

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA  
MARIA, AREQUIPA. 2018”**

**Tesis presentada por el bachiller:**

Vivanco Vera, Hermes Jesús Amado

**Para optar por el Título Profesional de:**

**Médico Cirujano**

**Asesor:** Dr. Arce Pamo, Miguel Angel

AREQUIPA – PERÚ  
2018



*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 219 - FMH-2017**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA. AREQUIPA. 25018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**HERMES JESUS AMADO VIVANCO VERA**

Nuestro dictamen es:

*Favorable.*

OBSERVACIONES:

Arequipa, *19/ marzo /2018*

*[Signature]*  
DR. VICTOR LUIS VASQUEZ HUERTA

*1116*

*[Signature]*  
Dr. Ricardo Ibáñez Barreda  
MEDICO PSQUIATRA  
C.O.P. 27527 - R.N.E. 25195  
DR. RICARDO JAVIER IBÁÑEZ BARREDA

*[Signature]*  
DR. GERMAN VARGAS OLIVERA

*German A Vargas Olivera*  
MEDICO-CIRUJANO  
MAGISTER EN SALUD MENTAL  
CMP: 36097

## DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por regalarme el privilegio de vivir y bendecirme con oportunidades y abundancia. A la Virgen María, porque fue voluntad suya, pese a las dificultades, haberme adentrado en esta apasionada carrera profesional.

A mi mamá Leonor por su apoyo, rectitud y disciplina impartida, además de cariño en las circunstancias más adversas y los momentos más duros. A mi papa Ray por creer en mí y augurarme siempre cosas buenas.

A mis hermanos Rosy, Roxana, Evelyn, Fredy, Lupe y Leonel, por su apoyo y compañía brindada a lo largo de todos estos años.

A mi enamorada Thatiana, porque llegó para quedarse y su paciencia, sugerencias y cariño fueron ingredientes necesarios que me ayudaron en perseverar para culminar el presente trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi más amplio agradecimiento a mi asesor de tesis, el Dr. Miguel Ángel Arce Pamo, por su guía y sugerencias cargadas de experiencia, por su paciencia ante mi desconocimiento en algunas cosas y por ese entusiasmo contagiante que demostró cuando dicto la cátedra de taller de tesis hace un par de años.

Así mismo agradezco a mis jurados de tesis: Dr. Victor Luis Vásquez Huerta y el Dr. German Vargas Olivera por sus oportunas correcciones, paciencia y experiencia compartida para la realización del presente trabajo.

Al Dr. Ricardo Ibañez Barreda, mi más profundo agradecimiento por su dirección y guía para la elaboración de este trabajo y por demostrar una gran calidad humana y constituir para mí un ejemplo como Psiquiatra, quisiera agradecerle también por sus cátedras con ingeniosos ejemplos y lecciones impartidas con experiencia y humor que han quedado grabadas no solo en memoria mía sino también la de muchos de mis compañeros.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>MATERIAL Y METODOS</b> .....	- 1 -
<b>CAPITULO II</b> .....	- 8 -
<b>RESULTADOS</b> .....	- 8 -
<b>CAPITULO III</b> .....	- 19 -
<b>DISCUSION Y COMENTARIOS</b> .....	- 19 -
<b>CAPITULO IV</b> .....	- 24 -
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	- 24 -
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	- 27 -
<b>ANEXOS</b> .....	- 29 -
<b>ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS</b> .....	- 30 -
<b>Anexo 1:</b> Consentimiento Informado .....	-72-
<b>Anexo 2:</b> Prueba de Inteligencia Emocional Tmms-24 .....	-75-
<b>Anexo 3:</b> Test de Actitudes Alimentarias Eat-26 .....	-76-
<b>Anexo 4:</b> Matriz de Datos .....	-80-

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas más críticas y por tanto vulnerables, en la vida del ser humano, es un tiempo de cambios físicos, psicológicos y sociales, que constituyen un parte importante en el desarrollo individual y social. Se sabe que, para el adolescente, uno de los hechos que más influye en su bienestar emocional es la aceptación social. En la búsqueda de esta aceptación, el adolescente hará uso de herramientas sociales previamente desarrolladas. (2)

Muchos de los estudios realizados sobre inteligencia emocional abordan el impacto de las diferencias individuales en la regulación de las emociones en los ámbitos social, de salud, educativo y ocupacional (3) . Sin embargo muy pocos estudios han abordado el papel de la IE puede jugar con la insatisfacción corporal y la aparición de síntomas correspondientes a un TCA, en nuestro medio no se encontró investigaciones que relacionen estas variables.

Los trastornos de conducta alimentación (TCA) son comportamientos alterados y persistentes relacionados con la alimentación, que resultan en impedimentos significativos en salud y funcionamiento psicosocial, siendo la adolescencia, el período de mayor vulnerabilidad al desarrollo de estos. (1)

Debido a un aumento en la incidencia de los TCA, son necesarios mayores esfuerzos para la prevención y detección temprana de estos .La literatura reciente subraya el papel crítico de las dificultades en regulación de la emoción (4) y el procesamiento emocional (5) en la sintomatología de los TCA. En este sentido, comportamientos con trastornos alimentarios (inanición, purga y ejercicio excesivo) podrían ser utilizados como una manera disfuncional de regular y proporcionar un escape emocional excitación. (6).

En el presente estudio se encontró que una baja IE se ha asociado con una mayor presencia de riesgo de TCA, esta información que puede ser usada a desarrollar programas que fortalezcan a inteligencia emocional y por ende a la prevención de

dichos trastornos mentales, sin embargo estos resultados deben ser tomados con cautela, se sugiere la realización de otro tipo de estudios con una población más amplia y tomando en cuenta más variables.



## RESUMEN

Partiendo del **antecedente** de que una mejora en los niveles de inteligencia emocional contribuiría a la prevención de trastornos de conducta alimentaria; en el presente estudio se estableció que una baja inteligencia emocional en adolescentes estaría asociada con la presencia de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria; debido a esto, el **objetivo** de la presente investigación, es determinar la relación entre la Inteligencia Emocional y la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María ; como **metodología** se aplicaron dos encuestas en una muestra de 254 alumnos de una población de 731 estudiantes tanto varones como mujeres, se usó la escala de Inteligencia emocional Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 Se usó una estadística descriptiva diferencial aplicando la prueba de chi cuadrado Se encuentran los siguientes **resultados**, participaron en el estudio un 40.2% varones y un 59.8% mujeres, con edades entre los 15 y 19 años. Se obtuvo niveles de moderada inteligencia emocional en 64.2% del total de participantes.

La Inteligencia Emocional en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María mostró valores predominantemente moderados no encontrándose relación significativa en cuanto a las variables sociodemográficas como sexo, edad y colegio de procedencia.

La mayoría de estudiantes con riesgo de trastornos de conducta alimentaria son del sexo femenino (77.14%), asociación entre el sexo femenino con la presencia de riesgo de padecer estos trastornos.

Se concluye que existe una asociación entre la inteligencia emocional y la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria, siendo mayor en cuanto más bajo es el nivel de inteligencia emocional.

**PALABRAS CLAVE:** inteligencia emocional – riesgo de trastorno de conducta alimentaria s - TMMS-24 – EAT-26 – adolescentes.

## ABSTRACT

Starting from the antecedent that an improvement in emotional intelligence levels would contribute to the prevention of eating behavior disorders; In the present study it was established that a low emotional intelligence in adolescents would be associated with the presence of risk of suffering a disorder of eating behavior; Due to this, the objective of this research is to determine the relationship between Emotional Intelligence and the presence of risk of eating behavior disorder in students of the Summer Cycle Pre-University Center of Santa María Catholic University; As a methodology, two surveys were applied in a sample of 254 students from a population of 731 students, both male and female. The Emotional Intelligence Scale Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) and the Food Attitude Test EAT-26 were used. a descriptive differential statistic applying the chi-square test The following results are found, 40.2% males and 59.8% females, aged between 15 and 19 years, participated in the study. Levels of moderate emotional intelligence were obtained in 64.2% of the total participants.

The Emotional Intelligence in adolescent students of the Pre-university Cycle Summer Center of the Santa María Catholic University showed predominantly moderate values, but no significant relationship was found regarding the sociodemographic variables such as sex, age and school of origin.

The majority of students at risk of eating disorders are female (77.14%), association between the female sex with the presence of risk of suffering these disorders.

It is concluded that there is an association between emotional intelligence and the presence of risk of eating disorder, the higher the lower the level of emotional intelligence.

**KEY WORDS:** emotional intelligence - risk of eating disorder s - TMMS-24 - EAT-26 – adolescent



## MATERIAL Y METODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### Técnicas:

- Se utilizó la encuesta tipo cuestionario para recoger los datos necesarios.

#### Instrumentos:

- Se utilizó dos encuestas validadas :
  - a) Prueba de Coeficiente Emocional TMMS-24 que está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer, para la evaluación de la Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa
  - b) Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 segunda versión que consta de 26 reactivos elaborada por David Garner y Paul Garfinkel, para ver el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa

#### Materiales:

Lapicero, papel, computadora, impresora, USB

### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María, Arequipa

**2.2. Ubicación temporal:** Enero - Febrero del 2018.

**2.3. Unidades de estudio:** Estudiantes mayores de 15 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María de Arequipa.

**2.4. Población:** La población estuvo conformada por todos los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María

dando un total de 731 alumnos, tanto varones y mujeres mayores de 15 años; y que además se encuentren en curso de verano entre enero y febrero 2018.

**Muestra:**

$$N = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Margen de seguridad (entre 95 y 100%)

N=Numero de universo o población total a investigarse.

P= Probabilidad pertinente del hecho que se investiga (0.5)

Q= Probabilidad no pertinente frente al hecho a investigar (0.5)

E<sup>2</sup> = 5% margen de error (entre 5 y 10%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (731) (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (731 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{700.506}{2.7579}$$

$$n = \frac{1961}{254}$$

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes adolescentes matriculados en el Ciclo Verano del Centro
- Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María.
- Estudiantes del Centro Preuniversitario que deseen participar en el estudio

### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes del Centro Preuniversitario que no accedan a realizar la encuesta.
- Fichas de encuestas mal llenadas e incompletas.

## **3. Estrategia de Recolección de datos**

### **3.1. Organización:**

Se presentó una solicitud de autorización para la entrevista de los alumnos a la dirección del Centro Preuniversitario junto con una copia del proyecto aprobado, con la cual se coordinó el acceso al centro de estudios, después se consiguió el permiso, se repartió el material informativo a los alumnos con el fin de que conozcan el propósito del estudio y accedan a participar voluntariamente. Se realizó las encuestas, se explicó la forma de llenado correcto de las encuestas.

Las encuestas fueron tomadas por el investigador, se empleó un muestreo aleatorio sistemático, se creó una lista total de la población de cada aula en computadora y mediante el programa Excel 2013, se eligió un individuo al azar y a partir de él se procedió a repartir las encuestas intercaladamente (evitando un individuo) hasta completar la muestra, previendo anticipadamente posibles encuestas mal llenadas ,se optó por repartir 60 cuestionarios mas; durante el desarrollo de la encuesta se fueron aclarando dudas que pudieron presentarse respecto al llenado.

Una vez que concluyo la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos que se interpretaron y analizaron.

### 3.2. Recursos

a) **Humanos:**

- Bachiller: Hermes Jesús Amado Vivanco Vera
- Asesor: Miguel Angel Arce Pamo

b) **Materiales:**

- Encuestas para la recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Material de impresión y fotocopidora.
- Computadora.

c) **Financieros:**

- El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor.

### 3.3. Validación de los instrumentos:

a) **TMMS-24**

La TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el Meta conocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.(8)

La prueba fue adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en el 2004 en España, quienes el mismo año realizaron un estudio para su validación, en el que se empleó una muestra de 292 sujetos, obteniéndose los siguientes coeficientes de consistencia interna: Atención, = .90; Claridad, = .86; Reparación = .90; estos resultados indicaron que la prueba TMMS-24 tiene fiabilidad. También en el 2004 Castilla, España; Alberto González Robles, Jonathan Peñalver González y Edgar Bresó Esteve realizaron un estudio similar , con una

muestra de 71 personas, en el que los análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones del TMMS-24 arrojaron coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a .80 (Atención, = .89; Claridad, = .84 y Reparación, = .83); lo que indica que este instrumento cumple los requisitos de fiabilidad necesarios para la investigación básica. (9)

Tomando las desviaciones estándar reportadas para las 3 subescalas (Percepción, Comprensión, Regulación) del TMMS- 24 en los estudios previos, la prueba muestra una confiabilidad del 95%, y un poder del 87%. En Perú, está siendo usada para investigación básica desde el 2009. (10)

El contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional considerando 8 ítems para cada una de ellas, así podemos ver:

- **Atención emocional:** Capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada (ítems del 1 al 8)
- **Claridad de sentimientos:** Capacidad de comprender bien mis estados emocionales (ítems del 9 al 16)
- **Reparación emocional:** Capacidad de regular los estados emocionales de manera adecuada (ítems 17 al 24)

<b>*INTELIGENCIA EMOCIONAL TOTAL</b>	
BAJA	<56
ADECUADA O MODERADA	57 A 87
EXCELENTE	>88

\* Calculada por la campana de Gauss

**b) EAT-26:**

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (11) (12) Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los

atletas” (11) (12) Al ser un screening, ayuda a la identificación precoz de un desorden alimentario así se puede realizar un tratamiento temprano, disminuyendo considerablemente ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la muerte considerando que un sujeto de estudio tenga puntajes mayores a 20 puntos en este “screening” se relacionan frecuentemente con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario.

Los ítems se agrupan en 3 factores:

El Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a), el Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia, y el Factor 3 Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (11) (12)

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado).(13)

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Procesamiento:**

Se realizó la tabulación mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 22.0

El estudio se ejecutó con matrices de clasificación con uso de codificación; el recuento fue de tipo electrónico. La descripción de las variables fue representada en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados, y en el caso de las variables numéricas se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas. Para las asociaciones se usó pruebas Chi cuadrado.





