 2009). Otro factor a considerar son los ambientes académicos y la presión que viven los estudiantes en las jornadas académicas, en las instituciones privadas y públicas se puede observar que existe presión y expectativas altas, ya sea por el costo elevado de la pensión o por el número de jornadas académicas que viven los estudiantes. (Holloway & Brown, 2009).

En el año 2011, Behar, Vargas y Cabrera hicieron un estudio longitudinal, donde se examinó la prevalencia de los comportamientos alimentarios y el uso de métodos de control de peso poco saludables entre estudiantes universitarios durante un periodo de 5 años. Los autores notaron un aumento significativo en este comportamiento, y subrayan la necesidad de medidas preventivas en los campus universitarios. Otros investigadores, como Eisenberg en 2011, sugieren una prevalencia y duración de los síntomas de los TCA en estudiantes universitarios, así como sus correlatos y la búsqueda de tratamiento. Los resultados revelaron que una cantidad considerable de estudiantes, experimenta síntomas de TCA y muchos no buscan tratamiento, lo que subraya la relevancia de optimizar la atención de la salud mental en los campus.

### **Las investigaciones recientes sobre los TCA**

El Journal of Eating Disorders, ha publicado varios artículos importantes este año. Por ejemplo, un estudio sobre el curso de “ARFID” encontró que la sobreestimulación de la figura y el peso puede surgir incluso en trastornos que inicialmente no se caracterizan por estas

preocupaciones. Otro estudio importante revisó los aspectos genéticos de la Anorexia Nerviosa Grave, arrojando luz sobre la compleja interacción entre las predisposiciones genéticas y los desencadenantes ambientales. (Nagata & Vargas, 2024).

La investigación del Centro de Trastornos de Alimentación continúa contribuyendo significativamente a nuestro entendimiento de la neurobiología de los trastornos alimentarios. Estos estudios profundizan en aspectos conductuales, resultados de tratamientos y neurociencia cognitiva, todos los cuales son cruciales para desarrollar investigaciones más efectivas. (Feten, Pardini, Hallit, Novara & Brytek, 2024).

### **Las investigaciones recientes sobre el estrés**

Investigaciones recientes sobre salud mental y los niveles de estrés de los estudiantes universitarios en 2024 destacan varios hallazgos y tendencias clave. Un estudio realizado por investigadores de Dartmouth este año, proporcionaron datos granulares sobre la dinámica de salud mental de los estudiantes a lo largo del año académico, mostrando que los niveles de estrés y ansiedad varían significativamente dependiendo de factores como el año de estudio, el género y el semestre. Los estudiantes de primer año a menudo experimentan caídas significativas en su autoestima durante su paso de la secundaria a la universidad, mientras que los estudiantes de 2do año reportan niveles superiores de estrés en comparación con su primer año debido al aumento de las presiones académicas y sociales. Otro estudio publicado en BMC Public Health, este año, examinó efectos en la actividad física y rendimiento académico entre estudiantes universitarios. Encontró que la actividad física regular, ya sea en forma de descansos para hacer ejercicios durante las sesiones de estudio o actividades de tiempo libre, puede reducir el estrés

autoinformado y mejorar la capacidad percibida de los estudiantes para afrontar las demandas académicas. Otro estudio en BMC Psychiatry se centró en los factores estresantes que enfrentan los estudiantes internacionales, identificando problemas de salud, presiones financieras, dificultades académicas y problemas de relaciones interpersonales como contribuyentes importantes al estrés. Esta investigación también destacó la función de autoeficacia en el control de estos factores estresantes, sugiriendo que los estudiantes con mayor confianza en su capacidad para manejar situaciones estresantes reportaron niveles más bajos de ansiedad. (Dartmouth, 2024).

### **Antecedentes investigativos del estrés y los TCA**

En el Perú se hicieron varios estudios sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria y su vínculo con el estrés. Por ejemplo, Rivera. Gonzales et al. (2021) evaluaron en Lima Metropolitana la relación entre hábitos de alimentación y los niveles de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de universidades privadas. Para ello emplearon el índice de Alimentación Saludable (IAS) y la escala DASS-21 para medir depresión, ansiedad y estrés, hallando que los hábitos alimentarios guardan relación con la presencia de estas tres variables psicológicas.

De manera similar, Marchar y Zapata (2021) desarrollaron un estudio en una universidad privada de Lima sobre hábitos alimenticios, estrés y ansiedad, utilizando el IAS y una escala de estrés y ansiedad. Sus resultados confirmaron que existe un vínculo entre los patrones de alimentación y los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios.

En Cusco, Arias (2024) exploró la relación entre estrés académico y TCA en estudiantes de medicina de la UAC, aplicando el EAT-26 y el SISCO, y encontró una conexión significativa entre síntomas de estrés y el riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo.

Otros trabajos también han evidenciado esta asociación. Ponce (2017) identificó una relación relevante entre estrés académico y TCA en estudiantes de psicología. Vallejos et al. (2020) reportaron que el estrés percibido se vincula con el riesgo de trastornos alimentarios en universitarios de medicina en Chiclayo. En Lima, Flores (2019) y Alvites (2022) documentaron factores socioculturales relacionados con la imagen corporal y el estrés en jóvenes universitarios, describiendo patrones de insatisfacción corporal y conductas restrictivas. Complementariamente, Domínguez, Merino y Torres (2022) profundizaron en los factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición de la capital.

Estos datos a nivel nacional confirman la necesidad de seguir investigando este problema desde una perspectiva descentralizada, teniendo en cuenta las características regionales que pueden influir en la aparición o mantenimiento de conductas alimentarias de riesgo en la población universitaria.

### **Antecedentes investigativos en Arequipa**

En la Región de Arequipa, se han realizado diversos estudios vinculados a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Por ejemplo, en 2019 se efectuó una investigación con mujeres de 18 y 29 años, cuyo objetivo fue analizar si existían diferencias en el potencial de desarrollar TCA dentro de esta población. La muestra estuvo conformada por 82 participantes, y los hallazgos mostraron que alrededor del 18 % presentaba un alto nivel de riesgo. Por otro lado, en 2018, se desarrolló un trabajo que examinó la relación entre la inteligencia emocional y la probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo en estudiantes preuniversitarios de una institución privada de la ciudad. Los autores informaron una correlación significativa entre ambas variables, concluyeron que, aunque el riesgo promedio era bajo, cerca del 27 % de los encuestados se encontraba en una categoría de vulnerabilidad.

En cuanto al impacto del estrés, en 2024 se realizaron investigaciones que evaluaron los niveles de estrés percibido, depresión y ansiedad generalizada en internos de la Facultad de Medicina Humana, posterior a la pandemia de COVID-19. La muestra incluyó 108 internos, y los resultados indicaron que cerca del 64 % experimentaba algún grado de estrés. (Torres, 2024).

Asimismo, en 2022, se efectuó otra investigación dirigida a estudiantes de primer ciclo de Psicología de una universidad privada, en la cual se analizó el vínculo entre estrés y procrastinación. Los hallazgos mostraron que alrededor del 29% de los participantes reportaba niveles moderados de estrés. (Zubieta, 2022).

Otros estudios realizados en Arequipa han abordado la relación entre el estrés académico y los hábitos alimentarios en universitarios. Por ejemplo, Puma (2021) examinó a estudiantes de Psicología de una institución privada y encontró una asociación significativa entre el estrés académico y los síntomas de trastornos alimentarios.

De manera semejante, Ramos y Torres (2020) exploraron el estrés en estudiantes de primer año de carreras vinculadas a la salud y enfermería, concluyendo que los altos niveles de estrés detectados podrían constituir un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias desadaptativas.

### **Antecedentes de los instrumentos a utilizar**

Se hizo un estudio descriptivo en Venezuela por Ramírez y Zerpa en 2020. El objetivo del estudio fue, examinar las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 357 estudiantes venezolanos, quienes completaron el cuestionario Eating Attitudes Test-26.

Los resultados demostraron que 45 estudiantes, es decir, el 12.61%, están propensos a padecer TCA, lo que indica que, aunque el porcentaje es bajo, existen indicios de conductas de

riesgo. Por otro lado, en México se realizó un estudio descriptivo por Freire (2020), con el objetivo de identificar y medir el riesgo de padecer trastornos alimentarios, por lo que se les aplicó el cuestionario Eating Attitudes Test 26 a un grupo de 160 universitarios. Los resultados mostraron que 17 participantes, es decir, el 10.6 %, estaban propensos a experimentar un trastorno alimentario. Se concluye que los jóvenes están sujetos a diferentes factores que pueden provocar un comportamiento poco saludable.

En Perú también se realizaron investigaciones sobre el riesgo de padecer TCA. Ponce et al. (2017) desarrollaron un estudio descriptivo en Lima para determinar la prevalencia de TCA y sus relacionados con este, en una población de 440 estudiantes de medicina. Al aplicar el EAT-26, identificaron que el 10,1 % de los participantes, presentaba un probable trastorno alimentario, señalando la influencia de variables familiares y académicas en la aparición de estas conductas.

En otro estudio realizado en Cusco, Flores (2019) identificó que el 8 % de 164 participantes presentaba factores de riesgo asociados a TCA, mientras que Alvites (2022), en una universidad privada de Chiclayo, reportó que 9 de 60 estudiantes de Psicología evidenciaron riesgo, con mayor énfasis en bulimia nerviosa y periodos prolongados de ayuno.

Respecto al estrés percibido, en el año 2015 De la Fuente y Sánchez realizaron un análisis exploratorio de la escala PSS-14 en personal de enfermería y medicina del Perú, aplicándola a 2 848 enfermeros y 2 219 médicos. El análisis factorial confirmatorio demostró que la escala es útil para esta población, aunque la versión PSS-10 resultó más adecuada para el contexto peruano. Posteriormente, en 2022, Domínguez, Merino y Torres llevaron a cabo un nuevo análisis estructural y de confiabilidad en una muestra de 2 848 enfermeras peruanas de entre 23 y 69 años, confirmando que tanto la PSS-10 como la PSS-14 presentan propiedades psicométricas sólidas y son apropiadas para evaluar el estrés percibido en este tipo de población.

### **Hipótesis**

Se observa una influencia significativa entre los niveles de estrés en el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios de la carrera de psicología de instituciones públicas y privadas en la ciudad de Arequipa.

### **Hipótesis Nula**

No se observa una influencia significativa entre los niveles de estrés en el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios de la carrera de psicología de instituciones públicas y privadas en la ciudad de Arequipa.

## **Capítulo III: Método**

### **Diseño de Investigación**

El diseño de investigación del estudio permitirá investigar una comprensión integral de cómo el estrés puede influir en el riesgo de TCA entre los universitarios de la carrera de psicología en la ciudad de Arequipa. Asimismo, identificará las diferencias significativas entre estudiantes de universidades públicas y privadas. Dicha investigación tiene un diseño transversal, es decir, de medida única, lo que va a permitir comparar los niveles de estrés, el riesgo de TCA y analizar la relación de estas dos variables.

### **Participantes**

En este estudio se evaluó a estudiantes universitarios de la carrera de Psicología pertenecientes a instituciones públicas y privadas de la ciudad de Arequipa. La muestra estuvo compuesta por estudiantes de primer y último semestre, considerando tanto a mujeres como a

varones. Si bien la mayoría eran mayores de edad, también se contó con la participación de algunos estudiantes de 17 años, quienes firmaron el consentimiento informado correspondiente.

En total, participaron aproximadamente 7 grupos de estudiantes de una universidad privada, cada uno conformado por alrededor de 40 alumnos. Además, en la universidad pública se recolectaron datos de los grupos A, B, C, D y E, también con un promedio de 40 estudiantes por grupo. En el décimo semestre de la Universidad Católica San Pablo se contó con la participación de 49 estudiantes, mientras que en el duodécimo semestre de la universidad pública participaron 30 estudiantes.

#### **Número de participantes:**

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando la fórmula clásica para estimación en poblaciones grandes, considerando un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 50% y un margen de error del 5%. Bajo estos criterios, se estimó un tamaño de muestra ideal de **384 estudiantes**. Sin embargo, debido a restricciones de tiempo y acceso a las instituciones, la muestra final obtenida fue de **225 estudiantes**, lo que representa un número adecuado para análisis exploratorios con fines académicos.

#### **Criterios de inclusión:**

- *Estudiantes de psicología:* Se incluyó solamente aquellos estudiantes matriculados en la carrera de psicología de instituciones públicas o privadas en la ciudad de Arequipa.
- *Edad:* Se incluyeron participantes desde los 17 años de edad, y se solicitó a las instituciones educativas el consentimiento con autorización supervisada, asegurando en respeto a los principios éticos de la investigación.

- *Género*: Se incluyeron ambos sexos, hombres y mujeres para obtener una visión inclusiva y representativa de ambos sexos.

### **Criterios de exclusión:**

- *Estudiantes con Trastornos Alimenticios Previos*: Los participantes que ya tengan un diagnóstico antes del estudio serán excluidos para evitar que estos casos influyan en los resultados.
- *Estudiantes con Estrés Crónico*: Los participantes que tengan un diagnóstico de estrés crónico serán excluidos para evitar que influyan en los resultados.
- *Falta de consentimiento informado*: Los participantes que no proporcionen su aceptación en el consentimiento informado serán excluidos del estudio.

### **Instrumentos**

Para la presente investigación se aplicaron dos instrumentos principales. Asimismo, se entregó una ficha sociodemográfica para recopilar datos personales como la edad, sexo, institución educativa y semestre académico que cursaban los participantes. Previo a la aplicación de los instrumentos, se presentó un consentimiento informado que los estudiantes debieron firmar de manera voluntaria, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información brindada.

