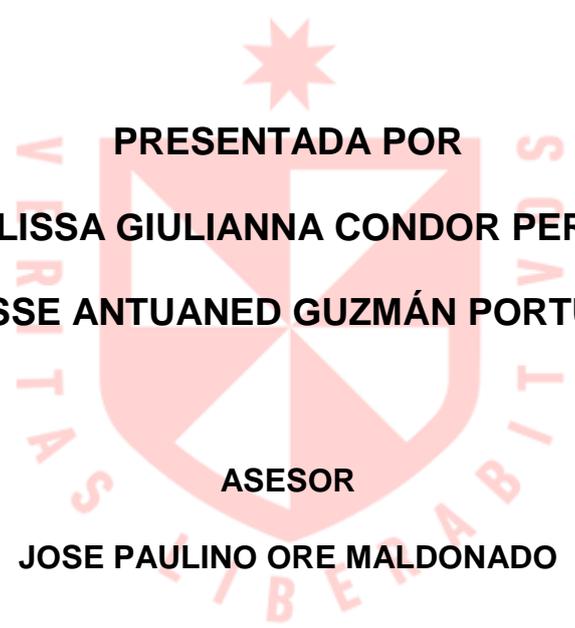


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**RIESGOS EN TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA
EMOCIONAL EN ADULTAS JÓVENES EMBARAZADAS
DE LIMA METROPOLITANA**



**PRESENTADA POR
MELISSA GIULIANNA CONDOR PEREZ
DALISSE ANTUANED GUZMÁN PORTUGAL**

**ASESOR
JOSE PAULINO ORE MALDONADO**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RIESGOS EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU
RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTAS
JÓVENES EMBARAZADAS DE LIMA METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:
MELISSA GIULIANNA CONDOR PEREZ
DALISSE ANTUANED GUZMÁN PORTUGAL**

**ASESOR:
DR. JOSE PAULINO ORE MALDONADO
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3121-0751>**

LIMA, PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedicado a Nancy y Roberto, mis padres, por su inconmensurable esfuerzo, apoyo, amor y paciencia a lo largo de este camino hacia mi gran meta y por ser ejemplo de perseverancia para mi vida. A mi pareja Eduardo por sus consejos, su compañía en cada momento de esta travesía y por su infinito amor. Finalmente, a mi hermana Bertha Luz que con su carisma y alegría fueron el combustible de cada día hasta este último.

Melissa Cóndor Pérez

Quiero dedicar mi tesis a mis padres Olga y Héctor que siempre confiaron en mi e hicieron posible que me convierta en la persona que soy con sus consejos, su amor y sobre todo su presencia en cada paso de mi vida y aún están a mi lado alentándome, los amo.

También dedico mi tesis a mi familia que logre formar en estos últimos años y que ahora son mi motor y motivo para seguir cumpliendo mis sueños a mi amor Pablo por su apoyo incondicional y a mi princesa Sophia que vino a darle más luz y razón a mi vida, los amo.

Dalisse Guzmán Portugal

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
INDICE DE CONTENIDOS	iii
INDICE DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	vii
REPORTE DE INFORME DE SIMILITUD.....	VIII
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	11
1.1. Bases teóricas	11
1.2. Evidencias empíricas	24
1.3. Planteamiento del problema	27
1.4. Justificación de la investigación	30
1.5. Objetivos de la investigación.....	31
1.6. Hipótesis	32
CAPÍTULO II MÉTODO.....	35
2.1. Tipo y diseño de investigación	35
2.2. Participantes	35
2.3. Medición.....	37
2.4. Procedimiento	41
2.5. Aspectos éticos.....	42
2.6. Análisis de datos.....	42

CAPÍTULO III RESULTADOS	44
3.1. Análisis Sociodemográfico	47
3.2. Análisis descriptivos.....	51
3.3. Análisis Inferencial	50
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS.....	70
ANEXOS	81

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Definición operacional de variable Trastornos de conducta alimentaria e Inteligencia emocional.....	34
Tabla 2: Confiabilidad de ítems de trastornos de conducta alimentaria	39
Tabla 3: Confiabilidad e ítems de inteligencia emocional	41
Tabla 4: Análisis de normalidad.....	44
Tabla 5: Madre primeriza y nivel de escolaridad	475
Tabla 6: Estado civil y situación laboral	48
Tabla 7: Estado civil y Jornada de Trabajo.....	48
Tabla 8: Tiempo de gestación y jornada de trabajo.....	49
Tabla 9: Estado civil y modalidad de trabajo	50
Tabla 10: Tiempo de gestación y apetito.....	50
Tabla 11: Riesgo de trastornos de conducta alimentaria en gestantes	49
Tabla 12: Inteligencia emocional en gestantes.....	52
Tabla 13: Correlación trastornos de conducta alimentaria e inteligencia emocional	52
Tabla 14: Correlación entre los factores de trastornos de conducta alimentaria y las dimensiones de inteligencia emocional.....	53

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el Riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria e Inteligencia Emocional en mujeres en estado de gestación; se aplicó un diseño empírico, de tipo correlacional simple y de cohorte transversal; en la cual participaron 120 jóvenes gestantes entre los 16 a 40 años de Lima Metropolitana, obtenida mediante un muestreo por conveniencia, siendo el 65.83% mujeres que se encuentran en su tercer trimestre, el 25.83% en el segundo trimestre y el 8.33% en el primer trimestre. Los cuestionarios empleados fueron la Escala de Actitudes Alimentarias y el Inventario Emocional para Mayores, instrumentos de tipo *Likert* con 25 ítems y 20 ítems respectivamente. Para la efectividad de los instrumentos se aplicó el Omega de *Mac Donald* cuyos coeficientes fueron superiores al .6 para ambas variables. Los resultados evidenciaron que el 70.83% de gestantes no poseen un riesgo de padecer un TCA y el 50.83% poseen una inteligencia emocional promedio. En consecuencia, mediante el *Rho de Spearman*, se concluyó que no existe una relación entre el riesgo de presentar un TCA y la inteligencia emocional; sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre los factores dieta y bulimia con la dimensión manejo de estrés.

Palabras clave: Inteligencia emocional; trastornos de conducta alimentaria; mujeres gestantes y trastornos alimenticios; gestación e inteligencia emocional.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between the Risk of Eating Disorder and Emotional Intelligence in pregnant women; an empirical design, of a simple correlational and cross-sectional cohort type, was applied; in which 120 young pregnant women between 16 and 40 years old from Metropolitan Lima participated, obtained through convenience sampling, with 65.83% being women who are in their third trimester, 25.83% in the second trimester and 8.33% in the first trimester. The questionnaires used were the Eating Attitudes Scale and the Emotional Inventory for the Elderly, Likert-type instruments with 25 items and 20 items respectively. For the effectiveness of the instruments, Mac Donald's Omega was applied, whose coefficients were greater than .6 for both variables. The results showed that 70.83% of pregnant women do not have a risk of suffering from an eating disorder and 50.83% have average emotional intelligence. Consequently, using Spearman's Rho, it was concluded that there is no relationship between the risk of presenting an eating disorder and emotional intelligence; however, significant differences were found between the diet and bulimia factors with the stress management dimension.

Keywords: Emotional intelligence; eating disorders; pregnant women and eating disorders; gestation and emotional intelligence.

REPORTE DE INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO Reporte-RIESGOS EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	AUTOR MELISSA GIULIANNA CONDOR PEREZ D ALISSE ANTUANED GUZMÁN PORTUGA L
RECUENTO DE PALABRAS 17728 Words	RECUENTO DE CARACTERES 98072 Characters
RECUENTO DE PÁGINAS 85 Pages	TAMAÑO DEL ARCHIVO 500.9KB
FECHA DE ENTREGA May 20, 2024 8:45 PM GMT-5	FECHA DEL INFORME May 20, 2024 8:47 PM GMT-5
<p>● 13% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none">• 9% Base de datos de Internet• Base de datos de Crossref• 10% Base de datos de trabajos entregados• 2% Base de datos de publicaciones• Base de datos de contenido publicado de Crossref <p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none">• Material bibliográfico• Coincidencia baja (menos de 10 palabras)• Material citado• Fuentes excluidas manualmente <p>Se ha realizado la exclusión de contenido depositado el 18/11/2021, previa validación del asesor Jose Paulino Ore Maldonado y bachilleres Condor Perez y Guzmán Portual.</p>	



INTRODUCCIÓN

El embarazo es considerado como uno de los momentos más delicados en el aspecto psicológico pues al ser un evento que conlleva varios cambios fisiológicos, emocionales, familiares y en el ámbito social, pone a prueba el nivel de madurez emocional. Por ello se requiere una capacidad de adaptación para afrontar diversas situaciones tales como los cambios de humor, miedos, ansiedad y demás ocasionadas por la producción de hormonas.

Dentro de estos cambios, la alimentación es una pieza fundamental en esta etapa por lo que el incremento en el peso debe ser mayor al 10% del peso inicial; sin embargo, esta ganancia en el peso puede descender como resultado de los vómitos en el primer trimestre y en este momento puede presentarse un trastorno de conducta alimentaria (Gil, 2010).

Por dicha razón, en la presente investigación se realizó un análisis correlacional entre las variables de riesgo en trastornos de conducta alimentaria e inteligencia emocional en una muestra de adultas jóvenes embarazadas quienes participan en el Programa Telesalud VMJ, cuyas oscilan entre los 16 a 42 años.

Con este propósito, la investigación se encuentra estructurada de la siguiente forma: en el primer capítulo se realizó el marco teórico relacionado a los aspectos más importantes de las variables estudiadas; cuya finalidad es brindar una explicación del tema de cada una de las variables del presente estudio a través de evidencia empírica y hallazgos encontrados a nivel internacional puesto que existe aún escasos estudios nacionales. Es importante mencionar que se realizó una búsqueda exhaustiva y minuciosa de la información científica con el fin de lograr los objetivos planteados. Uno de los factores sumamente importante a considerar es el contexto

actual de pandemia por la COVID-19, el cual generó una crisis sanitaria a nivel mundial.

En el segundo capítulo, se aborda la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación amparado por diversos autores expertos en el tema; asimismo se detalla las características más resaltantes de la muestra evaluada, los instrumentos de medición para recopilar los datos, la manera para procesar la información obtenida, así como el análisis de datos; y los aspectos éticos que protegen los derechos de las participantes en esta investigación.

Respecto al capítulo tres, se dan a conocer los resultados obtenidos haciendo uso de tablas y la interpretación de las mismas; estos son explicados brevemente en base a los objetivos antes planteados en el estudio. Finalmente, en el capítulo cuatro se discuten los resultados tomando en consideración las evidencias empíricas y los aspectos teóricos, del mismo modo se critican los hallazgos obtenidos; adicionalmente se mencionan las conclusiones y se brindan las recomendaciones hacia la investigación.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas

1.1.1. Trastornos de Conducta Alimentaria

Retrocediendo unos cuatrocientos años atrás las mujeres ayunan cumpliendo con el ritual de purificación, es decir, el abstenerse de alimento era parte del lenguaje del cuerpo en relación con la divinidad al alejarse de la realidad de los deseos carnales; un claro ejemplo de ello, los judíos. Seguido de esto se registró algunos casos de doncellas, una de ellas Santa de Wilgerfortis, hija del rey de Portugal, quien no comía para mantenerse en un camino de rectitud, asimismo el caso del príncipe Hamadham, quien estaba a punto de desfallecer, por no comer, siendo víctima de una tremenda melancolía; fue desde entonces que se relacionó la anorexia con cuadros depresivos, es así que Richard Morton, fue el primero en detallar a la anorexia nerviosa (AN) con sentimientos de preocupación excesiva y tristeza. (Almenara, 2006).

En relación a estos casos ilustrativos surgieron dos importantes psiquiatras Lasegue y Gull (Baile & González, 2010), ellos llegaron a elaborar, cada uno, la primera interpretación del trastorno denominándola anorexia histérica o anorexia mirabilis, detallándola como una condición mental mórbido del sistema nervioso, de naturaleza hereditaria. Así mismo, aparece un término llamado sitiofobia, fue denotado por William Chipley en Almenara (2006) el cual tiene por significado rechazar el alimento por el temor existente frente a este, describió algunos casos de mujeres que rechazaban comer a pesar de los retorcijones por la necesidad de alimento y asignó a esta determinada debilidad a un deseo de atención y notoriedad.

Almenara (2006) en su análisis histórico señala que Dejerine en 1914 calificó la anorexia mental como uno de los trastornos más importantes porque inicia bajo la persuasión de representaciones mentales, es decir la persona siente aversión y está obligado a inhibir la sensación de hambre, además clasifica la anorexia mental en primitiva y secundaria. En principio, se establece bajo la influencia de representaciones mentales primitivas y la segunda es más bien consecutiva a problemas digestivos. La anorexia es explicada, en estudios siguientes, como un trastorno diferenciado con patogénesis compleja acompañada de síntomas clínicos el cual son resultados de factores desencadenantes.

Por otro lado, está la bulimia nerviosa (BN) que en sus inicios era llamada *bulimos* que proviene del latín, el cual significa poderosa sensación por comer, cabe señalar que también fue considerada como parte de las características de la anorexia. Sin embargo, en el diccionario médico de Londres de 1743 se redactó el cuadro bulímico como la preocupación por los alimentos, la ingesta insaciable y etapas de ayuno llamado *true boulimus*, otro cuadro descrito *caninus appetitus*, en el cual el vómito sigue del atracón (Cruz, 2001).

La postura de Delgado y sus contemporáneos tenían en cuenta al trastorno como un problema endocrino por ello lo trataban más por un síntoma, según Delgado (1953) es un incremento desordenado e insaciable del hambre, es consecuencia parte constitutiva de la agitación y el idiotismo, pocas veces en la demencia, la esquizofrenia y neurosis.

En efecto, los TCA se entienden por tener un comportamiento distorsionado al ingerir alimentos o la manifestación de conductas para controlar el peso. Asimismo, Papalia (2012) los define como ingerir alimento en exceso o falta exagerada de los

alimentos y estos son más comunes en sociedades con estructuras sociales modernas donde el alimento es demasiado y la fascinación se compara con la delgadez.

Vargas (2013) señala que los TCA son enfermedades que presentan como características fundamentales una conducta distorsionada de la alimentación y una preocupación exagerada por la imagen personal y el peso corporal. Esto va en relación al trastorno alimenticio, por lo que abarca diferentes factores tanto físicos, psicológicos y elementos del medio ambiente que dan influencia anormal de una valoración personal. Según Moreno y Ortiz (2009) tanto en los hombres como en las mujeres suelen imponerse una preferencia a desear un cuerpo más proporcionado y algunos hábitos excesivos o comer compulsivamente.

