



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LAS
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y
COMPORTAMENTALES DE LOS
TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA Y LA INTELIGENCIA
EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DE
PRIMER AÑO DE UNA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE LIMA, PERÚ

TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LAURA CECILIA NEYRA ASMAT

LIMA - PERÚ

2021

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos López Villavicencio

Presidente

Mg. Julia Roxana Calderón Calderón

Vocal

Mg. Adriana Basurto Torres

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Mg. Cecilia Castro Chávarry

DEDICATORIA

A mamá, por sostener con amor incondicional mi impaciencia, frustración y miedos, de la manera en que solo ella lo sabe hacer.

A papá, por la inspiración y experiencias que dejó; por sacar mi lado más resiliente y emocional.

A mis hermanos y a todos los “Asmashians”, en especial a Diana por las risas, consejos, amor y seguridad que significa para mí.

A Nico, Mike, Mafer, Sol, Adri y Sebas, por siempre estar presentes y brindarme su más auténtica amistad.

A la morochasinfiltró.

AGRADECIMIENTOS

Por siempre y para siempre a Ceci, mi asesora, por la paciencia, dedicación y contención durante todo el proceso.

A la Unidad de Formación Básica Integral (UFBI) por su apertura y colaboración con mi investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1. Identificación del problema.....	3
2. Justificación e importancia del problema.....	8
3. Limitaciones de la investigación.....	10
4. Objetivos de la investigación	10
4.1. Objetivo general.....	10
4.2. Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
1. Aspectos conceptuales pertinentes.....	13
1.1. Características Psicológicas y Comportamentales de los TCA.....	13
1.1.1. Definición Conceptual	13
1.1.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM V	18
1.1.3. Modelos Psicológicos de los TCA.....	22
1.1.4. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).....	23
1.1.5. Etiopatogenia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y de los TCA según el modelo Biopsicosocial de Garner	24
1.1.6. Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo y los TCA en universitarios	26
1.1.7. Características psicológicas y comportamentales en estudiantes universitarios:	28
1.2. Inteligencia Emocional.....	31
1.2.1. Definición Conceptual	31
1.2.2. Principales modelos teóricos de la Inteligencia Emocional.....	34
1.2.3. Inteligencia emocional en la población de estudio	36

1.2.4. Inteligencia Emocional y TCA	37
2. Investigaciones en torno al problema investigado	40
2.1 Nacionales.....	40
2.2. Internacionales	43
3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables	49
3.2. Características Psicológicas y Comportamentales de los TCA	49
3.3. Inteligencia Emocional	50
4. Hipótesis.....	54
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	56
1. Nivel y tipo de investigación.....	56
2. Diseño de la investigación	56
3. Población y muestra	57
3.1. Descripción de la Población.....	57
3.2. Descripción de la muestra y método de muestreo.....	57
3.3. Criterios de selección	58
Criterios de Inclusión	58
Criterios de exclusión	59
4. Instrumentos	60
5. Procedimiento	65
5.1. Consideraciones éticas	67
6. Plan de análisis de datos.....	68
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	70
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	90
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	102
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables	51
Tabla 2. Criterios de Cohen	68
Tabla 3. Relación entre las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la IE	69
Tabla 4. Frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según el género del EDI-2.....	70
Tabla 5. Frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según la edad del EDI-2.	72
Tabla 6. Frecuencia de las habilidades de la IE según el género del EDI-2	74
Tabla 7. Frecuencia de las habilidades de la IE según la edad del EDI-2.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Biopsicosocial de Garner (1993)	26
Figura 2. Modelo revisado de IE de Mayer y Salovey (1997).....	33
Figura 3. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión de atención emocional.	77
Figura 4. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión de atención emocional.	78
Figura 5. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión de atención emocional.	79
Figura 6. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional.....	81
Figura 7. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional.....	82
Figura 8. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional.....	84
Figura 9. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión de reparación emocional.....	85
Figura 10. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión de reparación emocional.....	87
Figura 11. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión de reparación emocional.	88

RESUMEN

El presente estudio constituye un primer acercamiento en la búsqueda por conocer la relación existente entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en una población de estudiantes de primer año pertenecientes a las Facultades de Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana. Además, se pretende analizar la relación entre los factores: personal, social y corporal de las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria con las dimensiones de la inteligencia emocional: atención, claridad y reparación emocional.

Como parte de la metodología, se utilizaron: el inventario de auto reporte Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2), adaptado por primera vez por Guerrero (2008) y el Trait Meta Mood Scale 14 (TMMS-14), adaptado por Carrasco (2017), con los cuales se evaluaron a 163 estudiantes de una universidad privada de Lima.

Los resultados demostraron que la mayoría de mujeres presentaron indicadores de TCA en las 11 escalas que evalúa el EDI-2, mientras que la mayoría de los varones presentaron indicadores de TCA en 9 escalas, así como ausencia de indicadores en la insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal. Asimismo, considerando las edades, la mayoría de adolescentes presentaron indicadores de TCA en las 11 escalas; mientras que la mayoría de jóvenes, presentan indicadores

de TCA en 10 de las escalas, excepto en la de bulimia. Por otro lado, respecto a los niveles de inteligencia emocional, se obtuvo que la mayoría de estudiantes de la población (de ambos grupos etarios) mostraron niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional.

El presente estudio demuestra que existe una relación negativa y estadísticamente significativa (-0.360) entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional, siendo la correlación entre el factor personal y la claridad emocional la más representativa, por ser negativa y moderada ($\rho = -0.422$).

Palabras Claves: Características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria, inteligencia emocional, adolescencia, juventud, factor personal, factor corporal, factor social, atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

ABSTRACT

The main objective of this research is to know the relationship between the psychological and behavioral characteristics of eating disorders and emotional intelligence in a population of first-year students belonging from the faculties of health, life and education of a private university in Lima Metropolitana. The aim is to analyze the relationship between personal, social and corporal factors of the psychological and behavioral characteristics of eating disorders and emotional intelligence abilities, like: attention, clarity and emotional repair. To this, end, 163 students were evaluated through the application of self-report Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2), adapted for the first time by Guerrero (2008) and the Trait Meta Mood Scale 14 (TMMS-14), adapted by Carrasco (2017). Results prove that majority women presented eating disorder risk on 11 scales evaluated by the instrument and the majority of men presented eating disorder risk on 9 scales, less in body dissatisfaction and interpersonal distrust. Likewise, according to the sample age, the majority of adolescents presented ED risk in 11 scales, while the majority of young people presented ED risk in 10 scales, less in bulimia scale. On the other hand, in terms of levels of emotional intelligence, it was found that the majority of students in the population, both men and women and both age groups, showed adequate levels of attention, clarity and emotional repair.

The study shows a negative and statistically significant relationship (-0.360) between the psychological and behavioral characteristics of eating disorders and

emotional intelligence, and the correlation between personal factor and emotional clarity being the most representative ($\rho = -0.422$).

Keywords: Psychological and behavioral characteristics of eating disorders, emotional intelligence, adolescence, youth, personal factor, bodily factor, social factor, emotional attention, emotional clarity and emotional repa

INTRODUCCIÓN

Las características psicológicas y comportamentales de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), según Garner (1998), se refieren a las conductas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, ascetismo, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social que suelen estar presentes en los cuadros clínicos de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).

Autores como Gottlieb (2014) señalan que la cultura de las dietas y normalización de cuerpos hegemónicos como el ideal de belleza, facilitan la aparición y desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo, siendo su prevalencia más común que los diagnósticos, donde aproximadamente el 50% de la población general presenta alguna de estas a lo largo de su vida.

De igual modo, estudios relacionados advierten que, junto a otros factores, el inicio de la etapa universitaria está asociada a desencadenar y agravar las características psicológicas y comportamentales de los TCA. Según Ponce (2017) el 10.1% de estudiantes peruanos de la carrera de medicina tenían un probable diagnóstico de TCA, resultado de una serie de cambios a nivel individual que demandan habilidades para la gestión de emociones.

Es por ello que, en este punto, resulta relevante comprender el rol de la inteligencia emocional en esta problemática. En efecto, esta se define como el conjunto de habilidades que permiten conocer, comprender, valorar, expresar y gestionar

emociones para asegurar un óptimo afrontamiento de situaciones estresantes o predisponentes de un TCA (Fernández-Berrocal y Extremera Pacheco, 2009).

De esta manera, la presente investigación, titulada “Relación entre las características psicológicas y comportamentales de los Trastornos de Conducta alimentaria y la Inteligencia Emocional en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima, Perú” plantea identificar la relación entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional por medio de los instrumentos: EDI-2 (Garner, 1998) para evaluar las características psicológicas y comportamentales de los TCA; y el TMMS-24 (Salovey y Mayer, 1997), para evaluar la inteligencia emocional. Ello, a fin de que las instituciones universitarias puedan realizar una intervención óptima e informada para prevenir el desarrollo de estas conductas alimentarias de riesgo, así como optimizar habilidades emocionales para que puedan hacerle frente, de manera efectiva, a las situaciones estresantes propias del inicio de la etapa universitaria.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Identificación del problema

Una de las psicopatologías mentales más preocupantes en la actualidad para la salud pública según la OMS son los trastornos de conducta alimentaria al ser trastornos complejos, multifactoriales y de alta mortalidad que afectan a la población, principalmente de adolescentes y jóvenes entre los 16 y 25 años (Duarte, J., 2019).

Si bien la incidencia de casos se ha mantenido estable en las últimas décadas, es de igual forma preocupante, los casos de anorexia nerviosa oscilan entre 5 y 5.4 personas por cada 100,000 personas/año, donde 490 sobre 100,000 personas son mujeres de entre 15 y 19 años, y de 15.7 por 100,000 personas son hombres entre 10 y 24 años (Duarte, J., 2019). Respecto a la bulimia nerviosa, la prevalencia es de 2-4% a nivel mundial, estimándose que por cada 10 mujeres 1 varón padece de esta psicopatología (Luca A, Luca M, Calandra C, 2014). Estas cifras demuestran que los TCA están presentes sobre todo en la población de jóvenes y adolescentes y que requieren de un tratamiento y atención para contrarrestar el número de personas afectadas.

Por otro lado, sobre las características psicológicas y comportamentales de los TCA, Sánchez y Sabogal (2020), advierten que el 50% de la población general tendría una relación conflictiva con la comida, el cuerpo y/o el ejercicio lo cual estaría desencadenando en conductas alimentarias de riesgo, como restricción alimentaria (dietas hipocalóricas), saltarse comidas, ayunos, conductas purgativas, uso de

productos adelgazantes, ejercicio compulsivo, etc .Donde lo más preocupante, es que estos comportamientos o signos de alarma pocas veces son atendidos en una etapa inicial dada la desinformación, estigmatización y normalización de conductas alimentarias de riesgo o disfuncionales por parte de la cultura occidental.

La vulnerabilidad a desarrollar conductas alimentarias de riesgo y/o desencadenar un TCA es debida a la presencia de una serie de factores biológicos, genéticos, neuroendocrinológicos, psicológicos y socioculturales en los adolescentes y jóvenes lo cual se manifiesta por medio de la preocupación/obsesión por la comida, peso y/o imagen corporal; y el uso de conductas no saludables, en muchos casos auto destructivas, para controlar o disminuir el peso corporal (Dede, A., Lyritis, G., y Tournis, S. 2014).

Así mismo, sobre el tema en cuestión, recientes investigaciones indican que, otro factor que hace vulnerables a las personas a presentar características psicológicas y comportamentales de los TCA, así como la psicopatología en sí misma, es el inicio de la etapa universitaria donde el estudiante tiene un mayor riesgo de presentar cuadros de estrés y ansiedad, depresión, abuso de sustancias y TCA, sobre este último, la vulnerabilidad será mayor si hubieron conductas alimentarias de riesgo que no fueron atendidas durante la escolaridad (Wilson, 2014; Nyer, 2013; Markman-Geisner, Mallet & Killmer, 2012; citado por Unikel, Díaz de León, González, Wagner y Rivera, 2015). Y es que, precisamente, el inicio de la vida universitaria sugiere una serie de cambios importantes en la vida del estudiante y nuevas experiencias a las cuales adaptarse, como la tensión o estrés de tomar una decisión importante en su

vida (como es la elección de la carrera) que demanda un mayor grado de autonomía e independencia, la separación de la familia, cambio de vivienda o ciudad, en algunos estudiantes; tener que desarrollar habilidades para la óptima gestión del dinero, establecer nuevos vínculos y relaciones interpersonales, responder a nuevas exigencias académicas y consecución de hábitos saludables (Ponce, Turpo, Salazar, Viteri, Carhuancho y Taype, 2017). Ello implica que el universitario inevitablemente esté expuesto constantemente a situaciones altamente estresantes que le generen ansiedad o malestar, que sin un adecuado nivel de inteligencia emocional y apoyo psicosocial podría afectar su bienestar emocional, rendimiento académico, salud física, entre otros.

En países como Pakistán, en una muestra conformada por 435 estudiantes universitarios de medicina, el 22.75% presentó alto riesgo para desencadenar un TCA; en Reino Unido, el 13.7% de estudiantes de enfermería respecto a una muestra de 212 habían desarrollado algún TCA (Suclla, Estefanero, Smedts, Velarde, Vera, Murillo y Cáceres, 2015); y en México, estudiantes universitarios, el 7% de las mujeres y el 4% de hombres presentaron conductas alimentarias de riesgo (Díaz de León-Vázquez, 2013; Saucedo Molina y Unikel, 2010). Mientras que, a nivel nacional, el 10,1 % de estudiantes de primer año de la carrera de medicina de una universidad de Lima tuvo probable diagnóstico de TCA (Ponce, Turpo, Salazar, Viteri, Carhuancho, y Taype, 2017), y en Arequipa, de 164 estudiantes de primer año de medicina, obstetricia y puericultura, el 35% presentó riesgo de desarrollar algún TCA (Fernández, Vargas y Valencia, 2009). Lo cual se corrobora con lo estimado por

el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", (2013) y Ministerio de Salud del Perú (2017) referido a que un 6% de la población presenta conductas alimentarias de riesgo, sobre todo en zonas urbanas; siendo más frecuente en las mujeres (7.1%) que en los varones (4.9%), donde las conductas insanas más recurrentes suelen ser: realizar dietas restrictivas, usar purgantes o diuréticos, inducirse el vómito y practicar ejercicio en forma desmesurada por largas horas.

Las personas con características psicológicas y comportamentales, así como con la psicopatología presentan dificultades en la identificación, regulación y expresión emocional, debido a que tienden a gestionar su mundo interno de manera impulsiva y auto destructiva por medio de conductas como: restricción alimentaria, atracones, vómitos autoinducidos, ejercicio compulsivo, etc. (Pascual, Etxebarria, I., Cruz, M., y Echeburúa, E., 2011), donde la función de estos comportamientos es suprimir o reprimir pensamientos y emociones, sobre todo las catalogadas como “negativas”.

Autores como Markey, M. & Vander, J. (2007) suponen que la inteligencia emocional tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de las características psicológicas y comportamentales de los TCA. Así mismo, Garner, Olmstead & Polivy (1983), reconocen que las características psicológicas y comportamentales tienen una importante influencia del factor emocional, sobre todo en el reconocimiento, tolerancia y gestión de las emociones, mayormente de las negativas, lo cual incrementa el riesgo de que lleven a cabo conductas que vulneran su integridad y bienestar personal.

Salovey y Mayer, definen la inteligencia emocional, bajo el modelo del procesamiento de la información, como:

“La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; además de facilitar el acceso y generar sentimientos que faciliten el pensamiento. La habilidad para comprender las emociones y regularlas promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Fernández-Berrocal, Extremera y Pacheco, 2009).

Es decir, la inteligencia emocional, como ha sido planteada, está conformada por un conjunto de habilidades que permite a las personas ser capaces de poder identificar sus propias emociones, así como las de los demás; expresar su sentir y reconocer las circunstancias o eventos que pueden estar relacionadas a sus emociones. Precisamente, la inteligencia emocional, regula la forma en que se expresan, cuidan su propia integridad y la de otras personas. Habilidades que, en las personas con características psicológicas y comportamentales de los TCA o trastornos alimentarios per sé, se ven mermadas (Badia, 2015).

Y aunque se ha demostrado que las personas con TCA presentan un déficit en habilidades emocionales y que son un factor de vulnerabilidad para desencadenar conductas alimentarias de riesgo, los estudios continúan centrándose en aspectos cognitivos y conductuales. Es por ello que considerando lo anteriormente descrito, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en estudiantes de primer año de una Universidad Privada de Lima Metropolitana?

2. Justificación e importancia del problema

La presencia de características psicológicas y comportamentales de los TCA es un problema que afecta a los adolescentes y jóvenes del país, sobre todo a los que recientemente inician sus estudios universitarios. Ello, en la medida en que las consecuencias en su salud física (desnutrición, debilidad muscular, afecciones estomacales, desregulación hormonal, disminución de las funciones cerebrales, entre otras) y salud mental (irritabilidad emocional, predisposición a cuadros depresivos, aislamiento social, crisis de ansiedad y pensamientos obsesivos) impactan negativamente en diferentes ámbitos de su vida, tales como: el personal, académico, social, familiar y laboral. (Berny, Rodríguez, Cisneros y Guzmán, 2020).

Más aún, Barraza, Muñoz y Behrens (2017) hacen alusión a una alta prevalencia de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de primer año, principalmente, de las carreras de salud; esto último, reduce la oportunidad de emplear recursos emocionales adaptativos para gestionar sus emociones.

Resulta idóneo mencionar que la presencia de la inteligencia emocional en los estudiantes podría tener un rol protector o facilitador en la recuperación frente a las características psicológicas y comportamentales de los TCA, debido a que esta busca acercar a las personas a su mundo emocional por medio de las habilidades de identificación, comprensión y gestión de las emociones, valiéndose de conductas funcionales y saludables para el individuo (Ruiz, Extremera y Pineda, 2014)

La investigación se justifica a nivel teórico, debido a que los resultados proporcionarán una mayor evidencia científica en torno a los TCA y las conductas de

riesgo presentes en población universitaria, sobre todo a nivel nacional. Además, evidenciará el rol de la inteligencia emocional en esta problemática, aportando mayor información para las atenciones primarias e intervenciones multidisciplinarias para la recuperación de los TCA que actualmente se vienen desarrollando, tales como: la terapia dialéctica conductual, la rehabilitación cognitiva y entrenamiento en habilidades emocionales, la terapia enfocada en las emociones y la terapia conductual de aceptación de las emociones (Giner, 2016).

Se justifica a nivel metodológico, ya que constituye la base de futuras investigaciones semejantes, sobre todo, dentro del marco nacional donde la información existente aún es limitada.

Se justifica a nivel práctico, ya que los resultados permitirán el diseño y planteamiento de programas clínico-educativos de carácter preventivo y promocional, buscando la optimización y desarrollo del factor emocional, y de esta manera prevenir que se desencadene un TCA.

De la misma manera, la información obtenida es de relevancia para la institución educativa, debido a que facilitará un mayor conocimiento de la población estudiantil ingresante, aportando información relevante sobre las conductas de riesgo a nivel personal, corporal y social; además de las habilidades emocionales con las que cuentan o no para hacer frente a las demandas propias de estudiar una carrera universitaria. Le permitirá a la universidad, por otro lado, comparar el comportamiento emocional en función de la edad que atraviesan y todo ello otorgaría a la institución recursos adicionales para potencializar los servicios de tutorías,

orientación individual o grupal que ofrecen a sus estudiantes, así como también, favorece a la implementación o creación de programas y talleres emocionales.