#### **1. Eating Attitudes Test-26**

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) es uno de los cuestionarios más utilizados en el mundo para evaluar los trastornos alimentarios (TCA). Fue desarrollado originalmente por Garner y Garfinkel en 1979 y constaba de 40 preguntas. Posteriormente, se elaboró una versión

abreviada con 26 preguntas (EAT-26), que conservaba una alta capacidad de diferenciación y ofrecía mejores índices de coherencia interna. Esta herramienta se utiliza para el seguimiento, el cribado y la detección precoz de los trastornos alimentarios y es una de las pruebas más citadas en la literatura científica dedicada a este tema.

Garner et al. (1982) indicaron que la validez de la herramienta original era de 0,87, lo que indica su alta capacidad para medir los hábitos y actitudes alimentarias disfuncionales. En Perú, Huerta (2004) llevó a cabo una adaptación y un análisis psicométrico entre estudiantes universitarios y obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,72, lo que indica una consistencia aceptable en el contexto local. Estudios nacionales más recientes también han confirmado su utilidad en el caso de los estudiantes universitarios, con valores de fiabilidad superiores a 0,80 (Flores, 2019; Alvites, 2022). El cuestionario consta de 26 preguntas agrupadas en tres factores principales: anorexia (restricción alimentaria), bulimia y preocupaciones relacionadas con la alimentación, así como control de la boca o la zona bucal.

### **Variable 1: Anorexia o dieta restrictiva**

Este factor comprende 13 puntos (1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25). Está relacionado con actitudes de rechazo por el aumento de peso, el miedo intenso a engordar y la evitación de alimentos ricos en calorías. Incluye la restricción de la dieta, la omisión de comidas y la búsqueda de la delgadez extrema como ideal estético.

#### **Los niveles de esta variable son los siguientes:**

1-15 puntos: sin riesgo significativo de anorexia.

16-31 puntos: riesgo de anorexia.

Algunos ejemplos de preguntas son: «Tengo miedo de engordar» o «Evito los alimentos ricos en calorías». Este factor refleja los criterios diagnósticos más importantes de la anorexia descritos en el DSM-5 (APA, 2013), como la restricción constante de la ingesta de alimentos y la alteración de la percepción del cuerpo.

### **Variable 2: Bulimia y obsesión por la comida**

Este factor incluye 6 puntos (3, 4, 9, 18, 21 y 26). Evalúa los comportamientos relacionados con los atracones, los vómitos y las obsesiones relacionadas con la comida. También refleja la pérdida de control sobre la comida y la presencia de comportamientos compensatorios.

Los niveles de riesgo para esta variable son los siguientes:

De 1 a 6 puntos: sin riesgo.

De 7 a 13 puntos: riesgo de bulimia.

Estas son algunas preguntas típicas: «Siento que pierdo el control cuando como» o «Pienso en la comida casi todo el tiempo». Esta variable está directamente relacionada con los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones acompañados de una sensación de pérdida de control, seguidos de comportamientos compensatorios como vómitos, uso de laxantes o ayuno.

### **Variable 3: Control bucal**

La tercera variable consta de siete puntos (2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20). Se refiere al grado de control percibido sobre el comportamiento alimentario y la influencia de la presión externa para

comer. Examina, por ejemplo, la sensación de verse obligado a comer por el entorno o la dificultad para dejar comida en el plato.

Los puntos se interpretan de la siguiente manera:

1-9 puntos: sin riesgo.

10-19 puntos: riesgo de control sobre la boca.

Un ejemplo de pregunta es: «Siento que los demás me obligan a comer más». Esta dimensión es muy interesante, ya que apunta a la interacción entre los factores personales y sociales que influyen en el comportamiento alimentario. A menudo, el «control sobre la comida» refleja tanto las restricciones autoimpuestas en la dieta como la presión de la familia y la cultura.

### **Sistema de puntuación**

En la encuesta se utilizó una escala Likert con seis opciones de respuesta: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, rara vez y nunca. Los puntos se otorgan de la siguiente manera:

*3 puntos: siempre*

*2 puntos: casi siempre*

*1 punto: bastante a menudo*

*0 puntos: a veces, casi nunca o nunca*

El punto 25 («Me gusta probar platos nuevos y sabrosos») se evalúa de forma inversa, donde la respuesta «nunca» da 3 puntos y la respuesta «siempre» da 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 78 puntos. El umbral internacional es de 20 puntos. Superar este valor indica un riesgo clínico de trastorno alimentario en la persona.

## **Propiedades psicométricas**

En cuanto a la validez estructural, el EAT-26 ha mostrado una correlación significativa con los diagnósticos clínicos de anorexia y bulimia (Mintz y O'Halloran, 2000). Su validez concurrente ha sido confirmada mediante una distinción adecuada entre los grupos clínicos y no clínicos. En numerosos estudios internacionales se han registrado coeficientes alfa de Cronbach de entre 0,80 y 0,90, lo que subraya su fiabilidad.

Estudios realizados en América Latina, México, Argentina y Venezuela han confirmado estos resultados, con valores alfa superiores a 0,82 (Freire, 2020; Ramírez y Zerpa, 2020). En Perú, además del estudio de Huerta (2004), validaciones recientes realizadas con estudiantes universitarios (Flores, 2019; Alvites, 2022) han mostrado niveles de fiabilidad entre 0,82 y 0,89, lo que indica que esta herramienta es adecuada para poblaciones jóvenes.

## **Aplicación en el presente estudio**

En el presente estudio, la medición EAT-26 se realizó de forma presencial dentro del grupo, y su tiempo estimado de realización fue de 15 minutos. Los participantes recibieron instrucciones claras y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus datos. La participación de los estudiantes fue voluntaria y firmaron un formulario de consentimiento informado.

## **2. Escala de estrés percibido (PSS-10)**

La Escala de Estrés Percibido (PSS) fue desarrollada en 1983 por Sheldon Cohen, Kamarck y Mermelstein. Su objetivo era crear una herramienta breve, fiable y fácil de usar para medir el estrés que experimentan las personas en su vida cotidiana. Se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente en la investigación clínica, epidemiológica y

psicológica, ya que permite describir de forma subjetiva cómo evalúan las personas sus experiencias recientes en términos de imprevisibilidad, pérdida de control y sobrecarga percibida (Cohen et al., 1983). La PSS mide la experiencia de estrés del último mes, teniendo en cuenta que el estrés no solo depende de los acontecimientos, sino también de cómo los interpreta y los afronta cada persona. Este instrumento se basa en la idea de que el individuo evalúa cognitivamente los acontecimientos de su vida y las tensiones diarias en función de si superan sus recursos para afrontarlos (Lazarus y Folkman, 1986).

La versión más popular es la escala de 10 puntos (PSS-10), que se desarrolló a partir de la escala original de 14 puntos y ha demostrado una suficientemente buena validez psicométrica en diferentes países y grupos de población (Remor, 2006; Campo-Arias et al., 2009). Cada pregunta se responde en una escala Likert de cinco puntos, desde 0 (nunca) hasta 4 (muy a menudo), dependiendo de la frecuencia con la que las personas hayan experimentado determinados pensamientos o sentimientos relacionados con el estrés.

### **Características de la escala**

La PSS-10 consta de 10 afirmaciones generales que no se refieren a situaciones concretas, por lo que puede utilizarse en diferentes grupos de población y contextos culturales. Las preguntas evalúan en qué medida las personas perciben su vida como impredecible, incontrolable o abrumadora. Algunas preguntas se refieren, por ejemplo, a la frecuencia con la que los participantes tienen la sensación de que las dificultades se han acumulado hasta tal punto que parecen insuperables, o a cómo evalúan su capacidad para afrontar eficazmente los problemas personales (Cohen y Williamson, 1988).

La escala se ha traducido y validado en varios idiomas, entre ellos el español, donde se ha demostrado su consistencia interna y los coeficientes alfa de Cronbach han superado el 0,80 (Remor, 2006). Esto confirma su fiabilidad a la hora de medir el estrés subjetivo en diferentes grupos de población. Además, la escala se ha utilizado en estudios con estudiantes universitarios, trabajadores, pacientes con enfermedades crónicas y la población general, lo que demuestra su versatilidad (Baik et al., 2019).

### **Corrección y evaluación**

El resultado total de la PSS-10 se obtiene sumando las respuestas a 10 preguntas. Sin embargo, dado que algunas preguntas están formuladas de manera positiva, los resultados deben invertirse para que la escala sea coherente. En este caso, las preguntas 4, 5, 7 y 8 deben invertirse antes de calcular la puntuación total. La inversión de la puntuación se realiza de la siguiente manera:

$$0 = 4$$

$$1 = 3$$

$$2 = 2$$

$$3 = 1$$

$$4 = 0$$

De esta manera se garantiza que, en todas las preguntas, una puntuación más alta refleje un mayor nivel de estrés. Tras corregir las preguntas invertidas, se suman todas las respuestas, siendo la puntuación máxima de 0 a 40.

En general, las puntuaciones más altas se interpretan como un mayor nivel de estrés percibido. Aunque los valores límite pueden variar en función del estudio y la población investigada, algunos autores han propuesto la siguiente clasificación de los niveles de estrés:

**Bajo estrés:** 0–13 puntos

**Estrés moderado:** 14–26 puntos

**Alto estrés:** 27–40 puntos (Cohen & Williamson, 1988).

Cabe señalar que el PSS-10 no es un instrumento de diagnóstico, sino una herramienta para evaluar los niveles de estrés percibidos, lo que resulta útil para fines de investigación y para identificar grupos de riesgo.

### **Aplicaciones en la investigación**

El PSS-10 se ha utilizado con frecuencia en estudiantes universitarios, ya que estos se enfrentan a menudo a situaciones académicas, sociales y personales que aumentan su sensibilidad al estrés. En varios estudios latinoamericanos, esta escala se ha utilizado para investigar la relación entre el estrés percibido y variables como el rendimiento académico, las estrategias de afrontamiento, la ansiedad, la depresión o el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Vallejos et al., 2020; Domínguez, Merino y Torres, 2022).

En este estudio se eligió la PSS-10 por su brevedad, validez intercultural y fiabilidad, ya que ofrece una imagen clara y objetiva del nivel de estrés percibido por los estudiantes de psicología. La información obtenida facilita el análisis de la posible influencia en la presencia de riesgos relacionados con problemas mentales, especialmente trastornos alimentarios (TCA).

### 3. Cuestionario Sociodemográfico:

Para recopilar las principales variables del estudio, se desarrolló un cuestionario sociodemográfico, específicamente para este estudio. El objetivo del cuestionario es coleccionar información básica de los participantes para caracterizar la muestra y permitir un análisis más detallado de los factores asociados con las principales variables: estrés percibido y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

El cuestionario incluyó variables como edad, sexo, nivel universitario y semestre cursado. La edad permitió identificar la etapa de desarrollo de los participantes, ya que la mayoría tenía entre 17 y 26 años, un rango de edad importante en el estudio de conductas de riesgo y vulnerabilidad psicológica. El sexo fue, a su vez, una variable importante, ya que investigaciones previas han demostrado que las mujeres están más expuestas tanto a niveles altos de estrés como a conductas alimentarias nocivas (Toro et al., 2017).

De igual forma, la variable "público o privado" permitió realizar comparaciones entre dos contextos académicos con diferentes características en cuanto a recursos, exigencias académicas y entorno académico. Se empleó un enfoque semestre a semestre para distinguir a los estudiantes que recién iniciaban su formación profesional (primer semestre) de los que estaban próximos a graduarse (último semestre). Esta comparación fue esencial para identificar posibles diferencias en los niveles de estrés y los hábitos alimentarios en función de las exigencias y experiencias de la educación superior.

El cuestionario sociodemográfico fue breve y fácil de completar, con una duración de no más de cinco minutos. Su estructura sencilla buscaba minimizar la fatiga de los participantes y garantizar la precisión de las respuestas. Como herramienta complementaria, el cuestionario no

se analizó en cuanto a validez ni fiabilidad, sino que se desarrolló de acuerdo con los estándares de transparencia y validez de los datos recopilados.

En general, los datos sociodemográficos permitieron una descripción más detallada de la muestra, proporcionaron información contextual para el análisis de las principales variables y facilitaron la discusión de los resultados en comparación con datos previos.

### **Procedimiento**

Tras la aprobación del proyecto de investigación, se enviaron las solicitudes correspondientes a las instituciones educativas seleccionadas en la ciudad de Arequipa. Tras la aprobación, se coordinó con el profesorado responsable la determinación de los cursos disponibles y el uso de las herramientas. Se utilizó un muestreo por conglomerados, en el que se seleccionaron grupos completos de estudiantes de psicología de primer y último semestre de universidades públicas y privadas. Antes de utilizar las herramientas, se explicó a los estudiantes el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado.

Seguidamente, se utilizaron en grupo la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Finalmente, los datos se codificaron, tabularon y analizaron mediante el programa estadístico JASP.

### **Análisis de datos**

Los datos recopilados se codificaron manualmente y se almacenaron de forma sistemática en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, lo que permitió una organización preliminar de la base de datos. A continuación, los datos se transfirieron al programa estadístico JASP versión 0.18.1, que se utilizó para realizar los análisis cuantitativos adecuados. En primer lugar, se utilizaron procedimientos estadísticos descriptivos, entre ellos frecuencias absolutas y relativas,

medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), para caracterizar la muestra y las variables más importantes del estudio.

Para evaluar la relación entre el nivel de estrés percibido y el riesgo de trastornos alimentarios, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ), ya que los datos estaban ordenados y la distribución de las variables no era normal. Además, se realizaron pruebas comparativas de grupos como la prueba U de Mann-Whitney para comparar las diferencias entre dos grupos independientes (por ejemplo, tipo de universidad y sexo) y con la prueba H de Kruskal Wallis para comparar más de dos grupos (por ejemplo, diferentes semestres). Estas pruebas no paramétricas se seleccionaron sobre la base de supuestos previamente probados sobre la distribución normal y la homogeneidad de la varianza.