Cabe resaltar una clasificación de los TCA, del cual López y Treasure (2011) basándose en una categorización internacional de la salud mental, menciona que existe la AN, BN y otros, asimismo cabe resaltar que la AN nace de un anhelo imparable de estar delgado junto a un hábito voluntaria para conseguirlo. Por otro lado, la BN se caracteriza por episodios de atiborramientos de los cuales se ingiera una gran cantidad de comida en un pequeño espacio y tiempo de forma secreta; por último, el TCANE no cumplen los criterios de las dos primeras, pero, sí se evidencia conductas compensatorias después de inapropiadas las constantes ingestas de comida, recalcó Silva (2017).

Perspectiva Teórica de los Trastornos de Conducta Alimentaria

En la actualidad los TCA se conoce por la conducta de alimentación alterada lo cual conlleva a fuertes consecuencias que ponen en riesgo la vida por los intentos de controlar el peso, y este deterioro significativo afecta tanto la salud física o

funcionamiento psicosocial. Según Fairburn y Harrison (2003) establecieron tres características; las cuales deben presentar: una perturbación constante de la rutina en la alimentación o de la conducta de controlar el peso, desórdenes conductuales relacionados a trastornos, y que el trastorno no debe ser complementario a ningún desorden médico general u otra condición psicopatológica.

Gandarillas et al. (2003) mencionan que los TCA son enfermedades de origen multicausal, es decir de diversos factores fisiológicos y psicológicos que surgen y modifican mutuamente ocasionando la complejidad del mismo. Además, el rol esencial en estos trastornos son los factores socioculturales pues el sentirse insatisfecho corporalmente y anhelar la delgadez son características necesarias para que se manifiesten los TCA.

Clasificación de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Anorexia nerviosa. Este término deriva del griego *orexia* que se entiende por ausencia de apetito y del latín *nervus* definiéndolo por un trastorno de inapetencia de origen nervioso.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) presenta las siguientes características: negarse a tener el peso corporal afín o superior a la cantidad mínima normal teniendo presente la talla y la edad; presentar temor intenso al aumentar de peso incluso estando por debajo del peso normal; presenta una distorsión de la apreciación del peso o a su forma corporal, exagerando en su autoevaluación o negación del peligro que comprende el bajo peso corporal. Y, por último, hay amenorrea; p. ej., carencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Bulimia nerviosa. Garfinkel et al. (1980) definieron a la bulimia como episodios donde se ingiere de manera excesiva grandes cantidades de alimentos que el paciente consideraba ajeno a su ego y que están fuera de su control.

Por otro lado, existe la aparición de atracones la cual consiste en la ingesta frecuente de comida en un corto tiempo. Es así, que las características de la BN, de acuerdo al DSM-IV (1994), es definido por: Primero, la existencia de atracones periódicas. Es necesario resaltar que un atracón es caracterizado por ingerir comida en un tiempo corto y en cantidades superiores de lo que el reto suele comer en ese mismo lapso de tiempo. Segundo, presenta constantemente actos de recompensas inadecuadas para evitar subir de peso, por ello acuden al vómito; uso desmesurado de laxantes, diuréticos u otros tipos de medicamentos; ayuno y excesivo ejercicio físico. Tercero, las conductas mencionadas en el punto anterior, lo pueden realizar por lo menos a la semana, dos veces durante 3 meses. Finalmente, debido a la influencia de las siluetas corporales “perfectas”, la persona se evalúa exageradamente.

1.1.2. Inteligencia Emocional

Bar-On (2006, 2007, 2010, 2011) define la IE como un conjunto de competencias y aptitudes emocionales y sociales relacionadas entre sí, las cuales decidirán la capacidad con la que nos expresamos y comprendemos a otros y nos relacionamos con ellos y la manera en cómo afrontamos las vicisitudes y exigencias de la vida diaria. Sin embargo, durante la historia se han empleado distintos términos para describir la IE; es así que la evolución de este constructo se remonta al siglo XIX con los estudios de Darwin quien mencionó que la “expresión emocional” es fundamental para la supervivencia (Bar-On, 2011).

En 1920, Thorndike publicó su trabajo sobre “inteligencia social” definiéndose como la habilidad para distinguir los comportamientos de uno mismo y de los demás para así actuar de forma adecuada en base a dicha información (Mayer, & Salovey, 1993). En 1940, Weshler realizó un aporte para este constructo pues explicó que existen “factores no intelectuales” dentro de la conducta inteligente lo cual indicó que el detallar estos factores podrían completar los modelos de inteligencia (Bar-On, 2006).

Siguiendo esta línea, se intentó combinar las competencias emocionales con las sociales con el fin de obtener una descripción más detallada del constructo, por lo cual Gardner, en 1983, describe que la inteligencia personal implica dos tipos de inteligencia: la interpersonal y la intrapersonal. La primera la define como la habilidad para identificar y distinguir entre los demás sus estados de ánimo, motivaciones, intenciones y temperamentos; y la segunda, es conocer los aspectos internos de uno mismo, es decir detectar y discriminar sentimientos complejos (Gardner, 2011).

Por otro lado, para Salovey y Mayer (1990, 1993) la IE es parte de la inteligencia social, por lo que la definen como la habilidad para regular las emociones propias y de los otros, diferenciar entre ellas y usar dicha información en el pensamiento y en la acción. Por consiguiente, Salovey y Mayer formaron la base del concepto de IE y así construyeron su teoría con el apoyo de otros trabajos previos. No obstante, el constructo se propagó en 1995 con la difusión del libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman (Bar-On, 2006, 2010).

Debido a la existencia de diversos conceptos y formas en las que se puede medir la IE, se determinaron tres principales modelos que explican este constructo: el modelo de Salovey y Mayer; el modelo de Goleman; y el modelo de Bar-On (Bar-On,

2007). Con ello, Bar-On demuestra que la inteligencia emocional-social incluye competencias intrapersonales e interpersonales que, combinadas, van a determinar una conducta específica (Bar-On, 2006). De acuerdo a su modelo, hay cinco dimensiones involucradas las cuales incluyen la capacidad intrapersonal, las aptitudes interpersonales, la adaptabilidad, el manejo de estrés y el estado de ánimo; que a su vez cada dimensión está conformada por subfactores relacionados entre sí (Bar-On et al., 2000; Bar-On, 2007, 2010).

Extremera et al. (2004) mencionan que una de las definiciones más aceptadas, científicamente, es la de los autores Salovey y Mayer aunque Bar-On y Goleman incorporan otros aspectos adicionales al constructo como la personalidad y los componentes afectivos y sociales; destacando la evolución del estudio de la IE a través de tres líneas de investigación: la base teórica de la aparición de la IE; la construcción de instrumentos para medir la IE; y la relación entre la IE y otras variables; sin embargo, algunos investigadores comienzan a contradecir la terminología utilizada.

En efecto, Locke (2005) sostiene que el concepto de IE no es válido puesto que la IE no es una forma de inteligencia y porque su definición es tan amplia que su significado se vuelve incomprensible coincidiendo con Waterhouse (2006) quien también afirma que la IE presenta varios constructos discrepantes causada por la variedad de puntos de vista. Entre los argumentos se destaca que es necesario diferenciar entre la inteligencia y la racionalidad pues ésta hace referencia a cómo uno realmente usa su mente; adicional a ello, explica que si una persona está dominada por sus emociones no podrá distinguir entre lo que es real y lo que siente (Locke, 2005). A pesar de las diversas críticas, la IE contribuye a la toma de decisiones puesto que los individuos que son emocionalmente inteligentes poseen

mayor habilidad para identificar y entender las emociones propias y de otros beneficiando al proceso de comunicación (Peter, 2010).

Modelo de inteligencia emocional y social de Bar-On

Desde que el concepto de IE se popularizó surgieron diversos modelos para medirla, es así que, según Mayer, éstos se clasifican en dos grupos: el modelo de habilidad y los modelos mixtos (Fragoso-Luzuriaga, 2015). Los modelos mixtos incluyen distintas habilidades, rasgos de personalidad, competencias, destrezas y aptitudes afectivas. Dentro de estos modelos, uno de los más representativos es el modelo de Bar-On (Fragoso-Luzuriaga, 2015; García-Fernández y Giménez-Mas, 2010).

El modelo de Bar-On (2006, 2010) acentúa la importancia de la expresión emocional, y considera los resultados de la conducta emocional y socialmente inteligente de acuerdo a los términos darwinianos de la adaptación. Es así que, proporciona otra definición a la IE, el cual la denomina inteligencia emocional-social (IES) en la que afirma que ser emocional y socialmente inteligente implica saber dirigir de manera eficiente los cambios sociales, personales y del entorno ante una situación inesperada siendo flexible, resolviendo problemas y tomando decisiones, por lo que es necesario manejar las emociones (Bar-On, 2006).

Del mismo modo, este modelo incluye el término de cociente emocional (CE) el cual mide el comportamiento emocional y socialmente inteligente a través de un autoinforme con el fin de ofrecer una valoración a la IES; es así que se crea el Inventario de Cociente Emocional (EQ-i), el cual comprende 133 afirmaciones cortas acerca de las destrezas emocionales autopercebidas (Bar-On, 2006, 2007). En ese sentido, Mejía (2013) señala que la integración de este término con la IE contribuye a

las potencialidades de la persona, es decir, que esta integración define cómo uno se relaciona con los demás y con su entorno. Asimismo, el autor afirma que este instrumento ha sido reconocido por los expertos como un instrumento de 360° el cual permite saber sobre las habilidades emocionales.

El desarrollo del modelo de Bar-On (2006) ha sido detallado y preciso por lo que el concepto y la medición de la IES ha sido validado. Además, este modelo es consistente en el tiempo y en todas partes del mundo al igual que su capacidad para predecir comportamientos y el rendimiento de las personas. La IE cambia a través de la vida por lo que se ha demostrado que se puede aprender y mejorar los factores de la IES mediante entrenamiento (Ugarriza y Pajares, 2005).

Por otro lado, el modelo de Bar-On ha conducido diferentes estudios que buscan relacionar la IE con la salud psicológica y física, el bienestar subjetivo, el rendimiento laboral y escolar, y la interacción social; es decir, que el modelo es aplicable en el ámbito clínico, educativo, laboral e de investigación (Mejía, 2013).

Dimensiones de la inteligencia emocional

El modelo de Bar-On es multifactorial pues mide el potencial de rendimiento en lugar del rendimiento en sí, es decir que es un modelo que se orienta más a los logros que a los resultados; por ello, este modelo comprende cinco dimensiones básicas (Bar-On et al., 2000, Bar-On, 2003).

Intrapersonal. Implica ser consciente y discernir las emociones propias, tal como el poder expresar sus ideas y sentimientos. Incluye las habilidades de autoestima, asertividad, autoconsciencia emocional, independencia y la autorrealización.

Interpersonal. Lo central es ser consecuente y respetar los sentimientos de los demás individuos. Es así que incluye las habilidades de empatía, relación interpersonal y responsabilidad social.

Manejo del estrés. Comprende reaccionar ante eventos estresantes sin abatirse emocionalmente; esto incluye habilidades de tolerancia al estrés y el control de impulsos.

Adaptabilidad. Es poder afrontar las demandas del entorno de manera flexible, realista y efectiva. Comprende las habilidades de prueba de realidad, flexibilidad y resolución de problemas.

Estado de ánimo general. Mide la capacidad de ser positivo ante distintas cosas o eventos, disfrutar de uno mismo y de los otros; es así que habilidades de felicidad y optimismo son parte de ella.

Por otro lado, Bueno (2019) señala que el modelo de Bar-On no solo organiza las habilidades en las cinco dimensiones, sino que además estructura las habilidades básicas en dos grupos que son primordiales para la inteligencia emocional. Dentro del primer grupo pertenecen las habilidades de empatía, las relaciones interpersonales, la autoevaluación, la autoconciencia emocional, asertividad, el control de impulsos, la tolerancia al estrés, la flexibilidad, la evaluación de la realidad y la solución de los problemas. Y en el segundo grupo se encuentra el optimismo, la felicidad, la autorrealización, la independencia emocional y la responsabilidad social, denominándolas capacidades facilitadoras.

1.1.3 Embarazo en jóvenes

El embarazo es considerado un periodo crucial en el desarrollo psicológico, pues el nivel de madurez emocional de la mujer es puesto a prueba; asimismo, es en

este momento donde se evaluará la capacidad de enfrentar o no este evento, así como el de poder adaptarse o no a los cambios que conlleva (Gómez et al., 2006).

Borras (2015) menciona que durante esta etapa ocurren ciertos cambios emocionales y fisiológicos tales como en el cuerpo, así como también en el ámbito familiar y sus relaciones interpersonales. Por ello, la adaptación psicológica a estas nuevas situaciones frente a un embarazo requiere de una reflexión sobre el bienestar que necesita una mujer embarazada con la ayuda de un profesional de la salud. El humor, la ansiedad, el deseo sexual, la dificultad de concentración, memoria, miedos, son algunos de los cambios emocionales que sucederán en esta etapa por la abundante producción de hormonas de las cuales se enfrentara en estos nueve meses, si bien es cierto va influir en la evolución física de la gestación.

Según Papalia (2012) algunos de los cambios físicos durante un embarazo es el aumento de reproducción de hormonas femeninas el cual causa la hinchazón de los senos preparadas para generar leche materna, esto se da más en un primer embarazo. Así como también el corazón de la mujer late más fuerte y rápido puesto que el neonato necesita mayor producción de sangre, además del esfuerzo por la producción de hormonas hace que cause un agotamiento al sistema nervioso central causando somnolencia. En cuanto al aspecto hormonal que sucede al inicio de esta etapa suelen producir altas y bajas emocionales. Asimismo, los órganos del bebé se están formando y funcionando de manera correcta, ira engordando a buen ritmo y posicionándose de manera que no haya complicaciones a la hora del parto, este crecimiento producirá que se mueva constantemente lo cual será notorio desde la barriga de la madre.

Debido a estos factores ya mencionados puede desequilibrar la frágil estructura emocional, por llevar un correcto cuidado para el bebé, lo cual de no ser así impediría el correcto proceso de gestación causando graves problemas de salud y poniendo en riesgo el ciclo de desarrollo del mismo, es así que se necesita controles cada tres meses para revisar el desarrollo del feto.