3. Limitaciones de la investigación

- Los resultados obtenidos brindan información de un grupo de estudiantes universitarios específico de diferentes facultades, por lo que no pueden ser generalizables.
- El tipo de investigación es correlacional, de manera que no es posible establecer relaciones causales con los resultados obtenidos.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Identificar la relación entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

- Identificar la relación entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación

emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

- Identificar la relación entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la prevalencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y las dimensiones de la inteligencia emocional según el género, en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Identificar la prevalencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y las dimensiones de la inteligencia emocional en relación a la edad de los estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. Aspectos conceptuales pertinentes

1.1. Características Psicológicas y Comportamentales de los TCA

1.1.1. Definición Conceptual

Cuando se habla sobre las características psicológicas y comportamentales, se hace referencia a los síntomas o rasgos cognitivos, conductuales y emocionales respecto a la comida, el peso y la forma corporal que están presentes en los trastornos de la conducta alimentaria más estudiados: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Garner, Olmstead & Polivy las explican en su estudio “*Desarrollo y Validación del Inventario Multidimensional del Trastorno alimentario para la AN y BN*” en el año 1983:

- *Obsesión por la delgadez*: Según Bruch (1973) es la característica principal de los TCA y se refiere a la excesiva preocupación y obsesión por lograr la pérdida de peso y/o evitar que el cuerpo engorde o cambie. Woud, Anschutz, Van Strien, & Becker (2011) mencionan que esta característica es el móvil principal que da paso a la ejecución de conductas alimentarias de riesgo e incrementa el grado de compromiso con estas. Es decir, la necesidad o deseo por perder peso va a motivar que la persona incremente el autocontrol hacia sus conductas alimentarias, así como la fuerza de voluntad para alcanzar la meta. Según Garner (1998) la obsesión por la delgadez también genera pensamientos evitativos y disfuncionales respecto al peso.

- *Bulimia*: Es la tendencia a tener episodios de ingesta excesiva de alimentos, conocidos como atracones, los cuales, detonan acciones purgativas o restrictivas como: vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo, etc. Dicha conducta alimentaria se realiza bajo la creencia disfuncional de que por medio de las purgas se asimilará menor cantidad de calorías, por ende, no se ganará peso (Garner, 1998). Esta característica está presente, fundamentalmente, en casos de anorexia y bulimia purgativa. Además, en estos episodios de atracón-purga la persona no solo afecta su salud física, sino que también se ve mermada su salud mental.
- *Insatisfacción corporal*: Se refiere al malestar, incomodidad o rechazo que presenta una persona hacia su cuerpo o alguna parte de este, lo cual surge de las comparaciones entre un ideal de belleza impuesto por la sociedad y el propio cuerpo (Garner, 1998). La insatisfacción corporal, contempla a su vez, la distorsión en los 4 componentes de la imagen corporal referidos por Heinberg, Thompson, & Matzon (2001): el perceptual, conductual, emocional y cognitivo. Uno de los principales factores que influye en la insatisfacción corporal son los medios de comunicación y las redes sociales a las que últimamente la población adolescente y juvenil está más expuesta. Factor que, precisamente, sugiere la aceptación y valoración de un ideal de belleza que promueve la delgadez y rechaza los cuerpos que no cumplen con este. Además, las experiencias negativas que hayan podido experimentar las personas, como por ejemplo: burlas o bullying por el aspecto

físico durante la escolaridad, también va a incrementar la insatisfacción con el propio cuerpo y la motivación por cambiarlo (Ramírez y Torres, 2017). Asimismo, esta característica facilita la aparición y mantenimiento de las conductas alimentarias de riesgo.

- *Ineficacia*: Corresponde a la sensación de vacío existencial, de sentimientos de incapacidad e inutilidad, de inseguridad en la toma de decisiones y a la percepción de una falta de control sobre la propia vida. Todo ello se relaciona directamente con una pobre autoestima y una autoevaluación negativa (Garner, 1998).
- *Perfeccionismo*: Es una característica de la personalidad, que, según Fairburn, citado por Albornoz, Miranda, y Solano (2010), facilita y mantiene los trastornos de la conducta alimentaria. Se refiere a la auto imposición de expectativas muy altas y el cumplimiento de estas bajo una motivación extrínseca relacionada con el logro y éxito que normalmente se suele evidenciar en las áreas académicas y laborales. Las mayores dificultades aparecen cuando la persona se enfrenta al fracaso o error, puesto que se sobre identifican con la situación, surgen los pensamientos de tipo dicotómico y como consecuencia de ello, se alimenta una baja autoestima e ineficacia. El EDI, instrumento desarrollado por Garner (1998) evalúa el grado en el que la persona cree que solo es aceptable un rendimiento excelente en cualquier área de su vida; y que los demás, por ejemplo, familiares, docentes o amigos, esperan lo mismo.

- *Desconfianza interpersonal*: Se explica a través del sentimiento de alienación, desinterés y desgano por relacionarse con las demás personas o establecer vínculos. Favorece el aislamiento o evitación de situaciones sociales. Además, está relacionada con las dificultades de percepción y expresión emocional intra e interpersonal (Garner, Olmstead & Polivy 1983).
- *Conciencia interoceptiva*: Se refiere a la información que proviene del interior del cuerpo, la cual se relaciona con aspectos propioceptivos e interoceptivos. Según Garner (1998) tiene que ver con la confusión y dificultad en la identificación y regulación de las emociones, así como también de las sensaciones fisiológicas: hambre y saciedad. Selvini-Pazzoli (1994, citado por Quiroga y Cryan, 2007) desarrolla el término “paranoia intrapsíquica” a fin de explicar la desconfianza que las pacientes con TCA presentan respecto a sus cuerpos y señales internas.
- *Miedo a la madurez*: Se refiere al deseo de volver a la infancia o a una etapa prepuberal. Dependiendo de quién lo desarrolle, el motivo de evitación o miedo puede ser diferente. En algunos casos se habla de un deseo por volver a una etapa de la vida que dota de seguridad y, en otros casos, la evitación de los cambios corporales y hormonales propios de la adolescencia y adultez para lo cual las dietas y la pérdida de peso solucionarían este miedo o rechazo a madurar. (Garner, 1998 citado por Laporta, Díez, Latorre, Vives y Navalón, 2018)

- *Ascetismo*: Esta característica se relaciona con el perfeccionismo y el modo en que la persona tiende a buscar ideales espirituales por medio de la autodisciplina, sacrificios, control y castración de necesidades corporales (Garner, 1998). Realizar dietas se concibe como una purificación del cuerpo y el ayuno se percibe como una penitencia o castigo.
- *Impulsividad*: Es un rasgo de personalidad que en el instrumento creado por Garner (1998) se refiere a la dificultad en la regulación de los impulsos y a la tendencia a responder a ellos por medio de conductas autolesivas, hostiles, de abuso de drogas y ruptura de vínculos interpersonales. Las conductas impulsivas suelen ser respuestas rápidas frente a estímulos internos o externos que implican una conducta que muchas veces es una reacción, que carece de razón y que puede generar consecuencias negativas individuales y/o hacia las demás personas
- *Inseguridad social*: Se refiere a una creencia disfuncional sobre las relaciones sociales. Estas son percibidas como poco seguras, incómodas e innecesarias o poco confiables. La persona con riesgo a padecer de un TCA considera que las relaciones sociales no las beneficia, que son de baja calidad y por ende prefieren aislarse o evitar relacionarse (Bruch, 1973; Herzog, Keller, Lavoru & Ott, 1987; Norman & Herzog, 1984; Strober, 1980, 1981).

1.1.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM V

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) o los Trastornos del Comer y la Alimentación, como recientemente han sido catalogados por la reciente versión del DSM V, son psicopatologías crónicas de etiología multifactorial que se caracterizan por un malestar y rechazo de la propia imagen corporal, miedo intenso y preocupación por engordar. Los TCA se distinguen, de manera general, por la presencia de conductas desadaptativas relacionadas a la modificación del aspecto físico, facilitan pensamientos obsesivos y disfuncionales, así como emociones negativas asociadas a la comida y la percepción de sí mismos, lo que impacta negativamente en la salud física y mental de quien los padece (Berny, Rodríguez, Cisneros y Guzmán, 2020).

Los TCA reconocidos por el DSM V se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos por atracón y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (American Psychiatric Association, 2014).

Anorexia Nerviosa (AN)

Según el DSM-V, la anorexia nerviosa es un trastorno de conducta alimentaria, caracterizado, principalmente, por la restricción del consumo de alimentos motivada por un miedo intenso e irracional a engordar o volverse obeso, lo cual trae como consecuencia que la persona presente, en la mayoría de casos, un bajo peso e índice de masa corporal (IMC) menor a 17,5. Quien padece AN autogenera una distorsión de su imagen corporal; es decir, la persona se percibe a sí misma como “gorda” o que todavía no ha llegado a su objetivo, a pesar de encontrarse en un bajo peso. Esta distorsión es

lo que lo mantiene las conductas disfuncionales como ayunos y restricciones, cuando se habla del subtipo AN restrictiva. Por otro lado, en el subtipo AN purgativa, encontramos las purgas como las conductas más frecuentes. (Berny, Rodríguez, Cisneros y Guzmán, 2020).

Sobre la amenorrea asociada a este TCA, según la última edición del DSM-V, no se considera como un criterio diagnóstico; no obstante, es frecuente en la mayoría de pacientes, puesto que es una consecuencia por la disminución de las hormonas estimulantes de gonadotropinas. Esto provoca un hipogonadismo hipogonadotrófico, así como la disminución de los niveles de estradiol. En el caso de los varones, la consecuencia sería la disminución de los niveles de testosterona, lo cual se evidencia por medio de la pérdida de libido e impotencia sexual (American Psychiatric Association, 2014).

Como se menciona anteriormente, la AN comprende dos subtipos: *el restrictivo*, cuando el paciente no realiza prácticas con el fin de eliminar los alimentos consumidos, sino que predomina la restricción alimentaria y el ejercicio excesivo; y el subtipo *purgativo*, en el cual se evidencian conductas que intentan limpiar el organismo por medio de inducción al vómito y uso de laxantes o diuréticos.

Bulimia Nerviosa (BN)

Según el DSM-V, la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la frecuente presencia de atracones, los cuales consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos en un periodo corto de tiempo, si se compara con la

cantidad de comida que la mayoría de personas consumiría en un periodo de tiempo similar. La BN genera sensaciones de pérdida de control, la persona se percibe como en “trance” y genera incapacidad de identificar niveles de saciedad y malestar físico-emocional por la cantidad de alimentos ingeridos (May, 2014). Esta incapacidad facilita que la persona lleve a cabo conductas compensatorias y purgativas a fin de evitar engordar, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo. Al igual que en la AN, se presenta una desvalorización, una distorsión del aspecto físico y motivación por lograr la pérdida de peso, aunque las pacientes con BN no necesariamente se caracterizan por una delgadez extrema, sino por la oscilación constante en su peso (Behar y Arancibia, 2014).

Trastorno de Atracón (TA)

El trastorno de atracón se caracteriza por la presencia de frecuentes episodios de ingesta excesiva de alimentos, donde la persona percibe descontrol sobre la cantidad y calidad de lo que consume, generalmente en un determinado periodo de tiempo e incluso a pesar de no tener hambre. Sin embargo, posterior a estos episodios no hay presencia de conductas compensatorias o purgativas, lo cual hace el diagnóstico diferencial con la BN. No obstante, sí se evidencian emociones desagradables como ansiedad, vergüenza y culpa, pensamientos disfuncionales que intensifican el malestar y un posible impacto en el aspecto físico, ya que los atracones se asocian con sobrepeso, obesidad y/o comorbilidades en la salud física. (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno de la conducta alimentaria Especificados (TCAE)

Se refieren a la presencia de sintomatología característica de un trastorno de la conducta alimentaria que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las distintas áreas de vida de una persona, pero que no cumplen todos los criterios de ningún TCA, mencionados líneas arriba. Sin embargo, son de relevancia debido a que son los que más se presentan en la población. Estos trastornos en el DSM IV eran conocidos como trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE). Sin embargo, en la última edición del DSM-V recibe el nombre de *trastornos de la conducta alimentaria especificados* (TCAE), con el fin de que el clínico describa y especifique los síntomas que el paciente presenta con ejemplos de presentaciones tales como: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada, trastornos de atracción de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingesta nocturna de alimentos. (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015).

De esta manera, el objetivo de presentar todos los TCA considerados en el DSM-V es aportar al conocimiento y entendimiento del lector. No obstante, para fines de la presente investigación se hará referencia a las características psicológicas y comportamentales que usualmente están presentes en la AN y BN, debido a que Garner (1998) menciona que ambas patologías tienen una morbilidad y mortalidad importantes que requieren ser atendidas y prevenidas por medio de instrumentos como el EDI que reconocen la propiedad multifactorial de estas afecciones mentales.

1.1.3. Modelos Psicológicos de los TCA

A lo largo de los años se desarrollaron cuatro posturas teóricas que tienen como principal objetivo explicar los TCA (Sánchez, Villareal y Musitu, 2010):

- I. **Posturas psicopatológicas:** las cuales buscan y otorgan atributos causales internos que desencadenan un TCA, producto de una psicopatología, estas se dividen en dos modelos teóricos:
 - a. Modelos simbólicos, donde los elementos que explican el trastorno son pseudocientíficos, propios del simbolismo psicoanalítico
 - b. Modelos reduccionistas, los cuales explican los TCA desde las percepciones y/o actitudes que se tiene de la imagen corporal (Garner & Garfinkel, 1981).
- II. **Posturas sociales:** las cuales refieren que los aspectos sociales se conciben como factores determinantes que influyen en el comportamiento, por lo que para concebir un TCA también se debe considerar variables culturales y contextuales.
- III. **Hibridaciones eclécticas:** contemplan diversos factores que interactúan y se amalgaman a una serie de variables que no se estructuran en una postura teórica, sino que se convierten en hibridaciones teóricas endebles.
- IV. **Posturas de campo:** desde esta postura, los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas, donde la explicación psicología no busca, necesariamente,

causas de fenómenos, sino mas bien poner de manifiesto el sistema de interdependencia entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

Estos autores determinan la diferencia entre problemas alimenticios y TCA, donde los primeros son afecciones relacionadas a un infrapeso y al balance energético. García (s.f.) los define como las conductas que no significan un perjuicio físico y que tampoco amenazan la calidad de vida de la persona, sin embargo, pueden caracterizar una relación problemática o difícil con la comida e ingesta.

Ambas referencias, explican que un problema alimentario afecta la vida de la persona, sin embargo, el carácter diferencial sería que no cumple con los criterios diagnósticos de un TCA. No obstante, es de suma importancia que sean atendidos para prevenir un TCA y/o mejorar el bienestar integral de la persona.

1.1.4. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

Otro concepto de relevancia son las conductas alimentarias de riesgo (CAR), debido a que se refieren a las conductas, estímulos, cogniciones y características individuales y del entorno que se encuentran en un continuo entre una conducta adaptativa y la afectación de la salud en las personas, aumentando, así, la vulnerabilidad para desencadenar un TCA. Unikel, Nuño, Saucedo, Trujillo y García (2010), establecen que la diferencia principal entre los CAR y los TCA radica en la frecuencia y duración, donde los últimos son más nocivos y permanentes. Respecto a las CAR se

refieren, principalmente, a: la preocupación irracional y obsesiva por engordar o volverse obeso; episodios de atracón; sensación de falta de control y malestar alrededor de la comida y cuerpo; realizar dietas restrictivas; ayunos y ejercicio excesivo como un medio para lograr alcanzar el cuerpo ideal; ingesta de productos y pastillas para adelgazar o suprimir el apetito; uso de laxantes o diuréticos y vómitos autoinducidos (Caldera, Martín del Campo, Caldera, Reynoso y Zamora, 2019).

Dicho esto, según los autores las CAR podrían considerarse como las características psicológicas y comportamentales de los TCA que propone Garner (1998) debido a que al igual que las CAR, son las conductas que informan sobre una relación problemática con el cuerpo o la comida, pero que debido a que se presentan con una menor frecuencia y/o duración no pueden configurarse como un TCA, sin embargo, al igual que los problemas alimentarios deberían ser debidamente atendidas para prevenir un posible cuadro psicopatológico.

1.1.5. Etiopatogenia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y de los TCA según el modelo Biopsicosocial de Garner

Según Garner (1993) las características psicológicas y comportamentales de los TCA y el diagnóstico per se, surgen y se mantienen por la presencia e interacción de factores que denomina en su modelo biopsicosocial, como:

- I. **Factores predisponentes**, los cuales se refieren a factores genéticos, edad de mayor vulnerabilidad (entre los 13 y 25 años), sexo femenino, tener

algún trastorno afectivo, características de la personalidad introvertida e inestable, presentar sobrepeso en edades de desarrollo como la pubertad y adolescencia, familiares que hayan padecido de TCA o alguna psicopatología y tener valores estéticos dominantes (Sánchez, Villareal y Musitu, 2010).

- II. **Factores precipitantes:** los cuales se refieren a cambios e el cuerpo, separaciones y pérdidas, divorcio de los cuidadores principales, haber sido víctima de cualquier tipo de abuso, incremento de peso, críticas sobre el propio cuerpo, bullying, incremento de la actividad física y acontecimientos vitales (Sánchez, Villareal y Musitu, 2010).
- III. **Factores mantenedores:** los cuales se refieren a las consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, pensamientos disfuncionales y/o obsesivos, realizar actividad física excesivamente, iatrogenia en las intervenciones psicoterapéuticas (Sánchez, Villareal y Musitu, 2010).

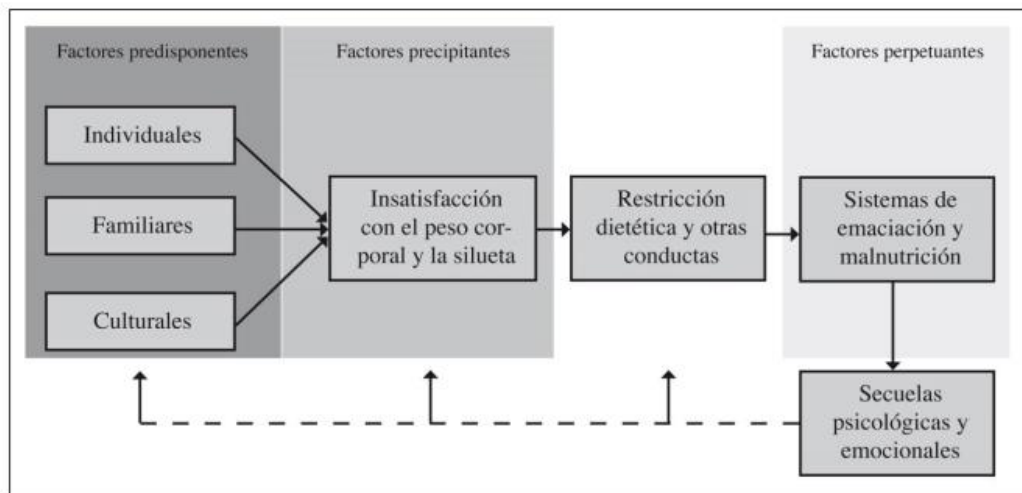


Figura 1. Modelo Biopsicosocial de Garner (1993)

Lo que el autor pionero de modelo biopsicosocial quiere decir es que las causas para que se desencadene un TCA son múltiples y no solo individuales como mencionaban autores con otra perspectiva, sino que también considera la influencia de la familia y la cultura en la que este individuo se desarrolla. Sin embargo, por ser un modelo que parte del paradigma médico, no contempla una integración de los factores, sino que considera el factor biológico como el determinante principal de estas patologías y los factores psicológicos son considerados desde una perspectiva psiquiátrica.