Por último, se llevó a cabo un análisis específico de las subclases de la escala EAT-26 (dieta, bulimia y control oral), en el que también se examinó su relación con el nivel de estrés percibido y sus diferencias según variables sociodemográficas y académicas. Este enfoque permitió identificar patrones significativos, correlaciones importantes y posibles diferencias entre los grupos, lo que ayudó a profundizar en la comprensión del fenómeno estudiado.

## **Capítulo IV: Resultados**

### **1. Características de la muestra**

En esta sección se presentan los datos descriptivos generales de la muestra analizada. Se encuestó a 225 estudiantes de psicología, divididos entre el primer semestre ( $n = 145$ ) y el último semestre ( $n = 80$ ), de universidades públicas y privadas de la ciudad de Arequipa. La edad de los participantes osciló entre 17 y 30 años, con una media aproximada de 19.95 años ( $\pm$  desviación estándar = 2.93). En cuanto al género, el 72,8% eran mujeres y el 27,2% hombres.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje válido (%)</b>
<i>Sexo</i>	Femenino	164	72.889%
	Masculino	61	27.111%
<i>Semestre</i>	1	145	64.444%
	10	49	21.778%
	12	31	13.778%
<i>Universidad</i>	Pública	136	60.444%
	Privada	89	39.556%
<i>Edad</i>	Media ( $\pm$ DE)	Media: 19.951	DE: 2.927

## **2. Niveles de Estrés Percibido**

Se utilizaron los resultados de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) para determinar la distribución de los niveles de estrés en una muestra de estudiantes universitarios de psicología. La escala evalúa las percepciones de estrés durante el último mes e incluye aspectos como la falta de control, la sobrecarga y la imprevisibilidad de los acontecimientos diarios.

Basándose en umbrales establecidos en la literatura, los resultados se dividieron en tres categorías: niveles de estrés *bajo*, *medio* y *alto*. Esta clasificación facilita la identificación de los estudiantes que pueden necesitar ayuda psicológica o estrategias de afrontamiento más eficaces.

**Tabla 2. Nivel de estrés percibido en estudiantes universitarios**

<b>Nivel de estrés</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje Válido (%)</b>
Alto	38	16.89%
Bajo	31	13.78%
Medio	156	69.33%
<i>Total</i>	<i>225</i>	<i>100.000</i>

De acuerdo con los datos de la Tabla 2, el 69,33% de los estudiantes se sitúa en el nivel medio de estrés, lo que corresponde a la mayoría de la muestra. Del mismo modo, el 16,89% de los estudiantes tiene un nivel alto de estrés, que puede suponer una seria amenaza para su salud mental si no se trata a tiempo. Por otro lado, solo el 13,78% de los participantes declararon tener un bajo nivel de estrés, lo que sugiere que una minoría experimenta bajos niveles de estrés en su vida universitaria diaria. Estos resultados sugieren la necesidad de programas de apoyo emocional en las universidades.

### **2.1 Comparación de niveles de estrés percibido según tipo de universidad**

Para analizar si existen diferencias en los niveles de estrés percibido entre los estudiantes de universidades públicas y privadas, se realizó una prueba t de muestras independientes. Esta prueba permite determinar si la diferencia entre las medias de dos grupos es estadísticamente significativa o se debe al azar. Para ello, se comprobaron previamente los supuestos de normalidad y homogeneidad de la varianza para garantizar la validez del análisis inferencial. En primer lugar, la prueba de Shapiro-Wilk confirmó la normalidad de la distribución de las puntuaciones de estrés ( $W = 0,992$ ,  $p = 0,217$ ). La prueba de Levene también mostró que las

varianzas entre los dos grupos eran homogéneas ( $F = 0,405$ ,  $p = 0,525$ ), por lo que la prueba t de Student podía aplicarse con confianza. Los valores estadísticos obtenidos figuran en la tabla 3.

**Tabla 3. Comparación de niveles de estrés percibido en estudiantes de universidades públicas y privadas**

Tipo de universidad	n	Media (M)	Desviación estándar (DE)	T de Student (gl)	p
Pública	89	20.58	5.62	-0.340 (223)	.734
Privada	136	20.31	6.15		
Total	225	20.42	5.94		

*Nota: No se observaron diferencias significativas entre los grupos. Los datos cumplieron los supuestos de normalidad ( $p = 0,217$ ) y homogeneidad de la varianza ( $p = 0,525$ ).*

Los resultados muestran que el estrés percibido fue ligeramente mayor entre los estudiantes de universidades públicas ( $M = 20,58$ ,  $DT = 5,62$ ) que entre los de universidades privadas ( $M = 20,31$ ,  $DT = 6,15$ ). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa,  $t(223) = -0,340$ ,  $p = 0,734$ . Este resultado también fue coherente con la prueba de Welch,  $t(199,91) = -0,346$ ,  $p = 0,729$ , y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney,  $U = 5814,00$ ,  $p = 0,618$ .

En general, los resultados sugieren que el tipo de universidad (pública o privada) no es un factor determinante de la percepción de estrés de los estudiantes de psicología. Esto puede deberse a que los jóvenes universitarios, independientemente del contexto institucional, se enfrentan a retos académicos, personales y emocionales similares, lo que iguala la experiencia del estrés en ambos entornos.

## 2.2 Comparación de niveles de estrés percibido según semestre académico

El nivel académico puede estar relacionado con diferentes exigencias académicas, experiencia universitaria y recursos de afrontamiento, que pueden influir en el estrés percibido. Para investigar esta posible relación, se compararon los niveles de estrés percibido de estudiantes de psicología de primer, décimo y duodécimo semestre. Para ello, se utilizaron medidas descriptivas y análisis de varianza de una vía (ANOVA).

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos del nivel de estrés percibido según semestre académico**

<b>Semestre que Cursa</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar (DE)</b>
<b>1</b>	145	20.789	6.229
<b>10</b>	49	19.653	5.861
<b>12</b>	31	19.903	4.415
<b>Total</b>	225	19.95	5.99

Antes de realizar el análisis de inferencia, se comprobó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, que no resultó significativa ( $F(2, 222) = 1,414, p = 0,245$ ). Esto sugiere que las varianzas de los grupos de comparación son homogéneas, por lo que el ANOVA puede aplicarse válidamente.

El análisis de varianza de una vía mostró que no había diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés percibido entre los tres grupos evaluados ( $F(2, 179) = 0,853, p = 0,430$ ). Aunque se observaron pequeñas diferencias a nivel descriptivo, los estudiantes del primer semestre informaron de puntuaciones medias más altas ( $M = 20,79, DT = 6,23$ ) en

comparación con los estudiantes del décimo semestre ( $M = 19,65$ ,  $DT = 5,86$ ) y del duodécimo semestre ( $M = 19,90$ ,  $DT = 4,42$ )-, estas diferencias no fueron suficientes para mostrar una variación significativa en los niveles de estrés entre semestres.

Estos resultados sugieren que el semestre cursado en la muestra estudiada no es un factor diferenciador significativo en la percepción del estrés, que puede estar influido por características comunes del entorno académico u otros factores psicosociales no considerados en este análisis.

### 2.3 Comparación de niveles de estrés percibido según sexo

Para determinar si existían diferencias significativas en los niveles de estrés entre hombres y mujeres, se utilizó una prueba t para muestras independientes. La distribución de los datos cumplía los supuestos estadísticos necesarios: la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk mostró que los datos tenían una distribución normal ( $W = 0,992$ ,  $p = 0,273$ ) y la prueba de Levene mostró que las varianzas eran homogéneas ( $F = 0,718$ ,  $p = 0,398$ ). Esto permitió realizar correctamente los análisis paramétricos.

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos e inferenciales de la comparación por sexo.**

Sexo	n	Media (M)	Desviación estándar (DE)	T de Student (gl)	p
Hombres	61	18.803	6.156	-2.520 (223)	.012
Mujeres	164	21.018	5.748		
Total	225	20.42	5.94		

*Nota. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estrés percibido entre hombres y mujeres. Se cumplieron los supuestos de normalidad ( $p = 0,273$ ) y homogeneidad de la varianza ( $p = 0,398$ )*

Los resultados muestran que las mujeres presentan niveles significativamente más altos de estrés percibido ( $M = 21,02$ ,  $DT = 5,75$ ) que los hombres ( $M = 18,80$ ,  $DT = 6,16$ ). Esta diferencia fue estadísticamente significativa según la prueba t de Student,  $t(223) = -2,520$ ,  $p = 0,012$ . Lo mismo confirmaron la prueba de Welch ( $t = -2,442$ ,  $gl = 101,30$ ,  $p = 0,016$ ) y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney ( $U = 4084,00$ ,  $p = 0,034$ ).

Este resultado concuerda con estudios anteriores que muestran mayores niveles de estrés percibido en las estudiantes, lo que puede deberse a una combinación de factores biológicos, psicosociales y culturales. Es posible que las mujeres manifiesten y notifiquen el estrés con mayor frecuencia y experimenten presiones sociales y académicas más intensas, lo que podría explicar la diferencia observada.

### **3. Actitudes Alimentarias y Riesgo de TCA**

#### **3.1 Nivel de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria**

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), que detecta conductas alimentarias de riesgo, se utilizó para evaluar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de psicología. En este análisis, los participantes se dividieron en dos categorías: sin riesgo (puntuaciones inferiores a 20) y en riesgo (puntuaciones superiores a 20), según el punto de corte definido en la literatura. Los resultados generales de la muestra se presentan a continuación.

**Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de estudiantes con riesgo de TCA**

<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sin riesgo</b>	185	82.2%
<b>Riesgo</b>	40	17.8%
<b>Total</b>	225	100%

Como se muestra en la Tabla 6, el 17,8 % (n = 40) de los 225 estudiantes universitarios que participaron en el estudio obtuvo una puntuación de 20 o superior en la escala EAT-26, lo que indica un riesgo clínico de desarrollar un trastorno alimentario. Por otro lado, el 82,2 % (n = 185) no obtuvo puntuaciones que indican un mayor riesgo.

Estos resultados sugieren que, si bien la mayoría de los estudiantes universitarios no informan sobre sus hábitos alimentarios, una proporción significativa (aproximadamente uno de cada cinco) se encuentra en riesgo. Esto resalta la importancia de implementar estrategias de prevención e intervención temprana para esta población.

### **3.2 Comparación del riesgo de TCA según el sexo**

Para lograr el objetivo específico de comparar la prevalencia del riesgo de trastornos alimentarios por género, los participantes se dividieron en dos categorías según sus puntuaciones en la prueba EAT-26: «sin riesgo» (puntuaciones inferiores a 20) y «riesgo» (puntuaciones superiores a 20). A continuación, se presenta la distribución de estudiantes en riesgo y sin riesgo por sexo.

**Tabla 7. Distribución del riesgo de TCA según sexo**

<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Hombres n = 61</b>	<b>Mujeres n = 164</b>	<b>Total (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sin riesgo (&lt;20)</b>	55	130	185	82.2%
<b>riesgo (&lt;20)</b>	6	34	40	17.8%
<b><i>Total</i></b>	<b>61</b>	<b>164</b>	<b>225</b>	<b>100%</b>

*\*Nota: Los porcentajes se calculan por género.*

Se utilizó una prueba de chi-cuadrado para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en la proporción de estudiantes con riesgo de TCA. El resultado no fue significativo ( $\chi^2(1) = 0,278$ ,  $p = 0,598$ ), lo que indica que el género no se asoció significativamente con el riesgo de TCA en esta muestra.

Sin embargo, como se muestra en la Tabla 7, el 9,8 % ( $n = 6$ ) de los 61 estudiantes varones presentaba riesgo de TCA. En contraste, el 20,7 % ( $n = 34$ ) de las 164 estudiantes mujeres presentaba riesgo, lo que representa más del doble del porcentaje de los varones. Esta diferencia, aunque no es estadísticamente significativa, indica una importante tendencia descriptiva. Estos resultados son consistentes con la literatura existente que muestra que las mujeres jóvenes son más propensas a los estándares de belleza internalizados, la insatisfacción corporal y las dietas restrictivas (Ponce et al., 2017; Alvites, 2022). La influencia del entorno sociocultural en la imagen corporal femenina ha sido ampliamente documentada, especialmente en contextos académicos donde se refuerzan ciertos ideales estéticos (Flores, 2019; De la Fuente y Sánchez, 2015). Si bien esta diferencia no se confirmó mediante pruebas estadísticas, sugiere la necesidad de incluir una perspectiva de sexo en las estrategias de prevención e intervención en

salud mental, especialmente en relación con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios.

### 3.3 Comparación del riesgo de TCA según tipo de universidad

Para identificar posibles diferencias en la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en distintos entornos educativos, se analizaron los datos del EAT-26 por tipo de universidad (pública o privada). Para ello, se agrupó a los estudiantes por institución de origen y se comparó la prevalencia de casos con y sin riesgo clínico.

**Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de riesgo de TCA según tipo de universidad**

<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Pública n = 89</b>	<b>Privada n = 136</b>	<b>Total (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sin riesgo (&lt;20)</b>	70	115	185	82.2%
<b>riesgo (&lt;20)</b>	19	21	40	17.8%
<b>Total</b>	89	136	225	100%

*\*Nota: Los porcentajes se refieren a la muestra total.*

Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para determinar si existían diferencias significativas en el riesgo de TCA entre estudiantes de universidades públicas y privadas. El resultado no fue estadísticamente significativo ( $\chi^2(1) = 1,12, p = 0,289$ ), lo que indica que, en la muestra analizada, el tipo de universidad no se asoció significativamente con el riesgo de TCA.