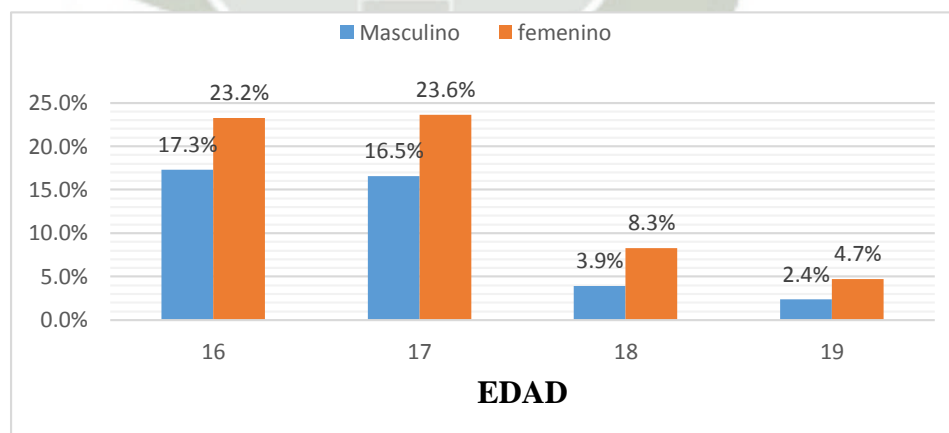
**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA Y FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD Y SEXO DE  
LOS ESTUDIANTES**

EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
16	44	17.3%	59	23.2%	103	<b>40.6%</b>
17	42	16.5%	60	23.6%	102	<b>40.2%</b>
18	10	3.9%	21	8.3%	31	<b>12.2%</b>
19	6	2.4%	12	4.7%	18	<b>7.1%</b>
Total	<b>102</b>	<b>40.2%</b>	<b>152</b>	<b>59.8%</b>	<b>254</b>	<b>100.0%</b>

**ELABORACIÓN PROPIA**

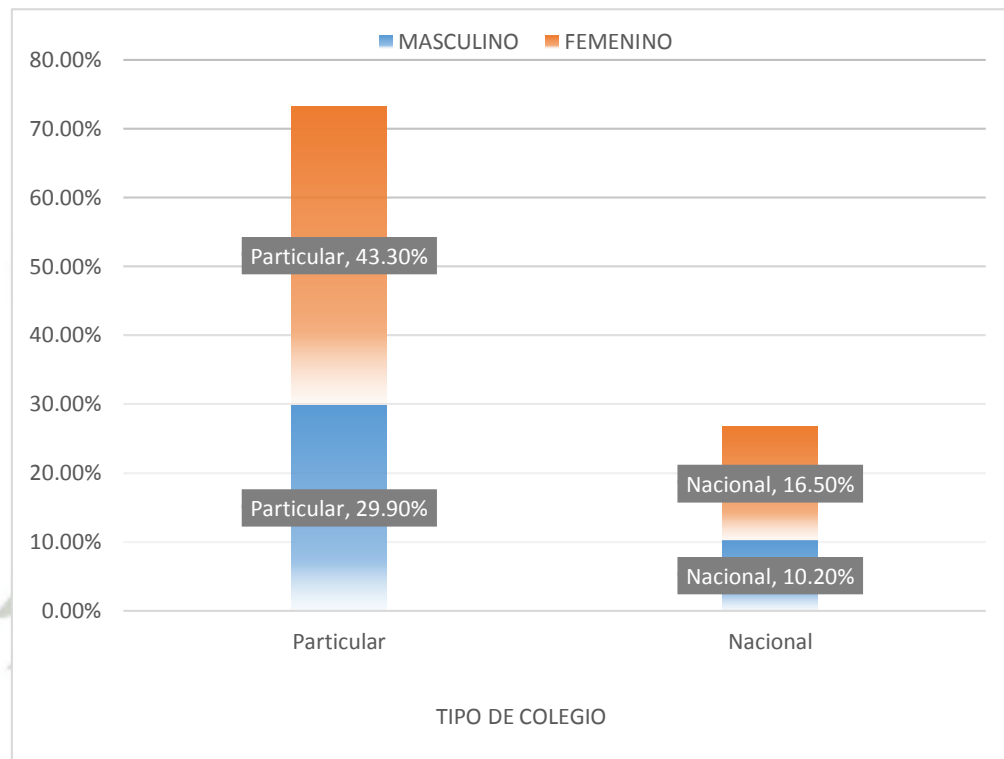
**FUENTE:** Ficha de recolección de datos



La mayoría de los estudiantes pertenecen al sexo femenino (59.8%), la mayoría tuvo entre 16 años (40,6%) y 17 años (40,2%), con edad promedio de 16,8 años

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**FIGURA 2. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE COLEGIO Y SEXO**



**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos

La mayoría de los estudiantes proceden de un colegio particular (73.2%).

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 2 RELACION ENTRE NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
(IE) SEGÚN LA EDAD**

IE	Edad								TOTAL	
	16		17		18		19		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
<b>Baja</b>	4	3,9	4	3,9	0	0,0	3	16,7	11	4,3
<b>Moderada</b>	63	61,2	69	67,6	18	58,1	13	72,2	163	64,2
<b>Excelente</b>	36	35,0	29	28,4	13	41,9	2	11,1	80	31,5
<b>TOTAL</b>	103	100	102	100	31	100	18	100	254	100

$X^2=12.59$        $p=0.06$

**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos

En todas las edades predomina la inteligencia emocional moderada. Así mismo no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre inteligencia emocional y edad.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 3 RELACION ENTRE NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
(IE) SEGÚN EL SEXO**

IE	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<b>Baja</b>	2	2,0	9	5,9	11	4,3
<b>Moderada</b>	66	64,7	97	63,8	163	64,2
<b>Excelente</b>	34	33,3	46	30,3	80	31,5
<b>TOTAL</b>	102	100	152	100	254	100

$X^2=2.40$        $p=0.30$

**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos

En ambos sexos predomina la inteligencia emocional moderada y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de inteligencia emocional.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 4. RELACION ENTRE TIPO DE COLEGIO Y NIVEL DE  
INTELIGENCIA EMOCIONAL**

IE	Colegio				TOTAL	
	Particular		Nacional		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<b>Baja</b>	5	2,7	6	8,8	11	4,3
<b>Moderada</b>	119	64,0	44	64,7	163	64,2
<b>Excelente</b>	62	33,3	18	26,5	80	31,5
<b>TOTAL</b>	186	100	68	100	254	100
	$X^2=5.07$		$P=0.08$			

**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos

En ambos tipo de colegio predomina la inteligencia moderada y no se encontró diferencia estadística significativa entre el nivel inteligencia emocional y el tipo de colegio de procedencia.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 5. RELACION ENTRE LA EDAD Y EL RIESGO DE TRASTORNO  
DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

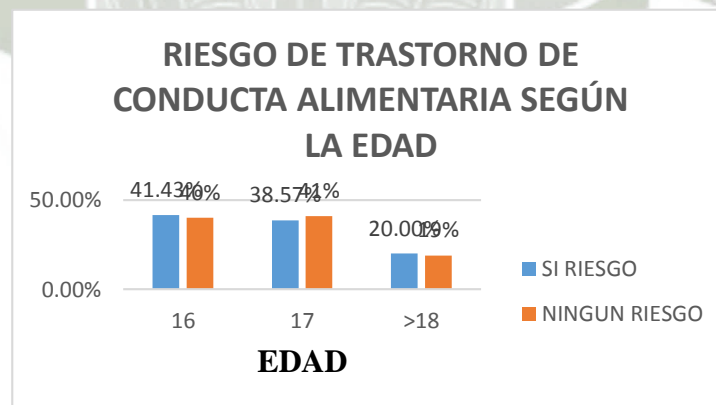
	EDAD	N°	RIESGO DE TCA		TOTAL
			Si	No	
	16	N°	29	74	103
		%	28.16%	71.84%	100.00%
	17	N°	27	75	102
		%	26.47%	73.53%	100.00%
	>18	N°	14	35	49
		%	28.57%	71.43%	100.00%
	TOTAL	N°	70	184	254
		%	28%	72%	100%

$X^2=0.68$

$p=0.87$

**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos



Se encontró riesgo en un 28% de los estudiantes, siendo el grupo con mayor riesgo el de 16 años con 41.43%. Entre las variables edad y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria no presentaron relación estadística significativa.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

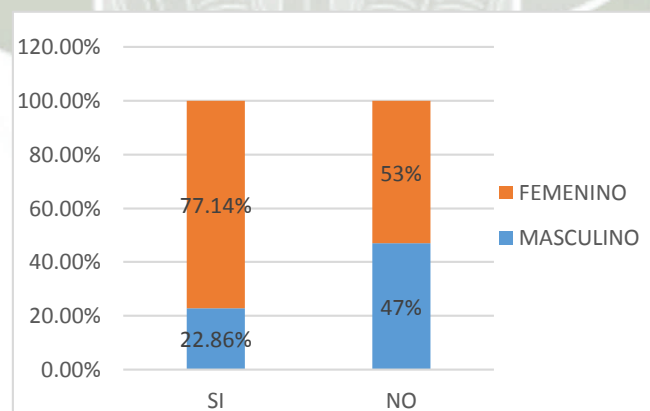
**TABLA N°.6 .RELACION ENTRE EL SEXO Y EL RIESGO DE  
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

			RIESGO DE TCA		TOTAL
			SI	NO	
SEXO	Masculino	N°	16	86	102
		%	15.69%	84.31%	100 %
	Femenino	N°	54	98	152
		%	35.53%	64.47%	100 %
TOTAL		N°	70	184	254
		%	28%	72%	100 %

$X^2=12.04$        $p=0.001$

**ELABORACIÓN PROPIA**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos



El grupo que tiene mayor riesgo de trastorno de conducta alimentaria es el sexo femenino con un porcentaje de 35.53%- Entre las variables sexo y riesgo de trastorno de conducta alimentaria se encuentra asociación significativa.

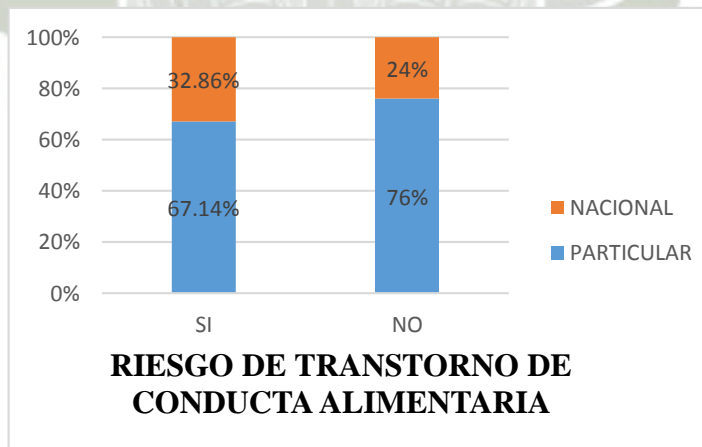
**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 7. RELACION ENTRE EL TIPO DE COLEGIO Y RIESGO DE  
TRANSTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

		RIESGO DE TCA		TOTAL
		SI	NO	
TIPO DE COLEGIO	PARTICULAR	N° 47	139	186
		% 25.27%	74.73%	100.00%
	NACIONAL	N° 23	45	68
		% 33.82%	66.18%	100.00%
TOTAL		N° 70	184	254
		% 28%	72%	100%

$X^2=1.83$

$P=0.177$



No se encontró relación estadística significativa entre riesgo de trastorno de conducta y tipo de colegio de procedencia.

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.  
AREQUIPA. 2018”**

**TABLA 8.ASOCIACION ENTRE NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
Y RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

		RIESGO DE TCA		TOTAL
		Si	No	
NIVELES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	<b>Baja</b>	Nº 8	3	11
		% 72.73%	27.27%	100.00%
	<b>Moderada</b>	Nº 44	119	163
		% 26.99%	73.01%	100.00%
	<b>Excelente</b>	Nº 18	62	80
		% 22.50%	77.50%	100.00%
TOTAL		Nº 70	184	254
		% 28%	72%	100.00%

$X^2=12.29$        $p=0.004$

El grupo de inteligencia emocional baja presenta un mayor riesgo de trastorno de conducta alimentaria, (72.73%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa



## DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la Inteligencia Emocional y la presencia de riesgo en los estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María. Esto debido a que se está produciendo un notable incremento en el número de pacientes con este tipo de trastornos, sobretodo en esta etapa de la vida, la adolescencia, que es cuando existen diferentes influencias tanto biológicas, psicológicas, afectivos y sobretodo sociales.

Para tal fin se aplicaron dos encuestas, la escala de Inteligencia emocional Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 a los estudiantes del Centro Preuniversitario de la UCSM que cumplieron con los criterios de selección. Se asocian resultados mediante la prueba de chi cuadrado.

En total se obtuvieron 254 encuestas validas de los estudiantes, según las características sociodemográficas vemos que el 40.2% de los estudiantes del centro pre universitario católica de Santa María tienen 17 años y en cuanto el sexo podemos evidenciar que el 59.8% son mujeres, estos resultados coinciden con Mapeza (13) donde indica que el 36.65% de su población estudiada tiene 17 años, además el mayor porcentaje es de sexo femenino en un 52.19%. Con respecto a la población estudiada un 73.2% procede de colegio particular (figura 2).

En cuanto la relación entre la edad y el nivel de inteligencia emocional se pudo evidenciar (tabla N° 2) que en todas las edades estudiadas predomina la inteligencia emocional moderada (64.2%). No se encontró asociación entre la edad y el nivel de inteligencia emocional, siendo así que por ejemplo vemos que el 72.2% de los que tienen 19 años y un 67.6% cuentan con 17 años, también con un nivel de inteligencia emocional moderada, múltiples estudios coinciden este resultado ya que al considerar la inteligencia emocional como una habilidad y no como un rasgo, esta se podría entrenar y mejorar.