1.1.6. Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo y los TCA en universitarios

Los TCA tienen una serie de complicaciones y consecuencias para la salud integral. La gravedad de estas va a depender de si la persona ha desarrollado el cuadro o si solo

tiene algunos de los síntomas. De igual modo, va a depender del tipo de trastorno, ya que, en la AN, las dificultades se relacionan con la excesiva pérdida de peso; mientras que, en la BN, con las conductas purgativas y compensatorias. La gravedad también estará subordinada al curso de la enfermedad; es decir, hace cuánto tiempo que el paciente la tiene, y que cuando esta se ha desencadenado hace mucho tiempo las consecuencias se cronifican y ponen en mayor riesgo la vida de la persona.

Las consecuencias en la **salud física** se relacionan con una disminución de la masa muscular y debilidad, caída de cabello, piel reseca, halitosis, uñas y dientes débiles, afecciones en aparato reproductor, irregularidades menstruales y/o amenorrea; afecciones endocrinas, urinarias, gástricas, estreñimiento, déficit de calcio que produce una disminución de la densidad ósea, riesgo de padecer osteoporosis y fracturas; afecciones cardiacas (arritmias, disminución de las cavidades del corazón, y defunciones de las válvulas cardiacas), deterioro del sistema inmunológico y disminución del volumen cerebral (Gómez, Gaité, Gómez, Carral, Herrero & Vázquez, 2008 citado por Berny, Rodríguez, Cisneros & Guzmán, 2020). Además, en las personas que recurren a conductas purgativas, las consecuencias se relacionan con la presencia de caries, sequedad en la boca, inflamación de las glándulas salivales, malestar estomacal, lesiones en el esófago, reflujo gastrointestinal, y úlceras (Cervera, Citado por Simón, 2016).

Por otro lado, dentro de las consecuencias en la **salud mental o psicológica**, se encuentran el riesgo de depresión, inestabilidad emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, aislamiento, ansiedad, presencia de ideas obsesiva e ideación suicida; autolesiones, limitados recursos de gestión emocional, anhedonia,

baja autoestima y autopercepción negativa, deterioro de las relaciones sociales y familiares. Además, de un déficit en la atención, concentración y memoria que afectan el rendimiento académico y/o laboral (Aguinaga, Fernández y Varo, 2002 citado por Berny, Rodríguez, Cisneros y Guzmán, 2020).

1.1.7. Características psicológicas y comportamentales en estudiantes universitarios:

El inicio de la vida universitaria es la etapa de desarrollo donde el adolescente o joven atraviesa una serie cambios y presenta nuevas demandas y exigencias a nivel integral, como por ejemplo: el cambio de rol en la familia y en la sociedad; presentar nuevas responsabilidades tanto académicas, familiares y socioculturales, así como una serie de retos y nuevos hábitos por adquirir a nivel personal (Arnett, 2001). Específicamente, en esta etapa, el universitario explora su nueva identidad, supera retos a nivel educativo, como por ejemplo elegir la carrera universitaria y la institución educativa, así como rendir de manera notable en lo académico, organizar sus tiempos y desarrollar técnicas de estudio. A nivel laboral, en la mayoría de estudiantes, obtienen su primer trabajo y requieren de habilidades para equilibrar los tiempos con el estudio; y a nivel personal, en algunos casos implica un cambio de vivienda, mayor exigencia académica, tomar decisiones con un impacto a futuro, establecer nuevas relaciones con sus pares y organizar sus actividades cotidianas.

Quick & Bird (2013) señalan que el primer año de estudios universitarios representaría un factor de riesgo para la salud mental de los estudiantes por lo anteriormente mencionado. La adaptación a la vida universitaria conlleva a la

alteración de diferentes áreas de la vida del estudiante, y con ello, la posibilidad de que presenten patrones alimenticios desordenados y perjudiciales, como por ejemplo: no tener un horario regular para realizar las comidas y saltarlas; preferir alimentos preparados y de baja calidad nutricional a fin de “no perder el tiempo” asignado a los estudios; realizar ayunos o restricciones alimentarias tras la modificación en el peso, en algunos casos, mayor tiempo sin realizar actividad física o en su defecto, autoexigencia en el deporte, etc.

Otra de las características identificadas en los universitarios, es que cuando se encuentran expuestos a periodos de estrés y malestar emocional en ausencia de habilidades o recursos de gestión emocional adaptativas, es mayor la probabilidad de que utilicen conductas alimentarias de riesgo para regularse, por ejemplo: el uso de la comida para anestesiar, bloquear u olvidar emociones desagradables, lo que en algunos casos facilita la aparición de sobre ingestas o atracones (Sulkowski, & Dempsey, 2011).

La interiorización de los ideales de belleza impuestos por la sociedad, el número de horas diarias invertidas en las redes sociales y la presión social, familiar, y laboral percibida son otras de las características de la población universitaria. Estas, facilitan la sobrevaloración de la imagen corporal, comparaciones injustas, insatisfacción con el peso y cuerpo, y la presencia de características psicológicas y comportamentales de los TCA (Sucla, Estefanero, Smedts, Velarde, Vera, Murillo y Cáceres, 2015).

Con todo lo anterior, resulta importante recordar y alertar sobre la posibilidad de que las características psicológicas y comportamentales se cronifiquen al presentarse junto con factores individuales, como los rasgos de personalidad perfeccionistas, impulsivos, inflexibles y autoexigentes que en universitarios pueden presentarse con una mayor intensidad e incrementar la vulnerabilidad a desencadenar en un TCA.

1.2. Inteligencia Emocional

1.2.1. Definición Conceptual

Salovey y Mayer, pioneros en la materia, definen la inteligencia emocional como:

“La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; además de facilitar el acceso y generar sentimientos que faciliten el pensamiento. La habilidad para comprender las emociones y regularlas promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009).

En otras palabras, la IE es el conjunto de habilidades que permiten la atención, aceptación y reconocimiento de las propias emociones y de las demás personas. Además de otorgar la capacidad de gestionar el mundo emocional a nivel inter e intrapersonal, incrementando la motivación intrínseca (Salovey, & Mayer, 1990).

Dicha definición se explica desde el modelo de la habilidad y procesamiento de la información, de los cuales se desprenden 4 habilidades emocionales (Mayer & Salovey, 1997):

a) Percepción, valoración y expresión de las emociones

Es la habilidad más básica que compone la IE, la cual corresponde a la identificación acertada de las emociones, el contexto que las propicia, manifestaciones fisiológicas y cognitivas; personales y la interacción con el medio. Se refiere a la habilidad de poder registrar, atender e identificar los mensajes emocionales,

manifestados a través del lenguaje no verbal como expresiones faciales, el tono de la voz, y las posturas corporales.

b) Facilitación emocional del pensamiento

Esta habilidad se refiere a que las emociones tienen una influencia activa en los pensamientos, ya sea porque los prioriza, dirige o redirige. Tiene también influencia activa sobre el contenido de los pensamientos, la cual dependerá del estado emocional predominante; esto significa que dependerá de si es una emoción agradable, como la alegría; o desagradable, como la culpa o ansiedad, el pensamiento que aparezca, como consecuencia, será diferente.

c) Comprensión de las emociones

Como su mismo nombre refiere, esta habilidad permite que las personas identifiquen y comprendan sus emociones, desde la cognición o razón. En la práctica, conlleva a poder reconocer las emociones que se experimentan, rotularlas, relacionarlas con estímulos internos y ambientales; todo ello con la finalidad de utilizar esta información para la resolución de problemas.

d) Regulación de las emociones

Esta última habilidad se refiere a la aceptación y apertura que se debe tener frente a todos los estados emocionales. La regulación de las emociones permite que las acciones y decisiones conductuales posteriores que se empleen para gestionarlas sean saludables y adaptativas para la persona y su medio.

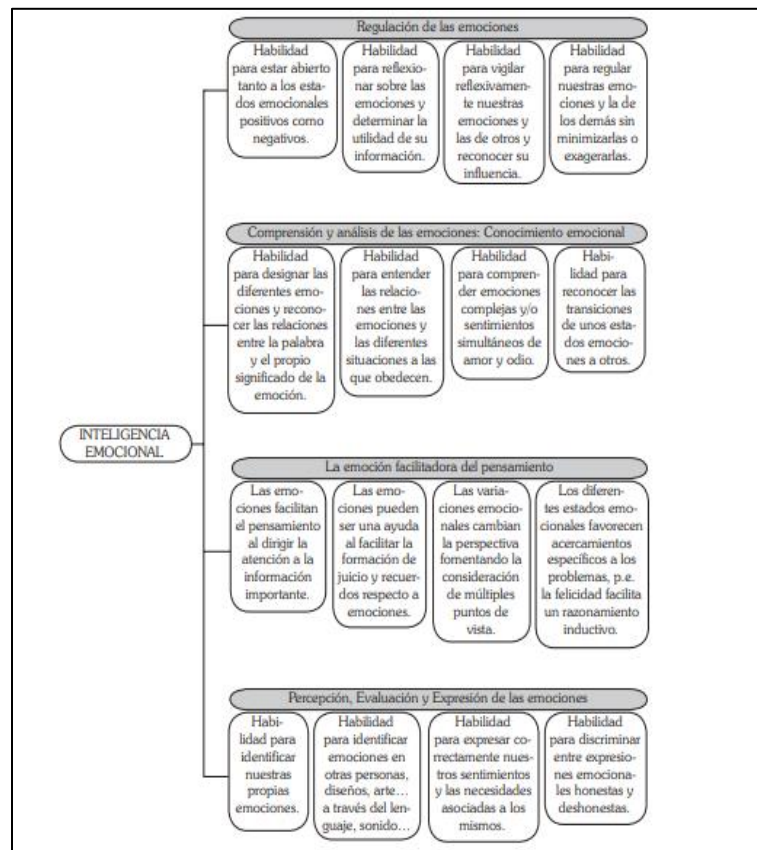


Figura 2. Modelo Revisado de IE de Mayer y Salovey (1997).

Años más tarde, en España, los autores Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), adaptaron el modelo de IE inicial, manteniendo las mismas bases teóricas, a fin de facilitar la comprensión y evaluación de la misma. Este reduce las 4 habilidades iniciales en tres dimensiones de la IE, las mismas que se consideran en el instrumento de evaluación del presente estudio (TMMS-24).

a) Atención Emocional

Se refiere a la percepción y reconocimiento de las reacciones fisiológicas, cognitivas y afectivas que generan las propias emociones; así como la capacidad de

poder interpretar las señales no verbales tales como el tono de voz, expresión corporal y facial.

b) Claridad Emocional

Esta dimensión contempla la habilidad de identificar y discriminar las señales emocionales, rotularlas y categorizarlas. Permite, también, la anticipación y reflexión una vez que se reconocen las causas de los estados de ánimo y probables consecuencias en el comportamiento. Así como también, el entendimiento que tiene una persona sobre lo que esta experimentando en su mundo emocional.

c) Reparación Emocional

Está referida a la capacidad de regulación de los estados de ánimo, por medio de conductas y pensamientos adaptativos. Así como también, considera que las personas son capaces de interrumpir y gestionar estados emocionales negativos y por el contrario, prolongar las emociones positivas.

1.2.2. Principales modelos teóricos de la Inteligencia Emocional

Con la popularización del concepto de la inteligencia emocional en 1990, diversos autores desarrollaron sus propias teorías explicativas, las cuales se clasifican en dos grandes modelos: *el mixto* y *el de habilidad* (Mayer, 2001).

El primer modelo denominado *mixto*, considera que la IE resulta de un conglomerado de habilidades personales, talentos, objetivos, rasgos de personalidad, competencias emocionales y disposiciones afectivas. Este conglomerado incluye,

además, variables que probablemente no se encuentren muy asociadas con la IE, como lo son la motivación y la felicidad. En este sentido, desde este modelo, la IE no se limita a aspectos relacionados exclusivamente con la inteligencia y las emociones, sino que para conocerla y medirla sería necesario indagar sobre las variables anteriormente mencionadas. Esta situación resulta confusa y poco viable, debido a que exige un control riguroso de estos constructos. Dentro de este modelo se desarrollaron los estudios de autores como Goleman en el año 1995 y de BarOn en el 1997.

En segundo lugar, se encuentra el modelo de la *habilidad* desarrollado por los autores Salovey y Mayer, el cual se basa en el enfoque cognitivo, específicamente en la teoría del procesamiento de la información (Mayer & Salovey, 2007). Bajo este modelo, se entiende la IE como el conjunto de habilidades adaptativas que posee una persona para regular y emplear de manera eficaz sus emociones en la interacción con su medio, y consigo mismo (Mayer & Salovey, 1997). Este modelo, a diferencia del mixto, no contempla variables de personalidad, ya que considera que la IE no es un constructo estable ni duradero en el tiempo, como plantean otros autores; por lo contrario, hay circunstancias en las que efectivamente se espera un tipo de reacción “correcta” asociada a la situación. Sin embargo, es válido que en ocasiones se puedan expresar diferentes estados emocionales, y estos, al estar ligados al componente cognitivo, no puedan ser catalogados como “buenos” o “malos”. Los autores señalan que sería importante evitar el uso de estos rótulos, ya que la respuesta emocional de la persona corresponde a sus características personales y sociales, así como al contexto en el que se desenvuelve (Mayer & Salovey, 1997).

Otro aspecto que desarrolla este modelo es el uso de la IE como facilitadora del procesamiento cognitivo, ya que las emociones dirigen la ruta del pensamiento hacia información que en ese momento la persona considera relevante, por lo que su influencia se da tanto en el procesamiento, como en la resolución de problemas.

1.2.3. Inteligencia emocional en la población de estudio

Existe suficiente evidencia que respalda la importancia de conocer y preservar la salud mental de los universitarios, puesto que se advierte la existencia de una mayor predisposición a padecer psicopatologías como la depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (Dusselier, Dunn, Wang, Shelley & Whalen, 2005, citado por Chau & Vilela, 2017).

Factores como el estrés, las nuevas exigencias (académicas, financieras y sociales) y estilos de afrontamiento evitativos que sugieren limitadas habilidades de inteligencia emocional facilitan afecciones físicas, tales como: somnolencia, cansancio, fatiga, dolores de cabeza, tensión muscular y alteraciones en los hábitos alimenticios. Todas estas afecciones agravan la sintomatología psicológica como: la ansiedad, ánimo depresivo, inquietud motora, dificultades para la atención-concentración (Barraza, 2014).

Específicamente, en las personas que presentan conductas alimentarias de riesgo o el diagnóstico de TCA, se evidencian limitadas habilidades de la inteligencia emocional, lo cual influye negativamente en aumentar la predisposición a la

enfermedad o cronificarla cuando está en curso (Fox & Power, 2009; Harrisson, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la población universitaria es vulnerable, sobre todo en el primer año de estudios donde los cambios y circunstancias son más evidentes y pueden ser percibidas como retadoras o problemáticas. Frente a ello, los estudiantes requieren de un acompañamiento dirigido a la promoción física y mental de la salud, utilizando como principal recurso la psicoeducación y entrenamiento en habilidades de la inteligencia emocional. Todo ello, a fin de que los estudiantes desarrollen adecuadas estrategias de afrontamiento y aumenten su autoeficacia. (Chýlová & Natovová, 2013).

1.2.4. Inteligencia Emocional y TCA

En los TCA, la inteligencia emocional se ve afectada. La conciencia, claridad y aceptación de las emociones, así como la voluntad de experimentar y tolerar el mundo interno, son deficitarias en las pacientes con TCA (Rodriguez, Gempeler, Mayor, Patiño, Lozano y Perez, 2017).

Adenzato, Todisco y Ardito (2012) respecto a la atención emocional, explican que las personas que padecen esta psicopatología tienen limitadas habilidades para reconocer las emociones y expresiones faciales de los demás, es decir que se les dificulta identificar estados emocionales, ponerles un nombre y reconocerlas en ellos mismas y en los demás, sobre todo las emociones de la cólera y rabia.

Así mismo, Silva (2005) ha demostrado que las pacientes con TCA tienden a suprimir sus afectos lo cual trae como consecuencia que disminuyan notoriamente

su expresión emocional, así como la asertividad. Estos pacientes, también presentan rasgos de timidez, sentimientos de ineficacia personal y conductas agresivas/hostiles dirigidas a ellos mismos, incompetencia para poner límites a los demás, expresar el propio punto de vista, dificultad para validar sus emociones y emplear conductas adaptativas y flexibles para enfrentar las emociones, sobre todo las negativas, donde utilizan diversas conductas disfuncionales para lidiar con lo que sienten.

Se ha demostrado que las personas con TCA presentan alexitimia en algún nivel, esta es definida por Sifneos (1973, citado por Behar, 2011) como la dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones corporales con constricción en la vida simbólica y un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto. Esta junto con la alteración de la consciencia interoceptiva, la característica psicológica referida a la confusión y dificultad en la identificación y regulación de las emociones, así como también de las sensaciones fisiológicas (Selvini-Pazzoli 1994, citado por Quiroga y Cryan, 2007), puede desencadenar en conductas mal adaptativas como: las purgas, restricciones importantes de la alimentación, ejercicio excesivo, atracones, etc.

Bruch (1985, citado por Behar, 2011) diferencia la forma en que los pacientes con cada diagnóstico responden a las emociones, las personas con AN experimentan sus emociones con desconcierto y no son capaces de identificar o describir lo que sienten; mientras que las personas con BN utilizan los atracones y

las purgas para gestionar su mundo interno, además, no son capaces de encontrar causas a sus estados emocionales.

Campbell y Barlow (2007) señalan que las personas con un TCA presentan fallas en la habilidad de regulación o reparación emocional, además de sentir las emociones con una mayor intensidad, donde para los pacientes se experimenta como algo insoportable por lo que optan por estrategias de supresión emocional para sentirse mejor.

2. Investigaciones en torno al problema investigado

2.1 Nacionales

Nakandakari y De la Rosa (2013), realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, de nivel descriptivo y diseño epidemiológico, titulado “Rasgos de trastornos de conducta alimentarios y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de medicina humana”, en Lima, Perú. El principal objetivo fue identificar la presencia de las variables rasgo de TCA y consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de estudio conformada por 109 estudiantes, de primero hasta quinto ciclo de la carrera de medicina de una universidad privada, por medio de los instrumentos: Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), para evaluar los rasgos de los TCA; y una encuesta estructurada de modalidad cerrada creada para el estudio, nombrada “*Encuesta a estudiantes de Enseñanza Superior*” a fin de evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados arrojaron que el 48,6% de los estudiantes de medicina presentan características psicológicas y comportamentales de los TCA, siendo predominante en las mujeres (34,9%) con edades comprendidas entre los 16 y 22 años (30%), y que el 26,6% presentó indicadores diagnósticos de TCA. Del mismo modo, las características psicológicas más frecuentes en la muestra fueron: conciencia interoceptiva, ineficacia y baja autoestima. Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el 82,5% de la muestra consumen sustancias psicoactivas, donde las mujeres, nuevamente, dentro del rango de edad de 16 a 22 años, presentaron una mayor prevalencia de esta conducta

(44%) y que las sustancias más consumidas fueron el alcohol (82,5%) y el tabaco (23,9%).