Sin embargo, a nivel descriptivo, se observa que el 21,3 % de los estudiantes de universidades públicas se encuentran en riesgo, en comparación con el 15,4 % de los estudiantes de universidades privadas. Esta diferencia, aunque no estadísticamente significativa, podría

deberse a variables contextuales como el acceso a servicios psicológicos, las diferencias socioeconómicas o la presión académica, lo cual concuerda con estudios previos (Vallejos et al., 2020; Domínguez, Merino y Torres, 2022). Estos resultados resaltan la importancia de implementar programas preventivos en ambos entornos universitarios, con especial énfasis en el apoyo psicológico y la promoción de estilos de vida saludables, independientemente del tipo de institución.

### 3.4 Comparación de los puntajes de TCA según semestre académico

Con base en el tercer objetivo específico, se analizaron las diferencias en los niveles de riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en función del periodo de estudio de los participantes. Para ello, se utilizaron los resultados totales del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). A continuación se presentan las medidas descriptivas de las puntuaciones totales del EAT-26 por grupo de estudio.

**Tabla 9. Media y desviación estándar de los puntajes EAT-26 según semestre académico**

Semestre que cursa	N	Media	Desviación Estándar
1	145	12.855	12.761
10	49	8.653	6.629
12	31	13.323	10.818
Total	225	11.87	111.23

La Tabla 9 muestra que los estudiantes de décimo semestre obtuvieron la puntuación media más baja en el EAT-26 ( $M = 8,65$ ,  $DE = 6,62$ ), mientras que los estudiantes de duodécimo semestre obtuvieron la puntuación media más alta ( $M = 13,32$ ,  $DE = 10,82$ ),

seguidos de los estudiantes de primer semestre ( $M = 12,86$ ,  $DE = 12,76$ ). Esto sugiere que el riesgo de TCA puede aumentar al principio y al final de la carrera universitaria, posiblemente debido a los cambios, exigencias o transiciones asociados a estas etapas.

### 3.5 Verificación de supuestos y análisis de varianza (ANOVA Welch)

Antes del análisis de la varianza, se realizó una prueba de Levene para comprobar la hipótesis de homogeneidad de la varianza. Como el resultado fue significativo ( $p < 0,05$ ), se decidió utilizar el ANOVA con la corrección de Welch, que es adecuada en condiciones de varianzas desiguales.

**Tabla 10. Resultados del ANOVA de Welch para puntajes EAT-26 según semestre académico**

Prueba	F	gl1	gl2	p
Welch ANOVA	5.247	2	-79	0.007

El análisis de Welch resultó significativo ( $F(2, \sim 79) = 5,247$ ,  $p = 0,007$ ), lo que indica diferencias estadísticas en las puntuaciones de riesgo de TCA entre semestres.

Desde el punto de vista descriptivo, los estudiantes del semestre 10 obtuvieron la puntuación media de riesgo ATT más baja ( $M = 8,65$ ), mientras que los estudiantes del semestre 12 obtuvieron la puntuación media más alta ( $M = 13,32$ ), seguidos de los estudiantes del semestre 1.

Dado que no se respetó el supuesto de homogeneidad de la varianza, no se realizaron pruebas post hoc clásicas como las pruebas de Tukey y Bonferroni. Sin embargo, puede

observarse una tendencia en las diferencias de las medias: los alumnos del semestre 10 tienen un riesgo significativamente menor de TCA que los demás grupos.

### 3.6 Análisis de subescalas del EAT-26

#### 3.6.1 Nivel de puntuación en las subescalas del EAT-26

La EAT-26 evalúa las actitudes alimentarias mediante tres subcategorías: anorexia (o dieta), bulimia y control oral. Estas dimensiones permiten identificar las diferentes maneras en que los jóvenes pueden experimentar una relación disfuncional con la comida, ya sea mediante una restricción severa del consumo, conductas purgativas o una intensa preocupación por el control del apetito. A continuación, se presentan estadísticas descriptivas de cada subcategoría, con el objetivo de identificar las actitudes alimentarias más comunes en la muestra.

**Tabla 11. Media, desviación estándar y total de puntajes en las subescalas del EAT-26**

<b>Subescala</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Anorexia</b>	225	6.88	7.36
<b>Bulimia</b>	225	2.02	2.79
<b>Control Oral</b>	225	3.10	3.12

Los resultados presentados en la Tabla 11 muestran que la dimensión con la puntuación media más alta en las tres subescalas del EAT-26 fue la anorexia ( $M = 6,88$ ;  $DE = 7,36$ ), con una puntuación total acumulada de 1548, puntos entre los 225 estudiantes evaluados. Le siguió la

subescala de control oral ( $M = 3,10$ ;  $DE = 3,12$ ) y, finalmente, la bulimia, que obtuvo la puntuación más baja ( $M = 2,02$ ;  $DE = 2,79$ ).

Este patrón sugiere que la muestra es más propensa a presentar actitudes restrictivas hacia la alimentación y preocupación por la delgadez que conductas compensatorias como vómitos o atracones. Además, la gran varianza observada para la anorexia indica que algunos estudiantes obtuvieron puntuaciones significativamente altas, lo que podría reflejar una fuerte preocupación por el control del peso y la imagen corporal, como señalan Rodríguez, M. E., & García, F. E. (2021).

Desde una perspectiva de prevención, estos datos refuerzan la importancia de la intervención temprana en los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque los trastornos alimentarios se normalizan o incluso se refuerzan socialmente, pueden ser el comienzo de un trastorno más complejo si no se detectan y tratan clínica y educativamente.

### **3.6.2 Nivel de riesgo en subescalas del EAT-26**

El cuestionario EAT-26 identifica tres dimensiones de las actitudes alimentarias: anorexia (conducta restrictiva), bulimia (conducta compensatoria y atracones) y atracones (preocupación excesiva por el apetito). Con base en los resultados obtenidos, se clasificó a los participantes según el nivel de riesgo en cada subcategoría, utilizando como punto de corte un criterio teórico adaptado de estudios previos, Sepúlveda, A. R., & Calado, M. (2018).

**Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de estudiantes con riesgo en subescalas del EAT-26**

<b>Subescala</b>	<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Anorexia</b>	Riesgo	33	14.67%
	Sin riesgo	192	85.33%
	<i>Total</i>	<i>225</i>	<i>100%</i>
<b>Bulimia</b>	Riesgo	18	8.00%
	Sin riesgo	207	92.00%
	<i>Total</i>	<i>225</i>	<i>100%</i>
<b>Control Oral</b>	Riesgo	17	7.56%
	Sin riesgo	208	92.44%
	<i>Total</i>	<i>225</i>	<i>100%</i>

Como se muestra en la Tabla 12, el porcentaje de estudiantes en riesgo fue mayor para la anorexia nerviosa, con un 14,67% de la muestra total. En cambio, las dimensiones de bulimia y control oral mostraron niveles de riesgo más bajos, con un 8,00% y un 7,56%, respectivamente.

Estos resultados indican que las conductas alimentarias restrictivas, como evitar alimentos, saltarse comidas o seguir dietas estrictas, son más comunes entre los estudiantes de la muestra que las conductas bulímicas o el control compulsivo del apetito. La literatura previa ha demostrado que estas actitudes restrictivas pueden verse socialmente reforzadas o incluso normalizadas en el entorno universitario, especialmente entre las mujeres jóvenes Moreno Fortes et al. (2020).

Aunque los porcentajes de riesgo no reflejan diagnósticos clínicos, alertan sobre la presencia de actitudes alimentarias disfuncionales en un grupo significativo de estudiantes y

enfátizan la necesidad de programas de prevención centrados en la salud mental, el bienestar físico y la alimentación saludable.

### 3.6.3 Comparación de subescalas del EAT-26 según sexo

El análisis de las subescalas del EAT-26 por género nos permite examinar cómo se manifiestan las conductas alimentarias disfuncionales en estudiantes universitarios, tanto hombres como mujeres. Las subescalas examinadas son anorexia nerviosa (conducta restrictiva), bulimia nerviosa (atracones y conducta compensatoria) y restricción (preocupación excesiva por el apetito y el control del entorno alimentario). Estas dimensiones nos permiten comprender mejor el riesgo asociado al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) por género.

Dado que los datos no cumplieron con los supuestos de normalidad y homogeneidad de la varianza, se utilizaron pruebas robustas como la prueba de Welch para comparar las diferencias de medias entre géneros. También se empleó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney como método de validación adicional.

**Tabla 13. Comparación de puntajes en subescalas del EAT-26 según sexo**

Subescala	Prueba	Estadístico	gl	p valor	Levene (p)	Shapiro-Wilk (p)
<b>Anorexia</b>	t de student	-2.135	223	.034*	.001	<.001
	t de Welch	-2.623	172.333	.009**		
	Mann-Whitney	4429.500		.186		
<b>Bulimia</b>	t de student	-1.421	223	.157	.033	<.001

	t de Welch	-1.747	172.365	.082		
	Mann-Whitney	4740.500		.543		
<b>Control Oral</b>	t de student	-1.640	223	.102	.002	<.001
	t de Welch	-2.037	176.770	.043*		
	Mann-Whitney	4740.500		.543		

*\*Nota: Se utilizó la prueba de Welch debido a que se incumplieron los supuestos de varianza igual y normalidad para todas las subescalas.  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ .*

Como se muestra en la Tabla 13, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de anorexia y control oral. La subescala de anorexia mostró un resultado significativo en la prueba de Welch ( $t(172,33) = -2,623$ ,  $p = 0,009$ ), lo que indica que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en el área de conductas alimentarias restrictivas.

De igual manera, se encontró una diferencia significativa en la subescala de control oral ( $t(176,77) = -2,037$ ,  $p = 0,043$ ), lo que indica que las mujeres se preocupan más por controlar su entorno alimentario. Cabe destacar que, para ambas subescalas, tanto las pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk) como las de homogeneidad de varianza (Levene) resultaron significativas, por lo que se decidió presentar los resultados de la prueba de Welch, que resulta más adecuado dado este incumplimiento de supuestos.

En cambio, para la subescala de bulimia, no se observaron diferencias significativas de género, ya que ninguna de las pruebas utilizadas (Student, Welch o Mann-Whitney) mostró un valor  $p$  inferior a 0,05. Esto podría deberse a que las conductas compensatorias, como los

atracones o las conductas de inducir el vómito, son más comunes y menos específicas de género en esta población.

Estos resultados confirman los hallazgos de estudios previos Bray, B. C., Lanza, S. T., & Collins, L. M. (2018), que muestran que los estudiantes universitarios son más susceptibles a la presión para cumplir con los estándares corporales rígidos, lo que aumenta la prevalencia de conductas alimentarias restrictivas y controladoras. Las diferencias de sexo, especialmente en el caso de la anorexia, indican la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en la prevención de los trastornos alimentarios en el ámbito universitario.

#### **3.6.4 Comparación de subescalas del EAT-26 según tipo de universidad**

Al analizar las subescalas del EAT-26 según el tipo de universidad (pública o privada), podemos examinar si existen diferencias en las actitudes alimentarias disfuncionales entre los distintos entornos educativos. Dado que los entornos académicos pueden diferir en cuanto a las exigencias académicas, el acceso a información sobre salud mental y los recursos para el cuidado personal, este análisis es especialmente relevante.

En esta sección, comparamos las puntuaciones de las subescalas de anorexia, bulimia y control oral para verificar los supuestos estadísticos. Dado que todas las subescalas incumplieron el supuesto de normalidad ( $p < 0,001$  en la prueba de Shapiro-Wilk) y una de ellas también incumplió el supuesto de varianza igual (bulimia), priorizamos el uso de la prueba de Welch y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

**Tabla 14. Comparación de puntaje en subescalas del EAT-26 según tipo de universidad**

Subescala	Prueba	Estadístico	gl	p valor	Levene (p)	Shapiro-Wilk (p)
<b>Anorexia</b>	t de student	1.304	223	.194	.120	<.001
	t de Welch	1.260	166.425	.209		
	Mann-Whitney	6522.500		.323		
<b>Bulimia</b>	t de student	2.474	223	.014*	<.001	<.001
	t de Welch	2.474	137.091	.025*		
	Mann-Whitney	6765.500		.120		
<b>Control Oral</b>	t de student	1.816	223	.071	.476	<.001
	t de Welch	1.851	200.163	.066		
	Mann-Whitney	7434.500		.003**		

*\*Nota: Se utilizaron las pruebas de Welch y Mann-Whitney debido a que todas las subescalas incumplían el supuesto de normalidad.  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ .*

Como se muestra en la Tabla 14, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la subescala de bulimia según el tipo de universidad. Los estudiantes de universidades privadas obtuvieron puntuaciones más altas, y esta diferencia fue significativa tanto en la prueba t de Student ( $t(223) = 2,474$ ,  $p = 0,014$ ) como en la prueba t de Welch ( $t(137,091) = 2,724$ ,  $p = 0,025$ ). Se prefirió esta última debido a que incumplía el supuesto de varianzas iguales ( $p < 0,001$  de Levene).

En la subescala de control oral, la diferencia no fue significativa según la prueba t de Student ni la prueba de Welch ( $p > 0,05$ ), pero sí lo fue según la prueba de Mann-Whitney ( $U = 7434,500$ ;  $p = 0,003$ ). Esto sugiere una diferencia sutil pero consistente en la preocupación por el control alimentario entre estudiantes de universidades públicas y privadas, a favor de las universidades privadas.

Por otro lado, en la subescala de anorexia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, independientemente de la prueba utilizada ( $p > 0,05$  para todos).

