



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN No. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE COMPETENCIAS EMOCIONALES E
INDICADORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE
NIVEL MEDIO SUPERIOR*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Melina Soria Pérez

Asesora: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 19 enero de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| Antecedentes | 2 |
| Planteamiento del problema | 7 |
| Objetivos | 9 |
| Hipótesis | 10 |
| Operacionalización de las variables | 10 |
| Justificación | 12 |
| Marco de referencia | 13 |

Capítulo 1. Competencias emocionales.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1 Marco conceptual. | 17 |
| 1.1.1 Las emociones. | 17 |
| 1.1.2 El concepto de competencias. | 24 |
| 1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional | 26 |
| 1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales. | 29 |
| 1.2 Clasificación de las competencias emocionales. | 31 |
| 1.3 Educación emocional. | 34 |
| 1.3.1 Concepto de educación emocional. | 35 |
| 1.3.2 La pedagogía y la educación emocional. | 36 |
| 1.3.3 La educación emocional en el contexto familiar. | 37 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------|----|
| 1.3.4 | La educación emocional en el contexto comunitario. | 38 |
| 1.3.5 | La educación emocional en el contexto curricular. | 39 |
| 1.4 | Las competencias emocionales en la vida actual. | 40 |
| 1.4.1 | Las competencias emocionales en la dimensión laboral. | 41 |
| 1.4.2 | Las competencias emocionales en la vida escolar. | 43 |
| 1.4.3 | Las competencias emocionales en la dimensión personal. | 45 |
| 1.4.4 | Las competencias emocionales en la dimensión social. | 46 |
| 1.5 | Evaluación de las competencias emocionales. | 47 |
| 1.5.1 | Cuestionarios, escalas y autoinformes. | 48 |
| 1.5.2 | Evaluación a través de observadores externos. | 50 |
| 1.5.3 | Evaluación a través de tareas de ejecución. | 51 |

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

| | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 | Antecedentes históricos de la alimentación. | 52 |
| 2.2 | Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios | 54 |
| 2.2.1 | Anorexia nerviosa. | 55 |
| 2.2.2 | Bulimia nerviosa. | 56 |
| 2.2.3 | Obesidad. | 58 |
| 2.2.4 | Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. | 58 |
| 2.2.5 | Vómitos en otras alteraciones psicológicas. | 59 |
| 2.2.6 | Trastorno por atracon. | 59 |

| | | |
|--------|--------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.7 | Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. | 61 |
| 2.3 | Esfera oroalimenticia en el infante. | 62 |
| 2.3.1 | Organización oroalimenticia. | 62 |
| 2.3.2 | Alteraciones en la esfera oroalimenticia. | 63 |
| 2.4 | Perfil de la persona con trastornos de alimentación. | 65 |
| 2.5 | Causas del trastorno alimentario. | 66 |
| 2.5.1 | Factores predisponentes individuales. | 67 |
| 2.5.2 | Factores predisponentes familiares. | 68 |
| 2.5.3. | Factores socioculturales. | 70 |
| 2.6 | Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario. | 72 |
| 2.7 | Factores que mantienen los trastornos alimentarios. | 75 |
| 2.8 | Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios. | 76 |
| 2.9 | Tratamiento de los trastornos alimentarios. | 78 |

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados

| | | |
|-------|--------------------------------------------------|----|
| 3.1 | Descripción metodológica. | 80 |
| 3.1.1 | Enfoque cuantitativo. | 81 |
| 3.1.2 | Investigación no experimental. | 82 |
| 3.1.3 | Diseño transversal. | 83 |
| 3.1.4 | Alcance correlacional. | 84 |
| 3.1.5 | Técnicas e instrumentos de recolección de datos. | 85 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2 | Poblacion y muestra. | 88 |
| 3.2.1 | Descripcion de la poblacion. | 88 |
| 3.2.2 | Descripcion del tipo de muestreo. | 90 |
| 3.3 | Descripcion del proceso de investigación. | 92 |
| 3.4 | Analisis e interpretación de resultados. | 97 |
| 3.4.1 | Las competencias emocionales en los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco. | 97 |
| 3.4.2 | Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada. | 102 |
| 3.4.3 | Relacion entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios | 107 |
| | Conclusiones | 114 |
| | Bibliografia | 116 |
| | Mesografia | 118 |
| | Anexos. | |

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se analiza la relación entre el nivel de competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

El estudio dará a conocer si el nivel de las competencias emocionales tiene un vínculo con la aparición de trastornos alimentarios. Así como también cuales de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios tienen un mayor impacto que propicie el desarrollo de la enfermedad en la persona.

Para determinar lo mencionado anteriormente se hace uso de instrumentos para medir cada una de las variables. En primer lugar, se utilizará el perfil de competencias emocionales para poder evaluar las competencias y el coeficiente emocional de los adolescentes.

En segundo lugar, se usa el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2) para determinar mediante las escalas que contiene el mismo instrumento cuales indicadores tienen mayor relación con la variable anterior.

La investigación se realizó en estudiantes del colegio de ciencias y humanidades (CCH) que actualmente estén cursando la preparatoria y que se encuentren en el periodo de adolescencia.

Lo anterior debido a que en la actualidad diversos estudios afirman que dentro de este ciclo los individuos resultan más vulnerables a los estereotipos sociales, además de que en ellos la influencia puede resultar mayor y por ende tienden a imitarlos aun a costa de su propia salud y bienestar.

Antecedentes

En el presente apartado se pretende dar a conocer un panorama más amplio en relación con las variables utilizadas, ya que éstas han sido analizadas con anterioridad en diversos estudios.