Suella, Estefanero, Smedts, Velarde, Vera, Murillo y Cáceres, en el año 2015, llevaron a cabo la investigación transversal-analítica, titulada “Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas” en la ciudad de Arequipa. En este estudio, el objetivo principal fue conocer la relación entre la presencia de conductas de riesgo de los TCA y factores como: carrera profesional, colegio de procedencia, actividades extracurriculares, religión, rendimiento académico, relación de pareja, horas empleadas en redes sociales y televisión en una muestra de 226 participantes entre mujeres y varones con edades comprendidas entre los 18 y 20 años. Para ello, se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Cuestionario para Alumnado Cisneros sobre Acoso Escolar.

Los resultados reportaron que los síntomas de TCA se asociaron a la carrera de obstetricia. Según explican los investigadores, esto se debe a que en este grupo se presenta mayor percepción de estrés, ideales de belleza más altos y es la carrera que tiene un mayor número de mujeres; todo esto las hace más vulnerables a la psicopatología. También hallaron que las actividades académicas, el perfeccionismo, emplear mucho tiempo en redes sociales y haber experimentado acoso escolar están asociados con la presencia de características psicológicas y comportamentales de los TCA.

Quiñones (2016), realizó la investigación no experimental, de corte transversal y de tipo explicativo titulada “Autoconcepto físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario-Trujillo”. El principal objetivo fue analizar la relación entre el autoconcepto físico y los indicadores de riesgo psicológicos de los TCA en una muestra de 300 estudiantes con edades comprendidas entre los 16 y 18 años de edad de ambos géneros. Para ello, se empleó el cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) elaborado por Borjoquez, Careño y Unikel (2004); y el cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI) elaborado y validado por Esnaola-Etxaniz (2005).

Los resultados demostraron que el 45.3% de la muestra obtuvo un nivel promedio de autoconcepto y que las escalas insatisfacción corporal, ascetismo y miedo a la madurez fueron las que presentaron un rango clínico promedio de los TCA, con una frecuencia del 45.4%, 43.3% y 48% respectivamente. Sin embargo, en las demás escalas no se evidenció un rango clínico elevado y la escala con menor porcentaje fue la de desajuste emocional.

Asimismo, el resultado que responde al objetivo principal, arroja que existe una correlación negativa y de grado medio entre el autoconcepto físico general y las conductas psicológicas y comportamentales de los TCA.

Finalmente, Vivanco en el 2018, desarrolló la investigación titulada “Inteligencia Emocional y Riesgo de TCA en estudiantes del Centro pre universitario de la Universidad Católica de Santa María” en Arequipa, Perú. Este, planteó como objetivo principal, determinar la relación entre la IE y la presencia de riesgo de TCA en

estudiantes de un centro pre universitario, para lo cual se administraron el TMMS-24 y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) a una muestra conformada por 254 estudiantes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 15 y 19 años sin patología alimentaria.

Los resultados descriptivos señalan que un 28% de la muestra presentó riesgo de TCA, siendo el grupo etario de 16 años (41.43%) y mujeres (35.53%) el más vulnerable a desarrollar una patología alimentaria. De igual modo, se identificó una prevalencia de inteligencia emocional moderada en la muestra, independientemente de la edad y sexo. Finalmente, dando respuesta al objetivo general, se concluyó que existe una relación entre la IE y el riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria. Es decir, que cuando los niveles de inteligencia emocional son bajos, existe un mayor riesgo de presentar un TCA.

2.2.Internacionales

Vilma Garrido, en el año 2012, realizó su tesis doctoral en España titulada “Desarrollo de la Competencia Emocional para la reducción de riesgo de los Trastornos Alimentarios”. La investigación estuvo compuesta por tres estudios de tipo descriptivos y correlacionales. En el primero, los principales objetivos fueron describir la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo de un TCA en adolescentes y describir el comportamiento de estas con relación a variables sociodemográficas. Este, estuvo conformado por una muestra de 768 adolescentes catalanes entre varones y mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 20 años.

En el segundo estudio, los objetivos principales fueron: describir la relación entre el riesgo de desarrollar un TCA y las habilidades emocionales, identificar la relación entre el riesgo de TCA y la adecuación general del autoconcepto, y precisar las áreas que muestran una mayor asociación con el riesgo de TCA. Para ello, se evaluaron a 322 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 13 años de edad.

Finalmente, para el tercero la autora planteó el objetivo principal de describir la relación entre el riesgo de desencadenar un TCA y las variables sociodemográficas, identificar la relación entre el riesgo de un TCA y dimensiones psicopatológicas, y precisar el punto de corte para situar a los sujetos con riesgo a desarrollar un TCA en una muestra conformada por 404 sujetos estudiantes con edades comprendidas entre los 12 y 15 años.

Los resultados generales de los tres estudios demuestran que ambos grupos etarios estudiados sin diagnóstico mostraron entre un 23% y 29% de riesgo de padecer un TCA. Por otro lado, niveles altos en las habilidades emocionales funcionan como factores de protección a desarrollar un TCA y viceversa; es decir, que facilitan la predisposición a desarrollar un TCA cuando hay limitadas habilidades para hacer frente a situaciones estresantes. Además, se pudo advertir que un bajo autoconcepto y desconocimiento personal se asocian a un riesgo de TCA.

Calvo, Gallego, Solorzano, Kassem, Morales, Codesal y Blanco en el año 2014, realizaron una investigación de tipo descriptiva-correlacional, titulada “Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente” en una muestra de 89 participantes, de

los cuales 48 fueron pacientes diagnosticadas con AN y BN; y 41 sujetos sanos que formaron parte del grupo control.

Los objetivos del estudio buscaron identificar la existencia de diferencias en el reconocimiento emocional en la muestra, determinar las dificultades que presentan en el reconocimiento emocional por cada grupo de pacientes, y, finalmente, establecer una asociación entre las limitadas habilidades emocionales y la gravedad del TCA. Para lo cual emplearon el Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) y el Reading the Mind in the Eyes (RME).

Los resultados confirmaron la existencia de dificultades en el reconocimiento emocional en pacientes con TCA a nivel intrapersonal en comparación con el grupo control. No obstante, no hubo evidencia que este déficit también suceda al percibir las emociones de los demás (interpersonal). Asimismo, las dificultades emocionales no solo ocurrieron en pacientes diagnosticadas, sino que las adolescentes, con o sin diagnóstico, tienen un peor rendimiento en la habilidad emocional estudiada que las adultas, lo cual es esperado durante la adolescencia. Finalmente, el estudio también identificó que el reconocimiento de las emociones va empeorando conforme la psicopatología se cronifica; mientras que en el grupo control, la habilidad va mejorando conforme las personas llegan a la adultez.

Por otro lado, Badia en el año 2015, realizó una investigación conformada por dos estudios, relacionados entre sí, titulada “Valoración de la inteligencia emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria” en España. El primer estudio de diseño correlacional-descriptivo estuvo conformado por una muestra de 198 sujetos

con edades comprendidas entre los 17 y 63 años de edad y estuvo agrupado en pacientes clínicos y controles. El objetivo general buscó evaluar la IE en una población clínica de pacientes diagnosticados con TCA en comparación con un grupo control, bajo la premisa de que existen diferencias en los niveles de IE según los diferentes TCA y en comparación con el grupo control.

Los resultados demostraron que existen diferencias en las medidas de IE entre los tipos de TCA, lo cual no resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, se obtuvo que los TCA de clasificación no especificados, tienen una media mayor de IE, seguido de los pacientes con AN, BN y trastorno por atracón (TA), quienes sobre todo tienen un peor rendimiento en la comprensión emocional y manejo de las mismas.

También se confirmó que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo control, donde los pacientes tuvieron un peor rendimiento emocional. Finalmente, también se confirma la existencia de una relación significativa entre la IE y las variables psicopatológicas estudiadas (ansiedad, depresión, malestar emocional, etc.) en ambos grupos. Es decir, que niveles bajos de IE suponen un riesgo psicopatológico y, por el contrario, tener altos niveles de IE dota a las personas de recursos emocionales para tener salud mental.

El segundo estudio, se realizó 3 años después con el grupo de pacientes que participaron en la primera evaluación, solo que esta vez se contó con 23 mujeres. El objetivo fue evaluar el progreso que tuvieron o no en el rendimiento emocional y así poder diseñar una intervención específica y eficaz con base en habilidades emocionales.

Los hallazgos no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las habilidades de IE de las pacientes con TCA durante el tiempo transcurrido. Esto es que no se produjeron cambios durante ese periodo, a pesar de que en la mayoría de casos recibieron acompañamiento terapéutico. La autora manifiesta que una posible causa sería el poco tiempo transcurrido entre el primer y segundo estudio. Además, durante esos años, el acompañamiento que llevaron las pacientes, no estuvo enfocado en el desarrollo específico de habilidades para optimizar la IE.

Berengüí, Castejón y Torregrosa, (2016), realizaron una investigación con diseño descriptivo-correlacional, titulada “Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios” en una muestra conformada por 279 universitarios españoles con edades comprendidas entre los 18 y 39 años con el objetivo de analizar las diferencias en las características psicológicas y comportamentales de los TCA, respecto a la imagen corporal y conductas de riesgo. Por medio del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) de Garner (2004), adaptado por Elosua, López-Jáuregui y Sánchez-Sánchez (2010).

Los resultados obtenidos demostraron que el 59.1% de la muestra presentó insatisfacción por su cuerpo, donde el 31.06% habían realizado una conducta alimentaria de riesgo, el 35.23% dos conductas de riesgo y el 6.8% entre 3 o 4 conductas de riesgo, como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, atracones y ejercicio compulsivo. Esto confirma que las personas insatisfechas con sus cuerpos o con una imagen corporal distorsionada y negativa tienen un mayor riesgo a presentar

trastornos de la conducta alimentaria, poniéndose en evidencian puntuaciones altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y bulimia, además de baja autoestima, desconfianza interpersonal, déficits en la consciencia interoceptiva, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez.

Finalmente, Castejón y Berengüí en el año 2020, realizaron una investigación correlacional titulada “Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria” en una muestra conformada por 604 estudiantes universitarios de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 26 años de edad, sin diagnóstico de TCA, con el objetivo de comparar las diferencias en personalidad y variables psicológicas relevantes relacionadas con los TCA para lo cual administraron el EDI-3, su cuestionario de remisión EDI-3 RF y el Five-Factor Inventory (NEO-FI) para obtener información sobre los rasgos de personalidad asociados.

Los resultados demostraron que el 58.5% de mujeres y 49.5% de hombres cumplen con los criterios de remisión del cuestionario EDI-3 RF, por lo que pueden ser considerados como “en riesgo” de desarrollar un TCA. Asimismo, en comparación con los estudiantes sin riesgo, presentan niveles altos de neuroticismo, obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y en las escalas psicológicas relacionadas. Respecto al NEO-FI, el rasgo que mostró un mayor efecto en la muestra fue el neuroticismo, donde los sujetos que cumplían con los criterios de remisión presentaban puntuaciones elevadas de este rasgo de personalidad.

3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables

3.2. Características psicológicas y comportamentales de los TCA

3.2.1. Definición Conceptual

Según Garner (1998), las características psicológicas y comportamentales son consideradas como síntomas o conductas de riesgo que normalmente acompañan los trastornos de conducta alimentaria, específicamente la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Estas son: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad, Inseguridad social.

3.2.2. Definición Operacional

La medición de las características psicológicas y comportamentales de los TCA se realiza por medio del instrumento denominado auto informe Eating Disorder Inventory- 2 (Garner, 1998), el cual evalúa tres factores generales compuesto por las 11 dimensiones del instrumento. En primer lugar, el **factor personal** que está compuesto por bulimia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad. En segundo lugar, el **factor social** compuesto por ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social. Finalmente, el **factor corporal** compuesto por obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal.

Según sugiere Guerrero (2008), es preferible interpretar los puntajes obtenidos según cada factor o dimensión, en lugar de obtener un puntaje total, dado que el instrumento no tiene como objetivo diagnosticar, sino conocer cómo se encuentra el evaluado en cada uno de los factores. Es por eso que, para la corrección y evaluación,

se toman los puntajes de cada factor, los cuales son variables cuantitativas con nivel de medición de intervalo; y se calculan a partir de la combinación de puntajes ordinales de tipo Likert, según las indicaciones del manual.

3.3. Inteligencia Emocional

3.3.1. Definición Conceptual

Fernández-Berrocal y Extremera (2009) definen Inteligencia Emocional como:

“La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”.

3.3.2. Definición Operacional

La medición de la inteligencia emocional se realiza por medio del instrumento Trait Meta Mood Scale- 24 (TMMS-24) de los autores Mayer & Salovey (1997) compuesto por 24 ítems y tres dimensiones que corresponden a las habilidades de: **atención emocional**, la cual se refiere a la percepción de las emociones propias y de los demás en el momento en el que se presentan; **claridad emocional**, la cual hace alusión a la identificación, discriminación de las emociones y comprensión de las causas que generan los estados emocionales; y finalmente, la **reparación emocional**,

que se refiere a la regulación de las propias emociones y resolución de conflictos interpersonales.

Con el fin de identificar los niveles de IE en los evaluados, se toman los puntajes de cada dimensión, las cuales son variables cuantitativas de intervalo y se calculan a partir de los baremos diseñados en la adaptación realizada por Carrasco (2017).

Tabla 1
Matriz de Operacionalización de variables

Variab les	Factores/Dimensiones	Ítems	Indicador	Escala de Medición
Características psicológicas y comportamentales de los Trastornos de Conducta Alimentaria	Factor Personal: bulimia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61, 13, 29, 36, 43, 52, 63, 8, 21, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64, 26, 3, 6, 14, 35, 48, 22, 39, 66, 68, 75, 78, 82, 86, 88, 71, 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 y 90.	EDI- 2	Cuantitativa de Intervalo
	Factor Social: ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social.	10, 18, 24, 27, 37, 41, 56, 20, 42, 50, 34, 54, 15, 17, 23, 30, 57, 84, 87, 69, 73, 76, 80, 89 y 91.		
	Factor Corporal: obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal.	1, 7, 11, 16, 25,32, 49, 2, 9, 45, 59, 12, 19, 31, 55 y 62.		

	Atención Emocional: Percepción de las emociones, tanto propias como de las de los demás, en el momento en el que se dan.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8		
Inteligencia Emocional	Claridad Emocional: Identificación y comprensión de las causas que generan los estados emocionales.	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	TMMS-24	Cuantitativa de Intervalo
	Reparación Emocional: Regulación de las propias emociones y resolución de conflictos interpersonales.	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24		

4. Hipótesis

4.2.Hipótesis General

Existe una relación alta entre las características psicológicas y comportamentales presentes en los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

4.3.Hipótesis Específicas

- Existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad

emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

- Existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. Nivel y tipo de investigación

La investigación es de nivel *básica*, puesto que busca ampliar los conocimientos científicos existentes con información empírica y teórica sobre los TCA e Inteligencia Emocional (García, 2017). Así también, es de tipo *descriptiva-correlacional*, ya que pretende estudiar las variables tal como se presentan en la realidad, evitando la manipulación e intervención directa del investigador; en ella, el fin último es poder identificar y describir los fenómenos de la muestra seleccionada. Es menester precisar que este tipo de estudio permite al investigador realizar predicciones, en base a evidencias científicas, sobre la posible relación de las variables y cuantificarlas (Hernández, Fernández, Baptista, Méndez y Mendoza; 2014).

2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es de tipo correlacional, ya que lo que pretende el estudio es conocer la existencia e intensidad de la relación entre las variables en una muestra seleccionada, característica principal de los estudios correlacionales, según Hernández, Fernández, Baptista, Méndez y Mendoza (2014).

3. Población y muestra

3.1. Descripción de la Población

La población de estudio estuvo compuesta por 950 estudiantes universitarios matriculados en el año 2019, entre mujeres y varones, que cursan el primer año de estudios pertenecientes a las facultades de Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana.

3.2. Descripción de la muestra y método de muestreo

La muestra está conformada por 163 estudiantes (107 mujeres y 56 varones) matriculados en el 2019, con edades comprendidas entre los 16 y 24 años, pertenecientes a las carreras de biología, enfermería, estomatología, farmacia y bioquímica, además de psicología, medicina, medicina veterinaria y zootecnia, salud pública y global, y terapias de una universidad de Lima Metropolitana.

El tipo de muestra empleada en la investigación es *no probabilística*, siendo la que más se ajusta a las características del estudio (Hernández, Fernández, Baptista, Méndez & Mendoza, 2014). Asimismo, se utilizó un método de muestreo accidental ya que se seleccionaron a los participantes según se tenía la posibilidad de acceder a ellos (Sánchez y Reyes, 2006).

a. Unidad de Análisis:

Un(a) estudiante universitario con edad comprendida entre los 16 y 24 años de edad, matriculado(a) en el año 2019-1, perteneciente a cualquier facultad de: Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana.

b. Marco Referencial:

Estudiantes universitarios matriculados en el año 2019-I de una universidad privada de Lima Metropolitana.

3.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Estudiantes universitarios de ambos géneros con edades comprendidas entre los 16 y 24 años de edad matriculados en el año 2019, que estén cursando el primer ciclo académico de una carrera profesional correspondiente a las facultades de Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana.

Asimismo, se considera como criterio de inclusión que los participantes hayan entregado los consentimientos informados (mayores de edad), y en el caso de los estudiantes menores de edad, que hayan entregado los consentimientos informados firmados por los padres de familia y el asentimiento informado correspondiente.

Criterios de exclusión

Estudiantes universitarios que estén cursando el primer ciclo académico de una carrera profesional correspondiente a las facultades de Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana que no pertenecen al rango de edad requerido para el presente estudio; es decir, estudiantes menores de 16 y mayores de 24 años. Se excluyó, también, a los que no estuvieron presentes el día de la evaluación.

Criterios de eliminación

Estudiantes universitarios que estén cursando el primer ciclo académico de una carrera profesional correspondiente a las facultades de Ciencias y Filosofía, Educación, Enfermería, Estomatología, Medicina, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Psicología y Salud Pública y Administración de una universidad privada de Lima Metropolitana que no aceptaron participar de la investigación, o que entregaron los cuestionarios incompletos.

4. Instrumentos

Ficha Técnica del Inventario EDI-2	
Base Teórica	Modelo Biopsicosocial de los Trastornos de Conducta Alimentaria
Autor	David Garner
Año	1998
Niveles de Evaluación	Individual y colectivo
Número de factores	Tres
Número de escalas	Once
Número de ítems	Noventa y uno
Confiabilidad	Coficiente α de Cronbach entre 0.83 y 0.93.
Validez	Constructo por análisis factorial exploratorio-confirmatorio, surgen los 3 factores.

El EDI-2 traducido al español como *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria* fue creado por Garner en 1998, a manera de autoinforme y con el objetivo de evaluar e identificar las características psicológicas y comportamentales relacionadas a los trastornos de conducta alimentaria, principalmente de la AN y BN en población desde los 11 años en adelante. Está compuesto por 91 ítems que evalúan 11 escalas: *Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Miedo a la madurez, Ascetismo, Consciencia interoceptiva, Impulsividad e Inseguridad social* a través de una escala tipo Likert, considerando para cada respuesta la siguiente puntuación: Siempre = 3 puntos,

Casi Siempre = 2 puntos, A menudo = 1 punto, A veces = 0 puntos, Pocas veces = 0 puntos, Nunca = 0 puntos.