El presente estudio también nos pudo revelar que en cuanto la relación entre la inteligencia emocional y el sexo de los estudiantes del centro pre universitario católica de santa maría no presenta diferencia estadística significativa, se observa que el 64.7% de los estudiantes con inteligencia moderada son de sexo masculino (Tabla N° 3).

Saucedo Chinchay JL encontró en su estudio sobre la inteligencia emocional en estudiantes de medicina, que en 55.8% fue moderada y en 9.5% fue alta; en cuanto a las mujeres el 47.5% fue moderada y en 3.3% fue alta, Similares resultados encontró Mapeza en los estudiantes adolescentes del centro preuniversitario de la UCSM .Se aprecia que los resultados de ambos estudios concuerdan con este. Donde encontramos un bajo nivel de inteligencia emocional en las mujeres (5.9%); y en un 2% de los hombres, a pesar de no existir diferencia significativa se puede explicar, ya que resultados de investigaciones anteriores revelaron que los hombres tienden a sobrevalorar sus competencias emocionales en pruebas de autoinforme, mientras que las mujeres tienden a subestimarse.

En relación al colegio de procedencia y la variable de inteligencia emocional se encontró (tabla N° 4) que el 64.0%, de estudiantes de colegio particular tienen un nivel de inteligencia emocional moderada similares resultados se encontraron en los de colegio estatal (64.7%), no encontrando así relación estadística significativa.

En el 2004 un estudio de Anaya, respecto a la edad de inicio de los trastornos de conducta alimentaria, se encontró que la edad promedio es de 17 años, cercana a la edad hallada en nuestro estudio, aunque hay algunos datos que proponen edades entre 14 y 18 años. (14). Sin embargo, en otro estudio realizado por Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), los resultados muestran una edad de inicio de 16.5 años. La cual es similar a nuestra edad promedio en ambos sexos. Pero que muestra una ligera disminución, esto porque dicho estudio tiene como muestra a adolescentes entre los 15 y 19 años. Con esto se infiere que la mayoría de nuestros participantes se encuentran dentro de las edades de inicio de estos trastornos

Considere tomar en cuenta el colegio de procedencia (Tabla 2) para tener variedad de estratos económicos, ya que en el estudio realizado por Ullman (2014), se realizó únicamente en postulantes a la universidad privada, la cual sería una limitación de dicho estudio (15).

En cuanto al colegio de procedencia, la mayoría estudio en un colegio particular (73.2%), en comparación de uno nacional (26.8%), esto para reforzar la idea de la condición socioeconómica en el que desarrollamos nuestro estudio. Y al ser comparado con niveles de inteligencia emocional (tabla 4) y el riesgo de adquirir trastornos de conducta alimentaria (Tabla 7), no se encontró relación estadísticamente significativa; lo que nos hace corroborar la información obtenida del centro preuniversitario, en donde nos dice que los trastornos de conducta alimentaria pueden afectar a gente de cualquier estrato socioeconómico y de cualquier raza (16), ya que antiguamente se relacionaba este tipo de trastornos con estratos económicos medios a altos y en la actualidad se da todos los estratos.

Según un estudio se ha visto un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios en las mujeres adolescentes de los países de occidente (Taylor, 2007). Quintero, Perez, Montiel, Pírela, Acosta y Pineda, en el 2003, encontraron en la población venezolana, una mayor prevalencia de bulimia en mujeres (0.82%) y una proporción menor en varones (0.75%).

Ambos estudios concuerdan con mayor incidencia con el sexo femenino, al igual que nuestro estudio (14). En nuestro país, también un estudio realizado por Saldarriaga (2014) nos dice que la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria auto reportados fue de 41.9%, siendo más frecuente en mujeres 50 (51.5%) que en varones 17 (50%); el síntoma más frecuente fue realizar dieta severa (17)

En la tabla 8 se observa que el grupo de inteligencia emocional baja presenta un mayor riesgo de trastorno de conducta alimentaria, con un porcentaje del 72.73%. El nivel de Inteligencia Emocional y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria presentan asociación estadística significativa. En estudios previos como los de Antonio Piqueras

J.11, Gupta G.12, Ceballos Ospino G.13, Singh S.14, Ahumada F.6 y antecesores, se encontró que niveles bajos de inteligencia emocional se relacionan con ciertos problemas emocionales, mayor ansiedad, depresión, estrés, problemas de personalidad y tendencia a conductas adictivas. Debe considerarse que este estudio evalúa solo el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, el cual fue realizado por encuestas auto administrado, por lo que se requiere de un especialista para la evaluación completa de cada uno de los pacientes que resultaron encontrarse en riesgo.

Una limitación importante es la temporalidad de nuestro estudio, ya que por ser de tipo transversal, no podemos inferir si los estudiantes desarrollaron riesgo de trastornos de conducta alimentaria por causa de una Inteligencia emocional moderada o baja, o que el hecho de padecer ya algún trastorno de conducta alimentaria los llevo a que adquieran su inteligencia emocional actual.

Los resultados de la presente investigación deben tomarse con precaución debido al tipo de diseño, la cantidad limitada de la muestra, el difícil acceso a los estudiantes y el poco tiempo que se dispone para el llenado de las escalas de autoevaluación, los resultados no pueden ser generalizados, pero si deben tomarse en cuenta para tomar acciones en el tema, aplicar programas para la prevención y promoción de la salud mental, para que no existan problemas a futuro, a causa de estos trastornos.



## CONCLUSIONES

### **Primera.**

Existe asociación entre la inteligencia emocional y la presencia riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo mayor en cuanto más bajo es el nivel de inteligencia emocional.

### **Segunda:**

La Inteligencia Emocional en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María mostró valores predominantemente moderados, no encontrándose relación significativa en cuanto al sexo, edad y tipo de colegio de procedencia.

### **Tercera:**

En general el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria es bajo (27,6%), siendo predominantemente asociado al sexo femenino.

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

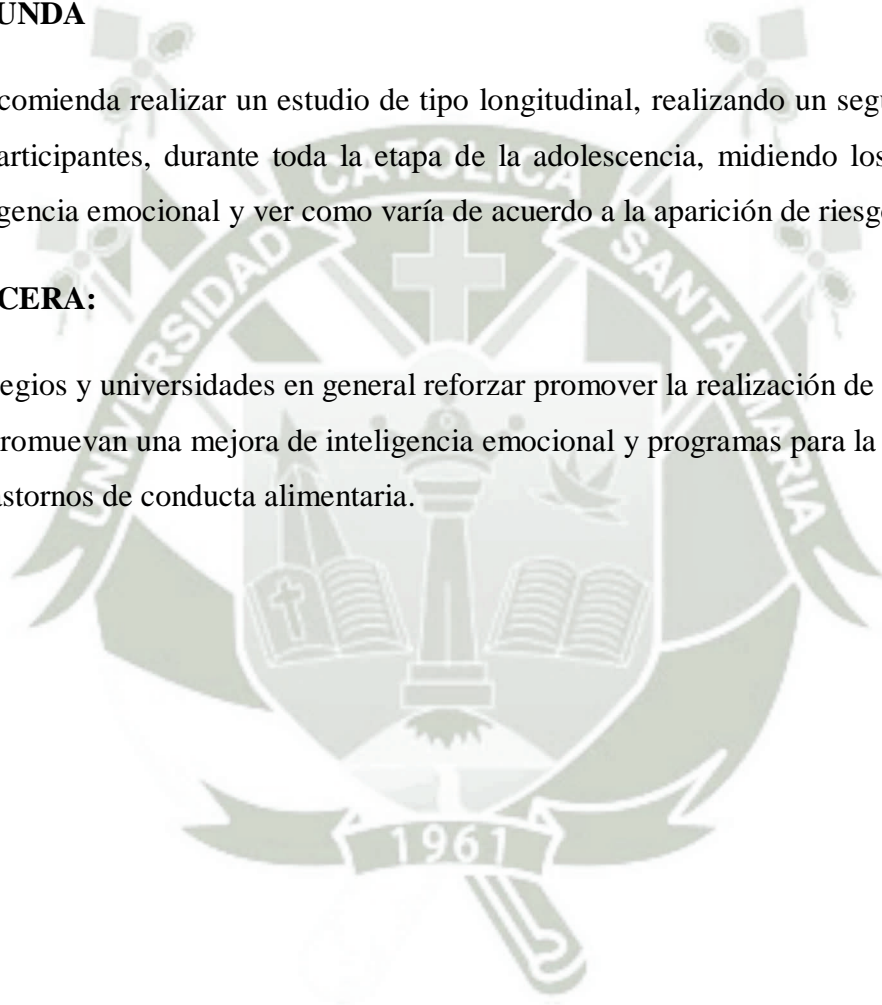
Se sugiere realizar un estudio mayor en la población Arequipeña, con una muestra significativa para poder encontrar la asociación correcta entre el nivel de inteligencia emocional y el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria.

### SEGUNDA

Se recomienda realizar un estudio de tipo longitudinal, realizando un seguimiento de los participantes, durante toda la etapa de la adolescencia, midiendo los niveles de inteligencia emocional y ver como varía de acuerdo a la aparición de riesgo.

### TERCERA:

A colegios y universidades en general reforzar promover la realización de actividades que promuevan una mejora de inteligencia emocional y programas para la prevención de trastornos de conducta alimentaria.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub.; 2013.
2. Berbena M, SM, & VM. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2008; 6(15).
3. Peña-Sarrionandia A, MM, & GJJ. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions. *Frontiers in Psychology*. 2015; A meta-analysis (6160).
4. Fairburn CG, CZ, & SR. Cognitive behaviour therapy for eating. *Cognitive behaviour therapy for eating*. 2003; 41(5): p. 509–528.
5. Sfarlea A, GE, PB, BJ, SKG, & DA. Alterations in neural processing of emotional faces in adolescent anorexia nervosa. *Biological Psychology*. 2016; 119.
6. Haynos AF, & FAE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2011; 18(3): p. 183-202.
7. González R BL. Inteligencia Emocional: Una Breve Revisión de la literatura. *Anuario de*. 2014.
8. Llasa N, Salguero J, Berrocal P, Galán A. Validación de la versión reducida en castellano del MetaMood Scale (TMMS) para la población adolescente. In *Actas del XI Congreso de Metodologías de las Ciencias Sociales y de la Salud*, Málaga. 2009.
9. MAPEZA L. Relación entre Inteligencia emocional y la presencia de Síntomas Depresivos en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa, 2015. [Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.

10. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878
11. Corada L. Montedónico A. Estudio del Aporte de un instrumento (Test De Actitudes Alimentarias Eat-26), En la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. [Tesis para optar por el título profesional de Psicólogo]. Universidad de Chile, 2007
12. Ruiz Lázaro. MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. [En línea] [Fecha de acceso 3 de Marzo del 2018]. Logroño: URL disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf>
13. Saucedo J, Salazar R, Vélez C. Inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2011; 4(1): 17-21.
14. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional Intelligence. *American Psychological Association* 2008:503-15
15. Ceballos G, Suárez Y. Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*. 2012; 5(2): 88-100
16. La Salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión. Unicef: Punto de Mira; 2011. Disponible en URL: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-deladolescente.Pdf>
17. Colección Desarrollo personal y laboral: Inteligencia Emocional. 15 ed. Instituto Costarricense de Electricidad: Relaciones Públicas y Dirección de Comunicación. 2013: 1-17.





# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE TRANSTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL CENTRO  
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA  
MARIA, AREQUIPA. 2018”**

**Proyecto de Tesis presentada por el  
bachiller:**

Vivanco Vera, Hermes Jesús Amado

**Para optar por el Título Profesional de:  
Médico Cirujano**

**Asesor:** Dr. Arce Pamo, Miguel Angel

AREQUIPA – PERÚ  
2018

## I. PREÁMBULO

Los trastornos de conducta alimentación (TCA) son comportamientos alterados y persistentes relacionados con la alimentación, que resultan en impedimentos significativos en salud y funcionamiento psicosocial, siendo la adolescencia, el período de mayor vulnerabilidad al desarrollo de estos. (1)

La adolescencia es una de las etapas más críticas y por tanto vulnerables, en la vida del ser humano, es un tiempo de cambios físicos, psicológicos y sociales, que constituyen un parte importante en el desarrollo individual y social. Se sabe que, para el adolescente, uno de los hechos que más influye en su bienestar emocional es la aceptación social. En la búsqueda de esta aceptación, el adolescente hará uso de herramientas sociales previamente desarrolladas. (2)

.Muchos de los estudios realizado sobre inteligencia emocional abordan el impacto de las diferencias individuales en la regulación de las emociones en los ámbitos social, de salud, educativo y ocupacional (3) . Sin embargo muy pocos estudios han abordado el papel de la IE puede jugar con la insatisfacción corporal y la aparición de síntomas correspondientes a un TCA, en nuestro medio no se encontró investigaciones que relacionen estas variables.

Debido a un aumento en la incidencia de los TCA, son necesarios mayores esfuerzos para la prevención y detección temprana de estos .La literatura reciente subraya el papel crítico de las dificultades en regulación de la emoción (4) y el procesamiento emocional (5) en la sintomatología de los TCA. En este sentido, comportamientos con trastornos alimentarios (inanición, purga y ejercicio excesivo) podrían ser utilizados como una manera disfuncional de regular y proporcionar un escape emocional excitación (6).