Por otro lado, es importante señalar que durante esta etapa la gestante presenta un crecimiento en los tejidos maternos y fetales los cuales provocan el aumento de peso. Esta variación de peso coexiste con diversas suposiciones; no obstante, aún se desconoce una cifra exacta de ganancia óptima para todas las madres gestantes (Gil, 2010).

Los autores Rigol et al. (citado por Gil, 2010) indican que la ganancia de peso es progresiva y ascendente desde la semana trece y tiende a asentarse en las últimas dos o tres semanas del embarazo; en ese sentido el aumento total del peso debe ser más del 10% del peso inicial, es decir que al finalizar el primer, segundo y tercer trimestre no deben ser menores al 2,0%; al 3,5% y al 4,5% respectivamente. Sin embargo, Gil (2010) señala que se debe tener en cuenta que en el primer trimestre no hay incremento de peso corporal, además éste suele disminuirse como efecto de las náuseas, vómitos e incluso de la presencia de un TCA como la anorexia.

Trastornos de Conducta Alimentaria en mujeres embarazadas

Se ha demostrado que los TCA en mujeres gestantes complica gravemente el embarazo con diferentes consecuencias tales como aborto, restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso, además de algunos resultados postparto como depresión. Según Behar et al. (2008) algunas de las consecuencias fetales son anomalías

faciales congénitas, microcefalia, problemas en el tubo neural y alto porcentaje de muerte prematura.

Durante el embarazo el neonato pasa por un estado crítico sometiéndose a distintas alteraciones dentro del útero teniendo como consecuencias modificaciones bioquímicas (Campana, 2015).

Las gestantes pasan por un determinado tiempo estresante y ansioso, en especial aquellas que ya han sufrido de TCA antes del embarazo, el cambio de imagen corporal y aumento de peso son factores relevantes que provocan nuevamente la aparición de un TCA. Según Powell et al. (citado por Behar y Arancibia, 2014) estas acciones están relacionadas con un temperamento infantil, sensibilidad, exceso control sobre la alimentación además de poca importancia hacia una dieta equilibrada.

Por otro lado, mujeres que llevan un embarazo con BN es más común ver que conserven su peso normal y algunas de ellas son más frecuentes cuando están en una relación, por ello en un estudio que se dio seguimiento a 5 – 10 años, mujeres con BN se pudo evidenciar 19% de infertilidad a comparación del seguimiento de 10 – 15 años no se observó alteraciones en la fertilidad en dichas mujeres. Si bien es cierto existe alteraciones hormonales es decir en la menstruación, tales como la amenorrea o la oligomenorrea en mujeres con TCA y esto sucede a menudo. Justamente existe embarazos no planificados ya que se tiene un concepto errado sobre las mujeres con TCA, no pueden concebir y a esto suma el mal uso de los medicamentos anticonceptivos asociado a conductas purgativas.

Durante la maternidad con TCA no existe un comportamiento uniforme; sin embargo, para algunas nace la angustia por la salud de su hijo es ahí donde puede

motivar a controlar sus conductas anormales al momento de alimentarse, acompañado de una recuperación durante la gestación y mantenerse hasta el postparto. En otros casos hay un grupo que presenta recaídas y su mejoría podría ser parcial, otras que lamentablemente se mantienen en un estado crítico o empeoran.

En ese sentido, los TCA generan grandes dificultades médicas y psicosociales que pueden conllevar a la muerte (Sáenz et al., 2011) y más aún a las mujeres gestantes debido a las severas consecuencias durante el embarazo a causa del estrés, ansiedad, depresión o la misma falta de apoyo familiar el cual es importante en esta etapa y que impacta al estado emocional de la madre (Loterio, 2018); sin embargo, el aprender a conocer las emociones, cómo controlarlas y manejar las reacciones impulsivas, permitirá una mejor dirección en la salud física, psicológica y social buscando la capacidad para adaptarse y resistir a las influencias negativas o hábitos nocivos.

1.2. Evidencias empíricas

Para la búsqueda de investigaciones nacionales e internacionales vinculadas a las variables “riesgo de trastornos de conductas alimentarias e inteligencia emocional”, se emplearon diversas bases de datos, revistas académicas y repositorios entre ellos Google Académico, Renati, Alicia Concytec, Redalyc, Scielo, Proquest, Dialnet, Scopus, entre otras; desde el 2008 hasta el presente año. Se usaron palabras claves en español como: riesgo de trastornos de conductas alimentarias, trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, insatisfacción corporal, desorden alimentario, inteligencia emocional, control emocional y regulación emocional. Asimismo, términos en inglés como: *eating disorders*, *eating attitudes*, *eating behavior*, *body insatisfaction*, *emotional intelligence*, *emotion control and emotional regulation*. Por consiguiente, entre los resultados no se encontraron

artículos con ambas variables de estudio. Es así que se optará por la búsqueda de estudios con las variables por separado; sin embargo, la información es escasa en la población de adultas jóvenes embarazadas por lo que nuestra investigación será el pionero.

La tesis de Camayo (2020) buscó asociar la IE y la depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un centro de salud público en Huancayo, Perú. Presenta un diseño de tipo prospectivo y correlacional donde participaron 280 adolescentes, entre los 11 a 19 años, quienes asistieron a su control prenatal programado. Se utilizaron la versión abreviada del Inventario de Inteligencia Emocional (ICE) de Bar-On y el Inventario de Depresión de Beck. En cuanto a sus resultados, se distingue que existe una relación significativa entre la IE y la depresión, asimismo halló que hay una relación entre la IE y el estado civil pues el 86,7% se asocia a una relación más significativa entre una IE media con el estado de soltera; y que la IE alta se relaciona con estados civiles de soltera y casada en un 50%. Sumado a ello, se determinó que el 67,2% de las adolescentes embarazadas presentaban una depresión severa asociado a una IE baja; el 27,8% manifestaron una depresión moderada asociado a una IE baja; y solo el 5% de la muestra no tuvieron depresión con una IE baja.

La investigación de Li (2018) examinó el vínculo entre la IE, la ansiedad social y el riesgo de TCA. El estudio es de diseño de tipo transversal correlacional, en la que participaron 784 estudiantes de China siendo 402 mujeres y 382 varones; con una edad promedio de 17,12 años. Se utilizaron las versiones chinas de la prueba de Actitudes Alimentarias (EAT-26), de la Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS) y de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), asimismo se valoró el índice de masa corporal (IMC). Entre sus resultados se distingue que la IE se correlaciona de manera negativa con el riesgo TA reduciéndola de manera directa

e independiente. Cabe señalar que la IE se evaluó de manera general y no en función de sus dimensiones; por ello la IE también tuvo una relación negativa con la ansiedad social, lo cual evidencia que la IE reduce indirectamente el riesgo de TA a través de la ansiedad social.

Foye et al. (2019) exploraron la función de la IE y sus dimensiones que puedan sustentar el origen de las actitudes y conductas de los TCA. Presenta un diseño de investigación transversal descriptivo, donde participaron 355 adultos del Reino Unido e Irlanda de los cuales el 23% habían tenido un TCA y el 29%, más de uno de estos trastornos en momentos distintos. Del total de participantes, el 16% fueron varones y el 84% mujeres quienes estuvieron conformados por diversas edades. Se utilizó el *Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test* (SSREI) y la prueba EAT-26, obteniendo como resultados la existencia de una correlación significativa y negativa entre las actitudes alimentarias desordenadas y la IE global, la cual sigue siendo significativa en cuatro dimensiones de la IE: evaluación de emociones propias, optimismo, regulación emocional y utilización de emociones. En cuanto al objetivo principal, una menor IE se correlaciona con el desarrollo de TCA, asimismo los factores de regulación emocional y la evaluación de las propias emociones están relacionados con la alimentación desordenada.

El objetivo de la investigación de Izydorczyk et al. (2019) fue indagar el rol predictivo de los factores de riesgo psicológicos para la alimentación compulsiva y restringida examinando el vínculo entre resiliencia, autoestima, IE e impulsividad; con las actitudes de alimentación poco saludables. La investigación presenta un diseño correlacional, en la que se seleccionaron 211 adultos jóvenes de Polonia; siendo 105 hombres y 106 mujeres con una edad entre 20 y 29 años. Se utilizaron la Escala de Medición de Resiliencia (SPP-25), el Inventario de Impulsividad (IVE) de Eysenck, el

Inventario Multidimensional de Autoestima (MSEI), el Cuestionario de Inteligencia Emocional (INTE) y el Cuestionario Neerlandés sobre el Comportamiento Alimentario (DEBQ). Entre sus resultados, se destaca que la IE no presenta un efecto directo significativo en la alimentación compulsiva y restringida; sin embargo, evidencia una relación significativa y negativa con la impulsividad.

La investigación de Behar et al. (2008) determinó comportamientos alimentarios anormales en embarazadas donde participaron 141 gestantes chilenas, de cualquier edad o paridad, sin antecedentes psiquiátricos o médicos que sean relevantes para obtener el rango patológico. Así mismo se aplicó las versiones españolas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), teniendo como resultados que el 23,4% obtuvieron un rango patológico del EAT- 40, lo cual denota según su historia de los TCA que surge un factor relevante para el desarrollo de un desorden alimenticio los que relegan a su vez tendencia a la cronicidad durante el embarazo.

El estudio de García et al. (2020) buscó identificar los TCA y el estado de nutrición en gestantes de México. Tuvo un diseño de tipo correlacional de corte transversal, en la que participaron 240 pacientes de 18 a 25 años y para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, la versión española del Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (S-EDE-Q) y la prueba de IMC *Adolphe Quetelet* para valorar el estado de nutrición. Como resultado de su investigación se concluye que no existe correlación entre TCA y el estadio de nutrición.

1.3. Planteamiento del problema

En el Perú, más del 60% de ciudadanos mayores de 15 años sufre de sobrepeso pudiendo contraer otras enfermedades, incluso formas graves del COVID-

19, enfermedad que se declaró como pandemia en el 2020. Asimismo, el estudio también manifiesta que en Lima Metropolitana se alcanzó un 64.7% de exceso de obesidad (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [CENAN], 2020).

Actualmente, la sociedad se ve influenciada por estereotipos, sobre todo en el género femenino. El riesgo de padecer estos trastornos pueden ser ambientales o genéticos, específicamente son las presiones que ejerce la sociedad desde pequeños, a niñas y niños, a que tengan una imagen delgada siendo así el primer escalón para iniciar un trastorno alimenticio (Moreno, 2009). Por ello, uno de los factores que va a contribuir a establecer la salud es la alimentación, afectada por la influencia de los llamativos estilos de vida y la sociedad, por lo que una adecuada educación nutricional podría cambiar actitudes erróneas y conductas para mejorar la calidad de vida (Bolaños, 2009).

Sin embargo, el Perú mantiene barreras significativas para acceder a los sistemas de salud. Por ejemplo, Centrángolo et. al. (2013) mencionan que alrededor de un 20% de la población del país tiene los medios para alcanzar los servicios del seguro social, sólo el 12% ingresa a los sistemas privados y 3% suele atenderse por la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) y las Fuerzas Armadas (FFAA). Aproximadamente, el 40% está sujeta a las atenciones del Ministerio de Salud (MINSA) por lo que se estima que un 25% del total no cuenta con las oportunidades de acceder a ningún tipo de servicio prestado de salud. Siendo así, un significativo factor de riesgo la alimentación, ya que las mujeres no tienen el acceso a una atención con un especialista y que a menudo sufren de trastornos alimenticios, lo que conlleva que se encuentren en una situación más difícil cuando estén gestando o mientras se encuentran lactando. Esta situación se dificulta no solo con lo que se alimentan, sino

también con las porciones y la frecuencia con la que deben de alimentarse (Behar et al., 2008).

Además, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2014), dentro del país se evidencia que el 96.9% de mujeres tiene su control prenatal por personal de salud certificado. No obstante; la atención prenatal por obstetras tiende a disminuir, de 58,2% en el año 2009 a 56,3% en el 2014. Por ello, las diferencias en la atención se muestran según las características socioculturales y demográficas.

Cabe resaltar que las mujeres constituyen el grupo más vulnerable pues las alteraciones alimentarias se desarrollan en la adolescencia y juventud temprana con mayor frecuencia; sin embargo, pueden surgir después de los 40 años. Los TCA pueden aparecer en diferentes edades y en concretas situaciones apresurando la aparición de síntomas, siendo la maternidad y el embarazo una de estas situaciones. Existe la posibilidad de pacientes con anorexia y con un embarazo generando situaciones desfavorables para la madre y el bebé.

Algunas de las causas para que las mujeres lleguen a tener los TCA es la renuencia a conservar el peso dentro de los valores mínimos normales, por ello llega a ser significativo cuando su IMC es inferior a 17,5; a su vez presentan miedo intenso por ganar masa corporal, a pesar de estar muy delgada, es aquí donde se crea una distorsión de la imagen corporal (Herrera et al., 2011).

Una de ellas son las ingestas compulsivas que en algunas ocasiones continúan con purgas y empleo de laxantes los cuales suelen producir desequilibrios homeostáticos y ponen en peligro el equilibrio materno-fetal. Se ha comprobado que la restricción de ingesta en el periodo de gestación produce perturbaciones metabólicas que cambian

el desarrollo de las células fetales que son aquellas que producen insulina (Sánchez-Muniz et al., 2013).

Se puede evidenciar que la afectividad se encuentra influenciada por eventos que surgen en las madres gestantes, ya sea por un embarazo no planeado o por el mismo proceso de adaptación que demanda esta etapa vital (Fernández & Ramos, 1999; Lotero, 2018). Como consecuencia del estrés constante durante cada trimestre tiene implicaciones de dependencia, introversión y pasividad en el recién nacido. Por otro lado, si las emociones son positivas; es decir, tranquilidad, estimulación del ego, entusiasmo, alegría son beneficiosos para el estado nutricional (Aguilar et al., 2012). Es así que, Rodríguez y Vélez (2003) refieren que el experimentar, durante el parto, emociones positivas van beneficiar la obtención de endorfinas en la madre; lo cual ayudará a percibir sensaciones de bienestar y disfrute.

Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria e inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas en Lima Metropolitana?

1.4. Justificación de la investigación

La educación nutricional es fundamental puesto que se evidencia una gran imposición de opresión social en la mujer para que consiga una imagen corporal específica relacionada a una delgadez extrema, lo cual es considerado como uno de los motivos sobre los TCA en los últimos años (Díaz & Rodríguez, 2003). Por otra parte, existe evidencia sobre lo importante de controlar y manejar las emociones, además de las necesidades que posee un ser humano para evitar dejarse llevar por los impulsos pues se manifestaron efectos negativos a nivel personal y social. Junto a ello hay que mencionar que se necesita estabilidad emocional y tener sentimientos de bienestar.