La calificación del instrumento se obtiene sumando cada uno de los ítems que pertenecen a una subescala: cuanto mayor es la puntuación, mayor es el riesgo o severidad de dicha característica. El inventario está diseñado para medir rasgos independientes por lo que una puntuación total sugeriría interpretaciones erróneas (American Psychological Association, 1998).

Los baremos de la prueba fueron elaborados por Mejía (2017) en una investigación nacional, quien estableció los percentiles en base a los puntajes directos de cada escala del instrumento. Estableció que menos del percentil 28 significaría “*sin presencia de indicadores de TCA*”, entre el percentil 32 y 64 indicaría un “*riesgo de TCA*”; y un percentil mayor a 68 se refiere a “*presencia de indicadores de TCA*”.

En el Perú, Guerrero (2008) realizó la adaptación peruana del EDI-2 por primera vez en una muestra de estudiantes adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 20 años que cursaban los primeros años de estudios en una universidad particular, así como también de un centro preuniversitario de Lima Metropolitana.

Respecto a la confiabilidad del instrumento, Guerrero (2008) utilizó el coeficiente α de Cronbach, donde los índices oscilan entre .31 y .81. Por otro lado, para conocer la validez del inventario, utilizó el criterio de jueces, y posteriormente realizó un análisis de constructo con el fin de explicar la

composición interna del instrumento, lo cual resultó en la misma agrupación inicial, de tres factores, propuesta por Garner (1998). El factor I se conforma por las subescalas de *perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad*. El factor II, está compuesto por las subescalas de *obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal*. El factor III se conforma por las subescalas de *ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social*. Cabe señalar que Guerrero no consideró analizar la homogeneidad de los reactivos del test; análisis necesario para descartar los ítems que no pertenecen (Dominguez, Villegas, Sotelo, y Sotelo, N. 2013).

Años más tarde, Benzaquén (2016), realizó un análisis de consistencia interna del EDI-2 mediante el α de Cronbach en una muestra de bailarinas profesionales de danza clásica con edades comprendidas entre los 15 y 44 años de edad; de lo cual concluyó que la escala “obsesión por la delgadez” tiene la confiabilidad más alta ($\alpha=.89$), mientras que la escala “ascetismo” tiene la confiabilidad más baja ($\alpha=.56$) respecto a las escalas del instrumento, al igual que en la adaptación de Guerrero (2008). Así mismo, la autora re evaluó la confiabilidad de los tres factores propuestos por Garner y confirmados por Guerrero, obteniendo que el factor *personal, corporal y social* tienen una confiabilidad optima, siendo: .78, .75 y .76, respectivamente.

Ficha Técnica de la Escala TMMS 24	
Base Teórica	Modelo de la Habilidad de la Inteligencia Emocional
Autor	John Meyer y Peter Salovey
Año	1995
Niveles de Evaluación	Individual y colectivo
Número de dimensiones	Tres
Número de ítems	Veinticuatro
Confiabilidad	Atención Emocional: $\alpha=0.88$
	Claridad Emocional: $\alpha=0.89$
	Reparación Emocional: $\alpha=0.86$
Validez	Análisis Factorial con un α de Cronbach de: 0.86, 0.87, 0.82

El TMMS -24 es una escala creada en su versión original por Meyer y Salovey en el año 1995, con el objetivo de evaluar los aspectos de la inteligencia emocional (IE) desarrollados en tres dimensiones: *atención emocional*, *claridad emocional* y *reparación emocional* (Aguilar, Gil, Pinto, Quijada, y Zúñiga; 2014).

El instrumento está conformado por 24 ítems, cuya medición se realiza a través de la escala Likert con 5 categorías, considerando para cada respuesta la siguiente puntuación: Totalmente de Acuerdo = 5 puntos, Muy de Acuerdo = 4 puntos, Bastante de Acuerdo = 3 puntos, Algo de Acuerdo = 2 puntos, Nada de Acuerdo = 1 punto.

En cuanto a la calificación y puntuación de la escala, para obtener el índice general de la IE se procede a sumar los ítems pertenecientes a cada una de las dimensiones: del 1-8 la dimensión de atención; del 9-16 la dimensión de claridad; y del 17-24 la dimensión de reparación.

Los baremos de la prueba fueron elaborados por Carrasco (2017) en una investigación nacional donde estableció que menos de 65 puntos significaría una baja IE, de 66 a 98 puntos una adecuada IE; y de 99 a 120 puntos una alta IE.

De acuerdo con cada dimensión del instrumento, en el caso de *atención emocional*, una puntuación baja sería de 8 a 17, una puntuación adecuada de 18 a 32 y una puntuación alta de 33 a 40 puntos. Respecto a la dimensión de *claridad emocional*, de 8 a 20 puntos sería bajo, de 21 a 35 adecuada y de 35 a 40 una alta puntuación. Finalmente, para la dimensión de *reparación emocional* una puntuación de 8 a 22 puntos sería bajo nivel, de 23 a 37 adecuado y de 38 a 40 una puntuación alta de la dimensión.

Carrasco (2017) en su investigación nacional realizó la validación y confiabilidad del instrumento en una muestra de hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad a fin de asegurar su adecuado uso en contexto nacional. En consecuencia, con relación a la validez de constructo (ítem- test) obtuvo los siguientes valores: Atención emocional: $\alpha = 0.799$, Claridad emocional: $\alpha = 0.839$ y Reparación emocional: $\alpha = 0.855$.

Así también, con el fin de determinar la confiabilidad del instrumento por medio del alfa de Cronbach, obtuvo: Atención emocional: $\alpha = 0.837$, Claridad emocional: $\alpha = 0.866$, Reparación emocional: $\alpha = 0.883$. Es decir, las tres dimensiones que componen el instrumento poseen tanto validez de constructo, como confiabilidad para poder ser empleado.

5. Procedimiento

- El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e inscrito en el SIDISI de la Universidad.
- Se realizó el contacto con las autoridades de la Unidad de Formación Básica Integral (UFBI) con el objetivo de obtener el permiso para poder aplicar las pruebas psicológicas a los estudiantes de primer año. Esto se hizo por medio de la presentación de una carta formal explicando las intenciones de la investigadora, así como la modalidad de selección de la muestra. Se entregó una copia del proyecto de tesis dirigida al director de la UFBI.
- Una vez aprobado el proyecto por las instancias respectivas, se coordinó con la psicóloga responsable el proceso de evaluación (horarios, aulas, cantidad de estudiantes por grupo y modalidad de evaluación), así como la fecha de entrega de la data con los resultados generales obtenidos de las evaluaciones.
- Previa evaluación, se vio conveniente solicitar el apoyo de un psicólogo bachiller quien fue capacitado para apoyar en el proceso de administración de las pruebas.

- La evaluación se realizó durante la primera semana del semestre 2019-I, específicamente en el periodo de inducción (marzo 2019), con la finalidad de no interferir en el desarrollo de las clases regulares.
- La aplicación se realizó en grupos de 90 estudiantes aproximadamente, en el horario de las 4:30 a 5:00 pm.
- Considerando la posibilidad de que algún estudiante hubiera requerido de un acompañamiento individual o contención emocional derivado de la resolución de las pruebas, se previó contar un profesional responsable, perteneciente de la institución, para el pertinente abordaje en caso hubiese sido necesario. No obstante, durante el proceso de evaluación no hubo incidencias.
- En forma previa al inicio de la evaluación, se realizó una breve explicación de los objetivos del estudio, la lectura del consentimiento informado y resolución de las posibles dudas que pudieran surgir. Posteriormente, los estudiantes mayores de edad que voluntariamente deseaban participar, firmaron los consentimientos informados, completaron la ficha demográfica y desarrollaron las pruebas.
- En el caso de los estudiantes menores de edad, se les entregó los asentimientos y consentimientos informados para sus apoderados. Al día siguiente, los que deseaban participar, devolvían los documentos firmados, recibían la ficha demográfica y completaban los instrumentos.
- Concluida la aplicación, se realizó la corrección de los instrumentos y diseño de la base de datos. Además, se realizaron los reportes individuales con los

resultados de cada uno de los participantes. Así como también, se envió la data general con los resultados obtenidos a UFBI.

5.1. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la investigación, se han tomado en cuenta los cuatro principios éticos de la investigación científica:

Respecto al principio de beneficencia, se tuvo en cuenta que las pruebas no afectaran el bienestar ni integridad personal de los participantes. Así pues, se dio a los participantes la oportunidad de recibir voluntariamente los resultados obtenidos de sus evaluaciones, por medio de un reporte enviado a sus respectivos correos institucionales; todo esto con el objetivo de que puedan ampliar su conocimiento personal respecto a las variables de estudio.

El principio de no maleficencia, se garantizó por medio de la confidencialidad en el tratamiento de sus resultados, con la codificación de los mismos y el anonimato.

Para el principio de autonomía, se informó a los participantes de los objetivos del estudio, recalcando que la participación es voluntaria, por lo que se respetó la decisión de ser evaluados o no en el estudio. Se hizo entrega del asentimiento informado a los participantes menores de edad, el consentimiento informado para los padres de familia (participantes menores de edad) y el consentimiento informado a los estudiantes mayores de edad.

Finalmente, para el principio de justicia se propició equidad en el trato brindado a los alumnos participantes con respecto en todo el proceso de evaluación.

6. Plan de análisis de datos

La data obtenida tras el proceso de evaluación y corrección, fue registrada en una base de datos ítem por ítem junto con los datos sociodemográficos en Excel y tratados estadísticamente con el programa JASP (2020).

Para el cumplimiento del objetivo general, se respetó la composición interna original del EDI-2, la cual agrupa las escalas del instrumento en tres factores: personal, social y corporal (Garner, 1998). Igualmente, para el TMMS-24 se mantuvo la estructura original del inventario, agrupando los ítems en tres dimensiones: atención, claridad y reparación emocional (Aguilar, Gil, Pinto, Quijada, y Zúñiga; 2014). Previo a correlacionar ambas variables, se evaluó el supuesto de normalidad por puntaje a través del test de Shapiro-Wilk (W), dado que es la prueba más idónea para revisar la bondad de ajuste en muestras pequeñas como la del estudio. Se utilizó el coeficiente rho de Spearman para responder el objetivo general.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos descriptivos, se desarrollaron tablas de frecuencias para identificar las características psicológicas y comportamentales de los TCA y los niveles de IE predominantes

en la muestra. Ello, a fin de tener un mayor entendimiento según el género y la edad. Finalmente, para responder los objetivos específicos de correlación, nuevamente se evaluó el supuesto de normalidad a través del test de Shapiro-Wilk y se tomó la decisión de utilizar el coeficiente rho de Spearman.

El tamaño del efecto se interpretó en base a la propuesta de Cohen (1992), el cual se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 2
Criterios de Cohen

Relación	Criterio
$r=1$	Perfecta
$0,8 < r < 1$	Muy Alta
$0,6 < r < 0,8$	Alta
$0,4 < r < 0,6$	Moderada
$0,2 < r < 0,4$	Baja
$0 < r < 0,2$	Muy Baja
$r = 0$	Nula

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis estadístico. En primer lugar, se dará respuesta al objetivo general y posteriormente, se desarrollarán los objetivos específicos.

Tabla 3

Relación entre las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la IE

Coeficiente de correlación	
rho	-0.360

N=163

Respecto al objetivo general, el coeficiente de correlación *rho Spearman* (-0.360; $p < .001$) indica que la intensidad de la relación entre las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la Inteligencia Emocional es de un nivel bajo y de manera inversa; lo cual quiere decir, que variaciones altas en las puntuaciones de una de las variables podrían manifestar cambios mínimos y opuestos en las puntuaciones de la otra variable. Lo cual se manifestaría en el presente contexto de estudio que incrementos significativos en las puntuaciones de las características psicológicas y comportamentales de los TCA, como la obsesión por la delgadez, el perfeccionismo, la conciencia interoceptiva o la insatisfacción corporal podrían disminuir levemente las puntuaciones de las dimensiones de la Inteligencia Emocional, como la atención o reparación emocional. Por el contrario, niveles moderados y altos de habilidades

emocionales, disminuirían levemente la presencia de indicadores de TCA o el riesgo.

A fin de facilitar la comprensión de este apartado, se presentará en primer lugar, los resultados correspondientes a los objetivos específicos de tipo descriptivo, para luego proceder con la explicación de los objetivos de correlación.

Resulta importante recalcar que respecto a las tablas de frecuencia según la edad de la muestra se tomó como referencia las etapas de vida clasificadas por el MINSA (2016), que considera que las edades comprendidas entre los 12 y 17 años corresponden al grupo etario de adolescentes y entre los 18 y 29 años de edad al grupo etario de jóvenes.

Tabla 4
Frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según el género del EDI-2

	Sin presencia de Indicadores de TCA	En riesgo de TCA	Con presencia de indicadores de TCA
Mujeres			
Obsesión por la Delgadez	1	35	71
Bulimia	47	3	57
Insatisfacción Corporal	30	19	58
Ineficacia	5	0	102
Perfeccionismo	27	32	48
Desconfianza Interpersonal	12	30	65
Consciencia Interoceptiva	15	42	50

Miedo a la Madurez	24	29	54
Ascetismo	20	15	72
Impulsividad	26	32	49
Inseguridad Social	18	38	51
Varones			
Obsesión por la Delgadez	1	14	41
Bulimia	27	0	29
Insatisfacción Corporal	23	17	16
Ineficacia	2	3	51
Perfeccionismo	14	11	31
Desconfianza Interpersonal	24	11	21
Consciencia Interoceptiva	12	10	34
Miedo a la Madurez	15	13	28
Ascetismo	10	11	35
Impulsividad	18	11	27
Inseguridad Social	14	12	30

N=163

La presente tabla permite identificar que la mayoría de **mujeres** presentan indicadores de TCA en las 11 escalas, siendo la obsesión por la delgadez, ineficacia, desconfianza interpersonal y ascetismo las que evidencian un número mayor de mujeres afectadas; es decir, existen señales de que podrían estar manifestando una preocupación por buscar la pérdida de peso empleando métodos basados en la autodisciplina y la castración de necesidades corporales, los cuales son vistos como ineficaces al poder no estar mostrando los resultados

esperados llevando a romper vínculos con el entorno por la inseguridad que se genera por estos supuestos fracasos.

Por otro lado, se tiene que la mayoría de **varones** presentan indicadores de TCA en las escalas obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, perfeccionismo, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social; mientras que no presentan ningún indicador en las escalas de insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal; lo cual podría llegar a manifestar ciclos impulsivo de ingestas excesivas seguidas de episodios purgativos, motivados por la insatisfacción con la propia imagen y la sensación de fracaso provista de no cumplir con los estándares excesivos autoimpuestos.

Tabla 5
Frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según la edad del EDI-2

	Sin presencia de Indicadores de TCA	En riesgo de TCA	Con presencia de indicadores de TCA
Adolescentes			
Obsesión por la Delgadez	0	24	59
Bulimia	34	1	48
Insatisfacción Corporal	26	18	39
Ineficacia	2	3	78
Perfeccionismo	26	19	38
Desconfianza Interpersonal	25	22	36
Consciencia Interoceptiva	12	27	44

Miedo a la Madurez	17	25	41
Ascetismo	10	17	56
Impulsividad	19	26	38
Inseguridad Social	19	28	36
Jóvenes			
Obsesión por la Delgadez	2	25	53
Bulimia	40	2	38
Insatisfacción Corporal	27	18	35
Ineficacia	5	0	75
Perfeccionismo	15	24	41
Desconfianza Interpersonal	11	19	50
Consciencia Interoceptiva	16	25	39
Miedo a la Madurez	22	17	41
Ascetismo	20	9	51
Impulsividad	25	17	38
Inseguridad Social	13	22	45

N=163

La presente tabla permite identificar que la mayoría de **adolescentes** presentan indicadores de TCA en las 11 escalas, siendo la obsesión por la delgadez, ineficacia y ascetismo las que evidencian un número mayor de adolescentes afectados; es decir, los adolescentes presentan indicadores de poder estar manifestando pensamientos de insatisfacción por su propia imagen corporal, así como ideas de falta de capacidad e inseguridad sobre su capacidad de controlar su vida.

En el caso de los **jóvenes**, la mayoría presenta indicadores de TCA en 10 escalas; sobre todo en obsesión por la delgadez, ineficacia, ascetismo y desconfianza interpersonal. No obstante, en la escala de bulimia no presentan indicadores de TCA. Por lo cual, los jóvenes podrían estar presentando pensamientos relacionados con el deseo de evitar ganar peso, acompañados de una interpretación negativa de su propia capacidad para no cumplir esa meta.

Tabla 6
Frecuencia de las habilidades de la IE según el género del TMMS-24

	Baja IE	Adecuada IE	Alta IE
Mujeres			
Atención Emocional	13	78	16
Claridad Emocional	32	63	12
Reparación Emocional	13	84	10
Varones			
Atención Emocional	5	47	4
Claridad Emocional	10	40	6
Reparación Emocional	5	48	3
N=163			

La presente tabla permite identificar que la mayoría de **mujeres y varones** presenta niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional. Es decir, que tanto mujeres como varones cuentan con los recursos y habilidades para poder percibir, identificar, interpretar y regular sus propias emociones.

Tabla 7
Frecuencia de las habilidades de la IE según la edad del TMMS-24

	Baja IE	Adecuada IE	Alta IE
<i>Adolescentes (12-17 años)</i>			
Atención Emocional	9	60	14
Claridad Emocional	27	47	9
Reparación Emocional	10	68	5
<i>Jóvenes (18-29 años)</i>			
Atención Emocional	9	65	6
Claridad Emocional	15	56	9
Reparación Emocional	8	64	8

N=163

La presente tabla permite identificar que, la mayoría de **adolescentes** y **jóvenes** presenta niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional. Es decir, que tanto adolescentes como jóvenes cuentan con las capacidades necesarias para poder reconocer, interpretar, diferenciar y regular sus propias emociones.

A continuación, se presentarán los objetivos específicos de correlación que buscan identificar las relaciones existentes entre cada factor de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y las dimensiones de la IE.