De acuerdo con Mayer (mencionado por Rodríguez; 2015:19) refiere que “la inteligencia emocional es un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno”

Por otra parte, competencias emocionales para Bisquerra (citado por González; 2016: 25) puede ser entendido como un “conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales”.

La segunda variable por definir son los trastornos alimentarios, Jarne (citado por López; 2015: 45) refiere que “desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura

encontramos conductas alimentarias desordenadas. Antaño, los banquetes donde se comía de forma desmesurada y exageradamente tenían, antes que nada, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones un marcado simbolismo sagrado”.

De acuerdo con la APA (mencionado por Huerta; 2015 :44) “los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”

Por su parte López (2015: 2) refiere que “el concepto de trastornos alimentarios se encuentra representado principalmente por los padecimientos de anorexia y bulimia nerviosa”

En seguida se exponen algunas investigaciones previas relacionadas con las variables del presente estudio.

Garrido en el año 2012 realizó la investigación denominada “desarrollo de competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario”. Tal investigación fue realizada en la Universidad autónoma de Barcelona, en España. En este estudio se utilizó tanto una metodología cuantitativa (con instrumentos tales como EAT-40, EQI y SCLD) así como también cualitativa (análisis de contenido de sus ítems).

El documento Incluye 3 estudios y una propuesta de intervención. El primero de ellos se identificó la presencia de porcentajes de riesgo de trastorno de la conducta

alimentaria. El segundo estableció la asociación de tal condición de riesgo, con determinadas competencias socioemocionales y la adecuación del concepto. En el tercero se analizó la relación entre el riesgo de TCA y la presencia de dimensiones psicopatológicas.

Los resultados encontrados muestran un porcentaje de riesgo de TCA entre un 23 y 29%. Teniendo una marcada mayoría de riesgo en chicas adolescentes y un marco aumento del número de varones en riesgo.

Así como también se encontraron significativas relaciones entre la presencia del riesgo de TCA con dificultades en la gestión del estrés, la inadecuación del autoconcepto y la presencia de dimensiones psicopatológicas estudiadas.

La propuesta de intervención fue orientada hacia la vigilancia e intervención precoz dirigida a reducir drásticamente el riesgo de TCA, en una población escolar y desde dentro de la comunidad.

López en el año 2015 realizó un estudio titulado “Correlación existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria de Uruapan, Michoacán”. Tal indagación fue llevada a cabo en la Universidad Don Vasco A.C. México.

La investigadora utilizó un enfoque cuantitativo con alcance correlacional. Para la recolección de datos el instrumento denominado “escala de ansiedad manifiesta en

niños (CMAS-R)". Así como también el inventario de los trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).

En los resultados obtenidos se encontró que en cuatro escalas de la prueba existen porcentajes alarmantes (30% o más) de individuos que presentan altos niveles de ansiedad. Asimismo, se obtuvo que en 8 de las 11 escalas se manejan porcentajes preocupantes de sujetos con altos niveles.

Por último, Juárez en el año 2016 realizó una investigación llamada "Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes del nivel medio superior". Dicho estudio se llevó a cabo en el colegio de bachilleres, plantel Cheran, México.

La autora utilizó un enfoque cuantitativo con alcance correlacional. Para la recolección de datos hizo uso de la prueba llamada inventario de inteligencia emocional de BarON. En cuanto a la medición del rendimiento académico, este fue cuantificado con la calificación final del semestre de los alumnos de la institución.

Los resultados obtenidos arrojaron que no existe una relación entre la inteligencia emocional y el nivel académico en estudiantes del nivel medio superior.

Por último, se realizó un estudio acerca de las variables a utilizar y se encontró que dentro del colegio de ciencias y humanidades donde se realizó la presente investigación se aplicó una encuesta con relación a la variable de competencias

emocionales para determinar las capacidades de comunicación de los estudiantes, así como el nivel de habilidad para integrarse.

Los datos obtenidos arrojaron que al iniciar los cursos, a los estudiantes foráneos se les dificultaba más lograr una integración al grupo, pero con el paso del tiempo estos lograban hacerlo, aportando también un enriquecimiento mayor a la diversidad grupal.

Con dichos resultados se llegó a la conclusión de implementar actividades dentro del aula con las cuales los alumnos tuvieran una mayor interacción y comunicación. Debido a esto se optó por actividades culturales, científicas, exposiciones y diversas actividades en las cuales participara el grupo en conjunto.

Por otra parte, con relación a la variable de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios se encontró que la institución realizó un estudio en el año 1998 para conocer diversas áreas de comportamiento entre las cuales estaban los malos hábitos de alimentación obteniendo valiosos datos con los cuales se realizaron talleres cada año que involucraban un trabajo en equipo de alumnos, padres y maestros. Dicha actividad cesó en el año 2008.

De igual manera se obtuvo información acerca de la aparición de la variable en la actualidad, determinando que en el presente no se observa de manera evidente ningún tipo de trastorno alimentario como la bulimia o anorexia, sin embargo, lo que si

es observable es una nutrición deficiente, es decir las carencias, los excesos y los desequilibrios a la hora de alimentarse.

Cabe mencionar que la institución regularmente aplica diversos test en línea con referencia a las variables, estos le permiten estar al tanto de aquellos procesos que puedan llegar a afectar el bienestar de los alumnos, así como también mantenerse actualizados con las problemáticas actuales, de las cuales no se consideran exentos.