En el presente estudio se encontró que una baja IE se ha asociado con una mayor presencia de riesgo de TCA, esta información que puede ser usada a desarrollar programas que fortalezcan a inteligencia emocional y por ende a la prevención de

dichos trastornos mentales, sin embargo estos resultados deben ser tomados con cautela, se sugiere la realización de otro tipo de estudios con una población más amplia y tomando en cuenta más variables



## I. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la Relación entre Inteligencia emocional y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa, 2018?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de conducta alimentaria

##### b) Operalización de Variables

VARIABLE SOCIODEMOGRAFICAS	INDICADOR	VALOR	ESCALA
<b>Sexo</b>	Según ficha de recolección de datos	Masculino Femenino	Nominal
<b>Edad</b>	Según ficha de recolección de datos	16 Años 17 Años 18 Años >19 Años	Razón
<b>Colegio de Procedencia</b>	Según ficha de recolección de datos	Nacional Particular	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
<b>Inteligencia Emocional</b>	Escala de inteligencia emocional TMMS-24	1.Baja 2.Adecuada 3.Excelente	Ordinal
<b>Riesgo de trastorno de conducta alimentaria</b>	Test de actitudes alimentarias (EAT-26)	1. Riesgo 2.Ningun Riesgo	Ordinal

### Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los niveles de Inteligencia Emocional según la escala TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) en los estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María en el ciclo verano 2018?
2. ¿Cuál es el nivel de riesgo de las actitudes alimentarias en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María?
3. ¿Cuál es la relación entre la Inteligencia Emocional y la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María?

### Tipo de investigación:

Investigación observacional

## **Diseño de investigación:**

Estudio de investigación descriptivo, transversal.

### **1.3. Justificación del problema**

Si bien es cierto que el entrenamiento emocional debe empezar desde el nacimiento. Cuanto antes se fomente el desarrollo de las competencias socioemocionales, más fácil será su aprendizaje y su práctica futura frente a diversas situaciones. La educación emocional constituye no solo una fuente de bienestar, sino un pilar preventivo para el adolescente y alumno actual de secundaria o preuniversitario que se enfrenta a cambios vertiginosos. Debido a ello, es importante identificar sus carencias y fortalecer la regulación emocional para que contribuya a un desarrollo personal eficaz.

Por otra parte los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas que perjudican principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, dada la vulnerabilidad de este grupo humano a padecer este tipo de trastornos ; el presente plan de trabajo pretende determinar la relación existente entre el Coeficiente Emocional y la presencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria ,es original debido a que dicha relación no ha sido estudiada previamente en nuestra universidad ni en nuestra región.

El presente trabajo posee relevancia científica ya que múltiples los estudios que demuestran que la baja IE se ha asociado con una mayor presencia de trastornos mentales especialmente con trastornos con un alto componente psicosomático (como en el caso de los TCA). En la actualidad no se tiene datos acerca de la relación de los niveles de inteligencia emocional y el riesgo de padecer algún trastorno de conducta alimentaria en nuestra universidad, de aquí parte la relevancia de este estudio que permitirá estimar la relación de estos dos parámetros en nuestro entorno.

El presente estudio además pretende identificar la existencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria para fomentar una mejora en inteligencia

emocional que contribuya a su recuperación y a prevención de otro tipo de trastornos. Conocer dicho riesgo muestra relevancia social ya que en base a ello se puede implementar una adecuada intervención que contribuya a mejorar el bienestar emocional de los adolescentes, y brinde una herramienta de orientación a su futuro desempeño de un rol en la sociedad, lo cual contribuye no solo a un desarrollo personal y profesional eficaz, sino al de la misma sociedad.

La realización de esta investigación es factible porque se dispone de los elementos necesarios como recursos intelectuales, instrumentos validados, la colaboración del Centro Preuniversitario y se realizará con recursos propios del autor.

La inteligencia emocional ,constituye para mí, pese a ser muy debatida en la actualidad, un tema que despertó mi interés desde inicios de mi vida universitaria ;ha adquirido una importancia enorme que abarca desde fortalecer y contribuir al bienestar emocional hasta incluso el ámbito empresarial de poder motivar a otros .Por otro lado es alarmante ver como los jóvenes han alterado su conducta alimentaria, en búsqueda de modelos impuestos en su mayoría por los medios audiovisuales, por ello considero importante realizar el presente estudio y determinar qué grado de relación guardan estos dos componentes en una población vulnerable e importante para el futuro de la sociedad, como son los adolescentes pre universitarios.

En el campo de la medicina, el presente estudio aportara nuevos conocimientos en el área de psiquiatría contribuyendo a la prevención e identificación de riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Inteligencia Emocional

#### 2.1.1. Introducción

Muchos de los estudios realizados sobre inteligencia emocional abordan el impacto de las diferencias individuales en la regulación de las emociones en los ámbitos social, de salud, educativo y ocupacional (3). Así mismo muchos autores están convencidos de que la regulación emocional está relacionada con el mantenimiento, y también con el desarrollo, de trastornos psicopatológicos, entre ellos los trastornos alimentarios como veremos más adelante.

#### 2.1.2. Concepto

La Inteligencia Emocional, es un término acuñado por Salovey, catedrático de la Universidad de Yale, y John Mayer, profesor de la Universidad de New Hampshire, cuando en 1990 publican un artículo titulado “Emotional Intelligence” despertando gran interés por dicho término”. (7)

Estos autores definían la inteligencia emocional en función de la habilidad de reconocer y regular los sentimientos para enfocar el pensamiento y la acción. (8)

Es decir que según Salovey, el término "inteligencia emocional" se refiere a la capacidad de identificar las emociones y sentimientos propios y de los demás, motivarse y realizar un manejo adecuado de las emociones. La describe como una destreza diferente, pero complementaria de la inteligencia académica (las habilidades puramente cognitivas medidas por el CI). Muchas personas de gran preparación intelectual, pero faltas de inteligencia emocional, pueden terminar trabajando a las órdenes de personas que tienen un CI menor, pero mayor inteligencia emocional. (9)

Gardner en 1983 (citado en Cabrera, 2011), define: “La inteligencia interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos,

motivaciones e intervenciones. En forma más avanzada, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado. La inteligencia intrapersonal es el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta”.

El psicólogo israelita Bar-On (1997) propuso otro modelo que definía la inteligencia emocional como un “conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad para adaptarse y enfrentar las demandas especiales del medio”.

Menciona también que los componentes que integran la inteligencia emocional se asemejan a los factores de la personalidad, pero a diferencia de estos, “la inteligencia emocional y social es modificable a través de la vida” (Bar-On, 1997).

### **2.1.3. Modelos de Inteligencia emocional**

#### **2.1.3.1. Modelos Teóricos de la Inteligencia Emocional**

##### **A. Modelo basado en la habilidad**

##### **Modelo de cuatro fases de Inteligencia emocional o modelo de Salovey y Mayer**

Definieron la Inteligencia Emocional como: “La capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros, elaborándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de manera efectiva y adecuada a las metas personales y el ambiente”.

(10)

La inteligencia emocional es concebida como una capacidad para identificar, asimilar, comprender y producto de ello, hacer un mejor uso en el manejo de las emociones.

Existen cuatro partes que integran este modelo, siendo la percepción y la identificación emocional la base en las cual se asientan las demás capacidades. Posteriormente, las emociones son asimiladas en el pensamiento e incluso pueden ser comparadas con otras sensaciones o representaciones. En la tercera etapa, las reglas y la experiencia gobiernan el razonamiento acerca de las emociones. Finalmente, las emociones son manejadas y reguladas en la cuarta etapa, en términos de apertura y regulación de los sentimientos y emociones con el fin de producir un crecimiento personal y en los demás.

#### **a) Expresión y Percepción de la Emoción**

Es la habilidad base que permite procesar de información interna y externa en relación con la emoción.

Con esta habilidad la persona puede entender mejor las emociones de los demás, por tanto puede responder afectivamente mejor e integrarse mejor socialmente (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer 1999; véase Cabanillas, 2002).

#### **b) Facilitación emocional del pensamiento**

Esta habilidad considera los efectos que pueden causar vivencias emocionales encaminadas a diversos fines pueden provocar resultados positivos o negativos, dependiendo del tipo de vivencia emocional previa que experimenten frente al abordaje de un problema.

#### **c) Rendimiento y análisis de la información emocional**

Esta habilidad permite ponerle nombre a las emociones y reconocer una relación, brindarle un significado. El individuo emocionalmente inteligente es capaz de identificar de manera eficaz el contexto de un momento específico en relación al estado emocional de su persona y de los demás.

El entendimiento y análisis de las emociones incluyen también la habilidad de reconocer la transición entre las emociones.

#### d) Regulación de la emoción

Si bien es cierto es importante identificar las emociones que experimentamos, es también fundamental que manejemos adecuadamente la emoción de acuerdo a la situación en la que se encuentra, de esta manera podemos evitar situaciones desagradables y por el contrario, obtener experiencias positivas.

Conocerse a sí mismo proporciona una mejor regulación emocional y contribuye a generar mayor bienestar y una mejor respuesta adaptativa a distintas circunstancias.

### B. Modelos Mixtos

Un modelo mixto es aquel que fusiona múltiples características, **“como una mezcla de habilidades emocionales y rasgos de personalidad, y las definiciones incluyen conceptos como empatía, asertividad, optimismo, entre otras”**. Es así que el constructo se mide igual que los rasgos de personalidad: mediante cuestionarios de autoinforme (autoaplicados) que evalúan la conducta típica autoevaluada.

#### B.1. Modelo según competencias emocionales propuesto por Goleman (9)

La publicación de *Emotional Intelligence* de Daniel Goleman (1995) significó una gran difusión de este concepto. Para Goleman (1995: 43-44) la inteligencia emocional consiste en:

- 1) *Conocer las propias emociones*: identificar las emociones que uno experimenta; precisar el momento en el que se inicia un sentimiento. Una nula o ineficaz capacidad en este apartado, nos hace vulnerables a experimentar emociones incontroladas.
- 2) *Manejar las emociones*: La habilidad para expresar mejor las emociones. Nos permite regular por ejemplo sentimientos de ira, furia o irritabilidad, por tal motivo constituye una habilidad fundamental en las relaciones interpersonales.
- 3) *Motivarse a sí mismo*: se refiere a la capacidad de poder encaminar las emociones, proveer una motivación adecuada que nos permita alcanzar objetivos, es así que autocontrol emocional facilita a demorar gratificaciones y controlar la

impulsividad. “Las personas que poseen estas habilidades tienden a ser más productivas y efectivas en las actividades que emprenden”.

4) *Reconocer las emociones de los*. La empatía permite crear una mejor sintonía con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean. Esto las hace una herramienta para las profesiones y servicios en un margen diverso (profesores, orientadores, pedagogos, psicólogos, médicos, abogados, vendedores, etc.).

5) *Establecer relaciones*: poseer habilidad para tejer buenas relaciones con los demás permite desarrollar liderazgo y permite interactuar de forma adecuada con los demás. , construyendo relaciones positivas.

## **B.2. Modelo de Inteligencia emocional y Social de BarOn (11)**

Según Bar-On (2010, 2006) la inteligencia socioemocional es un conjunto de competencias y habilidades que establecen como los individuos se entienden, comprenden unos a otros, hacen uso de sus emociones, expresan sentimientos y afrontan las demandas de la vida cotidiana. (12)

El autor formula un modelo denominado inteligencia socioemocional producto de un largo proceso de investigación, donde instrumenta la inteligencia socio-emocional en cinco aspectos básicos (Bar-On, 2010, 2006).

- **Intrapersonal**. Poseer conciencia de las emociones y de su autoexpresión, las habilidades que la constituyen son: autoreconocimiento, autoconciencia emocional, asertividad, independencia y autoactualización.
- **Interpersonal**. Faceta que considera a la conciencia social y su influencia en las relaciones interpersonales, las competencias que la constituyen son: empatía, responsabilidad social y establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias.

- Manejo del estrés. Se enfoca el manejo y regulación emocional, las habilidades que la conforman son: tolerancia al estrés y control de impulsos.
- Adaptabilidad. El meollo de esta dimensión es el manejo del cambio, las habilidades y competencias que la integran son: chequeo de realidad, flexibilidad y resolución de problemas.
- Humor. Menciona a la motivación de la persona para desenvolverse en la vida, se integra de las habilidades: optimismo y felicidad. Los modelos mixtos contribuyeron a la difusión y a hacer más popular el término de “inteligencia emocional”, sin embargo muchos investigadores mencionan que estas propuestas son difíciles de operar (Hedlund y Sternberg, 2000) en contraparte al modelo de habilidad propuesto por Mayer y Salovey (1993).

## **2.2. Trastornos de conducta alimentaria**

### **2.2.1. Definición**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen patologías cuyo denominador común es la aparición y desarrollo de irregularidades en la ingestión de alimentos, los cuales no son causados por alteraciones médicas. (13)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental de alta complejidad, que obedecen a múltiples causas, cuyo grupo principal afecto son adolescentes y mujeres jóvenes. Siendo la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia de un 5 %. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones también se ven afectados en menor proporción 1:10.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dados el riesgo para la salud que implican. Siendo el diagnóstico que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes: el Trastorno Alimentario No Especificado

(TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa y, finalmente, el de Bulimia Nervosa. Dichos trastornos abarcan factores psicofísicos, y factores ambientales en su etiología, desarrollo y mantenimiento, además comparten síntomas cardinales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia alterada de ésta en la valoración personal, preocupación persistente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren. Frecuentemente su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (14). El pronóstico mejora sustancialmente cuando el diagnóstico es oportuno y se da dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que un diagnóstico temprano es importante para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad.

### **2.2.2. Etiología**

Existen múltiples factores que podrían desencadenar uno de estos trastornos, por lo que sería difícil reconocer o distinguir a uno en particular.

- A. Dimensiones Biológicas: Los familiares de los pacientes con estos trastornos tienen cuatro a cinco veces más probabilidades de desarrollarlos también. Se ha encontrado una condición genética en la bulimia, que podría heredarse en línea directa, en un estudio un 23% de gemelas homocigóticas ambas tenían bulimia frente a un 9% de gemelas heterocigóticas. En contraparte encontramos que en la anorexia, el tipo de personalidad con componentes depresivos y trastorno del esquema corporal, juegan un papel que contribuye a la aparición de este trastorno. Existen estudios que relacionan los niveles bajos de neurotransmisores como: norepinefrina, dopamina y en particular la serotonina, los niveles altos producirían anorexia y niveles bajos (la hiposerotoninergia) produciría un aumento de peso.