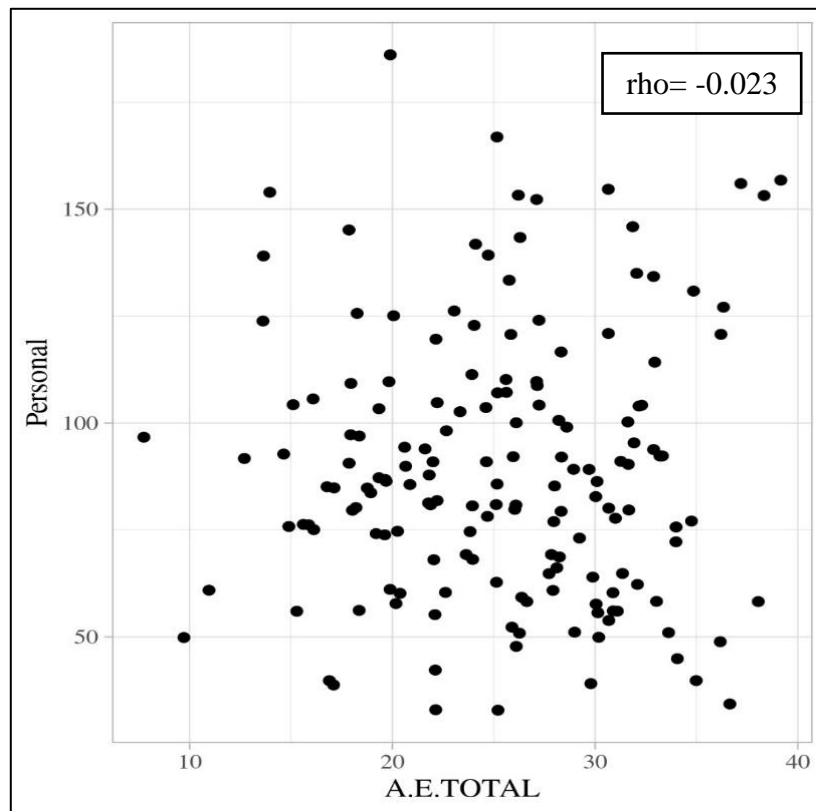


Figura 3. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión atención emocional.

Como se aprecia en la figura n°3, no se encontró ninguna correlación significativa entre el factor personal y la atención emocional ($p=0.773$). Lo anterior no significa que no exista tal relación, sino que en este estudio no hay las evidencias suficientes para afirmarlo. Lo cual significa que la presencia de episodios de bulimia y su incapacidad de regular estos episodios, la auto imposición de expectativas altas, el deseo por retornar a una etapa no afectada por los cambios hormonales y la castración de necesidades corporales no estarían

viéndose afectados por la capacidad del individuo para poder reconocer los cambios fisiológicos y afectivos devenidos de sus propias emociones.

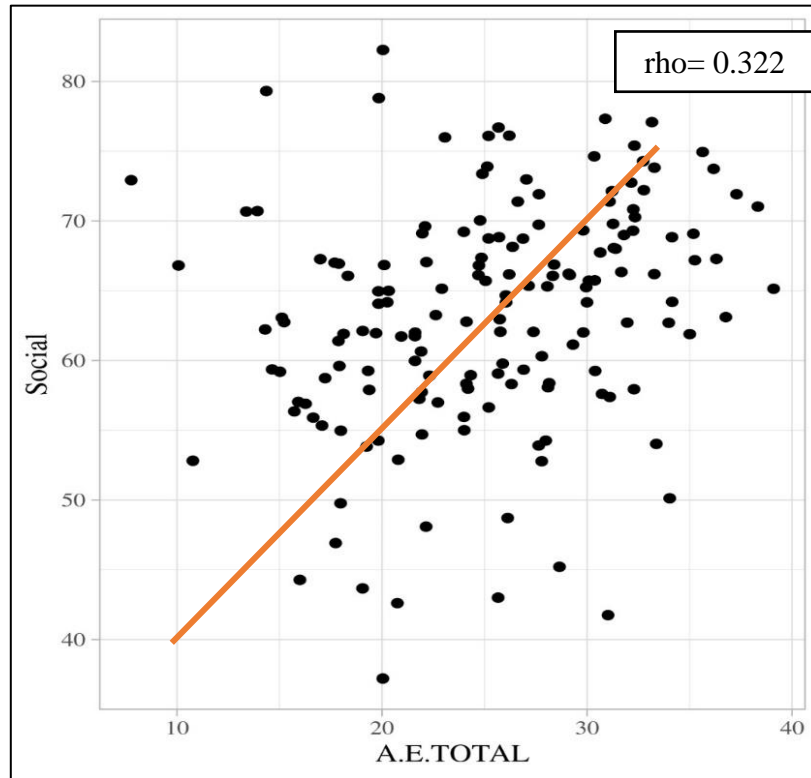


Figura 4. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión atención emocional.

Como se aprecia en la figura n°4, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el factor social y la atención emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es baja ($\rho=0.322$), asimismo, cuando las puntuaciones de la dimensión de atención emocional son bajas reflejan puntuaciones bajas en el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA, por lo que a medida

que las puntuaciones de la dimensión de atención emocional aumentan, el factor social se incrementa. Esto quiere decir que, cuando los estudiantes se perciben poco capaces, inseguros, presentan una baja autoestima o evitan las relaciones con los demás, son menos capaces de percibir y reconocer sus estados emocionales y de los demás; así como de atender las señales internas que el cuerpo emite junto a las emociones; y viceversa.

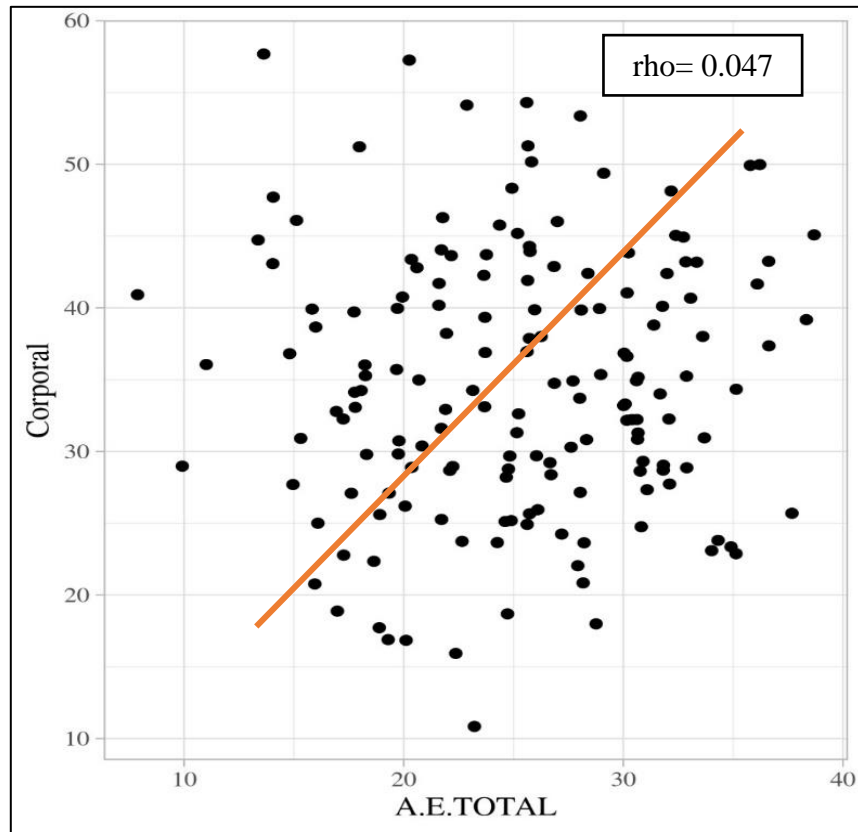


Figura 5. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión atención emocional.

Como se aprecia en la figura n°5, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el factor corporal y la atención emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es muy baja ($\rho=0.047$), cuando las puntuaciones de la dimensión de atención emocional son bajas reflejan puntuaciones bajas en el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA, por lo que a medida que las puntuaciones de la dimensión de atención emocional aumentan, el factor corporal se incrementa. Esto quiere decir que, cuando los estudiantes presentan preocupación y malestar por su apariencia física, realizan comportamientos para lograr la pérdida de peso y presentan una distorsión de su imagen corporal, son menos hábiles para poder percibir y reconocer sus estados emocionales y de los demás; así como de atender las señales internas que el cuerpo emite junto a las emociones; y viceversa.

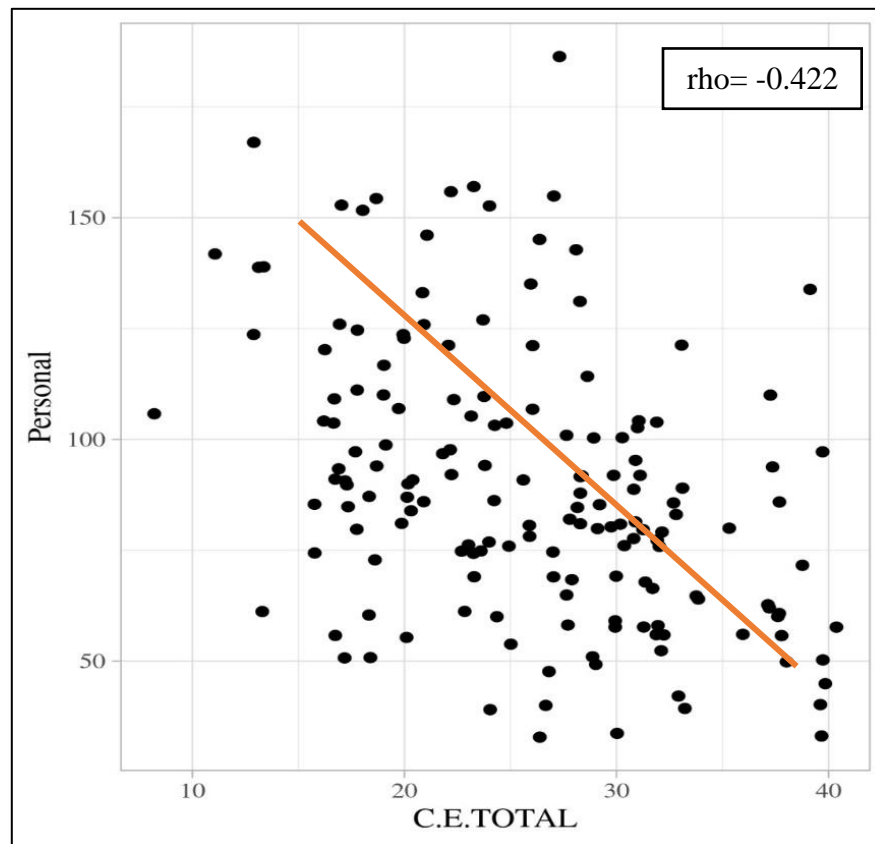


Figura 6. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión claridad emocional.

Como se aprecia en la figura n°6, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación negativa y estadísticamente significativa entre el factor personal y la claridad emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es moderada ($\rho=-0.422$), por lo tanto, cuando las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional son bajas reflejan puntuaciones altas en el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA, por lo que a medida que las puntuaciones de la dimensión claridad emocional aumentan, se disminuyen las puntuaciones del factor personal de la Inteligencia Emocional. Esto

quiere decir que cuando los estudiantes presentan conductas purgativas a fin de controlar o perder peso, se imponen expectativas muy altas a fin de conseguir el reconocimiento social y éxito, presentan confusión y desconexión de sus sensaciones fisiológicas y emociones; manifiestan deseos y anhelo por regresar a etapas de la vida más tempranas, creen en la autodisciplina y control sobre las necesidades corporales y muestran conductas impulsivas; las habilidades de identificación, discriminación y comprensión de las causas de sus emociones y consecuencias en el comportamiento se ven mermadas; viceversa.

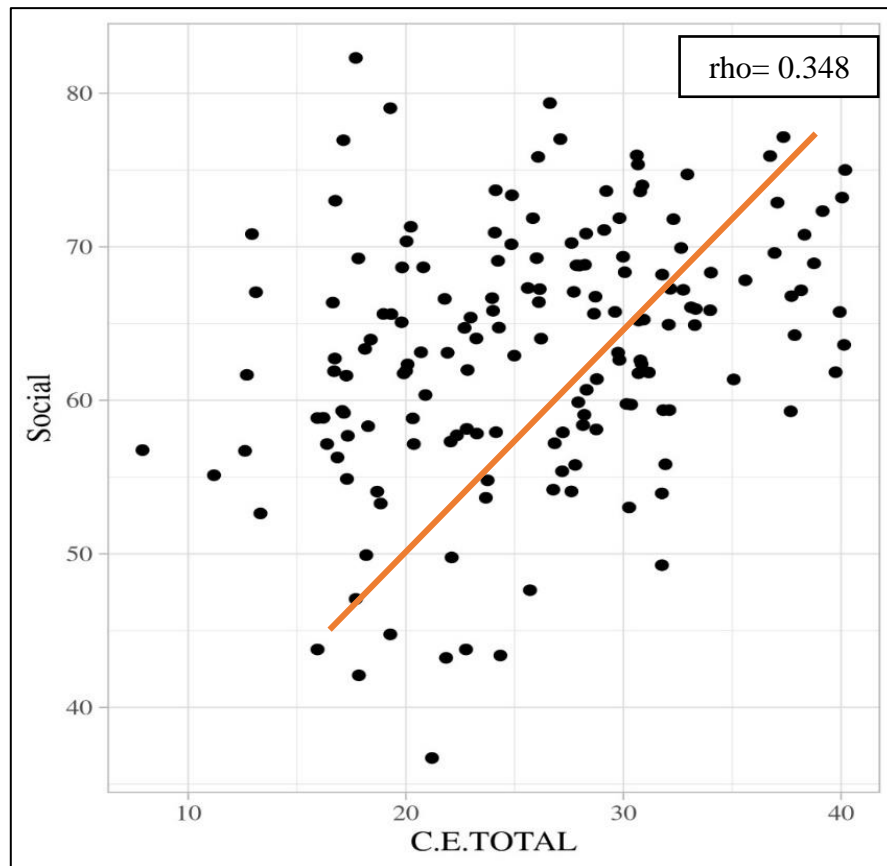


Figura 7. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión claridad emocional.

Como se aprecia en la figura n°7, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el factor social y la claridad emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es baja ($\rho=0.348$), por lo tanto, cuando las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional son bajas reflejan puntuaciones bajas en el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA, por lo que a medida que las puntuaciones de la dimensión de claridad emocional aumentan, de la misma manera se incrementan las puntuaciones del factor social. Esto quiere decir que cuando los estudiantes se perciben poco capaces, inseguros, presentan una baja autoestima o evitan las relaciones con los demás, comprenden y reflexionan sobre lo que les sucede de manera pesimista, disfuncional y desadaptativa.

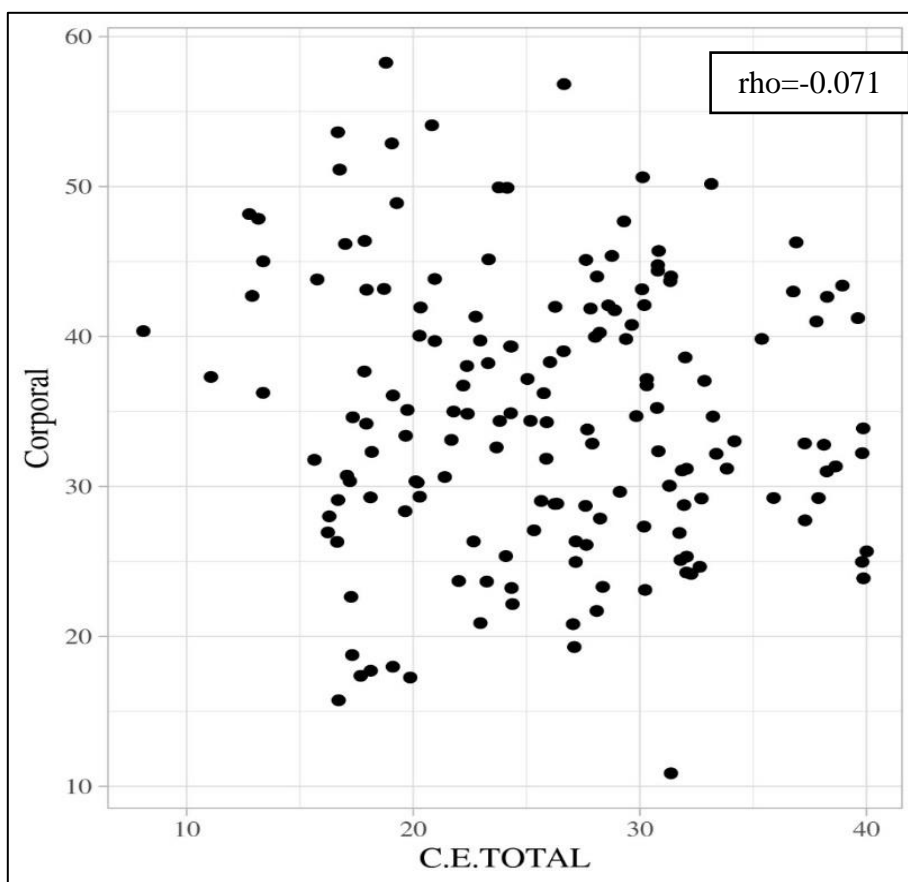


Figura 8. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión claridad emocional.

Como se aprecia en la figura n°8, no se encontró ninguna correlación significativa entre el factor corporal y la claridad emocional ($p=0.366$). Esto no significa que no exista tal relación, sino que en este estudio no hay las evidencias suficientes para afirmarlo. Lo cual podría indicar que la capacidad del individuo para poder identificar y categorizar sus propias emociones y las del entorno, así como poder prever las posibles consecuencias de estas no estarían afectando a su

sensación de comodidad y aceptación de su cuerpo o a la excesiva preocupación por perder peso corporal.

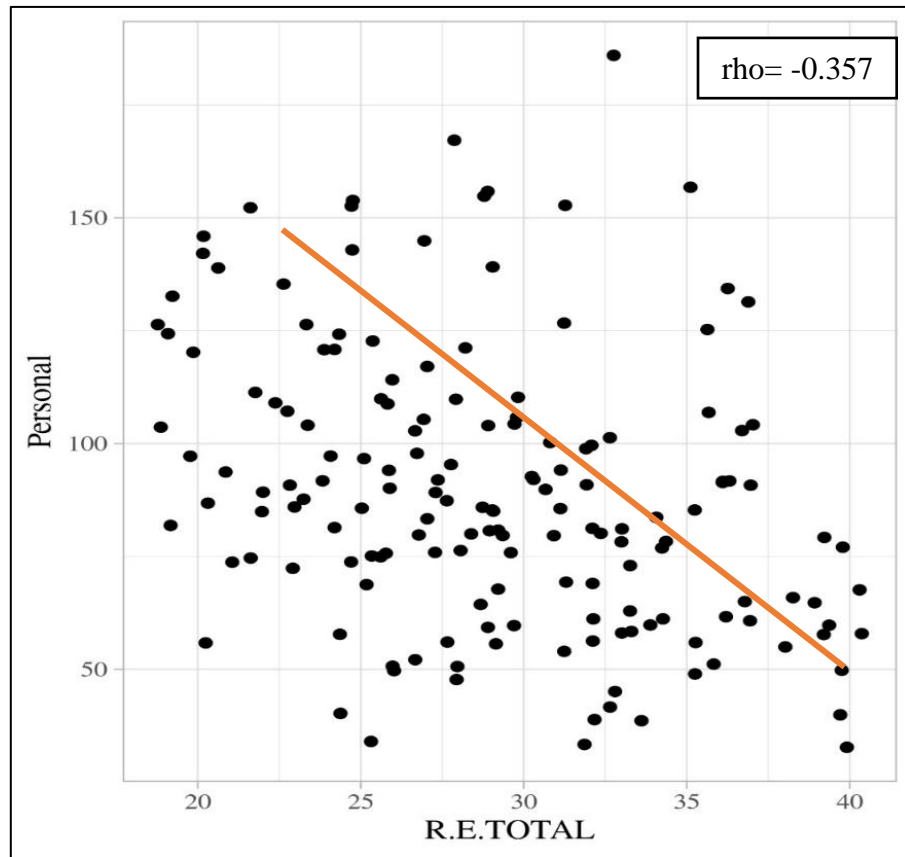


Figura 9. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor personal con las puntuaciones de la dimensión reparación emocional.