Planteamiento del problema

En la actualidad una de las características del ser humano que cuenta con mayor importancia y singularidad es su capacidad para desarrollar una serie de competencias con las cuales logre ser capaz de conocer tanto sus propias emociones como las que expresan las personas que lo rodean.

El desarrollo de las competencias emocionales supone el punto de partida para que el individuo consiga alcanzar un adecuado nivel de bienestar personal ya que la inteligencia emocional ha demostrado ser imprescindible no solo para la vida en comunidad, sino también para el desarrollo intelectual de las personas.

Por otra parte, el estudio de los trastornos alimentarios resulta eficaz debido a que al detectar los síntomas en etapas iniciales se puede proporcionar la atención

necesaria, la cual jugará un papel determinante en la prevención, tratamiento o recuperación de la persona.

De acuerdo con la OMS (organización mundial de la salud) En 2006, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Por otra parte, datos difundidos por la secretaria de salud del DF registran cada año 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la edad promedio de inicio de estos padecimientos, los 17 años, aunque algunas cifras revelan edades de entre los 14 y 18 años.

Debido a lo anterior surge la importancia de determinar si el nivel de competencias emocionales de un individuo decreta una relación con la aparición de algún tipo de trastorno alimentario. Estudios realizados demuestran que la competencia emocional es un gran recurso y tremendamente útil para la persona y de no contar con un buen nivel de inteligencia emocional la persona tiende a ser vulnerable a estereotipos sociales desembocando en la aparición de trastornos alimentarios.

A partir de lo anterior, se presenta la pregunta general de investigación la cual está orientada al trabajo que se desarrollara en la presente investigación.

¿Existe relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en alumnos de la preparatoria CCH, de la Universidad Don Vasco?

Objetivos

Es de gran importancia un adecuado planteamiento de objetivos en una investigación científica por lo cual se planteará un objetivo general y otros particulares, los cuales se pretenden alcanzar en la presente investigación.

Objetivo general

Determinar la relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos del colegio de ciencias y humanidades de la universidad Don Vasco A.C.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de competencias emocionales.
2. Conocer las principales características de las competencias emocionales.
3. Describir las manifestaciones de las competencias emocionales.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Identificar los principales síntomas y características de los trastornos alimentarios.
6. Analizar los principales factores relacionados con la aparición de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de las competencias emocionales en alumnos de la preparatoria CCH.

8. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en alumnos de la preparatoria CCH.

Hipótesis

En el transcurso de la presente investigación se intentará confirmar alguna de las siguientes explicaciones tentativas acerca del problema.

Hipótesis de trabajo

El nivel de competencias emocionales se relaciona significativamente con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria CCH.

Hipótesis nula

El nivel de competencias emocionales no se relaciona significativamente con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria CCH.

Operacionalización de las variables

De acuerdo con Reynolds citado por Hernández (2014:120) “una definición operacional constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que

un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado”.

De acuerdo con lo anterior, la primera variable a utilizar en la presente investigación es competencias emocionales que fue medida con la utilización del perfil de competencias emocionales, el cual es un instrumento diseñado para evaluar las competencias y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos.

Incluye cinco escalas las cuales son: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo de estrés adaptabilidad y estado de ánimo.

Cabe destacar que fue diseñada por Reuven Baron y posteriormente traducida en 2005 por Nelly Ugarriza. Adicionalmente en el año 2015 se realizó una adaptación y estandarización en la universidad Don Vasco.

Por otra parte, la segunda variable del estudio se refiere a los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios. Para la estandarización de dicha variable se hizo uso del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner (1998)

Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y se considerará como puntajes de esta variable los obtenidos por el sujeto en el inventario.

Justificación

El presente estudio resultará útil para determinar si existe una correlación entre un adecuado nivel de competencias emocionales de un individuo y la aparición de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

En la actualidad existen cifras alarmantes que indican que año con año, en todo el mundo aumenta el número de incidencia en la enfermedad, así como el número de muertes causadas por la misma, Al conocer si la relación entre dichas variables resulta significativa podrán implementarse diversos planes preventivos y tratamiento que ayudarán a los jóvenes en etapas de la adolescencia.

Por otra parte, de ser comprobada una relación, podrán determinarse de manera más específica cuáles son aquellos indicadores que juegan un papel más importante en la aparición de los trastornos alimentarios.

Continuando con lo anterior, el determinar el nivel de relación entre las variables, así como la especificación de cada una de ellas contribuirá a conocer con mayor detalle el impacto que generan dichos trastornos en un adolescente, para lograr detectarlos con mayor facilidad en etapas iniciales, disminuyendo así el índice de afectados.

Aunado a lo anterior la presente investigación ayudará a que tanto profesionales de la Psicología como personas interesadas en el tema puedan entender las algunas de las razones por las que a aquellas personas con competencias emocionales deficientes les resulta tan difícil afrontar situaciones de crisis que a largo plazo traen consigo mayores consecuencias psicológicas.

En relación con los beneficios para la Psicología, esta investigación puede servir como precedente para futuras investigaciones en las cuales a partir de los resultados obtenidos en dicha investigación se puede ampliar el espectro y conocer en su momento que avances se han tenido en el campo. De esta manera poder entender la evolución que ha tenido a lo largo de los años en conjunto con otras publicaciones encaminadas hacia el tema.

Marco de referencia.

El presente estudio se realizó en las instalaciones del colegio de ciencias y humanidades de la universidad Don Vasco A.C, ubicada en la calle Entronque carretera a Pátzcuaro número 1100, Col. Don Vasco, Uruapan, Michoacán, México.

El Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) es una modalidad de bachillerato que surge en la UNAM y se implementa con éxito en la Universidad Don Vasco desde 1972, fue inaugurada por el padre Gonzalo Gutiérrez y es de carácter privado.

Se diferencia de la preparatoria tradicional por la participación activa de los alumnos en el proceso de enseñanza aprendizaje, logrando así un mejor aprovechamiento.

Esta modalidad de bachillerato promueve el desarrollo del alumno como sujeto integral mediante una educación que equilibra la formación científica, técnica y humanística; responde a las exigencias actuales de la sociedad formando alumnos capaces, actualizados y responsables, ofreciéndoles actividades culturales, deportivas y recreativas que cubren sus necesidades y aptitudes personales.

Su filosofía educativa toma postulados de la Unesco estos fundamentos proponen al estudiante como un elemento activo, así como la triada de aprendizaje (aprender a aprender, aprender a hacer y el aprender a ser) eliminando así un elemento que sea solo receptivo en el aula, propiciando la participación eficaz de cada componente.

El CCH atiende a todo tipo de población, ya que cuenta con alumnos de diversos estratos económicos. Actualmente cuenta con 410 alumnos, 2 edificios para aulas de clase, siendo estas últimas 14 en total, un laboratorio de ciencias y 2 laboratorios de computo, además de amplias áreas verdes, una cancha deportiva, 2 oficinas y 5 cubículos adicionales.

Por otra parte, cuenta con 35 docentes teniendo diversas profesiones para una formación completa del alumno. Entre dichas profesiones se encuentran psicólogos,

diseñadores, médicos, abogados, trabajadores sociales, administradores, biólogos, licenciados en idiomas e historiadores entre otros. Siempre y cuando todos y cada uno de ellos cuenten como mínimo con licenciatura.

CAPÍTULO 1

COMPETENCIAS EMOCIONALES

Son innumerables las ocasiones en las que se ha hablado de controlar las emociones, de su importancia, de cómo es básico aprender a gestionarlas. Se ha dedicado tiempo a buscar remedios a los problemas de descontrol de los niños y/o de los jóvenes, es preocupante la falta de tolerancia a la frustración, la sobreestimulación a la que, sobre todo, los niños están expuestos y que sugieren que la inteligencia emocional está vinculada a todo aquello que se relaciona con la toma de decisiones para el buen desempeño académico y profesional.

De esta manera que a lo largo del tiempo muchos han sido los profesionales que han intentado desentrañar causas, motivos, características, soluciones y hasta planes preventivos para que desde los primeros años las competencias emocionales formen parte de la vida del individuo y que a través de su desarrollo estas se vayan afianzando como un factor determinante en su vida.

Por lo tanto, la intención de la siguiente revisión es dar a conocer al lector los diversos factores que involucran el contar con un adecuado nivel de competencias emocionales, así como las implicaciones que representa el poseerlas.

La pregunta que surge entonces es: ¿Qué se necesita para ser emocionalmente competente?

1.1. Marco conceptual

El constructo hipotético de la inteligencia emocional está hoy en día en debate, puesto que existe cierta confusión con otros conceptos tales como competencia emocional y educación emocional. En diversas publicaciones se han manejado como sinónimos o equivalentes lo cual ha traído consigo complicaciones y variadas imprecisiones.

A partir de lo anterior es que en el presente estudio se plantea una breve aclaración de cada uno de estos constructos haciendo las diferenciaciones pertinentes para evitar futuras confusiones. Continuando con lo anterior, cabe mencionar que algunos autores se han cuestionado incluso la existencia de la inteligencia emocional.

A pesar de existir tan diversos juicios acerca de un mismo tema, lo que no se pone en duda es la importancia y necesidad que tiene el ser humano de adquirir competencias emocionales.

1.1.1 Las emociones

A lo largo de la historia concerniente al estudio de las emociones, numerosos autores han otorgado su opinión acerca del tema, cada uno de ellos desde su punto de vista logrando destacar distintos factores relativos a dicha concepción.

Sin embargo, la diversidad de opiniones también ha traído consigo una dificultad para definirla completamente puesto que el concepto involucra múltiples formas para asimilarlo.

Wenger (mencionado por Palmero; 2002) refiere que “casi todo el mundo piensa que sabe que es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla”. Partiendo de lo anterior surge la necesidad de aclarar de la mejor manera el concepto a modo de evitar confusiones futuras con respecto al termino.

De acuerdo con Palmero y cols (2002) la emoción posiblemente sea el más primordial de los sistemas de evolución y adaptación en el individuo, ya que tiene diversas formas de entenderlo, contiene procesos episódicos los cuales ante un estímulo ya sea interno o externo hacen una evaluación y valoración capaz de desequilibrar al organismo dando como resultado cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas.

Para Pinillos (mencionado por Palmero; 2002: 18) la emoción es definida como un “estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas, recuerdos que con frecuencia se traduce con gestos, actitudes u otras formas de expresión”.

Por otra parte, Plutchik (mencionado por Garrido; 2000) menciona que las emociones son un conjunto de funciones adaptativas a través de las cuales el individuo alcanza la supervivencia. De esta manera es como se hacen presentes los constructos

de la teoría psicoevolutiva la cual habla acerca del vínculo entre la emoción, cognición y acción en el sujeto.

De acuerdo con lo anterior, el autor refiere que el individuo cuando recibe un estímulo lo evalúa en primer lugar, a partir de ello produce una cognición que constituye una interpretación, dando paso al sentimiento correspondiente que va seguido de un comportamiento acorde.