- B. .Dimensiones Sociales: Se atribuye a la dieta el primer escalón de riesgo que conduce hacia una potencia anorexia y bulimia. Se encontró también una relación significativa entre el grado de exposición a los medios y el desarrollo de síntomas de los trastornos alimentarios. Debemos nombrar también factores socioculturales: como el deseo de tener un cuerpo delgado, además de la moda de vestir, modelos publicitarios, exhibición del cuerpo en medios audiovisuales, rechazo a la obesidad y al sobrepeso, publicidad de productos y servicios que promueven adelgazar, y el cambio de papel que la mujer desarrolla en la sociedad.
- C. Desordenes Afectivos: En la anorexia es frecuente encontrar un cuadro depresivo que se presentó con antelación o que coincide con el inicio del problema. Por otra parte en la bulimia, se encontró mayor frecuencia de problemas emocionales.
- D. Aspectos Psicológicos: como distorsión en la percepción de la imagen corporal, una alta impulsividad, la obsesión en su búsqueda por lo nuevo y en moda, el perfeccionismo, además del neuroticismo característico de personalidades temperamentales que contribuye a una alta inestabilidad emocional. (13)

### 2.2.3. Clasificación

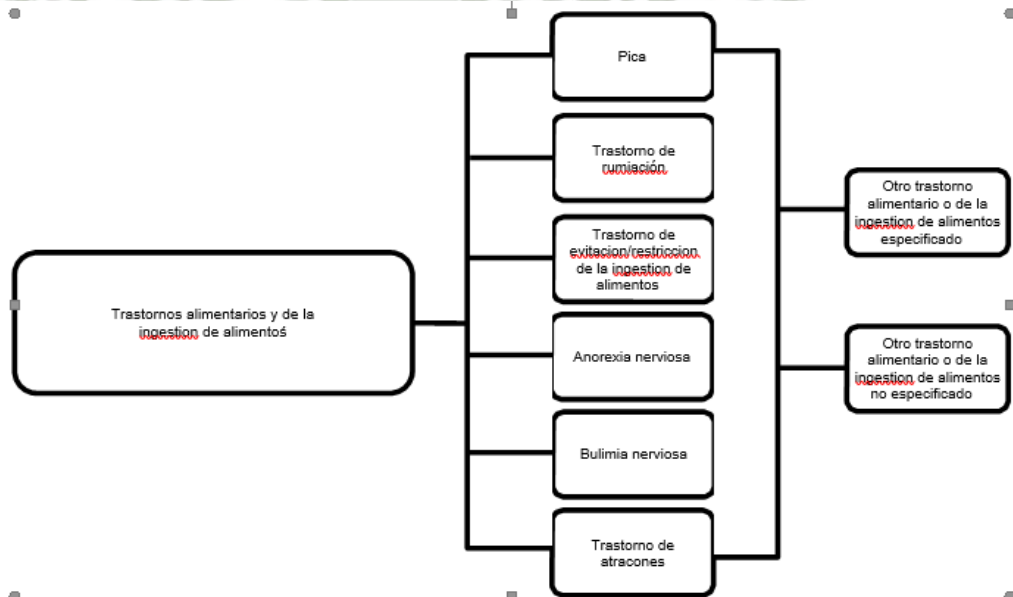
Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), de acuerdo al DSM-V ahora llamados trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, incluyen:

1. Anorexia nervosa o nerviosa (AN), subtipos restrictivo y atracón/ purgación
2. Bulimia nervosa o nerviosa (BN), tipos en remisión parcial o total
- 3.-Trastorno por atracón.
- 4.-Pica
- 5.- Trastorno de Rumiación
- 6.-Trastornos de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

7.-Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (15)

De acuerdo al CIE 10, se clasifican en:

1. Anorexia nerviosa.
2. Anorexia nerviosa atípica.
3. Bulimia nerviosa.
4. Bulimia nerviosa atípica.
5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
6. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
7. Otros trastornos de la conducta alimentaria.
8. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.



**Figura 1** Esquema de la Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al DSM-5. Fuente American Psychiatric Association (APA, 2013).

## ANOREXIA NERVIOSA

Se caracteriza por tres criterios: Una intensa inanición auto inducida de una intensidad significativa, una búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad, y la presencia de signos y síntomas médicos debidos a la inanición. (16)

“Se define también como un síndrome psiquiátrico multifactorial, que se manifiesta principalmente por la pérdida de peso voluntaria que trae como consecuencia una serie de alteraciones orgánicas. La causa inmediata es el intenso miedo a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal, lo cual es el resultado de una percepción alterada de su imagen corporal. (17). Siendo esta errada percepción de la imagen corporal, preocupante pero no característica”.

“Las edades que aparecen con mayor frecuencia se encuentran en la mitad de la adolescencia (entre los 14 y los 18 años). Siendo de 10 a 20 veces más frecuente en los jóvenes de sexo femenino”.

Si bien es cierto que su frecuencia inicial era más elevada entre los estratos socioeconómicos altos, actualmente no se encuentra tal distribución. Lo que sí se pudo corroborar es que es más habitual que mujeres jóvenes en países desarrollados obtén por seguir profesiones que exigen delgadez, como la moda o la danza.

Son criterios para su diagnóstico: los que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Cambios en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en el DSM-5 respecto al DSM-VI-TR	
DSM-VI-TR (2000) ANOREXIA NERVIOSA	DSM-5 (2014) ANOREXIA NERVIOSA
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o</p>	<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Pero significativamente bajo define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños, y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el</p>

<p>negación de peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En la mujeres pos puberales presencia de amenorrea por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos</p>	<p>aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.</p>
<p>Especificar el Tipo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas</li> <li>3. Tipo Compulsivo / Purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas.</li> </ol>	<p>Especificar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio.</li> <li>1. Tipo con atracones / purgas: durante los últimos tres meses; el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.</li> </ol>
<p>4.</p>	<p>Especificar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el criterio C.</li> <li>2. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.</li> </ol> <p>Especificar la gravedad actual.</p> <p>La gravedad mínima se basa en los adultos, en el índice de masa corporal actual, o en niños o en adolescentes, en el percentil IMC. Los limite derivan según la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizaran los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad pueden auemntar para</p>

	<p>reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión:</p> <p>LEVE: IMC <math>\geq</math> 17 Kg/m<sup>2</sup></p> <p>MODERADO: IMC 16 – 16.99 Kg/m<sup>2</sup></p> <p>GRAVE: IMC 15 – 15.99 Kg/m<sup>2</sup></p> <p>EXTREMO: IMC &lt; 15 Kg/m<sup>2</sup></p>
--	---

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de. Los enfermos pre púberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:
  - 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
  - 2) vómitos auto provocados,
  - 3) purgas intestinales auto provocadas,
  - 4) ejercicio excesivo y
  - 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) “Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal”.
- d) “Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de

sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina”.

e) “Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía”.

#### **A. ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA**

“Se describe a los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que se enmarcan dentro de un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de pacientes son más frecuente en psiquiatría de interconsulta y atención primaria. También se puede incluir pacientes que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve”.

#### **BULIMIA NERVIOSA**

Russell en 1979 describió por primera vez a la bulimia como una entidad diferente a la anorexia nerviosa, en la cual los enfermos, después de realizar copiosas ingestas de alimentos, pretendían controlar su peso induciéndose el vómito o haciendo uso de laxantes o diuréticos. (17).

Son característicos de este cuadro los episodios recurrentes de atracones combinados con conductas de compensación inapropiadas destinadas a impedir la ganancia de peso, como purgas o ejercicio en exceso. El atracón frecuentemente va acompañado por sentimientos de culpa y depresivos con uno mismo. Una parte de estos casos utilizan los atracones como una forma de automedicación en épocas de angustia emocional.

Se trata de una enfermedad difícil de detectar, ya que no existe malnutrición, incluso se da en ocasiones de sobrepeso, y sus manifestaciones dispersas nos pueden hacer pensar en más de una enfermedad. Se muestra sus criterios diagnósticos según DSM V en la tabla 3.

**Tabla 3:** Cambios en los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa en el DSM-5 respecto al DSM-IV-T

DSM-5 (2014)

### BULIMIA NERVIOSA

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentemente para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos inapropiados, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la construcción y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

1. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo confirmado.
2. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual.

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

**Leve:** un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Moderado:** un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Extremo:** un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Son criterios diagnóstico, según el CIE-10:

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) “Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo”.
- b) “El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos auto provocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina”.

- c) “La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea”.

## **B. BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA**

En esta categoría ingresan los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa, pero que se enmarcan dentro de un cuadro clínico bastante típico. Es frecuente encontrar enfermos con un peso normal o incluso superior a lo normal, presentando episodios recurrentes de ingesta copiosa seguidos de vómitos o purgas.

### **2.2.4 PREVENCIÓN**

Es importante una buena educación dietética desde la infancia ayuda a prevenir la aparición de trastornos alimentarios. Lo cual se podría, detectar y tratar precozmente para mejora de su pronóstico.

La detección oportuna es una mejor arma para combatir los trastornos alimentarios. Sin embargo, es mejor prevenir su aparición tanto en el ámbito familiar, educativo y social.

A continuación se nombra algunas medidas o recomendaciones para prevenir los trastornos alimentarios desde la infancia:

- Explicar la importancia de unos correctos adecuados hábitos alimenticios a los niños
- Alimentación balanceada que incluya todos los tipos de alimentos necesarios para una adecuada nutrición, evitando el consumo de comida rápida y carbohidratos simples y refinados

- Establecer un correcto horario para la comida
- Contribuir al desarrollo de capacidades que ayuden a fortalecer la autoestima desde niños. Reforzar su autonomía y que la persona se sienta a gusto con su imagen corporal para que de esta manera presenten menos vulnerabilidad a los mensajes de los medios de comunicación, moda y publicidad.
- Realizar campañas mediante los medios de comunicación, que ayuden a difundir mensajes que enseñen a valorar la salud, tener una correcta alimentación y evitar los condicionamientos y complejos estéticos en niños y jóvenes
- Realizar campañas o facilitar actividades en las que niños y jóvenes practiquen ejercicio con regularidad.

### **2.2.5. TRATAMIENTO**

“Para un adecuado tratamiento se debe considerar la etapa de la vida en la que se encuentra el paciente, además de otras variables biopsicosociales. Un tratamiento eficaz implica, la participación de un equipo multidisciplinario que idealmente debería estar constituido por un adolescentólogo, un nutriólogo, y fundamentalmente especialistas en el área de salud mental como un psiquiatra y psicólogo, para los casos que requieran hospitalización, también sería necesaria la presencia de enfermeras especialistas en el manejo de los TCA”.

“El tratamiento tiene como objetivo: ayudar al adolescente a mejorar y mantener su salud física y psicológica. Sin embargo, múltiples estudios revelan escaso éxito del tratamiento para la población adolescente”.

Es necesaria una evaluación médica y su seguimiento durante la primera fase del tratamiento. Los tratamientos para TCA son generalmente extensos, se recomienda un seguimiento hasta los 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes (18)

### 2.3 ADOLESCENCIA COMO GRUPO DE RIESGO

La adolescencia constituye una etapa de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que abarca importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”, que no posee una duración definida, pues es muy variable según el tipo de cultura y personalidad. Existen tres transiciones dentro de la adolescencia: la primera de ellas, conocida como Pre adolescencia, va de 12 hasta los 14 años y constituye una transición importante entre la niñez y la propia adolescencia. En esta etapa encontramos el desarrollo de la Pubertad, donde se alcanza la madurez sexual y capacidad para reproducirse. La etapa que abarca de los 15 a los 21 años, se caracteriza lograr además del desarrollo sexual, un desarrollo cognitivo (razonamiento hipotético-deductivo), que permite construir una identidad personal.

Se sabe el desarrollo puberal, se inicia manifestando una asimétrica distribución de la grasa corporal y que trae como consecuencia una alteración en la estructura corporal para hombres y mujeres. Es así, que la valoración del cuerpo tiene un gran significado para la formación de la identidad personal, ya que se brinda demasiado culto al cuerpo y por moda, se establecen cánones estrictos de belleza reforzados por la sociedad y ampliamente difundidos en los medios de comunicación. Los jóvenes que se encuentran fuera de estos cánones sufren el rechazo por parte de sus pares y la poca capacidad de rendir físicamente afecta su autoestima, la cual suele ser normal en los niños menores de 6 años, mientras que en los niños mayores y en los adolescentes se presenta una autoestima disminuida”. Sería este el motivo que promueva la disconformidad con su físico, que conlleva al potencial riesgo de sufrir un trastorno de conducta alimentaria. (19)

## 1. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel local*

#### 1.1. **Autor:** Liz Daphne Mapeza Arredondo

**Título** “Relación entre Inteligencia emocional y la presencia de Síntomas Depresivos en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa, 2015”

**Resumen:** “Teniendo como antecedente el aumentar los niveles de inteligencia emocional contribuiría a la prevención de la depresión; establecemos que una baja inteligencia emocional en adolescentes está relacionada a la presencia de síntomas depresivos; debido a eso, el objetivo de la presente investigación, es determinar la relación entre la Inteligencia emocional y la presencia de Síntomas Depresivos en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María; para lograrlo se aplicaron dos encuestas, la prueba de inteligencia emocional Trait Meta-Mood Scale(TMMS-24) y la escala de autoevaluación para la depresión de Zung a los estudiantes del Centro Preuniversitario de la UCSM que cumplieron criterios de selección, se asociaron los resultados mediante coeficiente de correlación de Pearson. Se encuentran los siguientes **resultados**, participaron 251 estudiantes, 47.81% varones y 52.19% mujeres, con edades entre los 15 y 19 años. Entre los componentes de la Inteligencia emocional la Atención emocional obtuvo niveles entre moderados y altos en un 51.79% del total de participantes, y en cuanto a Claridad y Reparación emocional se obtuvieron niveles entre moderados y excelentes en un 56.98% y un 76.5% del total de participantes respectivamente; el componente que obtuvo puntajes más altos dentro del nivel excelente fue el de Reparación emocional en un 15.94%. Con la escala de autoevaluación para la depresión de Zung; 74.10% de alumnos tuvieron resultados normales, sólo 24.70% mostró síntomas de depresión leve

y 1.20% depresión moderada; no hubo casos de depresión severa. Al relacionar los puntajes de las dos escalas, se observa una correlación directa de baja intensidad con dos de los componentes de la inteligencia emocional: Atención emocional( $r=0.27$ ) y Claridad emocional( $r=0.27$ ); y una correlación no significativa para el componente de reparación emocional( $r=0.24$  en ambos). La conclusión es, la Inteligencia emocional en los estudiantes adolescentes del centro preuniversitario de la UCSM es adecuada, la cuarta parte del total de participantes presentan síntomas depresivos predominantemente ligeros, y existe una relación directa de baja intensidad entre la Atención y Claridad emocionales, y la presencia de sintomatología depresiva”.