Es así que se ha visto favorable relacionar el riesgo de los trastornos alimentarios con la inteligencia emocional debido a la alta incidencia en la actualidad de mujeres que presentan diversas enfermedades a causa de su mala alimentación, además de tener estos hábitos que a futuro repercuten en el nacimiento de su bebé con múltiples complicaciones. Los diferentes factores que la lleven a realizar comportamientos que pongan en riesgo su salud física y mental se da también por la inestabilidad emocional, lo cual en muchos casos actúan sin remordimiento alguno, ya sea porque esté atravesando un cuadro depresivo, ansioso o de baja autoestima.

Siguiendo esta idea, que será de importancia a nivel nacional para todas las mujeres que atraviesan un sinfín de situaciones que ponen en riesgo su salud tanto física como psicológica, los resultados podrán prevenir por medio de programas que afiancen su autoestima, sus emociones y; sobre todo la motivación para seguir adelante con el único objetivo de beneficiar el desarrollo gestacional adecuado tanto para la madre y su bebé, brindado un soporte, considerando los resultados perjudiciales que podrían acarrear desarrollar un trastorno alimentario.

Por ello, el presente estudio posee la relevancia científica pues actualmente no existen datos acerca de esta relación en la población de adultas jóvenes gestantes. En ese sentido, esta investigación aportará nuevos conocimientos al campo de la Psicología contribuyendo al desarrollo de otros estudios en dicha población.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo General

Determinar si existe una relación entre el riesgo de trastorno de conducta alimentaria e inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

1.5.2. Objetivos Específicos

Describir el riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Conocer el nivel de inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Analizar la relación entre el factor dieta del riesgo de trastornos de conducta alimentaria y las dimensiones de la inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Examinar la relación entre el factor bulimia y preocupación por la comida del riesgo de trastornos de conducta alimentaria y las dimensiones de la inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Analizar la relación entre el factor control oral del riesgo de trastornos de conducta alimentaria y las dimensiones de la inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis de investigación

Es posible que exista una relación muy significativa e inversamente proporcional entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

1.6.2. Hipótesis específicas

H1: Es probable que exista una relación significativa e inversamente proporcional entre la dieta y las dimensiones de inteligencia emocional en adultas jóvenes embarazadas en Lima Metropolitana.

H2: Es posible que exista una relación significativa e inversamente proporcional entre bulimia y preocupación por la comida; y las dimensiones de inteligencia emocional en las adultas jóvenes embarazadas en Lima Metropolitana.

H3: Es probable que exista una relación significativa e inversamente proporcional entre el control oral y las dimensiones de inteligencia emocional en las adultas jóvenes embarazadas en Lima Metropolitana.

1.6.3. Definición operacional de las variables

A continuación, se aprecia la definición operacional de las variables Trastornos de conducta alimentaria e inteligencia emocional.

Tabla 1

Definición operacional de variable Trastornos de conducta alimentaria e Inteligencia emocional

Variable	Factores	Número de ítems	Evaluación	Técnica e instrumento
Trastornos de conducta alimentaria	Dieta	Consta de 12 ítems: 1,6,7,10,11,12,14,16,17, 22,23,24	Por medio de baremos: Categoría baja de 1 a 25.	Escala de Actitudes Alimentarias (<i>Eating Attitudes Test</i> : EAT-26) de Garner y Garfinkel (1982). Validación: EAT-25 de Palpán, Jiménez, Garay y Jiménez (2007). Escala de likert de 6 alternativas de tres puntos como máximo: 0 (Nunca) a 3 (Siempre).
	Bulimia y preocupación por la comida	Consta de 6 ítems: 3,4,9,18,21,26	Categoría promedio bajo de 26 a 50.	
	Control oral	Consta de 7 ítems: 2,5,8,13,15,19,20	Categoría promedio en riesgo de 51 a 75, Presencia de 76 a 100.	
Inteligencia Emocional	Intrapersonal	Consta de 4 ítems: 3, 7, 10 y 16	Nivel bajo: de 5 a 25. Nivel medio: de 26 a 75. Nivel alto: de 76 a más	Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20) de Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader, y Molero (2014) Validación: Domínguez-Lara, Merino-Soto y Gutiérrez-Torres (2018). Escala de likert de cuatro puntos: 1 (<i>Nunca me pasa</i>) a 4 (<i>Siempre me pasa</i>).
	Interpersonal	Consta de 4 ítems: 1, 5, 13 y 19		
	Manejo de estrés	Consta de 4 ítems: 2, 8, 12 y 18		
	Adaptabilidad	Consta de 4 ítems: 6, 9, 11 y 14		
	Ánimo general	Consta de 4 ítems: 4, 15, 17 y 20		

CAPÍTULO II MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un diseño empírico enfocado en recolectar y analizar datos con el propósito de responder la pregunta de investigación; de estrategia asociativa puesto que se exploró la relación funcional entre las variables TCA e IE, con el fin de identificar la existencia de una asociación entre las mismas; asimismo es de tipo correlacional simple debido a la existencia de una muestra única de los participantes; y el uso de variables cuantitativas lo cual permite disponibilidad para elaborar un análisis estadístico de Pearson o Spearman. En relación a la temporalidad, el estudio presenta un cohorte transversal puesto que se evaluó los motivos primordiales de una población específica en una etapa determinada (Ato et al., 2013).

2.2. Participantes

La población estuvo conformada por mujeres embarazadas residentes en Lima Metropolitana, comprendida por mujeres adultas jóvenes embarazadas entre los 16 a 40 años, pertenecientes al Programa Telesalud VMJ, quienes fueron elegidas mediante un proceso de muestreo no probabilístico, puesto que no se tiene la intención de generalizar los resultados obtenidos, asimismo el tipo de muestreo es por conveniencia ya que han sido seleccionadas en base a un criterio de comodidad y accesibilidad (Hernández & Mendoza, 2018).

Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron mujeres que sean tanto primerizas como las que ya hayan tenido hijos; mujeres de cualquier estado civil (soltera, casada, conviviente); menores de edad, en caso lo haya, pero por voluntad propia; y mujeres quienes hayan dado conformidad al consentimiento informado.

Asimismo, los criterios de exclusión que se emplearon fueron mujeres embarazadas que cuenten con algún diagnóstico de TCA, entre ellas anorexia, bulimia y/o algún trastorno severo psiquiátrico o sensorial.

Aplicando los criterios en mención, la cantidad de participantes con la que se trabajó fue de 120 mujeres gestantes, por ello se describen los resultados de sus características sociodemográficas a continuación.

La edad de las mujeres embarazadas que han sido evaluadas oscila entre los 16 y 42 años ($M= 28.60$, $D.E.= 5.54$). En ese sentido, el 65.83% de las madres reportaron que se encontraban en el tercer trimestre de gestación, el 25.83% en el segundo trimestre y el 8.33% en el primer trimestre. Respecto al estado civil, se observa que el 54.17% son convivientes, el 31.67% son casadas, el 13.33% son solteras y solo el 0.83% es divorciada; también se reportó que el 78.33% de las madres viven con su pareja, seguido del 16.67% quienes viven con sus padres, el 3.33% viven con otros familiares y el 0.83% viven solas o con otras personas. Por otro lado, se encontró que el 57.50% de las evaluadas practican algún tipo de religión mientras que el 42.50% no lo realiza, según las encuestas.

En relación al nivel de escolaridad, se evidenció que el 32.50% de las gestantes finalizaron sus estudios superiores completos, el 20 % culminaron estudios técnicos completos, el 17.50% alcanzaron estudios técnicos incompletos, el 15% poseen estudios superiores incompletos, el 11.67% solo finalizaron sus estudios secundarios y el 1.67% solo poseen estudios secundarios incompletos o estudios primarios completos. Por otro lado, el 64.17% reportaron que son madres primerizas y el 35.83% tienen más de un hijo; siendo en promedio la cantidad de hijos de 1.54 por mujer ($D.E.= 0.84$).

Ante lo expuesto, el 54.17% de las mujeres embarazadas afirman que actualmente trabajan, de las cuales el 64.62% trabajan una jornada parcial y el 35.38% una jornada completa; asimismo, del porcentaje de las madres que laboran, el 58.46% poseen un trabajo dependiente y el 41.54% son independientes. Sumado a ello, el 76.67% cuenta con un seguro de salud; sin embargo, el 23.33% reportaron que no cuentan con uno.

2.3. Medición

2.3.1. Escala de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*: EAT-26)

Fue creado por David Garner y Paul Garfinkel en 1982, cuyo objetivo fue detectar la presencia de conductas y actitudes alimentarias que podrían llevar al peligro de sufrir un TCA en muestras no clínicas (Garner et al., 1982). El instrumento ha sido adaptado en Perú por Palpán et al. (2007) en el 2007, con un grupo de 180 adolescentes de los dos últimos años de secundaria, de ambos géneros, entre 14 a 18 años, residentes de una zona urbana popular de Lima Metropolitana, que no presenten algún tratamiento médico.

La escala consta de 25 ítems dividida en tres factores: Dieta (12 ítems), el cual está relacionado con evitar ingerir alimentos con alto valor de calorías y con la angustia de estar más delgado. Bulimia y preocupación por la comida (6 ítems), manifiestan los pensamientos que se tiene sobre la comida, así como los comportamientos que indican bulimia. Control oral (7 ítems), que hace referencia al control propio para ingerir alimentos y a la presión percibida de los demás para que gane peso.

Respecto a la calificación del instrumento, presenta seis alternativas tipo Likert de tres puntos como máximo, los cuales van desde 0 = *Nunca*, 0 = *Raramente*, 0 = *Alguna vez*, 1 = *A menudo*, 2 = *Muy a menudo* y 3 = *Siempre*. Asimismo, consta de la siguiente baremación: categoría baja de 1 a 25, categoría promedio bajo de 26 a 50, categoría promedio en riesgo de 51 a 75, y presencia de riesgo de 76 a 100. Puede ser aplicado en adolescentes y adultos de ambos géneros, tanto de manera individual como colectiva. Teniendo como tiempo de aplicación entre 10 a 15 minutos aproximadamente (Palpán et al., 2007).

En relación a las propiedades psicométricas del instrumento, los autores identificaron las evidencias de validez de constructo realizando un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0.768) y la prueba de esfericidad de Barlett con un nivel de significancia de 0.000. Asimismo, se realizó una correlación de ítem - test, el cual permite conocer la validez de dichos ítems donde se obtuvo como resultado correlaciones con significancia al $p < 0.05$; sin embargo, fue eliminado el ítem 25 del factor dieta, dando como resultado un total de 25 ítems.

Por otro lado, se verificó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de alfa de Cronbach en los tres factores: dieta $\alpha = 0.758$, bulimia y preocupación por la comida $\alpha = 0.702$, y control oral $\alpha = 0.694$; lo cual indica que el instrumento presenta una alta consistencia interna con un puntaje de 0.783 (Palpán et al., 2007).

En el presente estudio el instrumento pasó por un nuevo análisis de confiabilidad de ítems por dimensión para la población evaluada, el cual es demostrado a continuación.

Tabla 2*Confiabilidad de ítems de Trastornos de Conducta Alimentaria*

Dimensiones	McDonald's ω
Dieta	0.82
Bulimia y preocupación por la comida	0.61
Control oral	0.61

Nota: ω = coeficiente de omega

Se verificó la confiabilidad de las dimensiones de la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT) utilizando el coeficiente omega de Mac Donald, en el cual se trabajó con un intervalo de confianza del 95%. La tabla muestra valores superiores al 0.6; sin embargo, para obtener estos valores se tuvieron que eliminar el ítem 3 (“Me preocupo mucho por la comida”) de la dimensión bulimia y preocupación por la comida; y el ítem 19 (“Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida”) de la dimensión de control oral obteniendo un incremento en el índice de confiabilidad. En consecuencia, se puede concluir que, realizando esta exclusión de ítems, el instrumento es confiable para la población de mujeres embarazadas en la presente investigación (Ventura y Caycho, 2017).

2.3.2. Inventario Breve de Inteligencia Emocional para Mayores (*Brief Measure of Emotional Inventory for Senior Citizens: EQ-i-M20*)

El instrumento fue adaptado y validado en España por Pérez, Gázquez, Mercader y Molero en el 2014; derivado del *Emotional Intelligence Inventory: Young Version* (EQ-i: YV) creado por Bar-On y Parker en el 2000. Validado en Perú por Dominguez-Lara, Merino-Soto y Gutiérrez-Torres en el 2018, con 332 estudiantes universitarios pertenecientes a una institución privada de Lima, de

ambos géneros entre las edades de 18 y 56 cuyo objetivo fue evaluar los aspectos emocionales y sociales de la personalidad como factor para lograr el éxito general y mantener de forma positiva la salud emocional.

El EQ-i-M20 está compuesto de cinco dimensiones: Intrapersonal (4 ítems), es tener la capacidad de entender las emociones propias, de poder manifestarlas y de expresar sus creencias. Interpersonal (4 ítems), manejo de estrés (4 ítems). adaptabilidad (4 ítems) y ánimo general (4 ítems).

Consta de 20 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, los cuales van de 1 = *Nunca me pasa* a 4 = *Siempre me pasa*. Puede ser aplicado en adultos de 18 años a más, tanto de forma individual como colectiva. Del mismo modo, el tiempo de aplicación fluctúa entre 10 a 15 minutos.

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, los autores identificaron las evidencias de validez de contenido a través de un análisis descriptivo y exploratorio; las evidencias de validez de estructura interna mediante un análisis factorial confirmatorio donde utilizaron el modelo de cinco factores oblicuos (M_1), obteniendo como resultados valores de CFI = 0.984, RMSEA = 0.035 y SRMR = 0.070. Asimismo, las evidencias de validez externa presentan correlaciones significativas, algunas de magnitud moderada y otras de baja magnitud.

Por otro lado, las evidencias de confiabilidad se realizaron mediante el coeficiente omega corregido en las cinco dimensiones: intrapersonal $\omega = 0.8628$, interpersonal $\omega = 0.669$, manejo de estrés $\omega = 0.787$, adaptabilidad $\omega = 0.763$ y estado de ánimo $\omega = 0.844$ (Domínguez-Lara et al., 2018).