Kleinginna (mencionado por Palmero; 2002: 19) define la emoción como “ un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que a) pueden dar lugar a experiencias afectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado; b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones y procesos de etiquetado; c) generar ajustes fisiológicos..., y d) dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa”

Por otra parte, dentro del estudio de las emociones también existe cierto problema para poder puntualizar cada uno de los elementos que componen en su totalidad a las emociones ya que existe una gran diversidad terminológica y conceptual.

Tradicionalmente se han determinado cuatro descriptores emocionales, estos se refieren a afecto, humor o estado de ánimo, emoción y sentimiento, los cuales se

han clasificado de acuerdo con distintos criterios que toman en cuenta su duración, intensidad, origen y previos acontecimientos particulares. (Palmero; 2002).

Prosiguiendo con lo mencionado anteriormente es importante definir cada uno de los descriptores emocionales. En primer lugar, el afecto para Palmero (2002) supone una evaluación ya sea positiva o negativa que una persona realiza acerca de los acontecimientos que vive día con día, refiriendo también que el ser humano tiene una tendencia innata a realizar juicios positivos de dichas situaciones.

Por otra parte, Gilboa (mencionado por Palmero; 2002) describe la existencia de solo una dimensión la cual fluctúa entre dos extremos que representan un continuo que oscila entre el placer y el displacer, así como una dimensión adicional la cual es llamada activación.

Para Lang (mencionado por Palmero; 2002) el placer implica la presencia de un sistema aversivo y otro apetitivo los cuales a su vez implican la presencia de una tercera; la dimensión de activación o intensidad.

El siguiente descriptor emocional es el humor o estado de ánimo el cual es “una forma específica de estado afectivo, que implica la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene el sujeto de experimentar placer o dolor en el futuro, esto es, de experimentar el afecto positivo o negativo; se estima que tiene una duración de hasta varios días”. (Palmero; 2002: 20).

El estado de ánimo suele ser de carácter no intencional es decir que no necesita de la presencia un objeto o situación para que este aparezca, lo cual hace una marcada diferencia entre este estado afectivo y la emoción. Frijda (mencionado por Palmero; 2002).

Además de ello Palmero (2002) expone que el humor y la emoción tienen una interacción activa debido a que las emociones pueden llevar a tener un estado de ánimo específico, así como también el humor puede producir una emoción determinada.

Por otra parte, Isen y Morris (mencionados por Palmero 2002) aluden que la distinción existente entre el humor y las emociones tiene base en tres criterios, es decir, el humor debe tener una mayor duración, una menor intensidad y un carácter difuso o global.

Finalmente, en la aparición del estado de ánimo intervienen una gran cantidad de elementos entre los principales están aquellos que son exógenos o situacionales, endógenos como ritmos circadianos, así como los rasgos de personalidad y temperamento con los que cuenta cada persona. Watson (mencionado por Palmero 2002).

El en tercer descriptor emocional a especificar es la emoción, que como ya se mencionó anteriormente cuenta con diversas diferenciaciones con el estado de ánimo. Palmero (2002) explica que entre estas diferencias está el grado de activación

fisiológica y cortical que provocan, tiende a ser intencional y cuenta con un sentido tanto descriptivo como prescriptivo.

Continuando con el planteamiento de los autores, se expone que existen al menos tres maneras diferentes para referirse al concepto: 1) síndrome emocional, 2) estado emocional y 3) reacción emocional. El primero de ellos hace referencia a la percepción surgida durante la emoción; alegría, miedo, tristeza, entre otros. El segundo se refiere a la respuesta representativa al síndrome emanada por la persona y el tercero se refiere a las respuestas manifiestas del individuo que incluyen expresiones fáciles, cambios fisiológicos, conductas manifiestas y experiencias subjetivas.

Por lo tanto “la emoción es una forma concreta de afecto, que incluye entre sus componentes el sentimiento, tiene una menor duración que el humor, siendo el fruto de la relación concreta de la persona con el ambiente; en otras palabras, son fenómenos que pueden caracterizarse como intencionales, puesto que suponen una relación sujeto-objeto” Fridja (mencionado por Palmero; 2002: 22).

El cuarto y último descriptor emocional definido en la presente investigación es el sentimiento, el cual se establece como la experiencia subjetiva de la emoción, es decir la valoración realizada por el sujeto a partir de la vivencia de una situación emocional (Palmero 2002).

Los sentimientos también son llamados por algunos autores como “actitudes emocionales” las cuales tienden en su mayoría a ser positivas, es decir que tras un evento afectivo el sujeto tiene a tomar una actitud positiva con una propensión a responder afectivamente. (Frijda mencionado por Palmero; 2002).

Por otra parte, Averill (mencionado por Palmero; 2002: 23) determina que “los sentimientos en la emoción son algo comparable a cuando “oímos” voces, sin la certeza del quién o qué dice, esta experiencia no puede considerarse real sin que se haya producido un estímulo real que provoque la emoción.”

Un sentimiento origina la aparición de la emoción de dos maneras distintas. Estas son: 1) Disposición cognitiva a valorar un objeto de manera particular, es decir, la valoración positiva o negativa que se realiza de la situación dependerá de los esquemas con los que cuenta el sujeto hasta el momento y los cuales pueden cambiar dependiendo los eventos que experimente el sujeto a lo largo del tiempo. Y 2) los sentimientos son la disposición que favorece que un objeto se canalice de manera rápida durante una emoción, es decir, la persona le atribuye cierto valor a un objeto a fin de conseguir estabilidad a través de él. (Palmero; 2002)

A partir de lo anterior cabe señalar que cada una de las emociones cumple una función importante ya que permite que se ejecuten cada una de las reacciones conductuales apropiadas.