Como se aprecia en la figura n°9, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación negativa y estadísticamente significativa entre el factor personal y la reparación emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es baja ($\rho=-0.357$), lo cual indica que puntuaciones bajas en la

capacidad de reparación emocional manifestarían puntuaciones altas en el factor personal de los TCA, y al incrementarse las puntuaciones en la reparación emocional, habría una disminución en los niveles que componen las escalas del factor personal. Esto quiere decir que cuando los estudiantes presentan conductas purgativas a fin de controlar o perder peso, se imponen expectativas muy altas a fin de conseguir el reconocimiento social y éxito, presentan confusión y desconexión de sus sensaciones fisiológicas y emociones; manifiestan deseos y anhelo por regresar a etapas de la vida más tempranas, creen en la autodisciplina y control sobre las necesidades corporales y muestran conductas impulsivas; las habilidades para poder regular sus emociones y resolver conflictos se ven mermadas; y viceversa.

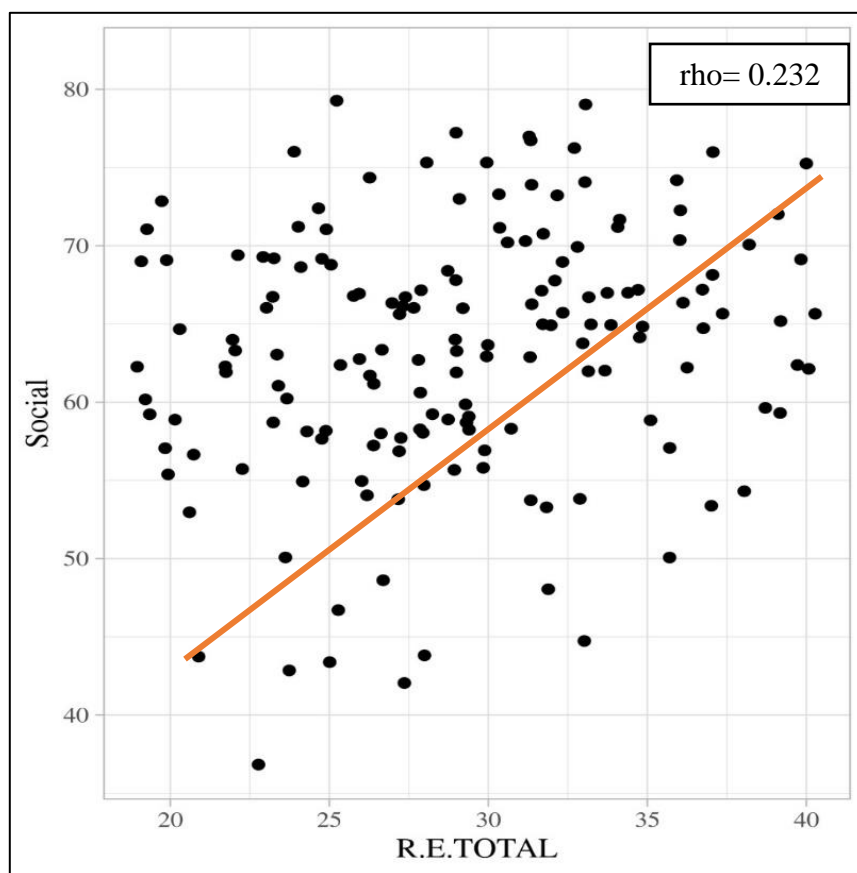


Figura 10. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor social con las puntuaciones de la dimensión reparación emocional.

Como se aprecia en la figura n°10, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el factor social y la reparación emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es baja ($\rho=0.232$); es decir, que puntuaciones bajas en la dimensión de reparación emocional reflejan puntuaciones bajas en las puntuaciones del factor social, además, cuando se incrementan las puntuaciones de la dimensión de reparación emocional, se estarían incrementando también las puntuaciones en el factor social de las características psicológicas y comportamentales de las TCA.

Esto quiere decir que cuando los estudiantes se perciben poco capaces, inseguros, presentan una baja autoestima o evitan las relaciones con los demás, son menos capaces de poner en práctica estrategias de regulación emocional adaptativas y eficaces para calmarse; y viceversa.

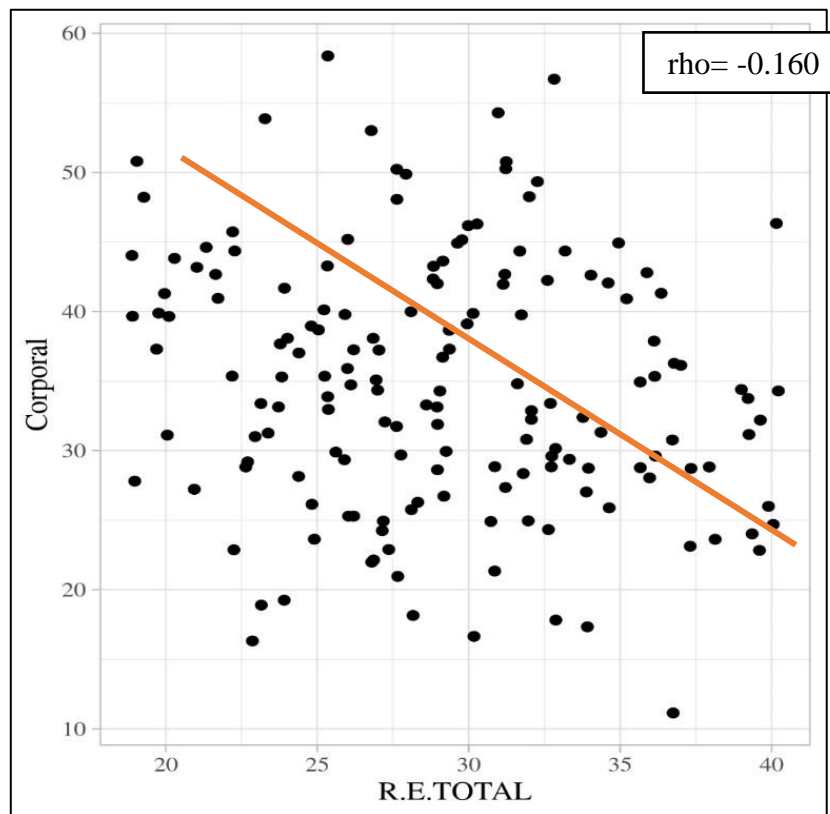


Figura 11. Gráfica de dispersión de la relación entre las puntuaciones del factor corporal con las puntuaciones de la dimensión reparación emocional.

Como se aprecia en la figura n°11, la dispersión de los puntos muestra la existencia de una relación negativa y estadísticamente significativa entre el factor corporal y la reparación emocional, donde la fuerza de la relación entre las variables es muy baja ($\rho=-0.160$); lo cual refleja que una puntuación baja en la

dimensión de reparación emocional indica una puntuación alta en el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de las TCA, por lo mismo, el incremento en las puntuaciones de reparación emocional manifestaría una reducción en los niveles del factor corporal. Esto quiere decir que, cuando los estudiantes presentan niveles altos de preocupación y malestar por su apariencia física, realizan comportamientos para lograr la pérdida de peso y presentan una distorsión de su imagen corporal, son menos capaces de poner en práctica estrategias para sentirse más aliviados o gestionar sus emociones, sobre todo negativas, e incluso pueden llegar a utilizar comportamientos desadaptativos para tal propósito como las conductas alimentarias de riesgo.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Respecto al objetivo general del presente estudio, se halló que existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la inteligencia emocional. Esto quiere decir que ambas variables se influyen mutuamente, tal como lo explica Garrido (2012), ya sea porque la inteligencia emocional se comporta como un factor protector, o, por el contrario, como un factor predisponente en el desarrollo de la psicopatología. De acuerdo con esto, cuando el estudiante tiene adecuadas competencias y habilidades para gestionar, expresar y regular sus emociones, la posibilidad de que se desencadene un TCA es inferior. No obstante, cuando existen estados emocionales negativos duraderos en el tiempo, y con ello, la aparición de comportamientos desadaptativos para gestionar emociones, sobre todo negativas, se incrementa el riesgo de desarrollar un TCA.

Los resultados que obtuvo Vivanco (2018), en una muestra de estudiantes arequipeños se asemejan, puesto que señalan que cuando los niveles de IE son bajos, el riesgo de desencadenar un TCA se incrementa. Esto reafirma la importancia de reconocer el componente emocional dentro de la etiopatogenia de estas psicopatologías alimentarias, puesto que junto a otros factores como: rasgos de personalidad, factores ambientales y factores personales, preceden su aparición (Fox & Power, 2009; citado por Garrido, 2012). En consecuencia, podría afirmarse en el contexto de la presente investigación, que los niveles alcanzados de habilidades emocionales de atención, claridad y reparación

podrían estar influenciando en menor o mayor grado la presencia de características psicológicas y comportamentales de los TCA. Esto va a depender de cómo el estudiante atraviesa su primer año de estudios con los recursos, competencias y habilidades de las que dispone o no para hacer frente a las diversas situaciones y demandas a las que está expuesto.

En cuanto al objetivo referido a identificar la prevalencia de las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de la conducta alimentaria, se evidencia un nivel de “*Con presencia de indicadores de TCA*” predominante en la muestra, tanto en mujeres como varones; así como, también, en adolescentes y jóvenes. Esto quiere decir que la mayoría de estudiantes presenta un riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria de manera significativa, pudiendo deberse a lo anteriormente expuesto: la transición de la adolescencia a la adultez y la nueva experiencia universitaria a la que el estudiante se enfrenta. Ciertamente, la mayoría de veces, esto significa un incremento de situaciones percibidas como potencialmente estresantes y retadoras que afectan en el estilo de vida de la persona y repercuten en el ámbito físico, emocional, social, cognitivo y conductual, lo cual puede incrementar la vulnerabilidad de desarrollar psicopatologías de la salud mental, como los TCA (Simpson, 2008; citado por Peña, López y Liévano, 2014).

Estos resultados son similares a los que obtuvo Castejón y Berenguí (2020), en una muestra de estudiantes universitarios de España, donde el 58.5% de mujeres y 49.5% de varones cumplieron con los criterios de TCA; es decir, se

encuentran en riesgo. Y en contexto nacional, Nakandakari y De la Rosa (2013), en una muestra de estudiantes de medicina humana halló que las mujeres en un 34.9% y los varones en un 13.8% presentaron rasgos de TCA, y que incluso, los estudiantes con edades comprendidas entre los 16 y 22 años presentaron una mayor incidencia de estas características (30.3%).

Respecto al objetivo referido a identificar los niveles de IE predominantes en los estudiantes evaluados, se evidencia que la mayoría de los participantes tienen un nivel adecuado en las tres dimensiones de la inteligencia emocional: atención, claridad y reparación. Al igual que Vivanco (2018) en su estudio nacional, quien halló que el mayor porcentaje de su muestra tuvo un nivel adecuado de IE, sin hallar diferencias significativas entre ambos sexos ni edades, al igual que en el presente estudio. Estos hallazgos nos demuestran que, a pesar de que los estudiantes presentan características psicológicas y comportamentales de los TCA y están expuestos a nuevas situaciones desafiantes propias de la etapa de vida que atraviesan, la mayoría cuenta con las habilidades para identificar sus propias emociones y las de los demás, tomar decisiones alineadas con sus emociones, presentar un vocabulario emocional amplio, lograr empatizar con los demás por medio del lenguaje corporal, aceptar y permitir sentir sus emociones sin juicios ni rótulos (buenas/malas) y regular sus emociones por medio de conductas adaptativas y saludables (Fernández- Berrocal y Extremera; 2005).

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la atención emocional y el factor personal, no se encontró una relación estadísticamente significativa en este estudio. Si bien esto podría entenderse por lo que sustenta Garrido (2012) quien refiere que una emoción por sí sola, no predispone ni indica riesgo de TCA, no es argumento suficiente para concluir que estas variables no estén asociadas. En efecto, la evidencia incluso demuestra que prestar “demasiada” atención a las propias emociones y de los demás, puede suponer un problema que trae como consecuencias desajustes, desregulación, sobre identificación con los pensamientos, emociones y rumiaciones (Pena, Extremera y Rey, 2011). Lo anterior tiene sentido si se considera que en este factor se encuentran las escalas de bulimia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, donde la mayoría de estas surgen como consecuencia de lo que la persona atiende, capta y percibe, ya sea de manera positiva o negativa, de su mundo interno y externo. Es por eso que se cree que la no significancia de esta relación se debe al tamaño de la muestra, que no es representativo de toda la población estudiantil.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la atención emocional y el factor social, se encontró que la relación entre ambas es baja, observándose que el incremento en las puntuaciones del factor social refleja un aumento en las puntuaciones de la habilidad que responde a la percepción y atención de las emociones propias y de los demás; lo cual es explicado por Extremera y Fernández-Berrocal (2006; citado por Ahumana, 2011) quienes afirman que para

garantizar un adecuado bienestar social y psicológico, es necesario de puntuaciones moderadas y bajas de la atención emocional. Prestar una excesiva atención de los estados emocionales propios y de otros, se relaciona con síntomas depresivos y niveles altos de ansiedad, lo cual suele agravarse cuando las otras dos habilidades emocionales restantes se encuentran en niveles bajos ya que facilita las rumiaciones, desajuste emocional e incapacidad de toma de decisiones y resolución de conflictos de manera adaptativa. Esto quiere decir que, si bien es necesario conocer y atender nuestras emociones, tanto positivas como negativas, que el estudiante este muy pendiente de estas y de lo que sus compañeros o familiares puedan estar sintiendo, podría ocasionar dificultades en la interacción social. Ello, debido a que se retroalimentaría la sensación de ineficacia al imaginar lo que otros podrían estar diciendo o pensando sobre él o ella, invitaría a la aparición de pensamientos disfuncionales y rumiaciones que, finalmente, llevaría a concluir que los vínculos son inseguros y un posterior aislamiento.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la atención emocional y el factor corporal, se encontró que la relación entre ambas es muy baja, observándose que el incremento en las puntuaciones del factor corporal se asocia a un aumento en las puntuaciones de la habilidad que responde a la percepción y atención de las emociones propias. Esto puede asociarse a que actualmente la cultura occidental sobrevalora modelos corporales hegemónicos y estigmatiza la gordura, lo cual invita a que las personas, sobre todo las mujeres, experimenten

una excesiva preocupación y estén hipervigilantes con los cambios o no que presentan sus cuerpos (Bully, Elosua & López-Jáuregui, 2012).

Esto es confirmado por el estudio de Berenguí, Castejón y Torregrosa (2016) en una muestra de universitarios donde hallaron que niveles altos de insatisfacción corporal se asocian a puntuaciones elevadas en una preocupación excesiva respecto al cuerpo y déficits introceptivos; es decir, dificultades en el entendimiento y reconocimiento de las emociones. Todo ello, junto a una serie de factores predisponentes y mantenedores, pueden traer como consecuencia conductas alimentarias de riesgo.

No obstante, llama la atención la baja intensidad de la relación entre las variables de estudio, puesto que se esperaba que esta sea de una intensidad mayor. Inmaculada (2004), señaló que uno de los componentes de la imagen corporal es el factor afectivo-emocional; es decir, las emociones y sentimientos que tienen los individuos sobre su propio cuerpo, por lo que estas influyen en la propia percepción y posteriormente, en el comportamiento que se pueda o no tener hacia el cuerpo. Con respecto a la obsesión por la delgadez, Inmaculada sostiene que es una conducta alimentaria que engloba emociones, catalogadas como negativas, en un nivel intenso, las cuales se manifiestan por un deseo rígido de modificar la apariencia a una más aceptada socialmente, preocupación excesiva respecto a la alimentación y el temor por engordar (García, Solbes, Expósito y Navarro; citado por Camino, Martínez, González, Medina, Mercado y Lara,

2017). Probablemente, las fuerzas de la relación halladas en el presente estudio, se deban al tamaño de la muestra y fluctuaciones de los resultados obtenidos.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la claridad emocional y el factor personal, se encontró que la relación entre ambas es inversa y moderada, observándose que la reducción en las puntuaciones del factor personal se asocia con un aumento en las puntuaciones de la habilidad que responde a la identificación y comprensión de estados emocionales propios y ajenos. Esto se asemeja a lo identificado por Barraza, Muñoz y Behrens (2017) en una muestra de estudiantes de medicina de primer año. En el estudio, se observa que niveles bajos de las psicopatologías como depresión-ansiedad y estrés, implican una mayor comprensión emocional. Por el contrario, niveles mayores de estas psicopatologías, implicarían una tendencia a prestar demasiada atención a las emociones y por ende una comprensión sobrevalorada y disfuncional de los estados emocionales negativos, que más tarde podría traer como consecuencia conductas evitativas, desadaptativas y de riesgo. Lo que se da a entender, es que todo inicia en la percepción de la emoción, y dependiendo de esta, el estudiante contará o no con la capacidad de comprender y reflexionar sobre las causas, motivos y consecuencias de lo que siente (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010).

Específicamente, de acuerdo con el resultado del presente estudio, es posible reconocer el componente cognitivo de esta habilidad emocional que posteriormente guiará una conducta. En efecto, en el caso que se encuentre en un nivel alto en el estudiante, puede funcionar como factor protector. Según lo

manifestado por Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006, citado por Ahumada, 2011) y así evitar el deseo de realizar conductas purgativas para perder peso, modular los pensamientos disfuncionales y perfeccionistas, a uno más reales, flexibles y adaptativos; facilitar la atención y comprensión de las sensaciones corporales.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la claridad emocional y el factor social, se encontró que la relación entre ambas es baja, observándose que un incremento en las puntuaciones del factor social refleja un aumento en las puntuaciones de la habilidad que responde a la identificación, discriminación y comprensión de las emociones; de lo cual puede entenderse que el estudiante a pesar de percibirse poco capaz, sentirse vacío e inseguro sobre sí mismo y las relaciones sociales, presentar un bajo autoconcepto y autoestima, así como evitar relacionarse, sigue teniendo la habilidad de anticipar o reflexionar sobre las causas de sus emociones o predecir comportamientos como consecuencia de lo que sienten, probablemente, de manera pesimista, disfuncional y desadaptativa. Sin embargo, autores como Cruz (2014) no concuerdan con el presente hallazgo, y por el contrario, refiere en su investigación que niveles altos de relaciones positivas se asocian a mayor claridad emocional. Esto significa que la habilidad de comprender estados emocionales y reflexionar sobre estos, deberían mejorar la calidad de los vínculos y percepción de las relaciones sociales como seguras y saludables, no lo contrario.