Para el presente estudio se confirmó la confiabilidad de ítems por dimensión del instrumento para la población evaluada, el cual es explicado a continuación

Tabla 3*Confiabilidad de ítems de Inteligencia Emocional*

Dimensiones	McDonald's ω
Intrapersonal	0.72
Interpersonal	0.64
Manejo de estrés	0.70
Adaptabilidad	0.72
Ánimo general	0.83

Nota: ω = coeficiente de omega

Para el EQ-i-M20 también se verificó la confiabilidad a través del coeficiente omega de Mac Donald, con un intervalo al 95% de confianza. Se puede observar en la tabla que todas las dimensiones poseen valores superiores al 0.6, por lo que se puede aseverar que el instrumento es confiable para la investigación (Ventura y Caycho, 2017).

2.3.3. Ficha Sociodemográfica

En esta investigación se realizó una ficha sociodemográfica para dar a conocer datos relevantes de las participantes como edad, estado civil, nivel de escolaridad, afiliación a un seguro de salud, composición familiar, práctica de alguna religión, jornada de trabajo, modalidad de trabajo, tiempo de gestación, número de hijos o si son madres primerizas, el nivel de apetito y si cuentan con algún diagnóstico de TCA. Asimismo, estos datos se encuentran formulados en una escala nominal u ordinal.

2.4. Procedimiento

Para la ejecución se procedió a solicitar un permiso mediante el envío de una carta, una copia del proyecto de investigación y una carta de compromiso adjuntando las constancias de aprobación del curso de Conducta Responsable en Investigación (CRI) a la directora del programa Telesalud VMJ, indicando de manera clara y

coherente los objetivos de la investigación. Luego de la aceptación, se procedió a inscribir el tema de estudio en el portal de PRISA. Por último, se envió una carta con las especificaciones e instrucciones de evaluación para que el departamento de investigación del programa pueda enviar el formulario de Google Forms acompañado de un speech introductorio a los distintos grupos de WhatsApp de gestantes, con una frecuencia diaria en un periodo de un mes.

2.5. Aspectos éticos

En relación al Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2009) y el Código de Ética y Normas de Conducta de la *American Psychological Association* (APA) (2017), este estudio consideró el consentimiento informado, la protección de los resultados y de las encuestadas; y la aceptación voluntaria.

Sumado a ello, es importante señalar que se solicitaron los permisos necesarios a los autores correspondientes para el uso correcto de las pruebas, con el fin de asegurar la evaluación correcta de los constructos.

2.6. Análisis de datos

Las cifras recolectadas fueron procesadas en una matriz de Excel e importadas al programa estadístico Jasp versión 14.1. Seguido a ello, se identificó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk puesto que se ha demostrado mayor potencia y exactitud que la prueba de Kolmogorov – Smirnov, es así que los datos de dicho análisis no siguen una distribución normal, debido a ello se determinó usar pruebas no paramétricas. Partiendo que el objetivo general del presente estudio es de tipo correlacional simple se utilizó el estadístico Spearman con el fin de examinar si hay una relación entre las variables.

Respecto a los objetivos específicos presentados en el capítulo 1, fueron respondidos a través de análisis descriptivos para las variables cuantitativas, estableciendo la media y desviación estándar. En adición a ello, se empleó un análisis de frecuencias para las variables nominales y ordinales con el fin de determinar los porcentajes haciendo uso de tablas de contingencia.

CAPÍTULO III RESULTADOS

En este capítulo, se presentarán los resultados obtenidos del presente estudio, iniciando por el análisis de normalidad, seguido de un análisis de la información sociodemográfica recopilada; luego se analizarán los datos descriptivos donde se evidenciarán los niveles de cada una de las variables. Finalmente, se realizará el análisis inferencial donde se resaltarán la existencia de las correlaciones entre variables y sus dimensiones.

Tabla 4

Análisis de Normalidad

	Media	D.E.	Shapiro-Wilk	P-valor de Shapiro-Wilk
Dieta	4.33	5.25	0.8	< .001
Bulimia y preocupación por la comida	0.73	1.63	0.51	< .001
Control oral	1.66	2.22	0.75	< .001
Intrapersonal	10.24	2.61	0.97	0.02
Interpersonal	10.96	2.06	0.97	6.89e -3
Manejo de estrés	8.53	2.05	0.91	< .001
Adaptabilidad	10.78	2.17	0.96	2.10e -3
Ánimo general	12.21	2.59	0.95	< .001

Nota: D.E.= Desviación estándar

Como primer análisis se determinó la normalidad de los datos, se trabajó con las sumatorias de los factores de la variable TCA (dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral) y de la variable IE que consta de cinco dimensiones (intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, adaptabilidad y ánimo general). Se utilizó el estadístico Shapiro-Wilk puesto que ha demostrado mayor potencia y exactitud que la prueba de Kolmogorov – Smirnov, lo cual es sustentado por Mishra et al. (2019) quienes señalan que si bien la prueba de Shapiro-Wilk es más apropiado

para muestras menores a 50 participantes también puede obtener con mayor precisión la distribución de los datos. Es así que se ha encontrado que todos los factores y dimensiones presentan un p-valor < 0.05, lo cual indica que los datos no poseen una distribución normal de manera que este resultado determina el uso de una estadística no paramétrica para responder al objetivo general de la investigación.

3.1. Análisis Sociodemográfico

Tabla 5

Madre Primeriza y Nivel de Escolaridad.

Madre primeriza	Nivel de Escolaridad							
	P.C.	S.C.	S.I.	T.C.	T.I.	U.C.	U.I.	
SI	<i>f</i>	1	5	0	13	12	33	13
	%	1.30 %	6.49 %	0.00 %	16.88 %	15.58 %	42.86 %	16.88 %
NO	<i>f</i>	1	9	2	11	9	6	5
	%	2.33 %	20.93 %	4.65 %	25.58 %	20.93 %	13.95 %	11.63 %
Total	<i>f</i>	2	14	2	24	21	39	18
	%	1.67 %	11.67 %	1.67 %	20.00 %	17.50 %	32.50 %	15.00 %

Nota: P.C.= Primaria completa, S.C.= Secundaria completa, S.I.= Secundaria incompleta, T.C.= Técnico completo, T.I.= Técnico incompleto, U.C.= Universidad completa, U.I. = Universidad incompleta, *f* = frecuencia.

La tabla muestra que el 42.86% de las mujeres que por primera vez están gestando culminaron sus estudios superiores completos y de las madres que tienen más de un hijo finalizaron estudios técnicos completos (25.58%), estudios técnicos incompletos (20.93%) y secundaria completa (20.93%).

Tabla 6*Estado Civil y Situación Laboral*

Estado Civil		Actualmente trabaja	
		SI	NO
Soltera	<i>f</i>	9.00	7.00
	%	56.25 %	43.75 %
Casada	<i>f</i>	24.00	14.00
	%	63.16 %	36.84 %
Conviviente	<i>f</i>	31.00	34.00
	%	47.69 %	52.31 %
Divorciada	<i>f</i>	1.00	0.00
	%	100.00 %	0.00 %
Total	<i>f</i>	65.00	55.00
	%	54.17 %	45.83 %

Nota: f = frecuencia.

Al analizar la relación entre el estado civil y la situación laboral, se encontró que de las gestantes que trabajan, el 63.16% son casadas, seguidas de las solteras en un 56.25%, y por último de las convivientes en un 47.69%. Por el contrario, de las gestantes que no laboran, el mayor porcentaje son convivientes en un 52.31%, seguido de las solteras en un 43.75% y finalmente las casadas en un 36.84%

Tabla 7*Estado Civil y Jornada de Trabajo*

Estado Civil		Jornada de trabajo	
		Completo	Parcial
Soltera	<i>f</i>	2.00	7.00
	%	22.22 %	77.78 %
Casada	<i>f</i>	10.00	14.00
	%	41.67 %	58.33 %

Conviviente	<i>f</i>	10.00	21.00
	%	32.26 %	67.74 %
Divorciada	<i>f</i>	1.00	0.00
	%	100.00 %	0.00 %
Total	<i>f</i>	23.00	42.00
	%	35.38 %	64.62 %

Nota: f = frecuencia.

En la siguiente tabla se visualiza que la mayoría de las mujeres embarazadas que son solteras, convivientes y casadas solo poseen una jornada parcial en un 77.78%, 67.74% y 58.33% respectivamente.

Tabla 8

Tiempo de Gestación y Jornada de Trabajo

Tiempo de Gestación		Jornada de trabajo	
		Completo	Parcial
1 a 3 meses	<i>f</i>	7.00	2.00
	%	77.78 %	22.22 %
4 a 6 meses	<i>f</i>	5.00	13.00
	%	27.78 %	72.22 %
7 a 9 meses	<i>f</i>	11.00	27.00
	%	28.95 %	71.05 %
Total	<i>f</i>	23.00	42.00
	%	35.38 %	64.62 %

Nota: f = frecuencia.

Se encontró que existe una diferencia significativa al analizar la relación entre el tiempo de gestación y la jornada de trabajo, es así que se puede observar que de las gestantes que trabajan una jornada completa el 77.78% se encuentran en los primeros tres meses de embarazo; y de las mujeres que laboran una jornada parcial

la mayoría se encuentran en el segundo y tercer trimestre en un 72.22% y 71.05% respectivamente.

Tabla 9

Estado civil y Modalidad de Trabajo

Estado Civil		Modalidad de trabajo	
		Dependiente	Independiente
Soltera	<i>f</i>	5.00	4.00
	%	55.56 %	44.44 %
Casada	<i>f</i>	18.00	6.00
	%	75.00 %	25.00 %
Conviviente	<i>f</i>	14.00	17.00
	%	45.16 %	54.84 %
Divorciada	<i>f</i>	1.00	0.00
	%	100.00 %	0.00 %
Total	<i>f</i>	38.00	27.00
	%	58.46 %	41.54 %

Nota: f = frecuencia.

Continuando con el análisis entre el estado civil y la modalidad de trabajo, se muestra que el mayor porcentaje de las gestantes casadas trabajan de manera dependiente en un 75.00%, seguido de las solteras en un 55.56%; pero el 54.84% de mujeres que son convivientes poseen un trabajo independiente.

Tabla 10

Tiempo de Gestación y Apetito

Tiempo de Gestación		Mi apetito	
		Ha aumentado	Ha disminuido
1 a 3 meses	<i>f</i>	2.00	8.00
	%	20.00 %	80.00 %

4 a 6 meses	<i>f</i>	22.00	9.00
	%	70.97 %	29.03 %
7 a 9 meses	<i>f</i>	64.00	15.00
	%	81.01 %	18.99 %
Total	<i>f</i>	88.00	32.00
	%	73.33 %	26.67 %

Nota: f = frecuencia.

La tabla refleja que el 73.33% de las gestantes reportan que su apetito ha aumentado y el 26.67% ha disminuido; además en relación con el tiempo de gestación, el 81.01% de las mujeres que afirman que ha aumentado su apetito se encuentran en el último trimestre de embarazo; en cambio las mujeres a quienes ha disminuido el apetito están atravesando los primeros tres meses de gestación (80.00%).

3.2. Análisis descriptivos

Tabla 11

Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en Gestantes

Nivel	<i>f</i>	%
Sin riesgo	85	70.83
Con riesgo	35	29.17
Total	120	100.00

Nota: f = frecuencia.

Para conocer el grado de riesgo de TCA en gestantes, se crearon baremos propios, utilizando la sumatoria total de las tres dimensiones tendiendo como grupo de corte 20 grupos homogéneos. Se determinó trabajar con dos niveles, con riesgo y sin riesgo, por lo cual se determinaron los puntajes usando el percentil 75. En consecuencia, se obtuvieron los siguientes baremos: sin presencia de riesgo de 0

8; y presencia de riesgo de 9 a más. Por ello, la presente tabla refleja que el 70.83% de las gestantes no posee riesgo de TCA; sin embargo, el 29.17% evidencia presencia de riesgo de TCA.

Tabla 12

Inteligencia Emocional en Gestantes

Nivel	f	%
Medio	61	50.83
Bajo	28	23.33
Alto	31	25.83
Total	120	100.00

Nota: f = frecuencia.

En relación al instrumento de inteligencia emocional no posee baremos propios, por ello estos baremos fueron creados con la muestra evaluada, utilizando la suma total de las cinco dimensiones y como punto de corte de 20 grupos equivalentes. Se establecieron puntajes usando los percentiles de 25 y 75, dando como resultado la siguiente baremación: nivel bajo de 20 a 52, nivel medio de 53 a 62, y nivel alto de 63 en adelante. En ese sentido, se evidencia que el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas presentan un nivel promedio (50.83%), seguido de un 25.83% que poseen un nivel alto y el 23.33% muestra un nivel bajo de inteligencia emocional.

3.3. Análisis Inferencial

Tabla 13

Correlación Trastornos de Conducta Alimentaria e Inteligencia Emocional

Variable	1
2. Inteligencia emocional	6.68e-3

Nota: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; se empleó el coeficiente de Spearman; p =.94; 1 = TCA.

Se analizó la existencia de la relación entre la variable TCA e IE mediante el coeficiente de Spearman, lo cual refleja que no se encontró una relación significativa entre ambas variables ($\rho = 6.68e-3$; $p = .94$).

Tabla 14

Correlaciones entre los factores de Trastornos de Conducta Alimentaria y las dimensiones de Inteligencia Emocional

	2. Bulimia y preocupación por la comida	3. Control oral	4. Intrapersonal	5. Interpersonal	6. Adaptabilidad	7. Manejo de estrés	8. Ánimo general
1	0.38***	0.3***	-0.06	-0.03	-0.03	0.19*	-0.22*
2	—	0.28**	0.2	0.12	0.17	0.24**	-0.16
3		—	0.07	0.12	0.13	0.12	2.31e-3
4			—	0.31***	0.48***	-0.12	0.52***
5				—	0.5***	-0.04	0.25**
6					—	-5.43e-3	0.42***
7						—	-0.27**

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; se empleó el coeficiente de Spearman; 1= Dieta; 8= Ánimo general.

Se puede apreciar en la tabla 3 las correlaciones significativas entre los factores de TCA y las dimensiones de IE, encontrando que el factor dieta presenta una relación significativa y directamente proporcional con la dimensión manejo de estrés ($\rho = .19$; $p < .05$); asimismo; se visualiza una relación significativa e inversamente proporcional entre el factor dieta y la dimensión ánimo general ($\rho = -.22$; $p < .05$). Sumado a ello, se refleja una relación muy significativa y directamente proporcional entre la dimensión manejo de estrés y el factor bulimia y preocupación por la comida ($\rho = .24$; $p < .01$); sin embargo, el análisis determina que no existe

relación entre el factor control oral con ninguna de las dimensiones de inteligencia emocional.