Estos resultados indican que el tipo de universidad podría estar asociado con algunas diferencias en ciertas actitudes alimentarias, como la conducta bulímica y el control alimentario. Factores como el entorno social, la exposición a ideales estéticos y la presión para el rendimiento académico podrían influir en estas diferencias, como sugieren estudios recientes de González-Ramírez, M. T., & Landero-Hernández, R. (2020).

### **3.5.5 Comparación de subescalas del EAT-26 según semestre académico**

Al comparar las subescalas del EAT-26 en diferentes semestres, podemos investigar si existen diferencias en las conductas alimentarias disfuncionales en diferentes estudios universitarios. Este análisis puede revelar posibles puntos de mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios en diferentes etapas de la vida académica. En este caso, se analizaron las puntuaciones de la subescala de anorexia entre estudiantes de primer, décimo y duodécimo semestre.

Debido a que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de la varianza ( $p < 0,001$  de Levene), se utilizó la prueba de Welch, que es más robusta ante incumplimientos de este supuesto.

**Tabla 15. Comparación de puntajes en la subescala de Anorexia según semestre académico**

Semestre	N	Media	Desviación Estándar
1° semestre	145	7.43	8.15
10° semestre	49	5.14	4.25
12° semestre	31	7.10	7.12
<i>Total</i>	225	—	—

*\*Nota: Prueba de Welch:  $F(2, 77.87) = 3.369, p = 0.040$ ; Prueba de Levene:  $F(2, 222) = 7.276, p < 0.001$*

Como se muestra en la Tabla 15, los estudiantes de primer semestre obtuvieron la puntuación media más alta en la subescala de anorexia ( $M = 7.43, DE = 8.15$ ), seguidos de los estudiantes de duodécimo semestre ( $M = 7.10, DE = 7.12$ ) y, finalmente, los estudiantes de décimo semestre obtuvieron la puntuación más baja ( $M = 5.14, DE = 4.25$ ).

El ANOVA con la prueba de Welch mostró diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de anorexia por semestre ( $F(2, 77.87) = 3.369, p = 0.040$ ). Sin embargo, dado que no se realizó una comparación post-hoc, no es posible determinar diferencias entre los grupos. Sin embargo, los resultados sugieren que los estudiantes podrían ser más vulnerables a las restricciones alimentarias al inicio de sus estudios.

Este hallazgo coincide en parte con estudios previos que han demostrado que el inicio de los estudios universitarios puede ser una etapa de mayor esfuerzo físico y estrés adaptativo, Calado et al. (2011), lo que podría explicar el mayor rendimiento de los estudiantes en el primer semestre.

### 3.5.6 Comparación de la subescala de Bulimia según semestre académico

La subescala de bulimia del EAT-26 mide conductas como atracones, purgas, uso de laxantes y pensamientos relacionados con la pérdida de control sobre la alimentación. Al comparar esta subescala entre semestres, podemos determinar si estas conductas ocurren con mayor frecuencia en una fase determinada del estudio.

Dado que la prueba de Levene fue significativa ( $p = 0,015$ ), se incumplió el supuesto de homogeneidad de la varianza. Por lo tanto, se utilizó la prueba de Welch, que ofrece mayor fiabilidad para este trastorno.

**Tabla 16. Comparación de puntajes en la subescala de Bulimia según semestre académico**

Semestre	N	Media	Desviación Estándar
1° semestre	145	2.05	2.95
10° semestre	49	1.49	1.57
12° semestre	31	2.74	3.39
<i>Total</i>	225	—	—

*\*Nota: Prueba de Welch:  $F(2, —) = 2,655$ ,  $p = 0,078$ . Prueba de Levene:  $F(2, 222) = 4,247$ ,  $p = 0,015$ .*

La Tabla 16 muestra que las puntuaciones más altas en la subescala de bulimia fueron reportadas por los estudiantes de duodécimo semestre ( $M = 2,74$ ,  $DE = 3,39$ ), seguidos por los estudiantes de primer semestre ( $M = 2,05$ ,  $DE = 2,95$ ), mientras que los estudiantes de décimo semestre obtuvieron las puntuaciones más bajas ( $M = 1,49$ ,  $DE = 1,57$ ).

A pesar de estas claras diferencias, el análisis de varianza mediante la prueba de Welch no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $F(2, gl) = 2,655$ ,  $p = 0,078$ ). No se realizó una prueba post-hoc porque el resultado general no fue significativo.

Sin embargo, el aumento en las puntuaciones de los estudiantes de duodécimo semestre tiene importancia clínica, ya que sugiere una posible reactivación de las conductas bulímicas en las etapas finales de los estudios, lo cual podría estar relacionado con el estrés de finalizar los estudios, la redacción de la tesis u otros factores contextuales. Estudios previos también sugieren que el estrés emocional durante las transiciones académicas puede aumentar las conductas alimentarias compensatorias, Díaz, M. P. et al. (2020).

### **3.5.7 Comparación de la subescala de Control Oral según semestre académico**

La subescala de Control Oral del EAT-26 evalúa aspectos del control percibido sobre la alimentación y conductas restrictivas sutiles, como saltarse comidas o controlar las porciones. Al examinar esta subescala por trimestre, podemos observar si estas conductas aumentan o disminuyen a medida que el estudiante progresa en el programa de formación profesional.

En este caso, se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $p$  de Levenes =  $0,218$ ), por lo que los resultados del ANOVA de Welch pueden interpretarse sin necesidad de

realizar correcciones adicionales por varianzas desiguales. Dado que las medias eran visualmente distintas, la prueba de Welch nos permitió examinar mejor estas diferencias.

**Tabla 17. Comparación de puntajes en la subescala de Control Oral según semestre académico**

Semestre	N	Media	Desviación Estándar
1° semestre	145	3.38	3.24
10° semestre	49	2.02	2.65
12° semestre	31	3.48	2.92
<i>Total</i>	225	—	—

*\*Nota: Prueba de Welch:  $F(2, dl) = 4,726, p = 0,012$ ; Prueba de Levene:  $F(2, 222) = 1,535, p = 0,218$ .*

Como se muestra en la Tabla 17, los estudiantes de duodécimo semestre obtuvieron la puntuación media más alta en la subescala de control verbal ( $M = 3,48, DE = 2,92$ ), seguidos de cerca por los estudiantes de primer semestre ( $M = 3,38, DE = 3,24$ ), mientras que los estudiantes de décimo semestre obtuvieron la puntuación más baja ( $M = 2,02, DE = 2,65$ ).

El análisis de varianza mediante la prueba de Welch mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $F(2, dl) = 4,726, p = 0,012$ ), lo que sugiere que el nivel de control dietético difiere entre semestres. Estos resultados sugieren que tanto los recién graduados como los futuros graduados podrían tener un mayor control sobre su alimentación, lo que podría estar relacionado con la presión social inicial y el posible estrés académico.

Este patrón podría estar relacionado con factores como la adaptación universitaria y la autoimagen en el primer semestre, así como con la preocupación por la carrera profesional y el logro personal en el último semestre, Rodríguez-Testal et al. (2014).

### 3.5.8 Correlación entre subescalas del EAT-26 y estrés percibido

El análisis de la asociación entre los valores elevados de estrés percibido y las subescalas del EAT-26 permite investigar el alto nivel de asociación con conductas alimentarias específicas, como la restricción, la bulimia o el control oral. Esta asociación es crucial para comprender la tensión psicológica que influye en el riesgo alimentario en la universidad. Si la normalidad no supera el número total de estas variables, se presentan los resultados de los coeficientes de correlación aleatoria de Pearson y Spearman.

**Tabla 18. Correlación entre estrés percibido y subescalas del EAT-26 (n: 225)**

Subescala	Pearson r	p	Spearman p	p
Anorexia	0.263	<.001	0.251	<.001
Bulimia	0.208	.002	0.230	<.001
Control Oral	0.207	.002	0.166	.012

Como se muestra en la Tabla 18, se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el estrés percibido y cada subescala del EAT-26, tanto en los coeficientes de Pearson como de Spearman.

La correlación más alta se encontró entre el estrés y la subescala de anorexia ( $r = 0,263$ ,  $p < 0,001$ ), seguida de la bulimia ( $r = 0,208$ ,  $p = 0,002$ ) y el control oral ( $r = 0,207$ ,  $p = 0,002$ ).

Estas relaciones indican que un mayor estrés percibido también aumenta las puntuaciones en actitudes restrictivas y conductas compensatorias asociadas con los trastornos alimentarios.

Desde una perspectiva teórica, estos resultados son consistentes con el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), que afirma que, en situaciones de alto estrés emocional, las personas pueden adoptar estrategias poco saludables, como la monitorización excesiva de la alimentación, para recuperar la sensación de control. Además, el estrés se reconoce como un factor de riesgo importante para el desarrollo o mantenimiento de actitudes alimentarias disfuncionales Toro, J., & Salamero, M. (1999).

#### 4. Relación entre Estrés Percibido y el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Con el objetivo de explorar la relación entre el estrés percibido y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, se realizaron análisis de correlación y regresión lineal. Se realizó un análisis de correlación de Spearman para examinar la relación entre los niveles de estrés y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

**Tabla 19. Correlación entre estrés percibido y riesgo de TCA**

Variables	p de Spearman	p valor	Interpretación
PSS-10 y EAT-26	0.268	<.001	Correlación positiva débil y significativa

Se encontró una correlación débil, pero significativa, entre las puntuaciones de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT-26) mediante el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho = 0,268$ ,  $p < 0,001$ ). Esto sugiere que, a medida que aumenta el estrés percibido, también aumenta el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

#### 4.2 Modelo predictivo del riesgo de TCA a partir del estrés percibido

Se utilizó un análisis de regresión lineal simple para determinar si el estrés percibido (PSS-10) predecía significativamente el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (EAT-26).

**Tabla 20. Resultados del modelo de regresión lineal para predecir riesgo de TCA a partir del estrés percibido**

Estadístico	Valor
R	0.274
R <sup>2</sup>	0.075
R <sup>2</sup> ajustado	0.071
F	18.122
gl regresión	1
gl error	223
p	<.001
Beta estandarizado ( $\beta$ )	0.274
t	4.257
p	<.001

Variable	B	Error típico	t	p	R <sup>2</sup>
Estrés percibido (PSS)	0.533	0.125	4.257	<.001	.075

El modelo fue estadísticamente significativo ( $F(1, 223) = 18,122, p < 0,001$ ) y explicó aproximadamente el 7,5 % de la varianza en las puntuaciones del EAT-26 ( $R^2 = 0,075$ ). El coeficiente de regresión indicó que el estrés percibido es un predictor positivo del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ( $B = 0,533, p < 0,001$ ). Esto sugiere que niveles más altos de estrés aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria desadaptativos.

## **5. Comparación entre Primer y Último Semestre**

Se compararon los niveles de estrés percibido y el riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de psicología de primer, décimo y duodécimo semestre. Para el estrés percibido (PSS-10), el análisis de varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $F(2, \sim 79) = 0,853, p = 0,430$ ). Sin embargo, descriptivamente, los estudiantes de primer semestre presentaron niveles más altos ( $M = 20,79$ ) que los estudiantes de décimo ( $M = 19,65$ ) y duodécimo semestre ( $M = 19,90$ ).

Por otro lado, el análisis de riesgo de trastornos alimentarios (EAT-26) mediante el ANOVA de Welch mostró diferencias estadísticamente significativas entre los semestres ( $F(2, \sim 79) = 5,247, p = 0,007$ ). Los estudiantes de décimo semestre reportaron los niveles de riesgo más bajos ( $M = 8.65$ ), mientras que los de duodécimo semestre reportaron el más alto ( $M = 13.32$ ), seguidos por los de primer semestre ( $M = 12.86$ ).

Estos resultados sugieren que, si bien no se encontraron diferencias significativas en la percepción del estrés, existe una variación considerable en el riesgo de trastornos alimentarios, especialmente entre semestres posteriores. Esto indica una relación compleja entre el rendimiento académico y los factores de salud mental en estudiantes universitarios.

**Tabla 21. Medias y desviaciones estándar en Estrés Percibido y Riesgo de TCA según Semestre Académico**

<b>Variable</b>	<b>Semestre</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Estrés Percibido (PSS-10)	1°	145	20.79	6.23
	10	49	19.65	5.86
	12	31	19.90	4.42
Riesgo de TCA (EAT-26)	1°	145	12.86	12.76
	10	49	8.65	6-63
	12	31	13.32	10.82

*Nota. Se presentan los valores de media y desviación estándar para las variables de estudio, según semestre académico.*

**Tabla 22. Resultados de ANOVA para Estrés Percibido y Riesgo de TCA según Semestre Académico**

<b>Variable</b>	<b>Prueba</b>	<b>F</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>p</b>
Estrés Percibido (PSS-10)	ANOVA de Welch	0.853	2	-79	.430
Riesgo de TCA (EAT-26)	ANOVA de Welch	5.247	2	-79	.007*

*Nota. Se utilizó ANOVA de Welch debido al incumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas en EAT-26 (Levene,  $p = .003$ ). \* $p < .05$ .*

En la Tabla 22 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés percibido según el semestre académico ( $F = 0.853$ ;  $p = .430$ ), lo que indica que los estudiantes presentan niveles similares de estrés independientemente del semestre en el que se encuentren. Sin embargo, en el caso del riesgo de TCA, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $F = 5.247$ ;  $p = .007$ ), lo cual sugiere que el semestre académico influye en la presencia de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

## **Capítulo V: Discusión**

### **1. Resumen de los hallazgos principales**

Este estudio investigó los niveles de estrés percibido y las conductas alimentarias de estudiantes de psicología en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Arequipa, especialmente entre estudiantes de primer y último semestre. Los resultados indican que una proporción significativa de estudiantes corre el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, con mayor riesgo al inicio de sus estudios. Esto sugiere que las etapas de adaptación académica, como la adaptación a la vida universitaria y la preparación para el desarrollo profesional, son particularmente susceptibles a los trastornos de la conducta alimentaria.