Scherer (citado por palmero; 2002: 23) afirma que “la función de las emociones es la detección y preparación de los sistemas de respuesta en las especies y organismos que pueden percibir y evaluar un amplio rango de estímulos ambientales, y que disponen de un extenso repertorio de respuestas conductuales alternativas”.

Asimismo, existen dos conceptos que ayudan a comprender con mayor claridad las funciones de las emociones, ya que como refiere Keltner (mencionado por Palmero; 2002) estos son; adaptabilidad y disfunción, debido a que las emociones tienen carácter funcional, aunque en algunas ocasiones las sus manifestaciones pueden no serlo.

1.1.2 El concepto de competencias

Durante los últimos años se han venido manejando infinidad de conceptos referentes a lo que debe o no ser una competencia, debido a lo anterior es de suma importancia clarificar dicho concepto a fin de comprender en su totalidad el constructo.

De acuerdo con Iglesias (2009: 452) “las competencias se definen en primera instancia y de forma general como la habilidad de encontrar solución a las exigencias o llevar a cabo tareas con éxito, y considerando las dimensiones tanto cognitivas como no cognitivas”.

Por otra parte, tanto el proyecto DeSeCo como el proyecto Tuning concuerdan en que la palabra competencias deriva de la traducción de la palabra inglesa *skill* la

cual es traducida como capacidad perfeccionada, aunque de igual manera hace referencia a la actividad que por medio del ejercicio y formación logra realizarse de manera automática. Del mismo modo la palabra capacidad es tomada del inglés *ability* y hace referencia a las condiciones necesarias para la realización de determinada actividad. (Iglesias; 2009).

Para Tejeda (mencionado por Bisquerra; 2007: 2) las competencias son un “conjunto de conocimientos, procedimientos y aptitudes combinados, coordinados e integrados en la acción, adquiridos a través de la experiencia, que permite al individuo resolver problemas específicos de forma autónoma y flexible en contextos singulares”

Por otra parte “la competencia discrimina el saber necesario para afrontar determinadas situaciones y ser capaz de enfrentarse a las mismas. Es decir, saber movilizar conocimientos y cualidades, para hacer frente a los problemas derivados del ejercicio de la profesión” (Echeverría mencionado por Bisquerra; 2007: 2).

Quizá actualmente la definición más actualizada la otorga Bisquerra ya que haciendo una revisión de diversos autores él concibe la competencia como “la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia” (Bisquerra; 2007: 3).

Continuando con el mismo autor, éste señala que las competencias cuentan con diversas características, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- Son ajustables tanto individual como grupalmente
- Supone una integración de conocimientos, habilidades, actitudes y conductas
- Incluye capacidades de tres tipos: formales, informales y de procedimiento
- Establece un punto de partida coordinado para potenciar la acción
- Posee referentes de eficacia.

1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional

Como los conceptos revisados anteriormente, la inteligencia resulta ser también un constructo difícil de definir, debido a los múltiples procesos cognitivos que comprende, debido a esto se han desglosado una gran variedad de tipos de inteligencia.

De esta manera, al ser la inteligencia un concepto bastante amplio, implica tanto a la parte cognitiva como a la emocional para el desarrollo exitoso del comportamiento.

Vernon (1982) expone que, aunque varios autores manifiestan que no existe ninguna teoría clara sobre inteligencia, si existe un consenso entre psicólogos acerca de los procesos cognitivos que comprenden a la inteligencia como tal.

De esta forma “la inteligencia se refiere a las habilidades más generalizadas, las estrategias del pensamiento y el nivel conceptual general, que se aplican en un rango amplio de actividades cognoscitivas o en nuevos aprendizajes, y que se constituyen primordialmente mediante la interacción con las experiencias ambientales cotidianas en el hogar o en las recreaciones y solo de modo secundario mediante la estimulación en la escuela.” (Vernon; 1982:51).

A lo largo de los años ha existido una gran controversia acerca de si las emociones pueden ser inteligentes, tal ha sido el revuelo que en más de una ocasión se ha intentado colocar las emociones como una categoría dentro del espectro de inteligencia.

Thorndike (mencionado por Goleman; 2007) expone la conceptualización de inteligencia social que no es otra cosa más que la empatía con las personas, que engloba además la prudencia de nuestro comportamiento hacia los demás e introduce este aspecto como propio de la inteligencia emocional y por lo tanto como un elemento del CI de una persona.

Sin embargo, como refiere el mismo autor otros profesionales de la psicología contemporáneos sugieren que la inteligencia social no es más que la manipulación de los demás para conseguir beneficios propios con o sin su consentimiento.

No obstante, “la inteligencia social es distinta de las capacidades académicas y, al mismo tiempo, es una parte clave de lo que hace que a la gente le vaya bien en el aspecto práctico de la vida”. (Thorndike citado por Goleman; 2007: 63)

En los últimos años cada vez más psicólogos coinciden en que un adecuado desempeño en aspectos tales como habilidades lingüísticas y matemáticas solo predice un éxito en el desempeño dentro del aula. Por lo tanto tal desempeño está alejado de dar a conocer el rendimiento en áreas prácticas de la vida cotidiana. (Goleman; 2007).

Siguiendo esta línea de investigación Salovey (mencionado por Goleman; 2007) describe 5 esferas principales que componen a la inteligencia:

1.- Conocer las propias emociones: reconocimiento y control de sentimientos, autoconciencia. Esto ayuda a las personas a guiar de forma correcta su vida y a tomar mejores decisiones a futuro.