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

Para el desarrollo de este capítulo, se iniciará con una breve descripción de la estadística sobre la maternidad, seguido de una explicación sobre el Programa Telesalud VMJ. Después de ello, se procederá a realizar el análisis sociodemográfico de la muestra; luego se realizará el análisis descriptivo de las variables y el análisis inferencial de los datos obtenidos. En última instancia, se establecerán las conclusiones y recomendaciones para próximas investigaciones.

En esta investigación se decidió trabajar con una población de mujeres embarazadas pues ha sido un grupo vulnerable en estos tiempos de pandemia, así como también se han elaborado pocas investigaciones en base a ciertas variables que afectaron en varios ámbitos de la vida de una persona. Según la ENDES (INEI, 2020) la tasa de fecundidad se ha reducido los últimos cinco años, quedando en 24,0%. Asimismo, pasó de 2.5 hijos por mujer para el año 2014 –2015 a 1,9 hijos por mujer en el 2020. Se tiene en cuenta el grupo de edad y cabe resaltar que las mujeres con edades más tempranas es decir de 15 a 25 años, son las que más caídas han tenido. Es importante mencionar el indicador de residencia puesto que también se ve un grado de diferencia; por ejemplo, en el área rural 2,5% lo cual se observa que ha disminuido en comparación de otros años sobre todo en la sierra y selva, así como también mujeres sin ningún tipo de grado escolar, en el área urbana se encuentra en 1,8% que señala un nivel menor de fecundidad, pero con la diferencia de marcar un grupo de mujeres de 20 a 24 años con mayor nivel de fecundidad.

Según manifiesta Valverde et al. (2016) que la gran mayoría de casos son en adolescentes gestantes que presentan un escenario preocupante debido a que llegan a quedar embarazadas en situaciones poco favorables y a veces trágicas, además de la vaga información que se tiene acerca de la prevención o métodos anticonceptivos.

Por ello el 3.7 de las mujeres gestantes tienen una necesidad insatisfecha en cuanto a planificación familiar, esto significa que el último embarazo lamentablemente no fue deseado y solo el 11.1 de las mujeres usa de forma consciente algún método anticonceptivo por planificación familiar para evitar un embarazo.

Desde el 2020, la pandemia ha traído consigo mucha preocupación, sobre todo para las personas vulnerables. Antequera et al. (2020) recalcó que algunos servicios sociosanitarios se vieron en la obligación de atender de forma virtual u otros cerraron sus puertas porque no contaban con personal; en consecuencia, la población de gestantes de ciertas zonas rurales tenían la constante preocupación pues no tenía algún chequeo en cuanto a su desarrollo gestacional. Por ello se crearon grupos de apoyo de forma virtual, con algunos profesionales en la especialidad, que colaboraron dando atención virtual y abriendo foros para algunas interrogantes que tuvieran.

Por otro lado, se ha explicado la teoría del factor de TCA y la IE en mujeres embarazadas, y se ha podido evidenciar mediante las encuestas que influyen distintos indicadores sociodemográficos, si bien Papalia (2012) propone que en los primeros meses es necesario un control prenatal de las madres para saber cómo se lleva cabo el desarrollo del bebé y así no presentar complicaciones posteriormente. Casi todo lo que perjudica el bienestar de la madre, desde sus estados de ánimo hasta su alimentación puede alterar el crecimiento del feto, asimismo también existen algunos factores genéticos son conocidos como teratogénicos por defectos congénitos. Estos se pueden encontrar en la madre o en el feto, por ello se recomienda que la gestante no fume durante el embarazo o consuma alcohol y drogas (Bolaños, 2010).

La alimentación de la madre es fundamental puesto que los nutrientes que le proporciona a su cuerpo serán consumidos por el bebé, de esta manera aparte de

consumir los nutrientes para ella, tiene que añadir otra ración para el bebé, por lo que su peso aumenta entre 11.35 y 15.89 por los cambios en el cuerpo y la alimentación; de no ser así sería preocupante que se tenga un peso bajo porque podría haber complicaciones. No es recomendable un peso excesivo como falta de peso porque coloca a la madre en peligro, la mayoría de veces sucede en las madres primerizas. Como se pudo evidenciar en las evaluaciones la gran mayoría de madres primerizas tienden a no tener apetito en su primer trimestre por ello no le dan los nutrientes adecuados al bebé.

La muestra evaluada para la presente investigación estuvo conformada por mujeres embarazadas quienes participan en el Programa Telesalud VMJ. Este programa surge desde el 13 de marzo del 2020 en Perú, debido a los impedimentos generados por la emergencia sanitaria de la pandemia que prohibió las consultas externas en todas las instituciones de salud; priorizando solo la atención para pacientes por emergencia y casos de COVID-19. Es de conocimiento público que las gestantes tienen programados sus controles prenatales durante los nueve meses de embarazo, los cuales son muy importantes para examinar el desarrollo del bebé y de la madre; pero a la situación actual, las madres no pudieron asistir a sus controles respectivos y sobre todo a sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica donde se le enseña a la madre el proceso de parto y estrategias para llegar sin temores a ello.

Es así que, un equipo de obstetras crea este programa con el apoyo de todo un equipo multidisciplinario integrado por ginecólogos, pediatras, nutricionistas, psicólogas, odontólogos, enfermeras y trabajadores sociales tanto del sector público como privado quienes brindan de manera gratuita tele orientación y tele monitoreo para las gestantes y madres de bebés menores de tres años de todo el país mediante talleres virtuales. La plataforma (Telesalud VMJ, 2020) reporta en solo

dos meses de haber sido creada este programa, más de 5 mil mujeres en gestación han recibido sesiones de promoción y prevención de la salud.

Esta muestra tuvo a 120 mujeres que inicialmente solicitamos entre los 20 a 40 años; sin embargo, dentro de la evaluación hubo una adolescente de 16 y otra mujer de 43, tomándolas en cuenta dentro de los resultados ya que no iba afectar nuestro análisis, asimismo se eligió a esta población de Lima Metropolitana porque se tendría mayor alcance a ellas por medio de redes sociales o para evaluar de forma presencial. Debido a la emergencia de la COVID-19, se pudo acceder a esta población por medio del programa ya presentado anteriormente.

Entre los datos sociodemográficos relevantes, se encontró que las madres que tienen por primera vez a su bebé poseen un nivel de escolaridad alto, es decir culminaron estudios superiores universitarios; en cambio, las mujeres que tienen más de un hijo logran culminar estudios técnicos y a otras se les dificulta terminar sus estudios secundarios (Tabla N°5).

Dentro de los datos relacionados al estado civil y al factor laboral, se halló que la gran mayoría de las gestantes que trabajan son casadas, esto da entender que pueden estar económicamente más estables, o tengan negocio propio; seguido a ello, las madres solteras ocupan el segundo lugar de las que sí trabajan lo cual es coherente puesto que son en su mayoría, el único sustento que ellas pueden ofrecer a sus hijos; y por último, las convivientes ocupan el tercer y menor porcentaje en el área laboral. Por otro lado entre las madres que no laboran el mayor porcentaje son convivientes; luego continúan las madres solteras y por último las mujeres casadas, en este grupo existe un apoyo por parte de la familia esto les permite dedicarse más a su desarrollo gestacional (Tabla N°6).

Respecto al estado civil y jornada laboral, se halló la mayor parte de las madres están casadas y es evidente que los primeros meses en algunas oportunidades es superable por ello pueden trabajar y hacerlo durante el primer trimestre, tal como demostró los resultados, hallados; además de tener un horario *part time* y algunos días por semana eso quiere decir que su jornada de la gran mayoría es parcial, esto es entendible debido a que las empresas tienen ciertas políticas para las trabajadoras que son gestantes por lo que se le brinda ciertas facilidades (Tabla N°7). Sumado a lo anterior, los resultados hallados en cuanto al tiempo de gestación y la jornada de trabajo son coherentes; es decir que la mayoría de las madres gestantes que tienen una jornada completa en su primer trimestre se debe a que aún no se agudizan los síntomas propios del embarazo; sin embargo, casi por 4 puntos en porcentaje están las madres que realizan una jornada parcial y que se encuentran en los últimos trimestres, esto es evidente pues los últimos meses son los más delicados del desarrollo del bebé (Tabla N°8).

En cuanto al estado civil y modalidad de trabajo, la mayoría de las madres casadas trabajan en una modalidad dependiente ya sea por que laboran años en una empresa y solo reciben los beneficios de ésta; seguido a ello, se encuentran las madres solteras quienes también tienen un trabajo dependiente lo cual las beneficia porque pueden tener seguro EPS y atenderse sin dificultad con la ayuda de los convenios que tienen en sus centros de trabajo; y por último, el menor porcentaje son las mujeres convivientes quienes tienen una modalidad independiente, en este caso ellas pueden tener cierta ayuda por parte de la pareja o de familiares; por ello optan por un negocio pequeño pero propio (Tabla N°9).

El factor más importante para un correcto desarrollo del bebé es la alimentación; sin embargo existen complicaciones en estos nueve meses por ejemplo

nuestros resultados entre el tiempo de gestación y apetito dieron en su mayoría que las mujeres tienden a aumentar su apetito; esto sucede en los últimos trimestres puesto que el feto absorbe cada día más nutrientes de lo que necesita la madre. Por el contrario, la minoría de las madres que si ha disminuido su apetito ha sido en el primer trimestre lo cual es congruente con la sintomatología propia del embarazo pues son estos meses donde presentan las náuseas, dolores estomacales, vómitos, mareos, entre otros; en consecuencia las madres son más selectivas para comer lo cual puede o no afectar al desarrollo del bebé (Tabla N°10).

Dentro de este grupo de gestantes se encontró que la mayoría de ellas no reportan riesgos a padecer TCA (Tabla N°11), esto puede explicarse debido al apoyo que están recibiendo por parte del programa Telesalud VMJ pues mediante la tele orientación puede que hayan podido resolver dudas respecto al embarazo; sin embargo, a pesar que este grupo de gestantes tienen acceso gratuito a toda una atención integral, casi el 30% de ellas presenta un riesgo de padecer TCA.

En relación al nivel de IE, el mayor porcentaje de muestra evaluada posee un nivel promedio (Tabla N°12); es decir que estas mujeres embarazadas tienen las capacidades emocionales y sociales adecuadas que le permiten expresar y comprender las emociones; pero ante situaciones de demasiado estrés o exigencias en su entorno pueden no tener las suficientes estrategias para afrontarlas de manera adecuada. Es importante destacar, si bien los resultados hallados en el estudio son positivos, aún se refleja un porcentaje mínimo (23.33%) de gestantes que poseen un nivel bajo en su IE; las cuales hay que prestar atención para prevenir alteraciones en el estado de ánimo.

El estudio de Foye et. al (2010) señala que a menor IE, mayor es el riesgo a un desorden alimenticio por lo que dicho porcentaje de gestantes que poseen un bajo

nivel de IE podría desencadenar un desorden alimenticio. Además, los mismos autores señalan que la alimentación tiene una relación tanto con la evaluación de las propias emociones y la regulación de las mismas, es así que se demuestra la importancia de desarrollar estrategias emocionales efectivas. Por el contrario, el estudio de García et al. (2020) se opone a la investigación presentada puntos arriba, pues señalan que la alimentación no posee ninguna relación con los TCA.

En cuanto al análisis correlacional, se rechaza la hipótesis general que planteaba que existiría una relación muy significativa e inversamente proporcional entre el riesgo de TCA y la IE en mujeres embarazadas (Tabla N°13). Esto puede deberse a que la mayoría de los estudios respecto a estas variables han sido estudiadas solo en poblaciones de adolescentes o jóvenes adultos que no se encuentran en una situación vulnerable como lo es el periodo de embarazo (Foye et al., 2019; Izydorczyk et al., 2019; Li, 2018); asimismo los escasos estudios en este tipo de población limitan poder comparar los resultados obtenidos.

Los autores Behar et al. (2008) y Mackenna et al. (2021) aseveran que la presencia de los TCA durante el periodo de embarazo ha sido un tópico poco estudiado debido a la pobre comprensión de esta relación por ello no ha tenido la suficiente atención para que se puedan realizar estudios. Por otro lado, estados emocionales como la depresión, la ansiedad o el estrés son problemas de salud mental pública y no son ajenos en el proceso de gestación de las mujeres; siendo éste un factor estresante tanto para la madre como para el desarrollo del bebé; por ello la gestión de las emociones de las alteraciones mencionadas aún siguen siendo temas descuidados en la maternidad por parte de las instituciones sanitarias (Orviz, 2021).

A pesar que no se confirmó la hipótesis general, el presente estudio ha revelado que existen algunos nexos entre los factores del TCA y las dimensiones de

la IE. En primer lugar, se encontró que hay una relación significativa y directamente proporcional entre el factor dieta de TCA y la dimensión de manejo de estrés de IE (Tabla N°14); esto quiere decir que mientras más se evite consumir alimentos que engorden, mayor será la capacidad para manejar este evento estresante sin llegar a abatirse emocionalmente. Dicha relación puede deberse a que el manejo de estrés implica dos componentes importantes, la tolerancia al estrés y el control de impulsos los cuales tienen que ver con la capacidad que presenta uno para regular emociones ante situaciones desfavorables (Bar-On et al., 2000), siendo una de ellas el mantenerse en un régimen alimenticio estricto. Sin embargo, el estudio de García et al. (2020) concluyó que los TCA no tiene ningún tipo de relación con el estado de nutrición en mujeres embarazadas de 18 a 25 años de México, es decir aunque el peso de la gestante varíe esto no genera un riesgo para obtener TCA.

La investigación de García-Láez (2017) encontró que el 16.6% de 30 mujeres embarazadas de España entre las edades de 19 a 22 años, mantienen una preocupación por su imagen corporal, no se encuentran satisfechas con su peso ni con la cantidad de comida que ingieren, por ello adoptan conductas inadecuadas como introducirse en una dieta estricta, realizar ejercicio de alta intensidad de manera frecuente o en otros casos acuden a recursos como laxantes para mantener el peso deseado. Esto confirma que a pesar que no haya sido una gran cantidad de gestantes que adoptan este tipo de conductas, existe un porcentaje de mujeres embarazadas que padecen de ello y que se suele pasar por alto.