Además, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el estrés percibido (evaluado mediante el cuestionario PSS-10) y las conductas alimentarias de riesgo (medidas mediante el cuestionario EAT-26). En otras palabras, a mayor estrés percibido, mayor probabilidad de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas. Estos resultados respaldan la hipótesis principal y confirman que el estrés percibido afecta al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la población universitaria estudiada, lo que permite rechazar la hipótesis nula.

## 2. Comparación con estudios previos

Los resultados de este estudio son consistentes con investigaciones previas en el contexto peruano. Por ejemplo, Ponce et al. (2017) encontraron una prevalencia del 10.1% de probable trastorno por atracón entre estudiantes de medicina en Lima y atribuyeron estos hallazgos a factores familiares y laborales. Esto contribuye a la presencia de condiciones psicosociales que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Esto también se refleja en la asociación entre el estrés académico y los hábitos alimentarios poco saludables.

De manera similar, en un estudio con estudiantes de nutrición en Lima, Vallejos et al. (2020) encontraron que el 15.8% reportó síntomas de trastorno de la conducta alimentaria, los cuales se asociaron con el funcionamiento familiar y la satisfacción con la vida. El patrón de relaciones es consistente con nuestros hallazgos, donde el estrés percibido, posiblemente en conjunto con las percepciones de recursos internos y apoyo social, mostró una asociación significativa con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Por ejemplo, en Cusco, estudios realizados por Flores (2019) encontraron que el 8% de los estudiantes universitarios estaban en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Chiclayo y Alvites (2022) informaron que el 15% de los estudiantes de psicología presentaban conductas alimentarias de riesgo, incluyendo síntomas de bulimia nerviosa y ayuno prolongado. Estos datos respaldan la hipótesis de que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universidades de ciencias de la salud y psicología no es aislada, sino que presenta un riesgo en diferentes regiones del Perú.

En cuanto al estrés percibido, los estudios de De la Fuente y Sánchez (2015) y Domínguez, Merino y Torres (2022) demostraron que la escala PSS-10 es válida y fiable para la evaluación del estrés en la población peruana, lo que respalda su uso metodológico en este estudio. Si bien este estudio se centró en profesionales de la salud, también se observaron altos niveles de estrés en los estudiantes participantes.

Por lo tanto, se puede concluir que los presentes hallazgos son consistentes con estudios previos realizados en ciudades como Lima, Cusco y Chiclayo sobre el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y la importancia de factores psicosociales como el estrés. No se observaron diferencias significativas en comparación con la prevalencia de los datos generales. Sin embargo, es importante destacar que, además de identificar los niveles de riesgo, este estudio encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estrés percibido y los trastornos alimentarios, lo que complementa los datos de investigaciones existentes.

Factores como la presión académica, las exigencias personales, la percepción de autoeficacia, el contexto sociocultural y la etapa del ciclo académico (inicio y fin) podrían explicar las diferencias o similitudes observadas entre los estudios examinados y los resultados de este estudio.

### **3. Interpretación de los resultados.**

Los resultados de estos estudios muestran una asociación significativa y positiva entre los niveles de estrés y los riesgos de conducta alimentaria. Dado que cuanto mayor es el nivel de estrés, mayor es la perturbación sensorial del estudiante y, por lo tanto, mayor es la inadaptación. Aunque la correlación fue débil ( $\rho = 0,268$ ), fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Las

hipótesis específicas respaldan la suposición teórica de que el estrés psicológico es un factor significativo en el desarrollo de trastornos alimentarios.

Lazarus y Folkman (1986) al definir el estrés como un proceso de relación entre el individuo y el entorno, en el que el individuo evalúa las demandas externas que exceden sus recursos personales. Los resultados pueden ser muy útiles en situaciones académicas, sociales y educativas, especialmente durante los períodos críticos de los estudiantes universitarios. Los estudiantes con altos niveles de estrés pueden considerarse estrategias inadaptadas, ya que pueden evitar materiales o el control de la presión arterial en aras del control.

Por consiguiente, se respaldan los modelos resultantes de apoyo y gravedad del estrés. Los modelos se basan en predisposiciones individuales (biológicas, psicológicas o sociales) para resolver el problema mediante la influencia sobre factores de estrés más elevados. Los estudiantes de psicología pueden hacerlo hasta que se acostumbren a la combinación de habilidades académicas, presión social para el éxito y conflictos personales que actúan como desencadenantes para el individuo difícil.

Según el informe, los sistemas de los estudiantes y los resultados de los estudiantes durante el semestre han aumentado los niveles de estrés y los riesgos para los estudiantes. Esto puede explicarse por factores psicológicos como el miedo a graduarse, el miedo a comenzar una carrera, la carga de trabajo del último año o las expectativas familiares. Los efectos del entorno universitario, que no afectan a los estudiantes de primer año en la misma medida, también son menores.

Finalmente, desde una perspectiva teórica sociocultural, se puede asumir que la presión para adaptarse a las exigencias sociales con respecto al cuerpo y para alcanzar la felicidad

personal puede aumentar durante la etapa universitaria. Deseo obtener resultados y que factores socioculturales, como la autoimagen, el perfeccionismo y los ideales sociales, puedan utilizarse para prevenir la relación entre el estrés y los hábitos alimentarios, especialmente en el programa de psicología, las innovaciones del estudiante y el nivel de bienestar y control emocional.

En conclusión, estos resultados no solo confirman la similitud teórica entre el estrés y los trastornos alimentarios, sino que también evalúan y requieren factores psicosociales durante la formación profesional, especialmente en entornos universitarios, que pueden ser desafiantes y exigentes debido a los factores estresantes mencionados.

#### **4. Implicancias y aplicaciones.**

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones tanto para la psicología clínica como para la educación universitaria. Los resultados sugieren que el estrés percibido se asocia significativamente con el riesgo de desarrollar conductas alimentarias nocivas en estudiantes de psicología. Esto resalta la necesidad de estrategias preventivas e intervención temprana en el ámbito académico.

En primer lugar, el uso de herramientas psicométricas validadas, como la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Test de Actitud Alimentaria (EAT-26), permite la identificación efectiva de estudiantes en riesgo, facilitando el diseño de programas de evaluación psicológica en universidades públicas y privadas de Arequipa. La administración regular de estas pruebas puede servir como herramienta de diagnóstico preventivo para los servicios sociales universitarios.

En segundo lugar, los resultados tienen importantes implicaciones clínicas, ya que enfatizan la importancia del manejo del estrés no solo para la salud emocional, sino también para la salud nutricional. Las intervenciones para reducir el estrés, como los programas de atención

plena (mindfulness), la regulación emocional, la psicoeducación o los grupos de apoyo, pueden ser particularmente útiles para reducir el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes, especialmente durante etapas académicas críticas como el primer o el último semestre.

Además, los resultados de este estudio pueden contribuir al desarrollo de estrategias académicas más humanas centradas en el bienestar estudiantil. Estas incluyen, por ejemplo, brindar espacios para el apoyo emocional, flexibilidad curricular durante periodos de alto estrés académico o campañas de información sobre salud mental y bienestar físico.

Desde una perspectiva pedagógica, comprender la relación entre el estrés y la conducta alimentaria pone de relieve un problema que a menudo pasa desapercibido, especialmente en programas como psicología, donde el estrés emocional puede normalizarse o minimizarse. Por lo tanto, estos resultados ofrecen herramientas valiosas para transformar las estrategias de asesoría, orientación académica y apoyo psicológico, e integrar una perspectiva más holística del estudiantado.

Finalmente, este estudio proporciona evidencia local que puede utilizarse para fortalecer la política general de salud mental en las universidades del sur del Perú y contribuir al desarrollo de un entorno académico más saludable, empático y resistente al estrés.

## **5. Limitaciones del estudio**

Como todos los estudios, el presente tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados y generalizarlos. En primer lugar, hubo poco tiempo para la recogida de datos, lo que limitó el acceso a algunos grupos y el alcance de algunos grupos

entre los estudiantes universitarios de psicología. Esto puede haber afectado al tamaño de la muestra y a la capacidad de incluir todas las etapas académicas de forma más equilibrada.

Otra limitación importante fue la reticencia de algunos estudiantes a participar en las encuestas, especialmente en las realizadas de forma independiente. Aunque la mayoría participó voluntariamente, hubo casos en los que los estudiantes no estaban interesados o se retiraron antes de completar el cuestionario, lo que limitó el número final de respuestas válidas. Además, surgieron problemas logísticos particulares en el caso de los alumnos de 12° semestre, ya que una gran proporción de ellos se encontraba realizando prácticas preprofesionales en distintos centros y horarios. Esto supuso un esfuerzo adicional para localizarlos y utilizar los instrumentos, lo que a su vez limitó la posibilidad de obtener un grupo totalmente homogéneo o amplio.

Finalmente, aunque se trabajó con estudiantes de universidades públicas y privadas de Arequipa, los resultados no pueden generalizarse a todos los estudiantes de psicología ni a otros programas universitarios del país, ya que las variables contextuales, curriculares y socioculturales pueden variar considerablemente.

A pesar de estas limitaciones, se considera que los resultados obtenidos aportan información importante y valiosa sobre la relación entre el estrés percibido y el riesgo de trastorno alimentario en esta población y pueden proporcionar una base sólida para futuros estudios más amplios y longitudinales.

## **6. Sugerencias para futuras investigaciones**

Con base en las limitaciones y hallazgos de este estudio, se formulan varias recomendaciones para futuras investigaciones destinadas a profundizar en la relación entre el estrés percibido y los trastornos alimentarios en la población universitaria.

En primer lugar, sería beneficioso ampliar la muestra para incluir participantes de diferentes programas y ciudades del país con el fin de obtener resultados generalizables e identificar posibles diferencias según el tipo de formación académica o el entorno geográfico.

También se sugiere incluir nuevas variables psicológicas y contextuales que puedan mediar o moderar esta relación, como la autoestima, el apoyo social, el perfeccionismo, las estrategias de afrontamiento, el funcionamiento familiar y los factores culturales y de género. La incorporación de estos factores permitiría el desarrollo de modelos más completos que expliquen con mayor detalle la aparición de conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes.

Desde un punto de vista metodológico, los diseños de investigación longitudinales o mixtos son útiles, ya que permiten observar la evolución de los niveles de estrés y las conductas alimentarias a lo largo del tiempo, así como la posible influencia de eventos académicos importantes, como ejercicios prácticos o exámenes finales.

Además, la investigación futura podría centrarse en el desarrollo y la evaluación de intervenciones psicológicas breves para gestionar el estrés y promover una relación saludable con la comida en entornos universitarios, especialmente en disciplinas con alta carga emocional como la psicología, la medicina o la enfermería.

En resumen, el desarrollo de investigaciones más amplias, diversas y adaptadas al contexto no solo contribuiría al avance del conocimiento científico, sino también a la implementación de estrategias de prevención y tratamiento psicológico más eficaces que aborden la realidad del alumnado peruano.

## **7. Conclusiones del estudio**

**1.** La mayoría de los estudiantes evaluados experimentaron estrés moderado (69,33%), seguido de estrés alto (16,89%) y estrés bajo (13,78%). Se observaron diferencias significativas entre géneros, siendo las mujeres las que reportaron niveles de estrés más altos. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas por tipo de universidad o semestre, los estudiantes de primer semestre reportaron niveles de estrés más altos.

**2.** El riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se presentó en el 17,78% de la muestra. Descriptivamente, el riesgo fue mayor en mujeres (20,7%) que en hombres (9,8%) y en estudiantes de universidades públicas (21,3%) en comparación con estudiantes de universidades privadas (15,4%). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, pero reflejan tendencias importantes.

**3.** Se observaron diferencias significativas en el riesgo de TCA por semestre ( $p = 0,007$ ). Los estudiantes de duodécimo semestre obtuvieron las puntuaciones más altas en la prueba EAT-26 ( $M = 13,32$ ), seguidos por los estudiantes de primer semestre ( $M = 12,86$ ). Los estudiantes del décimo semestre tuvieron el riesgo más bajo ( $M = 8,65$ ), lo que sugiere que el riesgo puede aumentar al inicio y al final de los estudios universitarios.

**4.** En las subescalas del EAT-26, la puntuación más alta se obtuvo en anorexia ( $M = 6,88$ ), seguida de trastornos del control oral ( $M = 3,10$ ) y bulimia ( $M = 2,02$ ). El 14,67 % de los estudiantes presentó conductas alimentarias de riesgo, el 8 % bulimia y el 7,56 % conductas alimentarias restrictivas.

**5.** Se encontraron diferencias significativas de sexo en las subescalas de anorexia y trastornos del control oral, con puntuaciones más altas en las mujeres. No se encontraron

diferencias de género en la subescala de bulimia. Estos resultados sugieren que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar conductas alimentarias restrictivas y controladoras.

**6.** En cuanto al tipo de universidad, solo la subescala de bulimia mostró diferencias significativas, con puntuaciones más altas en los estudiantes de universidades privadas. En trastornos del control oral, la diferencia fue significativa en la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, también a favor de los estudiantes de universidades privadas. No se observaron diferencias significativas en la anorexia entre universidades.

**7.** Dependiendo del semestre, los estudiantes de primer semestre obtuvieron puntuaciones más altas en anorexia nerviosa, mientras que los de duodécimo semestre obtuvieron puntuaciones más altas en bulimia y control oral. Estas diferencias fueron significativas para la anorexia ( $p = 0,040$ ) y el control oral ( $p = 0,012$ ), lo que indica que los factores de riesgo difirieron según el semestre.