2.- Manejar las emociones: Una vez que se tiene conocimiento de uno mismo se cuenta con la habilidad para tranquilizarse y no caer en estados de irritabilidad, ansiedad o melancolía.

3.- La propia motivación: el autodomínio emocional permite al individuo contener la impulsividad, logrando que las personas sean más productivas y eficaces en sus tareas.

4.- Reconocer emociones en los demás: la empatía ayuda a la adaptación de las personas en la vida social.

5.- Manejar las relaciones: Se refiere a manejar las emociones de los demás logrando liderazgo y eficacia interpersonal.

Así, de acuerdo con lo revisado se puede definir la inteligencia emocional como “un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. Como tal, nuestra inteligencia no-cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional”. (BarOn citado por Ugarriza; 2001: 131).

1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales

Al igual que las competencias, la conceptualización de competencias emocionales es tema de debate, partiendo de que la primera dificultad es la designación del propio término, así como también existe gran una variedad de propuestas de diversos autores para integrar cada uno de los elementos que deben componer el concepto.

Siguiendo con la idea anterior a lo largo de los años autores han propuesto a las competencias emocionales como un conjunto de dimensiones integradas. Salovey y Sluyter (citados por Bisquerra; 2007) identifican cinco dimensiones básicas: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol.

Por su parte por su parte Goleman mencionado por Bisquerra; 2007) determina dos grandes grupos: competencia personal y competencia social, divididos en cuatro dominios, los cuales se presentan en el siguiente cuadro:

| Dominios de la inteligencia emocional y competencias asociadas | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Competencia personal | Competencial social |
| <p>Conciencia de si mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia emocional de si mismo. • Valoración adecuada de uno mismo. • Confianza en uno mismo • Autogestión • Autocontrol emocional • Transparencia • Adaptabilidad • Logro • Iniciativa • Optimismo | <p>Conciencia social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Conciencia de la organización • Servicio <p>Gestión de las relaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo inspirado • Influencia • Desarrollo de los demás • Catalizar el cambio • Gestión de los conflictos • Establecer vínculos • Trabajo en equipo y colaboración |

Goleman (mencionado por Bisquerra; 2007: 5,6)

De acuerdo con lo anterior la competencia emocional tiene una correlación con la autoeficacia en la manifestación de las emociones. Saarni (citado por Bisquerra; 2007:6) precisa la autoeficacia como “la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr los objetivos deseados”

De tal manera que tanto el espacio como el tiempo ejercen una gran influencia que determina la adecuada competencia emocional de cada persona dando en ocasiones como resultado la incompetencia emocional a la que todo individuo está expuesto en determinadas situaciones a las que no está preparado. (Bisquerra; 2007).

Concluyendo esta revisión y de acuerdo con las propuestas anteriores la competencia emocional es entendida como “El conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra; 2007: 8)

1.2 Clasificación de las competencias emocionales

Desde hace más de dos décadas diferentes institutos de investigaciones se han dado a la tarea de determinar el curso de desarrollo de las competencias emocionales. El GROPE (Grup de recerca en orientació psicopedagògica) a través sus de estudios realizados a lo largo de los años a delimitado cinco grandes bloques, los cuales Bisquerra (2007) se encarga de exponer detalladamente.

Estos cinco bloques resultan ser necesarios para la completa plenitud de competencia emocional de cada persona, cada uno de ellos expone una dimensión, que al ser concluida satisfactoriamente da paso a la siguiente, es decir si pretendemos bienestar en la vida cotidiana debemos en primer lugar conocer las emociones propias.

El primer bloque se refiere a la conciencia emocional que es descrita como el reconocer las propias emociones, así como el identificar qué tipo de ambiente se está viviendo en determinadas circunstancias. La conciencia emocional está integrada por tres subcategorías: 1) toma de conciencia de las propias emociones, 2) dar nombre a las emociones y 3) la comprensión de las emociones de los demás.

El segundo bloque es la regulación emocional la cual es la habilidad para dirigir las emociones de manera asertiva con una tendencia positiva, contando con habilidades de afrontamiento. Está compuesta por cinco subcategorías, dentro de estas se pretende que el individuo pueda en primer lugar tomar conciencia de la relación entre la emoción, cognición y comportamiento, de tal manera que su expresión emocional logre ser apropiada tanto con él mismo y con los demás, regulando sus emociones para afrontar emociones negativas, adquiriendo así competencias para autogenerar emociones positivas.

El tercer bloque es titulado autonomía emocional. dentro de esta agrupación se encuentran elementos vinculados a la autogestión personal, incluye características como la autoestima, automotivación, actitud positiva, responsabilidad y la autoeficacia emocional. Con el fin de que cada persona al contar con los elementos mencionados sea capaz de autogestionar las emociones correctas en los momentos adecuados.

El cuarto bloque es la competencia social. Dentro de este conjunto se encuentran todas aquellas habilidades que fomentan las buenas relaciones sociales con los

demás, tales como el dominio de las habilidades sociales básicas, respeto, asertividad prevención de conflictos, actitudes prosociales y autogestión emocional entre otras.

Se finaliza con el quinto bloque que menciona todas las habilidades para concretar conductas convenientes y afrontar los retos de la vida cotidiana, facilitando la toma de decisiones en situaciones, familiares, laborales sociales y académicas y de ser necesario la capacidad para identificar la necesidad de apoyo, logrando así un bienestar propio que pueda ser transmitido a los demás para generar experiencias optimas en cada aspecto de la vida.