Por otro lado, el estudio de Behar y Valdés (2009) concluyeron que pacientes con TCA padecen de niveles muy altos de estrés sobre todo en el comienzo del trastorno, además esta variable se relacionó con el peso ideal de lograr una silueta delgada; este estudio ampara lo mencionado por Mackenna et al. (2021) al ser el

embarazo un periodo estresante causados por todos los cambios en el peso y la imagen corporal, las mujeres con TCA o que hayan padecido algún TCA son el grupo más vulnerable a estos cambios, siendo el embarazo un riesgo para reactivar o comenzar un TCA. La ausencia de estudios donde se correlacionen ambas variables en población de gestantes impide poder comparar los resultados obtenidos en esta investigación con otros resultados.

En segundo lugar, también se halló que el mismo factor dieta tiene una relación significativa pero inversamente proporcional con la dimensión de ánimo general (Tabla N°12), en otras palabras, a mayor preocupación por la ingesta de alimentos que las puede mantener delgadas, menor es la visión de ser positiva u optimista. Estos resultados se apoyan en el estudio de Foye et al. (2019) quienes hallaron en adultos jóvenes que habían tenido algún trastorno alimentario puntajes muy bajos en las facetas de valoración de las propias emociones, la regulación emocional y el optimismo; siendo este último uno de las subdimensiones perteneciente a la dimensión de estado de ánimo general del modelo de Baron junto a la subdimensión de felicidad (Bar-On et al., 2000, Bar-On, 2003).

La IE también posee una relación significativa con la depresión en adolescentes embarazadas, según indica el estudio de Camayo (2020). Este estudio reportó que la mayoría de las adolescentes en gestación evidenciaron una depresión severa y un nivel bajo de IE. El estudio mencionado no examinó las relaciones con las dimensiones de IE; sin embargo, se puede inferir que el ánimo general de las gestantes adolescentes puede verse visto afectado, pues los embarazos no planificados pueden ocasionar desesperanza en la vida de la adolescente. Respecto al estado de ánimo, el estudio de Gómez y Aldana (2007) en mujeres embarazadas de alto riesgo, hallaron que los síntomas más frecuentes en estas mujeres eran la

depresión y la ansiedad encontrando que entre las semanas 25 a 36 de gestación se daban con mayor frecuencia; lo cual indica que el estado psicológico de la mujer gestante se vuelve más vulnerable y esto repercute en el estado de ánimo. Es relevante mencionar que la influencia de las diversas circunstancias como dificultades económicas, conflictos de pareja, el estrés, el desempleo, la falta de apoyo y sobre todo la situación actual de pandemia han influido para que la gestante desarrolle un malestar psicológico; esto sumado a los cambios propios del embarazo pueden explicar los resultados encontrados en esta investigación. Se evidencia la importancia de sentirse satisfecho con la vida y de observarla positivamente, sobre todo en situaciones desesperanzadoras como la que actualmente se está viviendo en el contexto del COVID-19, pues de acuerdo a Bueno (2019) la felicidad y el optimismo son capacidades facilitadoras de la IE.

En cuanto al factor de bulimia y preocupación por la comida, se determinó que la concordancia que existe con la dimensión de manejo de estrés es muy significativa y directamente proporcional (Tabla N°14); es decir que mientras mayor sean los pensamientos preocupantes sobre la comida, a ingesta incontrolada de la misma o el uso de recompensas inadecuadas, mayor será la capacidad para controlar los impulsos y tolerar el estrés que desencadena esta situación. Estos resultados pueden deberse a que en varias ocasiones los TCA pasan desapercibidos en la gestión incluso existe el mito que mujeres con TCA no pueden concebir debido a las alteraciones menstruales (Mackenna et al., 2021); sin embargo, el estudio de Crow et al. (2002) realizó un seguimiento de 10 a 15 años a mujeres con BN quienes no presentaron ningún tipo de alteración en cuanto a su fertilidad; por ello el embarazo en mujeres con BN suele ser un suceso con mayor frecuencia.

Un estudio realizado en pacientes con BN entre 15 a 22 años, reveló que existe un alto nivel de estrés percibido en ellas, a comparación con las que no presentan un diagnóstico de TCA; asimismo poseen estrategias poco efectivas para aliviar o disminuir el estrés (Romero, 2009). No obstante, la literatura señala un dato importante a considerar el primer embarazo es un acontecimiento único que una mujer se enfrenta a un nueva experiencia pero desde el cuarto embarazo la sobrecarga es mayor (Diaz et al., 1999); debido a que el estrés durante este periodo es causado por los temores y preocupaciones por la salud de la madre y del bebé.

La tabla N°14 revela que solo dos factores del TCA presentaron una correlación significativa con dos de las dimensiones de la IE; sin embargo, el único factor que no presentó ninguna correlación con las dimensiones de la IE fue el factor de control oral, el cual hace referencia al propio control en la ingesta de los alimentos y a la presión que uno percibe de otras personas para ganar peso (Garner et al., 1982). Esto podría deberse a que esta relación no se ha realizado en mujeres gestantes y sobre todo porque los hallazgos de los niveles de riesgo a padecer un TCA en la muestra evaluada son menor al 30% (Tabla N°11).

En consecuencia, la implicancia teórica de esta investigación está dirigido a un grupo de mujeres gestantes en específico el cual se incluirá como literatura con el fin de conocer esta problemática entorno a los TCA y su relación con IE sabiendo la relevancia que tiene en la actualidad, asimismo este análisis podrá aportar nuevos datos al campo de la psicología de la conducta alimentaria y al ámbito perinatal. Del mismo modo, posee una implicancia práctica pues al obtener bajos niveles de IE y con riesgo de TCA en un porcentaje equivalente al 30% de las gestantes, se sugiere diseñar programas de prevención de TCA teniendo como estrategia de afrontamiento técnicas para el manejo de estrés y que los TCA sean detectados tempranamente

para prevenir las consecuencias en la descendencia de las gestantes acompañado de un equipo multidisciplinario.

Con respecto a los instrumentos utilizados para esta investigación, ambos fueron analizados para verificar la confiabilidad de ítems por dimensión en la muestra evaluada. Este análisis confirmó la confiabilidad del EQ-i-M20 en la población de gestantes obteniendo valores superiores al 0.6 en el coeficiente omega de Mac Donald con un intervalo al 95% de confianza (Tabla N°3).

Sin embargo, el análisis realizado en primera instancia al EAT-25 arrojó bajos niveles de confiabilidad menores al 0.6 en el coeficiente omega de Mac Donald en los factores bulimia y preocupación por la comida, y control oral; por consiguiente, fue necesario realizar la eliminación de ítems con el fin de incrementar el índice de confiabilidad. En vista de ello, se procedió a eliminar el ítem 3 del factor bulimia y preocupación por la comida, y el ítem 19 del factor de control oral; teniendo como resultado la totalidad de 23 ítems en la Escala de Actitudes Alimentarias, los cuales fueron respondidos por las participantes (Tabla N°2). Es importante mencionar que los bajos niveles de confiabilidad pudieron deberse a que las pruebas, como el EAT-26, están diseñadas para ser aplicadas en la presencialidad sobre todo en una población vulnerable como lo son las mujeres embarazadas.

La principales limitaciones del estudio serán descritas de acuerdo a la clasificación de Hernández y Mendoza (2018), éstas estuvieron relacionadas a las amenazas a la validez interna; la pandemia por la COVID-19 ha sido un factor situacional agobiante que repercutió en el estado anímico de las madres gestantes pudiendo tener un incremento o disminución en el apetito; asimismo la limitación para poder acceder a una atención adecuada del control prenatal en los centros de salud,

sin temor a un contagio. Por otro lado, puede que alguna participante haya sido víctima de la enfermedad de la COVID-19; o el agotamiento que han tenido las madres que poseen más de un hijo sumado a la nueva modalidad virtual, pudieron perturbar el aspecto psicológico de la gestante. Añadido a lo anteriormente señalado, pudieron existir otros factores psicológicos que oscilaban en el entorno de la mujer embarazada, tales como su situación familiar o económica las cuales es probable que indispusieran la vulnerabilidad de las participantes afectando la genuinidad en sus respuestas.

Siguiendo lo planteado por estos autores, las amenazas de validez externa del estudio radican en que los resultados no se pueden generalizar puesto que han sido obtenidos por un muestreo no probabilístico por conveniencia. Asimismo, las restricciones y aislamiento social obligaron a evaluar mediante cuestionarios virtuales ocasionando pérdida de algunas participantes, algunas de ellas desertaron en el momento de la evaluación lo cual es resultado de una ausencia de seguimiento en el participante. Sumado a ello, los investigadores no tuvieron acceso a la población durante la difusión de los cuestionarios, ésta estuvo a cargo del equipo de investigación del programa por lo que no se permitió absolver dudas ni motivar a las gestantes durante la evaluación, esto dificultó alcanzar la cantidad de participantes para la muestra. Cabe resaltar que fue necesario realizar la confiabilidad de los instrumentos a la población del estudio para que sean más fiables.

CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general, se rechaza la hipótesis de investigación; es decir que no se encontró relación entre las variables riesgo de TCA y la IE en la población de jóvenes adultas embarazadas de Lima Metropolitana.

En cuanto al primer objetivo específico, se ha encontrado que, en la muestra evaluada, la mayoría de las mujeres embarazadas no presentan riesgo de desarrollar TCA; sin embargo, se evidenció un cierto porcentaje de gestantes que presentan un riesgo de desarrollar un TCA.

En relación al segundo objetivo específico, se evidenció que prevalecen niveles medios de IE, seguido de los niveles altos y, por último, los niveles bajos en la población de adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Se ha demostrado que existe una relación significativa y directamente proporcional entre el factor dieta de TCA con la dimensión manejo de estrés de la IE; a su vez se determinó que este mismo factor de TCA presenta una relación significativa e inversamente proporcional con la dimensión ánimo general de IE en la población de adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

Sobre el factor bulimia y preocupación por la comida del TCA se evidenció que existe una relación muy significativa y directamente proporcional con la dimensión manejo de estrés de IE en la población de adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

En cuanto al factor control oral de TCA, se rechaza una de las hipótesis específicas de investigación, es decir que no existe relación entre este factor con ninguna de las dimensiones de IE en la población de adultas jóvenes embarazadas de Lima Metropolitana.

RECOMENDACIONES

Para posteriores investigaciones se sugieren las siguientes recomendaciones; en primer lugar, diseñar otros instrumentos más parsimoniosos para la evaluación de TCA adaptadas a la población peruano. En segundo lugar, buscar la relación que tiene nuestro estudio con otros que sean semejantes a la muestra y que difieren de las variables investigadas en este trabajo. En tercer lugar, sería valioso realizar estudios con otro tipo de diseño considerando otras poblaciones puesto que la mayor parte de los indagaciones realizadas solo abordan poblaciones de adolescentes, en ese sentido sería necesario analizar los resultados de la variable de TCA en poblaciones de adultos, adultos mayores o en población masculina incluso continuar con investigaciones en la población de gestantes con el fin de hacer estudios longitudinales. Asimismo, en cuarto lugar, es necesario considerar relevante la cercanía directa que se debe tener durante la evaluación a los participantes con el fin de reducir una cantidad de variables extrañas que pudieran influir en las respuestas de los mismos.

Finalmente, en esta muestra evaluada, se encontró un porcentaje menor al 50% con niveles bajos de IE y con riesgo de padecer TCA por lo cual se propone al Programa Telesalud VMJ priorizar talleres y/o charlas preventivas sobre TCA y talleres donde puedan desarrollar diversas estrategias de IE.

REFERENCIAS

- Aguilar, M., Vieite, M., Padilla, C., Mur, N., Rizo, M., y Gómez C. (2012). La estimulación prenatal; resultados relevantes en el parto. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2102-2108. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6019>.
- Alonso, R. M., Rodríguez, B., Morales, Y., Dominga, C. y Castillo, E. (2018). Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1-10. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100006&lng=es&tlng=es.
- Almenara, C. (2006). Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/586/Almenara_vc.pdf?sequence=1
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed.). https://psicocode.com/resumenes/DSMIV_2018.pdf
- American Psychiatric Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington D.C., E.U. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Antequera, F., García, E., Fernández, F., Díaz, L., Gómez, J., Vásquez, J. (2020). Atención del embarazo durante la epidemia del COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Revista espacio salud pública*.94(2). <https://bit.ly/3kw3lal>

- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baile, J. y González, M. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 19-26. <https://doi.org/10.48102/pi.v18i2.248>
- Bar-On, R., Brown, J., Kirkcaldy, B., y Thomé, E. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28 (6), 1107-1118. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00160-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00160-9)
- Bar-On, R. (2003). *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-I; YV): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8415>
- Bar-On, R. (2007). The impact of Emotional Intelligence on Giftedness. *Gifted Education International*, 23 (2), 122-137. <https://doi.org/10.1177/026142940702300203>
- Bar-On, R. (2010). Emotional Intelligence: An Integral Part of Positive Psychology. *South African Journal of Psychology*, 40 (1), 54-62. <https://sci-hub.st/10.1177/008124631004000106>
- Bar-On, R. (2011). The impact of emotional intelligence on health and Wellbeing. En A. Di Fabio (Ed.), *Emotional intelligence: New perspectives and applications* (pp. 29-50). InTech. <https://bit.ly/3mXHj1X>

- Bar-On, R., y Parker, J. D. A. (2000). *BarOn emotional quotient inventory: Youth version*. Multi-Health system, Incorporated. BarOn-EQiYv-Sample-Profile-Report.pdf (paa.com.au)
- Behar, R. y Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chilena de pediatría*, 85(6), 731–739. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062014000600012&lng=n
- Behar, R., Gonzáles, J., Ariza, M. y Aguirre, A. (2008). Trastorno de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 155-162. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300004
- Behar, R., y Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 178-189. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000300002&script=sci_arttext&tlng=n
- Bolaños, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 10(2009),1069-1086.
- Bolaños, P. (2010). La importancia de la alimentación en el embarazo: Su significado en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (11), 1196-1230.
- Borrás, C. (2015, 25 de agosto). *Cambios emocionales en el embarazo*. Psycociencia. <https://www.psycociencia.com/cambios-emocionales-en-el-embarazo/>

- Bueno, A. (2019). La inteligencia emocional: exposición teórica de los modelos fundantes. *Revista Seres y Saberes*, (6), 57-62.
<http://revistas.ut.edu.co/index.php/SyS/article/view/1816/1418>
- Camayo, G. (2020). *Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas que asistan al centro de salud Pedro Sánchez Meza en el periodo, febrero a marzo del 2019* [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana del Centro.
<http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/237>
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L. y Casalí, P. (2013). El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. *Organización Internacional del Trabajo*, (1), 34-35.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2009). *Código de ética y deontología*. Colegio Médico. http://www.cop.org.pe/pdf/codigo_de_etica_y_deontologiav1.pdf
- Costa, M., Bezerra, J., Andrade, M., Verrisimo, M., Carrvalho, R. Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con amniorrexe prematuro. *Enfermería Global*. 9, 3. <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.3.110841>
- Crow, S. J., Thuras, P., Keel, P. K., y Mitchell, J. E. (2002). *Long-Term Menstrual and Reproductive Function in Patients With Bulimia Nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1048–1050. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.1048>
- Cruz, L. (2001). *Trastornos alimentarios y depresión* [Tesis de pregrado]. Universidad de Sonora. <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/18707/Capitulo2.pdf>
- Delgado, H. (1953). *Curso de Psiquiatría* (2a. ed.). Lima: Santa María.