**8.** Se encontró una correlación positiva y significativa entre el estrés percibido y el riesgo de trastornos alimentarios ( $p = 0,268$ ,  $p < 0,001$ ), lo que confirma que un mayor nivel de estrés indica un mayor riesgo de desarrollar conductas alimentarias disfuncionales. Las correlaciones también fueron significativas para todas las subescalas del EAT-26.

**9.** El modelo de regresión lineal fue significativo ( $F(1, 223) = 18,122$ ,  $p < 0,001$ ) y mostró que el estrés percibido predijo positivamente el riesgo de trastornos alimentarios, explicando el 7,5 % de la varianza. Esto confirma la hipótesis presentada e indica una influencia directa de ambas variables.

**10.** Por lo tanto, se confirmó la hipótesis general del estudio y se rechazó la hipótesis nula. Además, se cumplieron el objetivo general y todos los objetivos específicos, lo que

proporcionó evidencia significativa de la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de psicología de Arequipa.

## Referencias

- Adams, J.** (2000). *Estrés: Un amigo de por vida: Cómo vivir con él, cómo usarlo y vivir creativamente a consecuencia del estrés* (1.ª ed.).  
<https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4229>
- Aguinaga, M., Fernández, J., & Varo, R.** (2000). Trastornos de la conducta alimentaria: Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2).  
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6930>
- Alvites, F.** (2022). *Relación entre presión estética, autoestima y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].  
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/675651>
- Alvites, L.** (2022). *Factores socioculturales y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio UPeU.  
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5816>
- Alvites, M.** (2022). *Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de psicología de una universidad privada de Chiclayo, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].  
<https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/6156>

**Amaya-Hernández, A., Ortega-Luyando, M., Bautista-Díaz, M. L., Alvarez-Rayón, G., & Mancilla-Díaz, J. M.** (2019). Children with obesity: Peer influence as a predictor of body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 121–127. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**American Psychiatric Association.** (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Masson.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100012&script=sci_arttext)

**American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

**American Psychiatric Association.** (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4257/425743626004.pdf>

**Arias Condori, G. A.** (2024). *Asociación entre el estrés académico y trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes de medicina de la UAC* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Cochabamba].  
<https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/6486>

**Arce, P.** (2018). *Estudio sobre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes usuarias y no usuarias de gimnasios en Arequipa* [Tesis de licenciatura].  
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/0e071c79-9f4d-48e3-b8c6-679b4e3edd29>

**Asociación de Trastornos de Conducta Alimentaria.** (2023). Investigación de la proporción global de trastornos alimentarios en niños y adolescentes. <https://www.tca-aragon.org/2023/03/02/1-de-cada-5-jovenes-en-el-mundo-podria-tener-un-tca>

**Ávila, I. Y., Cantillo, A. B., & Estrada, L. R.** (2018). Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2), 1–11. <https://www.redalyc.org/journal/686/68672426006/html>

**Baile, J. I.** (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142, 138–139. <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425743626004.pdf>

**Barraza, A.** (2004). Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. *Psicología Científica.com*. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)

**Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E.** (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49(1), 26–36. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232011000200007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200007)

**Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S.** (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90–96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25462401>

**BioMed Central.** (2024). *The Journal of Eating Disorders*.

**BMC Psychiatry.** (2024). Stressors and self-efficacy in international students.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com>

**BMC Public Health.** (2024). Impact of physical activity on stress and academic performance among university students. <https://bmcp ublichealth.biomedcentral.com>

**Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., De Stavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C.** (2015).

Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383–391.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Bowler, J. E., & Cone, J. E.** (2001). *Secretos de la medicina del trabajo*. McGraw-Hill Interamericana.

**Bray, B. C., Lanza, S. T., & Collins, L. M.** (2018). Modeling intervention effects with zero-inflated data using the zero-inflated Poisson model: A simulation study. *Evaluation Review*, 42(2), 148–177. <https://sites.psu.edu/pbh112/files/2019/03/Stata-LCA-Plugin-v1.2c-2e00dl9.pdf>

**Bruch, H.** (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books. <https://fepal.org/wp-content/uploads/363-esp.pdf>

**Bulik, C. M., Kleiman, S. C., & Zeynep, Y.** (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 383–388.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Cabello, J., & Palacios, M.** (2018). La formación en salud mental en estudiantes de Psicología: Retos y perspectivas. *Revista de Psicología y Trabajo Social*, 7(2), 45–57.

<https://rc.cienciasas.org/index.php/rc/article/view/452>

**Calado, M., Lameiras, M., Rodríguez, Y., & Carrera, M. V.** (2011). Risk factors for eating disorders in adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 34(3), 476–486.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1049386711000442>

**Caldera, J. F., & Plascencia, J. C.** (2016). Evaluación del estrés académico: Un estudio comparado entre carreras universitarias. *Revista Educarnos*, 5(20), 11–30.

<https://www.redalyc.org/journal/686/68672426006/html/>

**Caldera, J. F., Pulido, B. E., & Martínez, M. G.** (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77–82.

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)

**Casado, M. I.** (2013). *Obesidad y trastorno por atracón*. Madrid, España.

<https://www.redalyc.org/pdf/4257/425743626004.pdf>

**Castellini, G., Lelli, L., Cassiolo, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., & et al.** (2018). Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 217–229.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

- Castro, R., & Vásquez, M.** (2019). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios: Un enfoque psicoeducativo. *Revista de Investigación Educativa*, 37(2), 305–320. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052023000200087&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052023000200087&script=sci_arttext)
- Chau, C., & Vilela, P.** (2017). Variables asociadas a la salud física y mental percibida en estudiantes universitarios de Lima. *Liberabit*, 23(1), 82–102. <https://www.redalyc.org/journal/686/68672426006/html/>
- Chrousos, G. P.** (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374–381. <https://www.nature.com/articles/nrendo.2009.106>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R.** (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>
- Cohen, S., & Williamson, G. M.** (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (pp. 31–67). Sage.
- Dartmouth Health.** (2024). Start 2024 in a healthy mindset with tips from Dartmouth Health experts on managing, reducing stress. *Dartmouth Health*. <https://www.dartmouth-health.org/about/news/article/start-2024-healthy-mindsettips-dartmouth-health-experts-managing-reducing-stress>

- De la Fuente, J., & Sánchez, M.** (2015). Estructura interna de la escala de estrés percibido (PSS) en personal de medicina y enfermería del Perú: Un análisis exploratorio de grafos. *Universidad Privada del Norte*.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/350296>
- De la Fuente, M., & Sánchez, V.** (2015). Factores asociados a la conducta alimentaria en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Psicología Clínica*, 23(2), 115–130.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n6/61cartaaldirector02.pdf>
- De Stavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C.** (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383–391.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112022000500004)
- Delinsky, S. S., & Wilson, G. T.** (2008). Weight gain, dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9(1), 82–90.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18167326/>
- Díaz, M. P., Muñoz, R., & Chávez, V.** (2020). Presión estética, redes sociales e insatisfacción corporal en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(2), 101–110.  
<https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/23503f22-7532-4f1f-8102-a538aa2c6afe>
- Díaz Ruiz, K. A., & Pacheco Martínez, M.** (2020). Factores generadores de estrés escolar en los estudiantes de los grados décimo y undécimo de la Institución Educativa Currulao en el año 2020: Un análisis cualitativo.  
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/16314>

- Domenech, E.** (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=12342>
- Domínguez, A., Baena, A., & Ulloa, M.** (2012). *Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria* [Tesis de grado, Universidad de La Sabana].  
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/9802/>
- Domínguez, A., Merino, M., & Torres, J.** (2022). Presión estética e insatisfacción corporal como predictores de actitudes alimentarias en mujeres jóvenes. *Revista Peruana de Psicología*, 30(1), 45–60. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/74179>
- Domínguez, G., Merino, C., & Torres, A.** (2022). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en universitarios de Nutrición Humana. *Revista Digital de Psicología*, 20(2), 1–24. <https://doi.org/10.18800/psico.202202.001>
- Domínguez, S., Merino, C., & Torres, G.** (2022). Análisis estructural y de fiabilidad de la Escala de estrés percibido (PSS) en profesionales de enfermería del Perú. *Enfermería Clínica*, 32(3), 152–160.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862122000080>
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., & Egan, S. J.** (2019). An examination of direct, indirect, and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 53–59.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D.** (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, *81*(4), 354–373.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1981096>

**Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J.** (2009). Mental health and academic success in college. *BMC Psychiatry*, *9*(1), 1–12.

<https://www.degruyter.com/document/doi/10.2202/1935-1682.2191/html>

**Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Khriz, N. E.** (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment seeking. *Journal of American College Health*, *59*(8), 700–707.

**Eravianti, S., Sulastri, D., Bachtiar, A., & Maputra, Y.** (2020). Risk factors for stress in school environments in teenagers with stunting. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, *17*(6), 8859–8862.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322022000100015](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322022000100015)

**Estévez, E.** (2013). *Los problemas en la adolescencia: Respuestas y sugerencias para padres y educadores*. Editorial Síntesis.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009)

**Evans, B. C., Felton, J. W., Lagacey, M. A., Manasse, S. M., Lejuez, C. W., & Juarascio, A. S.** (2019). Impulsivity and affect reactivity prospectively predict disordered eating attitudes in adolescents: A 6-year longitudinal study. *European Child & Adolescent*

*Psychiatry*, 28(9), 1193–1202.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R.** (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796702000888>

**Ferguson, C. J.** (2018). The devil wears stata: Thin-ideal media's minimal contribution to our understanding of body dissatisfaction and eating disorders. *Archives of Scientific Psychology*, 6(1), 70–79. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Feten-Romdhane, F., Pardini, S., Hallit, S., Novara, C., & Brytek-Matera, A.** (2024). A multi-country examination of the relationship between perfectionism and disordered eating: The indirect effect of obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 69.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470246/>

**Fitzgerald, K., & Gauthier, C.** (2021). Comorbid psychiatric disorders in eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 85, 101–115.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000500784](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784)

**Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., & Accurso, E. C.** (2016). College students with eating disorders: A decade in review of prevalence, prognosis, and prevention. *Eating Disorders*, 24(5), 578–598. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470246/>

- Flores, A. M.** (2019). Relación entre estrés percibido y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología y Salud*, 27(1), 45–58.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7855458>
- Flores Canales, V. H.** (2007). *Estrés laboral* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].  
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/1750/Estr%C3%A9s%20laboral.pdf>
- Flores, L.** (2017). *Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa* [Tesis de bachillerato, Universidad Católica San Pablo].  
<https://biblioteca.ucsp.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=48630>
- Flores, R.** (2019). *Relación entre imagen corporal y estrés académico en estudiantes universitarios de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/36193>
- Frisch, A., Laufer, N., Danziger, Y., Michaelovsky, E., Leor, S., Carrel, S., Stain, F., Fenning, S., & et al.** (2001). Association of anorexia nervosa with the high activity allele of the COMT gene: A family-based study. *Molecular Psychiatry*, 6(3), 243–245.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7557028/>
- Freud, S.** (1905). *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad*. Editorial.  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2kawDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9>

**Garcés de los Fayos, E.** (1995). Burnout en niños y adolescentes: Un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*, 7(1), 33–40.

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100012>

**Garcés, W. P., & Chasi, K.** (2020). Estrés académico en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar. *Ciencias Sociales y Económicas*, 4(2), 77–87. <https://www.redalyc.org/journal/686/68672426006/html/>

**García, A.** (2011). *Efectos del estrés percibido y las estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios niveles de ciencias de la salud* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/4905>

**Gaudio, S., Nocchi, F., Franchin, T., Genovese, E., Cannatà, V., Longo, D., & Fariello, G.** (2011). Gray matter decrease distribution in the early stages of anorexia nervosa restrictive type in adolescents. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 24–30. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/29105>

**Goldschmidt, A., Wall, M., Choo, T., Becker, C., & Neumark-Sztainer, D.** (2016). Shared risk factors for mood-, eating-, and weight-related health outcomes. *Health Psychology*, 35(3), 245–252. <https://psycnet.apa.org/>

**González-Ramírez, M. T., & Landero-Hernández, R.** (2020). Academic stress and coping in university students. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 7(3), 45–52. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212022000101209&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212022000101209&script=sci_arttext)

- Guido, K. W. F.** (2015). Recent advances in neuroimaging to model eating disorder neurobiology. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 22. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/29105>
- Hammen, C.** (2005). Stress and depression: The role of vulnerability. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293–319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716090/>
- Hedman, A., Breithaupt, L., Hübel, C., Thornton, L. M., Tillander, A., Norring, C., & others.** (2019). Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(7), 803–812. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Hernández, P.** (2022). *Los moldes de la mente: Más allá de la inteligencia*. <https://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>
- Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C., & Treasure, J.** (2019). Genetic risk factors for eating disorders: An update and insights into pathophysiology. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9, 1–20. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Holloway, I., & Brown, B.** (2009). The stress of higher education: A review of the literature. *Educational Psychology*, 29(1), 1–16. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/ajpy.12258>
- Johnson, R., & Lee, M.** (2019). Understanding the impact of negative body image on eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 123–135.
- Jones, L., & Smith, A.** (2022). Suicide risk and mortality in eating disorders: A comprehensive review. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 45–53. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000500784](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784)

- Jun, S., & Choi, E.** (2015). Academic stress and internet addiction from the general strain theory framework. *Computers in Human Behavior*, 49, 282–287.  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322022000100015](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322022000100015)
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L.** (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Krishan, L.** (2014). Academic stress among adolescents in relation to intelligence and demographic factors. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences*, 5(1), 123–129. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n27/2223-3032-rip-27-15.pdf>
- Lawler, M., & Nixon, E.** (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture, and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59–71. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.  
<https://www.redalyc.org/journal/3331/333145838001/html/>
- Lessig, C., & Joule, W.** (1873). *Anorexia nervosa: A psychological study*. Editorial o imprenta.
- Levine, M. P.** (2000). Societal influences on body image development. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 50–60). The

Guilford Press.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bxPuCP9nCZoC&oi=fnd&pg=PR1>

**Lladós, M. G., & Sábado, J. T.** (2011). *El trastorno por atracón: ¿Un nuevo trastorno alimentario?* Editorial Académica Española. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/36178/>

**Marchan Palomino, M. M., & Zapata Martinez, A.** (2021). *Conducta alimentaria, niveles de estrés y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima* [Tesis de maestría, Universidad Privada del Norte].