**1.2. Autor:** Aldeyde Medina Reyes

**Título:** “Relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Enero – Febrero 2017”

**Resumen:** “El presente trabajo pretende determinar la relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming en la ciudad de Arequipa. Se realizó un estudio analítico, transversal; de tipo descriptivo. Mediante un muestreo probabilístico simple intencional, se evaluó a los estudiantes midiéndoles su peso y talla para hallar su Índice de Masa Corporal (IMC) y aplicando encuestas auto administradas. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) para determinar el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. En total fueron evaluados 300 estudiantes, 134 (44.67%) varones y 166 (55.33%) mujeres. Con una edad promedio de 16.69 años (SD+/- 1.79) y 16.74 años (SD+/- 0.98) respectivamente. El 75.67% tenían un IMC normal, 18.63% sobrepeso, 5% obesidad y 0.67% delgadez. El 10.7% presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, predominando el sexo femenino, considerándose factor de riesgo (OR=2.66). Se halló una relación

estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ) entre el estado nutricional y el riesgo de TCA. En el grupo con riesgo de TCA el porcentaje de pacientes con estado nutricional normal (65.63%) es menor al grupo sin riesgo (76.87%), mientras que en sobrepeso fueron similares (18.75 y 18.66% respectivamente); en cambio en obesidad (9.38% con riesgo y 4.48% sin riesgo) y delgadez (6.25% con riesgo y ningún caso sin riesgo) fueron mayores; indicando que tanto la delgadez como la obesidad podrían ser factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. En conclusión, existe relación entre el estado nutricional, evaluado a través del IMC, y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria; tanto la delgadez como la obesidad podrían ser factores de riesgo para estos trastornos”.

#### *A nivel nacional*

##### 1.3. **Autor:** Milagros Trigoso Rubio

**Título:** “Inteligencia Emocional en Jóvenes y Adolescentes Españoles y peruanos: variables psicológicas y educativas”

**Resumen:** “Se pudo observar que existe consistencia de una puntuación mayor de Perú con respecto a España la puntuación más alta tanto como para España y Perú, en el CDG se alcanzó con la pregunta “Sé ver el aspecto humorístico de la vida, incluso con sus problemas”; seguido de “Expreso mis sentimientos”. La pregunta que mostro una mayor diferencia entre los dos países fue “Cómo influye la Inteligencia en el rendimiento académico”. España mostrando poco conocimiento y Perú un mayor conocimiento. Por otra parte tanto España como Perú muestran que tienen una reparación adecuada, esto significaría que son capaces de regular sus estados emocionales correctamente. Respecto a los rasgos de personalidad, se observa que Perú califica más alto en todas las variables, sin embargo tanto España y Perú tienen una adecuada apertura, amabilidad, responsabilidad y Neuroticismo. Esto significaría que Perú y España muestran una mayor atención a los sentimientos, preferencia por la variedad, simpatizan con los

demás, están dispuestos a ayudar, son capaces de controlar sus deseos, son voluntariosos y son emocionalmente estables. La puntuación más alta tanto para España como Perú es en “motivación para el trabajo”, el trabajar en equipo, así como disposición a solicitar y prestar ayuda cuando se precisa. En respuesta a nuestra primera hipótesis en el cual queríamos valorar si existen patrones diferenciales, culturales y educativos entre España y Perú podemos decir que la hipótesis es parcialmente cierta, ya que si bien existen diferencias, estas no son muy marcadas. Podemos observar que la muestra de Perú muestra mayor puntaje en la mayoría de variables evaluadas, lo cual podría deberse a que en su mayoría eran colegios privados, los cuales comienzan a tomar en cuenta una educación más holística, donde se busca que el profesor sólo sea un facilitador de aprendizaje y que realmente el alumno sea el protagonista, intentando desarrollar de manera integral, no solo conocimientos, sino herramientas para la vida”.

1.4. **Autor:** Lazo Y, Quenaya A, Mayta P

**Título:** “Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú” Lima 2015

**Resumen:** “Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública y su relación con los medios de comunicación es aún controversial. Objetivo. Evaluar si existe asociación entre los modelos de imagen corporal mostrados por los medios de comunicación y el riesgo de TCA en adolescentes escolares mujeres de Lima, Perú. El estudio transversal realizado en tres centros educativos del distrito de La Victoria, Lima, Perú. Se midió el riesgo de TCA con la prueba de actitud alimentaria (Eating Attitudes Test-26; EAT-26, por sus siglas en inglés) y la influencia de los medios de comunicación con el cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3; SATAQ-3, por sus siglas en inglés), categorizada en terciles tanto en el puntaje global como en sus subescalas (acceso a la información, presión, internalización general y

atlética). Se calcularon las razones de prevalencia ajustadas (RPa) para TCA. Se incluyeron 483 escolares con edad mediana de  $14 \pm 3$  años. El 13,9% presentó riesgo de padecer TCA. Las escolares que presentan mayor influencia de los medios de comunicación (tercil superior del SATAQ-3) tienen mayor riesgo de TCA (RPa: 4,24; IC 95%: 2,10-8,56), así como quienes tienen mayor acceso a la información (RP: 1,89; IC 95%: 1,09-3,25), mayor presión (RP: 4,97; IC 95%: 2,31- 10,69), las que presentaron mayor internalización general (RP: 5,00; IC 95%: 2,39-10,43) y las que mostraron mayor grado de internalización atlética (RP: 4,35; IC 95%: 2,19- 8,66). **Conclusión.** A mayor influencia de los medios de comunicación, existe un mayor riesgo de padecer TCA en escolares mujeres en Lima, Perú”.

#### *A nivel internacional*

##### 1.5. **Autor:** Georgina Badia I Realp

**Título:** “Valoración de la inteligencia emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria”

**Resumen:** “Desde el punto de vista del modelo de Mayer y Salovey la IE sería un factor de protección de la psicopatología clínica. Existen estudios que encuentran correlaciones positivas entre el MSCEIT y el bienestar psicológico. Otros estudios encuentran una relación negativa entre IE y sintomatología clínica como ansiedad y depresión, indicando que una baja IE podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales.

Con el análisis realizado se encuentran relaciones negativas significativas entre la IE y las escalas de psicopatología clínica (excepto para la clínica alimentaria), se confirma que las personas que tienen puntuaciones más elevadas en IE, tienen también menor psicopatología clínica. La fuerza de la relación encontrada es entre débil y moderada, mostrando unos porcentajes de varianza considerables teniendo en cuenta que existen otros factores que influyen en la aparición y mantenimiento de estos síntomas. La relación se confirma con la creación de los grupos de Baja-Media-Alta IE, mostrando que las personas del grupo de Alta IE (CIE Total > 110)

tienen menores puntuaciones respecto a los grupos de Media y Baja IE en todas las escalas de psicopatología clínica valoradas, con diferencias significativas en ansiedad rasgo, depresión y la mayor parte de escalas del BSI. Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura científica revisada en cuanto a la dirección de la relación (negativa), si bien se encuentran diferencias en la fuerza de la relación entre los diferentes estudios revisados, probablemente debido a la variabilidad en cuanto a los instrumentos utilizados y a la menor proporción de estudios realizados con población clínica. Hasta la fecha no se ha podido establecer de forma clara la dirección de la causalidad en la relación entre IE y salud y bienestar.

A modo de resumen de la hipótesis indica que todas las correlaciones significativas obtenidas en nuestro estudio son inversas, como se hipotetizaba, con valores entre débiles y moderados. Estos datos indican que, aunque buena parte de la varianza de la presencia y gravedad de la sintomatología en los TCA puede explicarse por otros factores que influyen en su psicopatología clínica, existe una relación negativa entre la IE y los síntomas clínicos, y que ambas variables tienen una varianza compartida. Lo que indicaría que, la IE es un factor que explica e influye en la psicopatología clínica de los TCA”.

1.6. **Autor:** Castejón Martínez, M; Berengüí Gil, R; Garcés De Los Fayos, Ruiz, E

**Título:** “Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios” España 2015”

**Resumen:** “Existen diferentes factores que determinan el origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Podemos destacar entre ellos presentar un elevado Índice de Masa Corporal (IMC) y una percepción distorsionada del propio peso, ya que ambos pueden conducir a la insatisfacción corporal y a la realización de conductas nocivas de alto riesgo. **Objetivo:** Analizar la relación entre el IMC, la percepción de peso y determinados factores

psicológicos de los TCA, en estudiantes universitarios. En el presente estudio participaron 248 estudiantes universitarios, con una edad media de 23,43 años. El 10,1% presenta algún tipo de delgadez o bajo peso, y el 17,9% muestran sobrepeso. Se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), un cuestionario ad hoc de percepción de peso y se obtuvo el IMC. Se registran correlaciones significativas de signo positivo entre el IMC y obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal en mujeres, sujetos con sobrepeso y quienes consideran deben perder peso. Existen diferencias significativas entre los sujetos con sobrepeso y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo y ascetismo. Los sujetos con deseo de perder peso presentan mayor obsesión por la delgadez, la bulimia, la insatisfacción corporal y la baja autoestima. Se concluye un mayor IMC se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, factores de riesgo de TCA, mostrando los sujetos mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo, son características que también son una definición de sujetos con sobrepeso y quienes afirman su necesidad por perder peso”.

## **Objetivos.**

### **1.7. General**

1) Determinar la relación entre la Inteligencia Emocional y la presencia de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en los estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María

### **1.8. Específicos**

- 1) Establecer el nivel de inteligencia emocional en los estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María en el ciclo verano 2018
- 2) Determinar el nivel de riesgo de las actitudes alimentarias en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María 2018

## 2. Hipótesis

**Nula:** Un bajo nivel de inteligencia emocional se asocia con mayores riesgos de adquirir trastornos de conducta alimentaria

**Alterna:** Es probable que un alto nivel de inteligencia emocional no se asocie con mayores riesgos de adquirir trastornos de conducta alimentaria

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### Técnicas:

- Se utilizó la encuesta tipo cuestionario para recoger los datos necesarios.

#### Instrumentos:

- Se utilizó dos encuestas validadas :
  - a) Prueba de Coeficiente Emocional TMMS-24 que está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer, para la evaluación de la Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa
  - b) Test de Actitudes Alimentarias – EAT-26 segunda versión que consta de 26 reactivos elaborada por David Garner y Paul Garfinkel, para ver el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del Centro Preuniversitario Ciclo Verano de la Universidad Católica Santa María, Arequipa

#### Materiales:

Lapicero, papel, computadora, impresora, USB

### 5. Campo de verificación

**2.5. Ubicación espacial:** Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María, Arequipa

**2.6. Ubicación temporal:** Enero - Febrero del 2018.

**2.7. Unidades de estudio:** Estudiantes mayores de 15 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María de Arequipa.

**2.8. Población:** La población estuvo conformada por todos los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María dando un total de 731 alumnos, tanto varones y mujeres mayores de 15 años; y que además se encuentren en curso de verano entre enero y febrero 2018.

**Muestra:**

$$N = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Margen de seguridad (entre 95 y 100%)

N=Numero de universo o población total a investigarse.

P= Probabilidad pertinente del hecho que se investiga (0.5)

Q= Probabilidad no pertinente frente al hecho a investigar (0.5)

E<sup>2</sup> = 5% margen de error (entre 5 y 10%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (731) (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (731 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$\begin{aligned} n &= 700.278 \\ & 2.7579 \\ n &= 254 \end{aligned}$$

### **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes adolescentes matriculados en el Ciclo Verano del Centro
- Preuniversitario de la Universidad Católica Santa María.
- Estudiantes del Centro Preuniversitario que deseen participar en el estudio

### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes del Centro Preuniversitario que no accedan a realizar la encuesta.
- Fichas de encuestas mal llenadas e incompletas.

## **6. Estrategia de Recolección de datos**

### **3.5. Organización:**

Se presentó una solicitud de autorización para la entrevista de los alumnos a la dirección del Centro Preuniversitario junto con una copia del proyecto aprobado, con la cual se coordinó el acceso al centro de estudios, después se consiguió el permiso, se repartió el material informativo a los alumnos con el fin de que conozcan el propósito del estudio y accedan a participar voluntariamente. Se realizó las encuestas, se explicó la forma de llenado correcto de las encuestas.

Las encuestas fueron tomadas por el investigador, se empleó un muestreo aleatorio sistemático, se creó una lista total de la población de cada aula en computadora y mediante el programa Excel 2013, se eligió un individuo al azar y a partir de él se procedió a repartir las encuestas intercaladamente (evitando un individuo) hasta completar la muestra, durante el desarrollo de la encuesta se fueron aclarando dudas que pudieron presentarse respecto al llenado.

Una vez que concluyó la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos que se interpretaron y analizaron.

### 3.6. Recursos

**d) Humanos:**

- Bachiller: Hermes Jesús Amado Vivanco Vera
- Asesor: Miguel Angel Arce Pamo

**e) Materiales:**

- Encuestas para la recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Material de impresión y fotocopidora.
- Computadora.