- Díaz, R. M., Aguilar, V. D., y Santillán, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 56(1), 27-31.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>
- Domínguez-Lara, S. A., Merino-Soto, C., y Gutiérrez-Torres, A. (2018). Estudio Estructural de una Medida Breve de Inteligencia Emocional en Adultos: El EQ-i-M20 [Structural study of a brief measure of emotional intelligence in adults: The EQ-i-M20]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 49(4), 5–21. <https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.01>
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 209-228. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80536203.pdf>
- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders. *Seminars* 361(9355), 0–416.
[https://sci-hub.st/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://sci-hub.st/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fernández, P. y Ramos, N. (1999). Investigación empírica en el ámbito de la inteligencia emocional. *ISSN.5(2-3)*, 247-260.
- Foye, U., Hazlett, D. E., e Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(2), 299–306. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>
- Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16), 110-125. <https://bit.ly/2YJtf2C>
- García, M., Bravo, R., Hernández, V., y Sánchez, N. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria y estado nutricional en mujeres embarazadas de 18 a 25 años de edad*

en un hospital de la ciudad de Puebla en el año 2019 [Tesis de pregrado].
Universidad de las Américas.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/bravo_garcia_ry/

García-Fernández, M. y Giménez-Mas, S. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 3(6), 43-52. <https://doi.org/10.25115/ecp.v3i6.909>

García-Láez, C. (2017). *Influencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el embarazo: una revisión de la literatura* [Tesis de pregrado]. Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/6586>

Gardner, H. (2011). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Hachette Uk.
<https://bit.ly/3hhuoof>

Gardner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., y Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features. *Psychological medicine*, 12, 871-878.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. y Garner, D. M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 37(9),1036-1040.
https://www.researchgate.net/publication/16267221_The_Heterogeneity_of_Anorexia_Nervosa_Bulimia_as_a_Distinct_Subgroup

Gandarillas A., Zorilla B., Sepúlveda A. y Muñoz P. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 7 (85)

- Gil, A. (2010). Variación del peso materno en el embarazo. *Medisan*, 14(1), 71-78.
<https://bit.ly/3BBCgIH>
- Gómez, M., y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
<https://doi.org/10.25009/pys.v17i1.739>
- Gómez, M. E., Aldana, E., Carreño, J., y Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada Psychological Disturbances in Pregnant Women. *Psicología*, 14(2), 28-35. <https://doi.org/10.48102/pi.v14i2.357>
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Herrera, A., Martínez, J., y Fernández, M. (2011). Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidado en la enfermería obstétrica - ginecológica. *Enfermería Global*, 10(23).
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Encuesta demográfica y de saludfamiliar*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
- Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Lizińczyk, S., y Lipiarz, A. (2019). Psychological Predictors of Unhealthy Eating Attitudes in Young Adults. *Frontiers in psychology*, 10, 590. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00590>
- Li, Y. (2018). Society Anxiety and Eating Disorder Risk Among Chinese Adolescents: The Role of Emotional Intelligence. *School Mental Health*, 10 (2), 264-274.
<https://doi.org/10.1007/s12310-018-9257-4>

- Locke, E. A. (2005). Why emotional intelligence is an invalid concept. *Journal of Organizational Behavior*, 26 (4), 425–431. <https://doi.org/10.1002/job.318>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista medicina clínica*, 22(1), 85 -87 [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Lotero, H., Villa, I. y Torres, L. (2018). Afectividad y apoyo emocional percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Mackenna, J. Escaffi, M. Gonzalez, T., Leiva, M., y Cruzat, C. (2021). Trastorno de conducta alimentaria en el embarazo. *REVISTA MEDICA CLINICA LAS CONDES*, 32(2), C207-213. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.06.002>
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1993). *The intelligence of emotional intelligence*. *Intelligence*, 17 (4), 433-442. doi:10.1016/0160-2896(93)90010-3
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). Cambridge University Press. <https://bit.ly/3kSZKSK>
- Mejía, J. (2013). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista científica*, 1(17), 10-32. <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/revcie/article/view/4505>
- Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181- 190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>

- Orviz, M. (2021). Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal. *Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal*, 112(112), 1-112. <https://www.npunto.es/revista/37/inteligencia-emocional-relacionado-con-embarazo-y-desarrollo-fetal>
- Pacora, P., Capcha, E., Esquivel, L., Ayala, M., Ingar, W. y Huiza, L. (2005). La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(4), 282-289. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832005000400005&script=sci_arttext
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n22/1405-9436-laven-3-22-35.pdf>
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18(4), Appendix. <https://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>
- Papalia, D. (2012). *Desarrollo Humano*. México. ISBN
- Peter, P. C. (2010). *Emotional Intelligence*. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*. <https://doi.org/10.1002/9781444316568.wiem04017>
- Rodríguez, L. y Vélez, X. (2003). Manual de estimulación en útero dirigido a gestantes. sn. <https://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/estimulacion/manualestimulacion.pdf>

- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. [Tesis de pregrado]. Pontifica Universidad Católica del Perú.
<https://bit.ly/3HeOsCU>
- Sáenz, S., González, F. y Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Socio-demográficos, Físicos y Conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 4(3),193-204. ISSN: 1699-698X.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1696/169622220003>
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sánchez-Muniz, F., Gesteiro, E., Espárrago, M., Rodríguez, B. y Bastida, S. (2013). La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutrición Hospitalaria*. 28(2), 250-274. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n2/02revision01.pdf>
- Silva, C. (2017). *Trastornos alimenticios* (1a ed.). PAX MEXICO.
<https://bit.ly/3n03BA7>
- Ugarriza, N. y Pajares-Del-Águila, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, (008), 11-58.
<https://doi.org/10.26439/persona2005.n008.893>
- Valverde, R., Roncal, R., Paredes, J. (2016). Embarazo y maternidad adolescente en el Perú. *Perú*. 76(16). <https://bit.ly/3wTv7Tb>

Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 607(1), 475 -482.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>

Waterhouse, L. (2006). Multiple Intelligences, the Mozart Effect, and Emotional Intelligence: A Critical Review. *Educational Psychologist*, 41 (4), 207-225.
<https://bit.ly/3t99rjQ>

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Te invitamos a participar en una investigación realizada por Melissa Giulianna Córdor Pérez y Dalisse Antuaned Guzmán Portugal, bachilleres de la carrera de Psicología de la Universidad San Martín de Porres, Lima.

El propósito del estudio es describir el Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria durante el embarazo; además, como éste se relaciona con la Inteligencia Emocional en adultas jóvenes de Lima Metropolitana.

Su participación es anónima, voluntaria y la información que provea en esta investigación es estrictamente confidencial, la cual no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Si usted accede a ser parte de la investigación, deberá llenar dos cuestionarios que tomará aproximadamente unos 15 minutos.

En caso de cualquier duda o inquietud puede contactarse a los siguientes correos electrónicos melissacondorperez@gmail.com; dalissegp.1403@gmail.com.

Agradecemos anticipadamente su participación.

¿Acepta participar en la presente investigación?

Acepto

No acepto

ANEXO B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación, encontrará un conjunto de preguntas. Especifique su respuesta marcando la respuesta que corresponde a su situación actual; asimismo, en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinados para ello.

1. Edad: _____

2. Presenta algún tipo de diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA):

SI NO

3. Estado Civil:

Soltera Casada Conviviente Divorciada

4. Nivel de Escolaridad:

Hasta Primaria completa Hasta Secundaria completa

Secundaria incompleta Hasta estudios Técnicos completos

Estudios técnicos incompletos Hasta estudios universitarios completos

Estudios universitarios incompletos

5. ¿Usted se encuentra afiliado a algún Seguro de Salud?

SI NO

6. ¿Con quién vive?

Sola Con mi pareja Con mis padres

Con otros familiares Con otras personas que no son mis familiares

7. ¿Practica alguna religión?

SI NO

8. ¿Actualmente labora?

SI NO

9. Si su respuesta fue SI en la anterior pregunta, indicar la jornada de trabajo:

Tiempo completo Tiempo parcial

10. Si su respuesta fue SI en la pregunta 8, indicar la modalidad de trabajo:

Dependiente Independiente

11. Su tiempo de gestación es de:

1 a 3 meses 4 a 6 meses 6 a 9 meses

12. ¿Es madre primeriza?

SI NO

13. Si su respuesta fue NO, ¿cuántos hijos tiene? (no contar el actual embarazo):

14. Respecto a mi apetito:

Ha aumentado Ha disminuido

ANEXO C

CUESTIONARIO 1

El presente cuestionario consiste de veinticuatro ítems. Por favor lea atentamente los ítems y si el ítem describe su actitud de acuerdo a sus conductas alimentarias, marque en el recuadro: "Siempre", "Muy a menudo", "A menudo", "Alguna vez", "Raramente" o "Nunca", según se adapte a su rutina.

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Alguna vez	Raramente	Nunca
1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso.						
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.						
3. Me preocupo mucho por la comida.						
4. Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer.						
5. Corto los alimentos en pequeñas porciones.						
6. Tengo cuidado con las calorías de los alimentos que como.						
7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, patatas, arroz).						
8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más.						
9. Vomito después de comer.						
10. Me siento culpable después de comer.						
11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgada/o.						

12. Cuando hago ejercicios, pienso sobre todo en quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.						
14. Me preocupa la idea de tener sobrepeso (grasa en mi cuerpo).						
15. Tardo más tiempo en comer que los demás.						
16. Evito comer alimentos que contengan azúcar.						
17. Consumo alimentos dietéticos.						
18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida.						
19. Puedo auto controlarme en lo que respecta a la comida.						
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome en la comida.						
22. Me siento a disgusto después de haber comido dulces.						
23. Me comprometo a realizar un régimen (dieta) de mis alimentos.						
24. Me gusta tener el estómago vacío.						
25. Me vienen ganas de vomitar después de las comidas.						

CUESTIONARIO 2

Lea atentamente todas las frases. Marque el casillero que mejor exprese la frecuencia con la que le sucede cada enunciado. No hay respuestas buenas ni malas, por lo cual se le solicita sea sincero. Si se equivoca, no pasa nada. Puede tachar o borrar. Mire el ejemplo a continuación:

	Nunca me pasa	A veces me pasa	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
Estoy contento				

	Nunca me pasa	A veces me pasa	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
1. Entiendo cómo se sienten las otras personas.				
2. Me resulta difícil controlar mi ira (cólera).				
3. Me resulta fácil decir cómo me siento.				
4. Me siento seguro de mí mismo.				
5. Sé cómo se sienten las otras personas.				
6. Es fácil para mí entender cosas nuevas.				
7. Puedo hablar con facilidad acerca de mis sentimientos.				
8. Tengo mal genio.				
9. Ante preguntas difíciles, puedo dar buenas respuestas.				
10. Puedo describir mis sentimientos con facilidad.				
11. Cuando quiero puedo encontrar muchas formas de contestar a una pregunta difícil.				
12. Me enojo con facilidad.				
13. Me gusta hacer cosas para ayudar a los demás.				
14. Puedo resolver problemas de diferentes maneras.				
15. Me siento bien conmigo mismo.				
16. Es fácil para mí decir lo que siento.				
17. Soy feliz con el tipo de persona que soy.				
18. Cuando me molesto, actúo sin pensar.				
19. Sé cuándo la gente está enfadada, incluso cuando no.				
20. Me gusta cómo me veo en general.				

ANEXO D

AUTORIZACIÓN para el uso de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT-26)

Fwd: eat 26-tesis

 **JENNY PALPAN** <jenny.palpan@gmail.com>
14/12/2020 19:43

Para: melissacondorperez@gmail.com

Guardar todos los datos adjuntos

 AUTORIZACIÓN EAT26.docx 15,76 KB	 PORTADA DE TESIS JENNY.doc 121,1 KB
 PRIMERA PARTE.doc 354,42 KB	 SEGUNDA PARTE.doc 15,3 MB

Confirmame la recepción del archivo. En la Tesis 2011 esta todo completo, no olvides citarlo. gracias
Atentamente Jenny

AUTORIZACIÓN para el uso de la Escala EQ-

De: Sergio Dominguez <sdominguezmpcs@gmail.com>
Fecha: El lun, 26 de oct. de 2020 a la(s) 23:46
Asunto: Re: TESIS USMP
Para: Dalisse Guzmán <dalissegp.1403@gmail.com>

Estimada Dalisse, muchas gracias por el interés. Te envío la escala trabajada en Perú, clave, y artículos donde fue usada.

Además, es bueno agregar que los test como este no tienen manual o algo así ya que son pruebas de difusión académica, no son tests comerciales (como los que vende TEA o MANUAL MODERNO). Podrían elaborarse, sí, pero no fue el objetivo de las investigaciones. En tal sentido, tendrías que enfocarte más en aspectos teóricos y estudios psicométricos para sustentar su uso, y "construir" la ficha técnica (si te la solicitaran) en base a los datos que figuran en los artículos de validación.

Por último, los baremos que envío (que no serían necesarios si vas a trabajar estudios comparativos o correlacionales) solo aplican a universitarios.

Te pediría que puedas citarlo de la siguiente manera:

Saludos cordiales.

Dr. SERGIO ALEXIS DOMINGUEZ LARA
C.Ps.P. 18556
Investigador CONCYTEC: [Perfil](#)
Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Dominguez_Lara/
ORCID: <http://www.orcid.org/0000-0002-2083-4278>
SCOPUS-ID: 56287930500 (<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56287930500>)
LOOP: <http://loop.frontiersin.org/people/346044/>
Scholar Google: <https://scholar.google.com.pe/citations?user=IdSLecAAAAAJ&hl=es>
Autores-Redalyc: <http://www.redalyc.org/autor.oo?id=2906>
Publón-Peer Reviews <https://publons.com/author/1390155>
Microsoft Academic : <https://academic.microsoft.com/#/detail/2161565109>
ResearchID: <http://www.researchid.com/rid/1-6666-2018>