**Martínez, E. S., & Díaz, D. A.** (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 2(10), 11–22. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)

**Meier, S. M., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Mattheisen, M., Mortensen, P. B., & Petersen, L.** (2015). Diagnosed anxiety disorders and the risk of subsequent anorexia nervosa: A Danish population register study. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 524–530. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)

**Méndez, J. P.** (1989). Anorexia nervosa: Función endocrina durante la fase de pérdida de peso y la recuperación del mismo. *Revista de Investigación Clínica*, 41, 337–344.

**Miller, A. H., Maletic, V., & Raison, C. L.** (2009). Increased inflammation in depression: A review of the evidence. *Current Psychiatry Reports*, 11(6), 435–442. <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/12/3793>

- Moreno Fortes, A., Sánchez, M., & García, R.** (2020). Estrés académico y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios: Un estudio transversal. *Revista de Psicología Aplicada*, 28(1), 12–25. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/89136>
- Morton, R.** (1694). *Phthisiologia*. En C. S. Breathnach (Ed.), *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 91(10). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014107689809101021>
- Musazzi, L., Tornese, P., Sala, N., & Popoli, M.** (2017). ¿Acute or chronic? A stressful question. *Trends in Neurosciences*, 40(8), 525–535.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272022000400465&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272022000400465&script=sci_arttext)
- Nagata, J. M., & Vargas, A.** (2024). Eating disorders in adolescents: A position paper. *Journal of Adolescent Health*, 16, 476–479.
- Paniagua, A.** (2018). *Relación entre trastornos de la conducta alimentaria e inteligencia emocional en estudiantes preuniversitarios* [Tesis de licenciatura].  
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/fb5fd775-53c1-483e-b795-e60fee15f50d>
- Papalia, D.** (1998). *Desarrollo humano*. McGraw Hill.
- Paolasso, A.** (2018). Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento.  
<https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4229>
- Peñafiel-León, J. E.** (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Peruanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202–211. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712001/55969712001.pdf>

- Polivy, J., & Herman, C. P.** (2002). Stress and eating: A review of the literature. *Health Psychology*, 21(1), 96–105.  
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J., & Taype, A.** (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 551–561. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2017.v43n4/551-561/>
- Ponce, D., Lozano, D., & Valverde, M.** (2017). Insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 35(2), 215–234. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000300478&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000300478&script=sci_abstract)
- Ponce, J., Loaiza, R., & Quispe, M.** (2017). Estrés académico y riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de psicología. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(2), 103–118.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i2.13980>
- Portela, M., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R.** (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08\\_revision\\_07.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf)
- Puma, K.** (2021). *Estrés académico y sintomatología de trastornos alimentarios en estudiantes de psicología de una universidad privada de Arequipa* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio UCSM. <https://tesis.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7453>

- Quispe, L., & Ramírez, A.** (2021). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes universitarios de una universidad pública del sur del Perú. *Revista Científica de Psicología*, 19(1), 33–42.  
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2900>
- Ramos, D., & Torres, L.** (2020). *Estrés percibido en estudiantes de primer año de carreras de la salud en una universidad privada de Arequipa* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio UCSM. <https://tesis.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6748>
- Rastam, M., & Gillberg, C.** (1992). Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(1), 54–65. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000300002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002)
- Rivera Gonzales, A. L., Camacho Gómez, W. D., Reynoso Caballero, M. R., Lazo Canales, S., Mamani-Urrutia, V., & Espinoza-Rojas, R.** (2021). *Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana* [Tesis de maestría, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; Universidad Ricardo Palma]. [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-22-0047.\\_Mnuscrito\\_final.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-22-0047._Mnuscrito_final.pdf)
- Rodin, J., Stunkard, A. J., & Reichmann, S. K.** (1984). El papel de la imagen corporal en la patogénesis de los trastornos alimentarios. *Psychological Review*, 91(3), 259–271.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618308004.pdf>
- Rodríguez, M. E., & García, F. E.** (2021). Presión estética, imagen corporal y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología y Sociedad*, 29(2), 113–128.  
<http://161.132.207.135/handle/20.500.12969/2039>

- Rodríguez, S., & Cruz, S.** (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131–137. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720118.pdf>
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín Calderón, C., & Perona Garcelán, S.** (2014). Risk factors and clinical indicators in eating disorders: An update. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 9–21.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169726001400012X>
- Rohleder, N.** (2019). Stress and inflammation – The need to address the gap in the transition between acute and chronic stress effects. *Psychoneuroendocrinology*, 105, 164–171.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272022000400465](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000400465)
- Román, C. A., Ortiz, F., & Hernández, Y.** (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 7(46), 1–8.  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)
- Roozendaal, B., McReynolds, J. R., & McGaugh, J. L.** (2009). Stress, memory, and the amygdala. *Journal of Neuroscience Research*, 87(1), 80–87. <https://www.nature.com/articles/nrn2651>
- Rothblum, E. D., & Sullivan, M.** (2005). Stress, body image, and eating disorders among college students. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 47–58.  
<https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1425/>
- Sancho, C., Arija, V., & Canals, J.** (2008). Personality in non-clinical adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 133–138.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112022000500004)

- Santana, M. L. P. de.** (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Revista de Psiquiatría y Psicología*, 10(2), 123–135.  
[https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08\\_revision\\_07.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf)
- Sánchez, F., & Mejía, C.** (2019). Ansiedad ante los exámenes y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Psicología. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(2), 87–98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6908670>
- Seijas, D., & Sepúlveda, X.** (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica*, 16(4), 230–235.  
[https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_1/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf](https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_16_1/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf)
- Selye, H.** (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 177–231.  
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2782688>
- Selye, H.** (1973). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37–48. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Sepúlveda, A. R., & Calado, M.** (2018). Gender differences in risk factors for eating disorders in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 66, 1–12.  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1097184X16634798>

- Smith, J., & Brown, L.** (2019). Principles of public health: Levels of prevention. *Public Health Review*, 54(2), 145–160. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500015)
- Stice, E., Gau, J., Rohde, P., & Shaw, H.** (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Stice, E., & Shaw, H.** (2002). Role of body image in the onset and maintenance of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 3–14.
- Stroud, L., Foster, E., Papandonatos, G., Handwerger, K., Granger, D., Kivlighan, K., & Niaura, R.** (2009). Stress response and the adolescent transition: Performance versus peer rejection stressors. *Development and Psychopathology*, 21(1), 47–68. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222330322022000100015](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222330322022000100015)
- Toro, J., & Salamero, M.** (1999). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 22(3), 154–164.
- Torres, Y.** (2024). *Investigación sobre niveles de estrés, ansiedad y depresión en internos de Medicina Humana post-COVID-19* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fb7d8dcd-5eaf-477a-8f5c-e1d4bb36b58c/content>

- Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., & Pohle-Krauza, R.** (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety, and depression – A focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychology*, 5(1).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Vallejos, A., Rosales, G., & Cano, R.** (2020). Estrés percibido y conductas alimentarias en estudiantes universitarios de ciencias de la salud en Cusco. *Revista de Psicología Aplicada*, 17(3), 211–223.  
<https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/20097>
- Vallejos, F., Gutiérrez, A., & Medina, S.** (2020). Estrés percibido y riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de medicina. *Revista de Psicología Universitaria*, 12(1), 45–56.  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RPU/article/view/3747>
- Vallejos, M., Rojas, C., & Fernández, L.** (2020). Relación entre estrés académico y riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. *Revista Científica de Psicología*, 18(2), 65–78. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001425652030206X>
- Vidal, L., Ortega, M. A., Álvarez-Mon, M. A., Álvarez-Mon, M., & Lahera, G.** (2021). Volumetric alterations of the cerebral cortex in eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5480.  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/29105/Neurobiologia%20de%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>
- Villarreal-Fernández, J. E.** (2023). El estrés y burnout percibidos en los docentes colombianos en el regreso a la presencialidad en las aulas: Un estudio exploratorio. *Institución Educativa Félix Henao Botero*. <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/236.pdf>

- Watson, H. J., Yilmaz, Z., & Bulik, C. M.** (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, *51*(8), 1207–1214. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000500004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004)
- Zhang, J., Fujita, Y., Chang, L., Pu, Y., Qu, Y., Wang, S., & et al.** (2020). Beneficial effects of anti-RANKL antibody in depression-like phenotype, inflammatory bone markers, and bone mineral density in male susceptible mice after chronic social defeat stress. *Behavioural Brain Research*, *379*, 112376. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272022000400465](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000400465)
- Ziegler, M.** (2012). Psychological stress and the autonomic nervous system. In D. Robertson, I. Biaggioni, G. Burnstock, P. A. Low, & J. F. R. Paton (Eds.), *Primer on the Autonomic Nervous System* (3rd ed., pp. 291–293). Academic Press. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272022000400465](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000400465)
- Zubieta, R.** (2022). Estrés y procrastinación en estudiantes de psicología en Arequipa. <https://cris.continental.edu.pe/en/publications/estr%C3%A9s-y-procrastinaci%C3%B3n-acad%C3%A9mica-en-estudiantes-de-una-universi-2>
- Zuckerman, M.** (1999). Vulnerability to psychopathology: A biosocial model. *American Psychologist*, *54*(2), 103–109. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=C-G2RhFjKjgC&oi=fnd&pg=PA270>

## Anexo A

### Consentimiento Informado

Este estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de estrés percibido y las actitudes alimentarias de los participantes. La información recopilada ayudará a comprender mejor la relación entre estos 2 factores. Debido a que usted cumple con las características requeridas para participar en este estudio, es decir, **ESTUDIA LA CARRERA DE PSICOLOGÍA EN UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA O PRIVADA, TIENE 17 AÑOS O MÁS, Y RESIDENTE EN AREQUIPA**, lo invitamos a ser parte de este. Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información:

**Criterios de exclusión:** No podrás participar en este estudio si: Tiene un diagnóstico activo de trastornos como (trastornos de la conducta alimentaria y estrés crónico).

**Participación:** Su participación consistirá en responder 36 preguntas de 2 pruebas psicológicas y una ficha de datos sociodemográficos. Todo este proceso tendrá una duración de 15 a 20 minutos aproximadamente.

**Riesgos:** Debido a que su participación consistirá en el llenado de pruebas psicológicas, el tipo de riesgo que supone la investigación es prácticamente nulo a mínimo. Algo importante de mencionar es que en caso no desee seguir participando en el llenado de información por cual sea el motivo, puede cerrar la página, y no se grabarán sus respuestas.

**Beneficios:** De manera general, usted no recibirá ninguna recompensa por participar en este estudio. Es importante recalcar que su participación permitirá generar información para futuras propuestas de investigación y de tratamientos psicológicos basados en evidencias.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Es decir, tendrá la total libertad de contestar las preguntas, así como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Para ello, basta con cerrar la pestaña del navegador en la cual aparece el cuestionario que está respondiendo, pues

mientras no haya hecho clic en la opción "Enviar", no se grabará ninguna de sus respuestas. El dejar de participar no implicará ningún perjuicio a su persona de ninguna manera.

**Confidencialidad:** Sus datos y opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

**Conocimiento de los resultados:** Al ser un trabajo de investigación preliminar, no será posible ni el procesamiento ni la devolución de resultados a nivel individual.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al investigador responsable de este estudio:

- **Nombre investigador responsable:** Zusell Frisancho
- **Correo Electrónico:** [zusell.frisancho@ucsp.edu.pe](mailto:zusell.frisancho@ucsp.edu.pe)

Para finalizar con el consentimiento informado, es importante responder a las siguientes preguntas:

**Anexo B**

<b>FICHA SOCIODEMOGRÁFICA</b>			
<b>DATOS PERSONALES</b>			
<b>Edad:</b>			
<b>Sexo:</b>	<b>(Femenino)</b>	<b>(Masculino)</b>	
<b>I.E</b>			
<b>Semestre:</b>	<b>Primer Semestre</b>	<b>Décimo Semestre</b>	<b>Doceavo Semestre</b>

## Anexo C

### Escala de Estrés Percibido

**Instrucciones:** Por favor, indique en qué medida se aplica cada enunciado a usted tomando en cuenta la siguiente escala de respuesta: 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (de vez en cuando), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo).

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?.	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?.	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?.	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?.	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?.	0	1	2	3	4
6. En el último mes ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía por hacer?.	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?.	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?.	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de tu control?.	0	1	2	3	4

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

## Anexo D

### EAT - 26

**Instrucciones:** Rellene el siguiente formulario con la mayor precisión, honesta y completamente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pon una “X” en el número que mejor refleje tu caso. Contesta cuidadosamente. 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Algunas veces, 4: Bastantes veces, 5: Casi siempre y 6: Siempre.

FORMULARIO	1	2	3	4	5	6
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procura no comer, aunque no tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida.						
4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.).						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vómito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo en comer más que las otras personas.						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17. Como alimentos de régimen.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma.						
21. - Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						

<b>23.</b> Me comprometo a hacer régimen.							
<b>24.</b> Me gusta sentir el estómago vacío.							
<b>25.</b> Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.							
<b>26.</b> Tengo ganas de vomitar después de las comidas.							