**f) Financieros:**

- El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor.

### 3.7. Validación de los instrumentos:

**c) TMMS-24**

La TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el Meta conocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.(8)

La prueba fue adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en el 2004 en España, quienes el mismo año realizaron un estudio para su validación, en el que se empleó una muestra de 292 sujetos, obteniéndose los siguientes coeficientes de consistencia interna: Atención, = .90; Claridad, = .86; Reparación = .90; estos resultados indicaron que la prueba TMMS-24 tiene fiabilidad. También en el 2004 Castilla, España; Alberto González Robles, Jonathan Peñalver González y Edgar Bresó Esteve realizaron un estudio similar , con una

muestra de 71 personas, en el que los análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones del TMMS-24 arrojaron coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a .80 (Atención, = .89; Claridad, = .84 y Reparación, = .83); lo que indica que este instrumento cumple los requisitos de fiabilidad necesarios para la investigación básica. (9)

Tomando las desviaciones estándar reportadas para las 3 subescalas (Percepción, Comprensión, Regulación) del TMMS- 24 en los estudios previos, la prueba muestra una confiabilidad del 95%, y un poder del 87%. En Perú, está siendo usada para investigación básica desde el 2009. (10)

El contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional considerando 8 ítems para cada una de ellas, así podemos ver:

- **Atención emocional:** Capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada ( ítems del 1 al 8)
- **Claridad de sentimientos:** Capacidad de comprender bien mis estados emocionales (ítems del 9 al 16)
- **Reparación emocional:** Capacidad de regular los estados emocionales de manera adecuada ( ítems 17 al 24)

<b>*INTELIGENCIA EMOCIONAL TOTAL</b>	
Baja	<56
Adecuada o Moderada	57 a 87
Excelente	>88

\* Calculada por la campana de Gauss

**d) EAT-26:**

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (11) (12). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas” (11) (12) Al ser un screening, ayuda a la identificación precoz de un desorden alimentario así se puede realizar un tratamiento temprano, disminuyendo considerablemente ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la muerte considerando que un sujeto de estudio tenga puntajes mayores a 20 puntos en este “screening” se relacionan frecuentemente con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario

Los ítems se agrupan en 3 factores:

El Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a), el Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia, y el Factor 3 Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (11) (12)

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista por un clínico experimentado).(13)

### 3.8. Criterios para manejo de resultados

#### b) Plan de Procesamiento:

Se realizó la tabulación mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 22.0

El estudio se ejecutó con matrices de clasificación con uso de codificación; el recuento fue de tipo electrónico. La descripción de las variables fue representada en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados, y en el caso de las variables numéricas se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas. Para las asociaciones se usó pruebas Chi cuadrado



### III. Cronograma de Trabajo

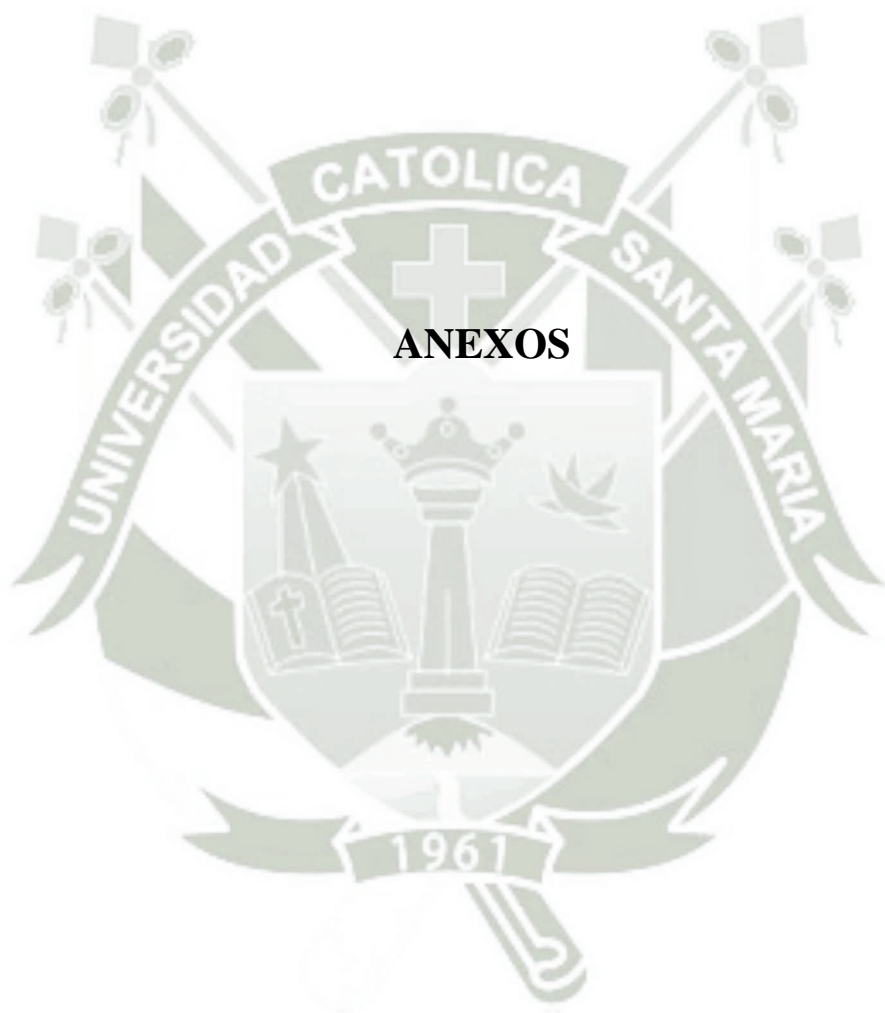
TIEMPO ACTIVIDADES	2017 -2018																	
	Noviembre			Diciembre			Enero			Febrero			Marzo					
Revisión bibliográfica	x	x	x															
Elección del tema				x	x													
Elaboración del proyecto					x	x	x	x	x									
Aprobación del proyecto										x								
Ejecución o recolección de datos											x	x	x			x	x	
Procesamiento de datos														x	x	x		
Elaboración y presentación del informe final																	x	x

## BIBLIOGRAFÍA

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub.; 2013.
2. Berbena M,SM,&VM. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2008; 6(15).
3. Peña-Sarrionandia A,MM,&GJJ. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions. *Frontiers in Psychology*. 2015; A meta-analysis(6160).
4. Fairburn CG,CZ,&SR. Cognitive behaviour therapy for eating. *Cognitive behaviour therapy for eating*. 2003; 41(5): p. 509–528.
5. Sfarlea A,GE,PB,BJ,SKG,&DA. Alterations in neural processing of emotional faces in adolescent anorexia nervosa. *Biological Psychology*. 2016; 119.
6. Haynos AF,&FAE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2011; 18(3): p. 183-202.
7. González R BL. Inteligencia Emocional: Una Breve Revisión de la literatura. *Anuario de*. 2014.
8. Mayer JD SPCD. Emotional Intelligence. *American Psychological Association* 2. 2008.
9. Goleman D. La inteligencia Emocional. Editorial Vergara, Buenos Aires. 2003.
10. SALOVEY P, WOOLERY AYMJD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: Fletcher, G. y Clark, M. S. (eds.). In Prieto MD INyAP. *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes.. Oxford: Marfil; 2001. p. págs. 279-307.*
11. Baron R. The Bar-On model of emotional- social intelligence. *Psicothema*. 2006; 18.
12. Goleman D. Inteligencia emocional. In Goleman D.; 1995.
13. Soutullo C MMJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente Madrid : Editorial Médica Panamericana; 2010.
14. Hudson JI HEPHKR. Biological Psychiatry. In The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication.; 2007. p. 348-58.

15. Association AAP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V).: American Psychiatric Association; 2014.
  16. Sadock B. J SVARP. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Decimoprimer ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
  17. Lambruschini N LR. Trastornos de la conducta alimentaria. asociación Española de Pediatría. 2017 enero .
  18. López C TJ. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Condes. 2011 Jan; 22.
  19. Corada L M. Estudio del aporte de un instrumento (Test de actitudes alimentarias EAT-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Tesis para obtener el título de Psicólogo. 2007.
  20. P DMVG. Trastornos de la Conducta. [REV. MED. CLIN. CONDES. 2012 May.
1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub.; 2013.
  2. Berbena M,SM,&VM. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. Electronic Journal of Research in Educational Psychology. 2008; 6(15).
  3. Peña-Sarrionandia A,MM,&GJJ. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions. Frontiers in Psychology. 2015; A meta-analysis(6160).
  4. Fairburn CG,CZ,&SR. Cognitive behaviour therapy for eating. Cognitive behaviour therapy for eating. 2003; 41(5): p. 509–528.
  5. Sfarlea A,GE,PB,BJ,SKG,&DA. Alterations in neural processing of emotional faces in adolescent anorexia nervosa. Biological Psychology. 2016; 119.
  6. Haynos AF,&FAE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. Clinical Psychology: Science and Practice. 2011; 18(3): p. 183-202.
  7. González R BL. Inteligencia Emocional: Una Breve Revisión de la literatura. Anuario de. 2014.
  8. Mayer JD SPCD. Emotional Intelligence. American Psychological Association 2. 2008.

9. Goleman D. La inteligencia Emocional. Editorial Vergara, Buenos Aires. 2003.
10. SALOVEY P, WOOLERY AYMJD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: Fletcher, G. y Clark, M. S. (eds.). In Prieto MD INyAP. Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes.. Oxford: Marfil; 2001. p. págs. 279-307.
11. Baron R. The Bar-On model of emotional- social intelligence. Psicothema. 2006; 18.
12. Goleman D. Inteligencia emocional. In Goleman D.; 1995.
13. Soutullo C MMJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente Madrid : Editorial Médica Panamericana; 2010.
14. Hudson JI HEPHKR. Biological Psychiatry. In The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication.; 2007. p. 348-58.
15. Association AAP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V).: American Psychiatric Association; 2014.
16. Sadock B. J SVARP. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Decimoprimer ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
17. Lambruschini N LR. Trastornos de la conducta alimentaria. asociación Española de Pediatría. 2017 enero .
18. López C TJ. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Condes. 2011 Jan; 22.
19. Corada L M. Estudio del aporte de un instrumento (Test de actitudes alimentarias EAT-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Tesis para obtener el título de Psicólogo. 2007.
20. P DMVG. Trastornos de la Conducta. [REV. MED. CLIN. CONDES. 2012 May.



## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ propósito \_\_\_\_\_ conocer

---

---

---

---

#### **Participación voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

#### **Procedimientos**

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre
2. Se elegirá por sorteo (al azar) \_\_\_\_\_
3. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta
4. Colocar y explicar cada procedimiento en palabras sencillas

#### **Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos**

No existen riesgos en esta investigación.

#### **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

### **Beneficios**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a

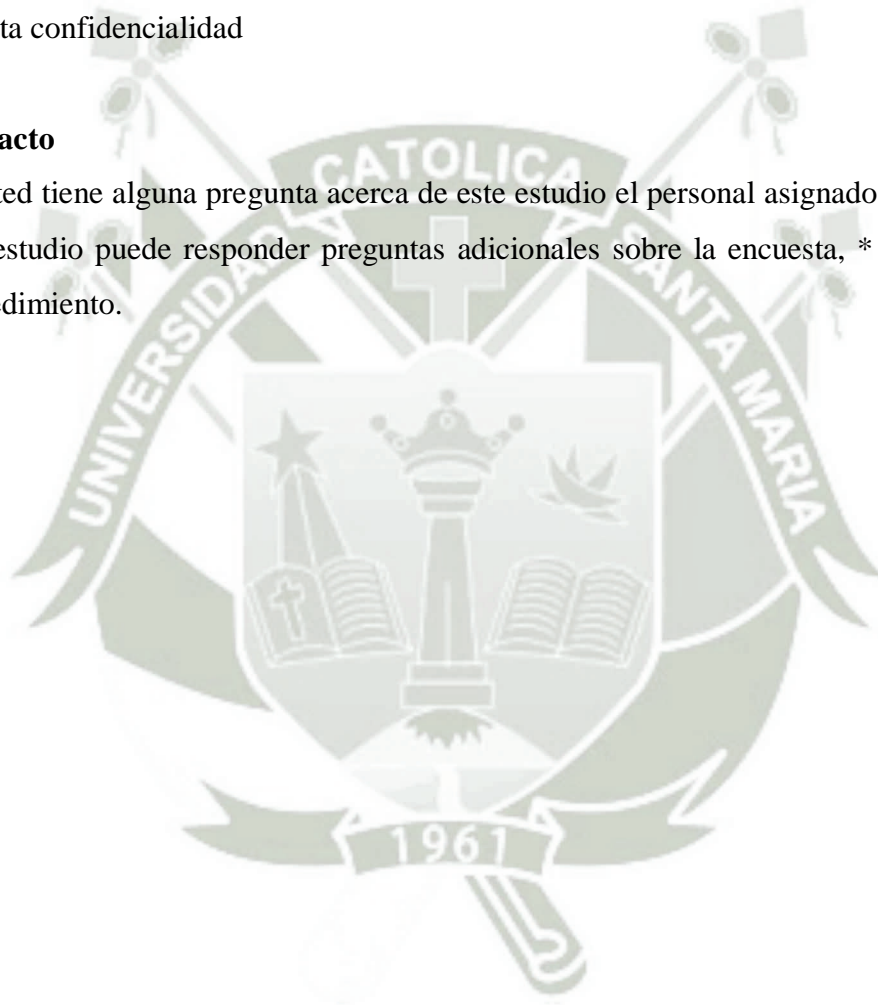
---

### **Confidencialidad**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

### **Contacto**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, \* o cualquier procedimiento.



## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante  que da su autorización  DNI:	
--	--

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
--	--

Nombre del Investigador principal  Documento de identidad	
--	--

Fecha:



### ANEXO 3

#### TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26

Se presenta el siguiente test para ser llenado de acuerdo a sus conductas alimentarias, se aplica la escala desde nunca que equivale a cero veces hasta siempre que es de rutina. Marque con una (X) en el recuadro en donde corresponda:

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

**ANEXO N° 4**  
**MATRIZ DE DATOS**

Nº	EDAD	SEXO	COLEGIO	TOTAL TMMS-24	NIVEL DE IE	EAT 26	RIESGO DE TCA
1	18	F	P	96	EXCELENTE	17	NO
2	17	F	P	66	MODERADA	14	NO
3	17	F	N	50	BAJA	13	NO
4	16	F	P	96	EXCELENTE	31	SI
5	17	F	P	60	MODERADA	7	NO
6	19	F	P	91	EXCELENTE	10	NO
7	17	F	P	73	MODERADA	20	SI
8	17	F	P	86	MODERADA	26	SI
9	16	F	N	63	MODERADA	6	NO
10	18	F	N	95	EXCELENTE	5	NO
11	16	F	P	91	EXCELENTE	20	SI
12	17	F	N	80	MODERADA	23	SI
13	16	F	P	96	EXCELENTE	21	SI
14	17	F	N	87	MODERADA	13	NO
15	16	F	P	60	MODERADA	15	NO
16	16	F	P	109	EXCELENTE	20	SI
17	16	F	P	82	MODERADA	11	NO
18	18	F	P	98	EXCELENTE	23	SI
19	19	F	P	58	MODERADA	25	SI
20	16	F	P	89	EXCELENTE	5	NO
21	16	F	N	77	MODERADA	9	NO
22	16	F	N	92	EXCELENTE	16	NO
23	17	F	P	67	MODERADA	7	NO
24	16	F	P	91	EXCELENTE	13	NO
25	17	F	P	85	MODERADA	16	NO
26	17	F	P	81	MODERADA	13	NO
27	17	F	P	82	MODERADA	22	SI
28	17	F	P	85	MODERADA	17	NO

29	17	F	P	74	MODERADA	18	NO
30	16	F	P	54	BAJA	22	SI
31	17	F	P	69	MODERADA	22	SI
32	16	F	P	97	EXCELENTE	9	NO
33	16	F	P	71	MODERADA	14	NO
34	16	F	P	86	MODERADA	14	NO
35	17	F	N	99	EXCELENTE	28	SI
36	17	F	P	66	MODERADA	17	NO
37	17	F	N	74	MODERADA	3	NO
38	16	F	P	58	MODERADA	8	NO
39	18	F	P	97	EXCELENTE	22	SI
40	17	F	P	69	MODERADA	24	SI
41	18	F	N	111	EXCELENTE	21	SI
42	17	F	P	81	MODERADA	12	NO
43	16	F	P	54	BAJA	51	SI
44	19	F	N	52	BAJA	34	SI
45	16	F	P	101	EXCELENTE	53	SI
46	17	F	P	90	EXCELENTE	21	SI
47	18	F	P	91	EXCELENTE	18	NO
48	16	F	N	110	EXCELENTE	30	SI
49	18	F	P	73	MODERADA	21	SI
50	17	F	P	84	MODERADA	10	NO
51	17	F	P	76	MODERADA	39	SI
52	17	F	P	100	EXCELENTE	18	NO
53	16	F	P	113	EXCELENTE	19	NO
54	16	F	P	72	MODERADA	8	NO
55	18	F	P	98	EXCELENTE	6	NO
56	18	F	N	68	MODERADA	17	NO
57	16	F	P	75	MODERADA	26	SI
58	17	F	N	82	MODERADA	29	SI
59	19	F	N	62	MODERADA	20	SI
60	17	F	N	55	BAJA	23	SI

61	17	F	P	63	MODERADA	38	SI
62	17	F	N	96	EXCELENTE	14	NO
63	19	F	P	84	MODERADA	7	NO
64	19	F	P	72	MODERADA	2	NO
65	16	F	P	91	EXCELENTE	4	NO
66	17	F	P	94	EXCELENTE	1	NO
67	17	F	P	56	BAJA	24	SI
68	16	F	P	63	MODERADA	7	NO
69	18	F	N	87	MODERADA	4	NO
70	17	F	P	69	MODERADA	2	NO
71	16	F	P	59	MODERADA	7	NO
72	19	F	P	68	MODERADA	3	NO
73	17	F	P	66	MODERADA	8	NO
74	16	F	P	65	MODERADA	6	NO
75	17	F	P	66	MODERADA	4	NO
76	16	F	N	88	EXCELENTE	1	NO
77	16	F	P	80	MODERADA	22	SI
78	17	F	N	61	MODERADA	19	NO
79	18	F	N	73	MODERADA	37	SI
80	16	F	P	100	EXCELENTE	3	NO
81	17	F	P	93	EXCELENTE	2	NO
82	17	F	P	66	MODERADA	7	NO
83	19	F	P	76	MODERADA	18	NO
84	16	F	N	55	BAJA	4	NO
85	18	F	P	87	MODERADA	3	NO
86	16	F	N	79	MODERADA	2	NO
87	16	F	N	84	MODERADA	3	NO
88	17	F	P	104	EXCELENTE	8	NO
89	16	F	P	68	MODERADA	1	NO
90	18	F	P	83	MODERADA	7	NO
91	16	F	P	97	EXCELENTE	3	NO
92	18	F	P	84	MODERADA	29	SI
93	17	F	P	82	MODERADA	25	SI
94	16	F	P	103	EXCELENTE	6	NO
95	17	F	P	83	MODERADA	3	NO
96	18	F	N	60	MODERADA	5	NO
97	17	F	N	73	MODERADA	6	NO
98	17	F	P	83	MODERADA	6	NO
99	18	F	P	64	MODERADA	23	SI
100	16	F	N	61	MODERADA	26	SI
101	16	F	P	78	MODERADA	23	SI

102	17	F	N	80	MODERADA	20	SI
103	16	F	P	87	MODERADA	20	SI
104	18	F	P	87	MODERADA	1	NO
105	17	F	P	84	MODERADA	3	NO
106	16	F	N	65	MODERADA	6	NO
107	16	F	P	71	MODERADA	1	NO
108	16	F	N	76	MODERADA	5	NO
109	16	F	P	66	MODERADA	2	NO
110	16	F	N	67	MODERADA	0	NO
111	16	F	N	67	MODERADA	20	SI
112	16	F	P	94	EXCELENTE	5	NO
113	19	F	N	73	MODERADA	12	NO
114	16	F	N	93	EXCELENTE	5	NO
115	17	F	P	68	MODERADA	0	NO
116	17	F	P	107	EXCELENTE	14	NO
117	16	F	N	56	BAJA	22	SI
118	17	F	P	112	EXCELENTE	12	NO
119	18	F	P	88	EXCELENTE	3	NO
120	16	F	P	82	MODERADA	5	NO
121	18	F	P	88	EXCELENTE	3	NO
122	16	F	P	76	MODERADA	0	NO
123	17	F	P	81	MODERADA	6	NO
124	17	F	P	81	MODERADA	5	NO
125	17	F	P	89	EXCELENTE	8	NO
126	17	F	N	68	MODERADA	24	SI
127	19	F	P	64	MODERADA	4	NO
128	16	F	P	61	MODERADA	20	SI
129	16	F	P	92	EXCELENTE	20	SI
130	16	F	P	89	EXCELENTE	1	NO
131	17	F	P	107	EXCELENTE	4	NO
132	17	F	P	69	MODERADA	5	NO
133	16	F	P	59	MODERADA	4	NO
134	17	F	N	69	MODERADA	21	SI
135	17	F	P	71	MODERADA	26	SI
136	17	F	P	80	MODERADA	4	NO
137	16	F	N	63	MODERADA	9	NO
138	17	F	P	95	EXCELENTE	1	NO
139	17	F	P	90	EXCELENTE	7	NO
140	17	F	N	76	MODERADA	21	SI
141	16	F	P	59	MODERADA	9	NO
142	17	F	P	71	MODERADA	22	SI

143	16	F	N	61	MODERADA	23	SI
144	18	F	P	96	EXCELENTE	1	NO
145	19	F	N	87	MODERADA	7	NO
146	17	F	N	92	EXCELENTE	22	SI
147	16	F	P	67	MODERADA	22	SI
148	16	F	P	78	MODERADA	23	SI
149	17	F	P	69	MODERADA	20	SI
150	16	F	P	60	MODERADA	28	SI
151	19	F	P	52	BAJA	27	SI
152	18	F	P	94	EXCELENTE	1	NO
153	16	M	P	60	MODERADA	22	SI
154	17	M	N	49	BAJA	33	SI
155	16	M	P	93	EXCELENTE	4	NO
156	18	M	P	91	EXCELENTE	20	SI
157	17	M	P	81	MODERADA	27	SI
158	18	M	P	80	MODERADA	31	SI
159	16	M	P	94	EXCELENTE	28	SI
160	18	M	P	66	MODERADA	15	NO
161	16	M	P	104	EXCELENTE	22	SI
162	17	M	N	98	EXCELENTE	19	NO
163	17	M	N	75	MODERADA	15	NO
164	16	M	P	91	EXCELENTE	15	NO
165	17	M	P	85	MODERADA	14	NO
166	17	M	P	92	EXCELENTE	17	NO
167	17	M	N	112	EXCELENTE	23	SI
168	16	M	P	76	MODERADA	15	NO
169	18	M	P	92	EXCELENTE	16	NO
170	16	M	P	84	MODERADA	16	NO
171	16	M	P	84	MODERADA	8	NO
172	16	M	P	99	EXCELENTE	14	NO
173	17	M	P	88	EXCELENTE	12	NO
174	17	M	P	78	MODERADA	21	SI
175	16	M	N	59	MODERADA	28	SI
176	17	M	P	83	MODERADA	7	NO
177	17	M	P	70	MODERADA	10	NO
178	17	M	P	104	EXCELENTE	18	NO
179	16	M	P	89	EXCELENTE	39	SI
180	17	M	P	78	MODERADA	14	NO
181	17	M	N	113	EXCELENTE	10	NO
182	16	M	P	72	MODERADA	21	SI
183	16	M	P	80	MODERADA	14	NO

184	17	M	N	58	MODERADA	5	NO
185	16	M	N	85	MODERADA	5	NO
186	17	M	P	86	MODERADA	7	NO
187	18	M	N	79	MODERADA	12	NO
188	16	M	N	84	MODERADA	32	SI
189	17	M	P	79	MODERADA	32	SI
190	17	M	N	84	MODERADA	18	NO
191	18	M	P	68	MODERADA	20	SI
192	16	M	N	59	MODERADA	8	NO
193	18	M	P	81	MODERADA	6	NO
194	16	M	P	93	EXCELENTE	9	NO
195	17	M	P	72	MODERADA	8	NO
196	16	M	P	83	MODERADA	1	NO
197	18	M	P	61	MODERADA	3	NO
198	19	M	P	92	EXCELENTE	0	NO
199	16	M	P	78	MODERADA	4	NO
200	17	M	P	66	MODERADA	0	NO
201	16	M	P	92	EXCELENTE	7	NO
202	16	M	P	90	EXCELENTE	0	NO
203	19	M	P	67	MODERADA	7	NO
204	17	M	P	79	MODERADA	7	NO
205	16	M	N	84	MODERADA	14	NO
206	16	M	P	96	EXCELENTE	1	NO
207	17	M	N	90	EXCELENTE	7	NO
208	16	M	P	98	EXCELENTE	3	NO
209	19	M	P	72	MODERADA	5	NO
210	18	M	P	77	MODERADA	7	NO
211	16	M	P	92	EXCELENTE	4	NO
212	16	M	P	82	MODERADA	5	NO
213	17	M	P	57	MODERADA	0	NO
214	16	M	N	90	EXCELENTE	5	NO
215	16	M	P	59	MODERADA	3	NO
216	17	M	P	98	EXCELENTE	1	NO
217	17	M	P	87	MODERADA	11	NO
218	17	M	P	78	MODERADA	15	NO
219	17	M	P	95	EXCELENTE	3	NO
220	17	M	N	107	EXCELENTE	0	NO
221	17	M	P	87	MODERADA	5	NO
222	16	M	P	87	MODERADA	6	NO
223	16	M	P	57	MODERADA	0	NO
224	17	M	N	67	MODERADA	3	NO

225	16	M	N	77	MODERADA	7	NO
226	16	M	P	67	MODERADA	3	NO
227	16	M	P	85	MODERADA	6	NO
228	16	M	P	87	MODERADA	0	NO
229	16	M	N	99	EXCELENTE	8	NO
230	16	M	P	96	EXCELENTE	3	NO
231	17	M	N	76	MODERADA	6	NO
232	18	M	P	75	MODERADA	4	NO
233	17	M	P	85	MODERADA	1	NO
234	16	M	N	69	MODERADA	8	NO
235	17	M	P	63	MODERADA	2	NO
236	19	M	P	52	BAJA	0	NO
237	17	M	P	96	EXCELENTE	2	NO
238	17	M	P	90	EXCELENTE	3	NO
239	16	M	P	85	MODERADA	4	NO
240	17	M	P	87	MODERADA	4	NO
241	19	M	P	84	MODERADA	3	NO
242	16	M	P	84	MODERADA	3	NO
243	16	M	N	65	MODERADA	21	SI
244	16	M	P	88	EXCELENTE	2	NO
245	16	M	P	64	MODERADA	3	NO
246	17	M	P	99	EXCELENTE	8	NO
247	17	M	N	88	EXCELENTE	1	NO
248	17	M	P	87	MODERADA	5	NO
249	16	M	P	81	MODERADA	2	NO
250	17	M	P	85	MODERADA	3	NO
251	19	M	P	68	MODERADA	2	NO
252	16	M	N	81	MODERADA	7	NO
253	17	M	N	64	MODERADA	4	NO
254	17	M	N	99	EXCELENTE	15	NO