Incluso, Caballero, Suarez y Bruges (2015), reportaron en universitarios con y sin ideación suicida, que los que presentaban ideación suicida en niveles altos, carecían de claridad emocional, puesto que eran incapaces de comprender razonablemente sobre sus emociones y las procesaban desadaptativamente, trayendo como consecuencias pensamientos autolesivos y destructivos.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la claridad emocional y el factor corporal no se encontró una relación estadísticamente significativa en este estudio. En principio, esto podría ser explicado por Berenguí, Castejón y Torregrosa (2016) quienes afirman que la obsesión por la delgadez e insatisfacción por el cuerpo están mayormente relacionadas con el estándar de belleza vigente en la sociedad, dando a entender que el componente emocional, si bien es relevante, no es que tenga mayor influencia en esta relación. Sin embargo, se considera que no es argumento suficiente para determinar que las variables no están relacionadas, puesto que ambas escalas del factor corporal, guardan relación con la percepción positiva o negativa que el estudiante tiene sobre su cuerpo, partes de este o sobre sí mismo. Lo mencionado será analizado posteriormente, así como racionalizado y comprendido junto a los esquemas y creencias que el sujeto tenía previamente, para así sacar conclusiones sobre su aspecto. Finalmente, en el caso fueran pensamientos y emociones negativas, según expone Sámano, Zelonka, Martínez, Sánchez, Ramírez y Ovando (2012) podría facilitar el uso de conductas alimentarias de riesgo para disminuir su peso y modificarlo alineado al ideal de delgadez promovido por la sociedad. Dicho

esto, se cree que la no significancia de esta relación se debe al tamaño de la muestra que no es representativo de toda la población estudiantil.

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la reparación emocional y el factor personal, se encontró que la relación entre ambas es inversa y baja, observándose que una disminución en las puntuaciones del factor personal se asocia a un aumento en las puntuaciones de la habilidad que responde a la regulación de las emociones positivas y negativas. Por el contrario, un aumento en las puntuaciones del factor personal, se asocia a una disminución en las puntuaciones de la reparación emocional. Esto se asemeja a lo identificado por Barraza, Muñoz y Behrens (2017), quienes también hallaron una correlación inversa entre la reparación emocional y la depresión, ansiedad y estrés, dejando en claro que la regulación de los estados emocionales, a fin de buscar incrementar la intensidad de los afectos positivos y disminuir el malestar de los afectos negativos, es de suma importancia, porque dependiendo de esta la persona será menos propensa a desencadenar psicopatologías.

Markey & Vander (2007) en una muestra no clínica de estudiantes de pregrado, indicaron que las mujeres que presentaban una mayor sintomatología bulímica eran las que tenían una peor puntuación en IE y respecto a la regulación de sus afectos, utilizaban en menor medida estrategias de afrontamiento y resolución que fueran adaptativas y saludables. Específicamente en población diagnosticada con un TCA, Pascual, Etxebarria y Cruz (2011), rescatan que las

pacientes con un peor nivel de IE emplearían diversas conductas alimentarias de tipo restrictivas, compensatorias y/o compulsivas, a fin de evitar y/o encubrir el malestar o incomodidad que emociones como la vergüenza, miedo, ansiedad y culpa les genera (Behar, 2011).

En cuanto al objetivo de identificar la relación entre la reparación emocional y el factor social, se encontró que la relación entre ambas es baja, observándose que bajas puntuaciones del factor social se asocian con bajas puntuaciones de la habilidad que responde a la regulación de las emociones positivas y negativas. Esto significa que cuando el estudiante tiene disposición para relacionarse con los demás y establecer vínculos, se siente capaz de conseguir lo que se propone y confía en sí mismo; no necesariamente repercute en su desenvolvimiento y gestión emocional personal y respecto a los demás. Dicha conclusión, no es avalada por García (1993, citado por Behar, 2011), quien manifiesta que la falta de habilidades para la regulación y gestión adaptativa de las emociones, deteriora la competencia social, ocasionando dificultades en la comunicación con los demás y limitando la interacción social de la persona en diferentes entornos; lo cual finalmente puede ocasionar aislamiento, sensación de ineficacia e inseguridad.

Asimismo, estudios realizados en población diagnosticada con TCA mencionan que las pacientes que intentan controlar o suprimir sus estados de ánimo, reducen notoriamente la capacidad que tienen de expresarlas, lo cual se

relaciona con timidez, sumisión, sensación de ineficacia, conductas agresivas y hostiles, incompetencia para establecer límites a los demás, manifestar desacuerdos y priorizarse (Behar, 2011).

Finalmente, en cuanto al objetivo de identificar la relación entre la reparación emocional y el factor corporal, se encontró que la relación entre ambas es inversa y muy baja, observándose que una disminución en las puntuaciones del factor personal se asocia a un incremento en la puntuación de la habilidad que responde a la regulación de las emociones positivas y negativas. Esto quiere decir que, cuando el estudiante no presenta deseos intensos de modificar su cuerpo por alcanzar un estándar de belleza impuesto por la sociedad, tiene una adecuada imagen corporal, libre de juicios y pensamientos negativos sobre sí mismo; y que cuando tenga que regular sus emociones y emplear estrategias para gestionarse y sentirse más aliviado lo hará adecuadamente, sin mermar su integridad y salud mental.

Es importante volver a mencionar que, en esta relación, el rol de la influencia sociocultural es crucial, puesto que las personas se sienten insatisfechas con su cuerpo e intentan hacer algo por cambiarlos, motivados por esta. Sámano, Zelonka, Martínez, Sánchez, Ramírez y Ovando (2012) identificaron que una imagen corporal deteriorada facilitaría que se empleen conductas alimentarias de riesgo para alcanzar dichos ideales de delgadez y belleza.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- La hipótesis general “existe una relación alta entre las características psicológicas y comportamentales presentes en los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional” es rechazada, debido a que se encontró una relación estadísticamente significativa y negativa de nivel bajo entre las características psicológicas y comportamentales presentes en los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en estudiantes de primer año de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE” es rechazada, debido a que en este estudio no se encontró una relación entre ambas variables.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación de nivel bajo.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión atención emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación de nivel muy bajo.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación de nivel moderado.

- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación negativa de nivel bajo.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión claridad emocional de la IE” es rechazada, debido a que en este estudio no se encontró una relación entre ambas variables.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor personal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación negativa de nivel bajo.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor social de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación de nivel bajo.
- La hipótesis “existe una relación alta entre el factor corporal de las características psicológicas y comportamentales de los TCA y la dimensión reparación emocional de la IE” es rechazada, debido a que se encontró una relación negativa de nivel muy bajo.
- Respecto a la frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según el género, se obtuvo que la mayoría de mujeres presenta

indicadores de TCA en las 11 escalas. Mientras que la mayoría de varones presentan indicadores de TCA en las 9 escalas, menos en las de insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal.

- Respecto a la frecuencia de las características psicológicas y comportamentales de los TCA según la edad, la mayoría de los adolescentes presentaron indicadores de TCA en las 11 escalas. Mientras que la mayoría de jóvenes, presentan indicadores de TCA en 10 de las escalas, menos en la de bulimia.
- Respecto a la frecuencia de los niveles de inteligencia emocional según el género, tanto mujeres como varones presentaron niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional.
- Respecto a la frecuencia de los niveles de inteligencia emocional según la edad, tanto los adolescentes como jóvenes presentaron niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir realizando investigaciones a nivel nacional en la población de estudiantes universitarios, incluso considerando variables que se explican en la etiopatogenia de los TCA como: dinámica familiar, etapas de desarrollo, personalidad, genética, autoestima, hábitos alimenticios, bullying, etc. a fin de incrementar el conocimiento científico. Es recomendable el uso de un muestreo probabilístico con el objetivo de tener una muestra más representativa de la población.
- En base a las limitaciones del estudio, se recomienda que futuras investigaciones realicen una investigación de tipo experimental que fundamente y explique la causalidad entre las variables con mayor científicidad. Es oportuno recurrir a modelos cualitativos y técnicas como entrevistas individuales y grupales, a fin de conocer esta problemática desde los hechos, historias y experiencias de los evaluados.
- Se recomienda, en base a la información encontrada, que los estudiantes que presenten características psicológicas y comportamentales de ellos TCA mantengan en niveles moderados y/o altos las habilidades de la inteligencia emocional que podría ser optimizados por medio de los programas de tutoría que brinda la universidad.
- Se sugiere, asimismo, que la UFBI, unidad encargada del bienestar integral de los estudiantes, diseñe y ejecute programas preventivos, informativos y educativos dirigidos a la población de estudiantes, donde se aborden temas

como: transición a la vida universitaria, importancia de un estilo de vida saludable integral, habilidades sociales y emocionales para la adecuada gestión de situaciones difíciles, prevención de los TCA y desórdenes mentales, etc. Se recomienda, en caso sea posible, involucrar a los cuidadores, por medio de conversatorios dirigidos por los docentes de la universidad, sobre temas a fines y habilidades de acompañamiento a los menores, a fin de que el primer año de estudios sea una experiencia enriquecedora para los estudiantes y disminuir, así, las probabilidades de que se desencadene alguna psicopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abint (2013). *La Anorexia y la Bulimia en el Perú*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de http://www.abintperu.com/la_anorexia_y_bulimia_en_el_peru.html

Adenzato, M., Todisco, P. y Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *Plos One*, 7(8), e44414.

Aguilar, M., Gil, O., Pinto, V., Quijada, C., y Zúñiga, C. (2014). Inteligencia Emocional, Estrés, Autoeficacia, Locus de control y Rendimiento académico en universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19 (1), 21-35.

Aguinaga, M., Fernández, L., y Varo, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales sistema sanitario Navarra*, 23, 2, 279-292.

Ahumada, F. (2011). La relación entre inteligencia emocional y salud mental. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Albornoz, D., Miranda, G., y Solano, C. (2010). *Terapia Cognitivo conductual en Bulimia nerviosa. Anales de Salud Mental*, 26, 1, 67-74.

American Psychological Association., American Educational Research Association & National Council on Measurement in Education EDI-2. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, Manual de TEA*.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Médica Panamericana.

Arnett, J. (2001) Conceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *J. Adult Dev.*8, 133–143

Badia, G. (2015). *Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Universidad de Leida, España. Recuperado el 6 de junio de 2018, de <https://www.tdx.cat/handle/10803/382833#page=1>

Barraza, M. (2014). *Estrés académico y sentido de coherencia en un grupo de estudiantes universitarios* (tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de, <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6103>

Barraza, R., Muñoz, N. & Behrens, C. (2017). Relationship between emotional intelligence and depression-anxiety and stress in medical students

freshmen. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18-25.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100003>

Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 338-346. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400005>

Behar, R., y Arancibia, M. (2014). DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. 52. 22-33.

Benzaquén, C. (2016). *Bienestar y desórdenes alimenticios en bailarinas profesionales de ballen en el Perú*. Recuperado de, http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7469/BENZAQUEN_BELLIDO_CAMILA_BIENESTAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berengüí, R., Castejón, M., y Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal: Conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. <https://revistas.um.es/analesps/article/download/361951/274011/>

Berengüí, R., Castejón, M. A., y Torregrosa, M. S. (2020). Diferencias de personalidad en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. <https://revistas.um.es/analesps/article/download/361951/274011/>

- Berny, M., Rodríguez, D., Cisneros, J., y Guzmán, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 7(14), 15-21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books
- Bully, P., Elosua, P., y López-Jáuregui, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: evolución en una década. *Anales de Psicología*, 28(1), 196--202.
- Caballero, C., Suárez, Y., y Bruges, H. (2015) Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155.
- Caldera, I., Martín del Campo, P., Caldera, J., Reynoso, O., y Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 22-31. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>
- Calvo, R., Gallego, L., Solórzano, G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R., y Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes: reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 941-952. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7326>

Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualization and treatments of anxiety and mood disorders*. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542---559). Nueva York: Guilford Press.

Carrasco, J. (2017). *Relación entre inteligencia emocional, autoeficacia general y variables sociodemográficas en pacientes ambulatorios del servicio de psicología de una clínica de Lima Metropolitana*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/984>

Castejón, M. y Berenguí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales De Psicología*, 36(1), 64-73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>

Chau, C., y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 387-422. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.001>

Chýlová, H., & Natovová, L. (2013). Stress, self-efficacy and wellbeing of the university students. *Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science*, 6(3), 190-202.

Cruz, R. (2014). *Crecimiento Personal y Relaciones Positivas en profesionales de la salud: cuando la Inteligencia Emocional puede ser una ventaja* (Tesis de

Licenciatura).152 Recuperado de
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/863/1/TFG_CruzJerez%2CRocio.pdf

Cohen, J. (1992). *Quantitative methods in Psychology*. New York University.

Dede AD, Lyritis GP, Tournis S. Bone disease in anorexia nervosa. Hormones (Athens). 2014;13(1):38-56.

Díaz de León, C. (2013). *Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios de la Ciudad de México* (tesis de maestría), Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Duarte, J. (2019). Trastornos de la Conducta alimentaria. Problema de Salud Pública. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/336899472_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Problema_de_Salud_Publica

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.

Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista*

Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19(3),63-93. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274/27411927005>

Fernández-Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2009). La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23 (3), 85-108.

García, M. (s.f). *Trastornos de la conducta alimentaria y problemas alimentarios ¿cuáles son las diferencias?*, Recuperado de <https://www.centrojuliafarre.es/blog/trastornos-conducta-alimentaria-problemas-alimentarios/>

García, J. (2017). *La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología Latinoamericana*. Recuperado de <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/76>

Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). *Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications*. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284

Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia*.

Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 5, 341-1631.

- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea Ediciones, SA.
- Garrido, V. (2012). *Desarrollo de la competencia emocional para la reducción de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Giner, C. (2016). *Emociones y trastornos de la conducta alimentaria: Correlatos clínicos y abordajes terapéuticos basados en nuevas tecnologías*. Universitat de Barcelona.
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Heinberg, L., Thompson, J., & Matzon, J. (2001). Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial? In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*, 215–232. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10403-011>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., Méndez, S., y Mendoza, C. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.

- Inmaculada, P. (2004). Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de Psiquiatría*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148300>
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2017). *Compendio Estadístico 2017*.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2013). *Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud Mental, 19*.
- JASP Team (2020). JASP (Version 0.14) [Computer software].
- Laporta, I., Martín, T., Latorre, P., Vives, E., y Navalón, V. (2018). *Miedo a la madurez en adolescentes con anorexia nerviosa*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6766833>
- López, I. (2017). *Factores de Riesgo y Vulnerabilidad en trastornos alimenticios*. Universidad de Jaén.
- Luca, A., Luca, M., & Calandra, C. (2014). Eating Disorders in Late-life. Aging and disease, 6(1), 48–55. <https://doi.org/10.14336/AD.2014.0124>
- Markey, M. & Vander, J. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive psychiatry, 48(5)*, 458-464

- Martínez, A., Piqueras, J., & Ramos, V. (2010). Emotional Intelligence in physical and mental health. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 2, 861-890.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books
- Mayer, J. (2001), A field guide to emotional intelligence. Emotional Intelligence in Every Day Life, Filadelfa, *Psychology Press*, 3-14.
- Mayer, J., y Salovey, P. (2007). *¿Qué es Inteligencia Emocional? Manual de Inteligencia Emocional* (pp. 23-43). Madrid: Pirámide.
- Mejía, C. (2017). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de secundaria-San Juan de Lurigancho, Lima*. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11216?locale-attribute=en>
- Ministerio de Salud del Perú (2016). *Etapas de Vida*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demo-graficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>

Ministerio de Salud del Perú (2017). *Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

Nakandakari, G., y De la Rosa, C. (2013). *Rasgos de trastornos conductuales alimentarios y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de medicina humana*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724730>

Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. Decimoséptima edición. Washington, DC: OPS; (Documento Oficial No. 325).

Organización Mundial de la Salud (2021). *Desarrollo de la Adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20adolescencia%20como%20el%20periodo,adulta%2C%20entre%20los%2010%20y%20los%2019%20a%C3%B1os.

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-247.

- Pena, M., Extremera, N., y Rey, L. (2011). El papel de la Inteligencia Emocional en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(1), 69-79. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.22.num.1.2011.78>
- Peña, N., López, S., y Liévano, M. (2014). Conductas alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(2), 29-38.
- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J., y Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4). Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/824/956>
- Quick, VM. & Byrd-Bredbenner, C (2013) Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *J Human Nut Diet* 26, 53-63.
- Quiñones, S. (2016). *Autoconcepto físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre- universitario – Trujillo*. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1976>
- Quiroga, S., y Cryan, G. (2007). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades*, 8(16),127-152. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=184/18481608>

- Ramírez, M., y Torres, P. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal - adolescentes mujeres - I.E. Antonio José De Sucre. Arequipa* – 2017. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5155>
- Salovey, R., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9.
- Sámamo, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., y Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 145---154.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. (4ta ed.). Lima, Perú: Editorial Visión Universitaria.
- Sánchez, J; Villarreal, M; y Musitu, G. (2010). *Psicología y Desordenes Alimenticios*. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf>
- Sánchez, M., y Sabogal, P. (2020). *Conductas alimentarias de riesgo y TCA*. Recuperado de <https://proyectoprincesas.com/conductas-alimentarias-riesgo/>

- Silva J. *Regulación emocional y psicopatología: El modelo de vulnerabilidad/resiliencia*. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43 (3): 201-9.
- Simón, A. (2016). *Prevención de los trastornos de alimentación desde los medios de comunicación*. Universidad Pontificia de Salamanca. Recuperado de <http://summa.upsa.es/high.raw?id=0000043532&name=00000001.original.pdf>
- Sulkowski, ML., Dempsey, J., & Dempsey, A. (2011) Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating Behaviours*. 12, 188-191
- Unikel, C., y Gómez, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 1, 38-49.
- Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T. J., Trujillo, E. M., y García, F. et al. (2010). Conductas alimentarias de riesgo prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.
- Unikel, C., Díaz de León, C., González, C., Wagner, F., y Rivera, J (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria*, 25(2),35-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=416/41648310006>

- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev. Chil. Nutr.*
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M., y Mancilla, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120. [https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.00338\(2\)](https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.00338(2)), 128-135.
- Vivanco, H. (2018). *Inteligencia Emocional y Riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria en estudiantes del centro Pre universitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa*. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7524/70.2327.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Woud, M., Anschutz, D., Van Strien, T., & Becker, E. (2011). Measuring thinpiration and fear of fat indirectly. A matter of approach and avoidance. *Appetite*, 56(2), 451–455. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.12.012>

Anexos

Anexos A

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A. Ficha Demográfica

INVESTIGADORA:

FECHA DE EVALUACIÓN:

FICHA DEMOGRÁFICA	
NOMBRES Y APELLIDOS	
SEXO (MARQUE)	F o M
EDAD	
LUGAR DE NACIMIENTO	
CARRERA UNIVERSITARIA A LA QUE HA INGRESADO:	

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

B. EDI – II Cuestionario

Nombre: _____ Fecha: _____

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

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

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

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

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	
5. Suelo hartarme de la comida	
6. Me gustaría ser más joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterroriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	

26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada	
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	
37. Me siento seguro de mí mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41. Tengo mala opinión de mí	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43. Mis padres esperabas de mí resultados sobresalientes	
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	

63. Me fijo en objetivos sumamente ambiciosos	
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. Soy comunicativo con la mayoría de gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamiento extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91. Creo que realmente sé quien soy	

C. TMMS-24 Cuestionario

INSTRUCCIONES: *A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.*

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo por lo que siento	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9	Tengo claro mis sentimientos	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

Anexo B

Figura N°1 Cálculo de la Muestra- G Power

Test family		Statistical test	
Exact		Correlation: Bivariate normal model	
Type of power analysis			
A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size			
Input Parameters		Output Parameters	
Determine =>		Lower critical r	
Tail(s)		-0.1671877	
Two		Upper critical r	
Correlation ρ H1		0.1671877	
0.3		Total sample size	
α err prob		138	
0.05		Actual power	
Power (1- β err prob)		0.9504014	
0.95			
Correlation ρ H0			
0			