Del mismo modo, BarOn (mencionado por Ugarriza; 2001) expone cinco componentes principales de la inteligencia emocional y social los cuales son evaluados a través del inventario de cociente emocional del mismo autor.

El componente intrapersonal está compuesto por cinco factores que involucran la capacidad de toma de conciencia de nuestras propias emociones, expresión adecuada de sentimientos, comprensión y respeto por sí mismo, autorrealización e independencia de acciones y emociones.

El componente interpersonal está orientado hacia el desarrollo de habilidades hacia las personas en el entorno, en donde el individuo es capaz de establecer relaciones satisfactorias generando empatía y demostrando responsabilidad social.

El componente de adaptabilidad reúne elementos que permiten al individuo evaluar sus experiencias subjetivas en contraposición con la realidad para la solución de conflictos haciendo los ajustes necesarios de sus emociones.

El componente de manejo del estrés involucra la capacidad para resistir ante situaciones desagradables, sobrellevando o aplazando los impulsos para el adecuado control de emociones.

Por último, el componente del estado de ánimo en general agrupa elementos como la felicidad y la capacidad para conservar el optimismo aun cuando puedan llegar a generarse situaciones desagradables, por medio de la expresión de sentimientos positivos.

1.3 Educación emocional

La importancia de la instrucción emocional comienza desde los primeros años, en donde el niño se percibe como una persona valiosa y digna de cariño. Se trata de un aprendizaje que le ayudará a conseguir sus objetivos y a relacionarse de una manera satisfactoria con los demás generando una actitud ante la vida, vivir con optimismo y afán de superación, tolerando la frustración y aprendiendo de los errores, confiando en sí mismo y en los demás.

1.3.1 Concepto de educación emocional

Así como se fomenta el desarrollo físico y cognitivo desde edades tempranas también se encuentra la importancia del adecuado desarrollo de la educación emocional debido a que la vida afectiva del adulto depende en gran medida de cómo se hayan manifestado sus experiencias pasadas y sobre todo en lo que respecta a los primeros años.

Las emociones están estrechamente ligadas a la forma en como se afronta la vida y es debido a esto que tienen un papel tan importante en la vida de las personas, pero, sobre todo, en la vida de los niños.

En primer lugar, es necesario definir que es la educación emocional. Bisquerra (mencionado por Vivas; 2003: 2) la define como “un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral”.

Por su parte, Goleman (citado por Vivas; 2003) plantea una solución para evitar que la educación emocional de cada ciudadano caiga en la eventualidad, para esto es necesario que las escuelas juegan un papel importante en el desarrollo temprano de competencias emocionales implementando programas que fomenten la empatía, autoconocimiento, autocontrol colaboración y resolución de conflictos entre otros aspectos.

En este sentido para implementar las competencias emocionales es necesario un trabajo en conjunto que involucre tanto la enseñanza en el hogar como en las escuelas que ayude a el desarrollo emocional de la misma manera como se le ha puesto énfasis a la creación de espacios para el desarrollo cognitivo y físico. (Greeberg mencionado por Vivas; 2003).

Otro aspecto importante es que la dirección a tomar en cuanto a la educación emocional es el desarrollo de tres áreas básicas que involucran comprender las emociones, expresarlas de manera productiva y la habilidad de escucha y empatía por las emociones de los demás. (Steiner y Perry mencionados por Vivas; 2003).

1.3.2 La pedagogía y la educación emocional

Vivas (2003) expone en su estudio que a través del tiempo las teorías sobre la inteligencia han ido ganando terreno en lo que respecta al ámbito educativo. Durante años ha existido un debate acerca del papel que desempeña la pedagogía en las emociones, tomando esto último como un aspecto fundamental en la formación integral del alumno.

Por medio de los resultados de diversos estudios referentes al tema, ha aumentado el interés por incorporar la educación emocional en el contexto educativo, destacando los beneficios que otorga en el niño la implementación y posterior desarrollo temprano de las competencias emocionales en dichas etapas.

Por otro lado, en la etapa infantil y sin tener todavía experiencias con emociones mal colocadas resulta más fácil, tanto para los padres como para los maestros orientar a los niños acerca de la toma de conciencia de emociones, resolución adecuada de conflictos, asertividad y desarrollo de estrategias entre otros. De ahí parte la importancia de otorgarle igual importancia como lo reciben otros aspectos escolares.

Dewey (mencionado por Vivas; 2003) señala que la responsabilidad de las escuelas no involucra solamente a la formación académica como tal, sino que debe constituir un contexto con el cual los estudiantes puedan practicar y formar habilidades emocionales y preservarlas en adecuados ambientes sociales para ejercerlo.

El afecto materno constituye un principio pedagógico importante en la formación del individuo, el cual al ser reforzado con la comprensión se constituye un punto clave que determina la orientación de la educación emocional en el individuo. (Flores mencionado por Vivas; 2003).

1.3.3 La educación emocional en el contexto familiar

La implicación de la familia es fundamental para la educación emocional de los niños, pero no basta con decirles a ellos lo que se debe o no realizar en determinadas circunstancias, sino que los padres deben ser los principales moduladores y reguladores de emociones a través de modelos de comportamiento de tal manera que los adultos sean capaces de constituir el motor de desarrollo de competencias emocionales en niños y jóvenes.

Goleman (referido por Vivas; 2003: 3) menciona que “la familia es la primera escuela de aprendizaje emocional y argumenta que el impacto que tiene este temprano aprendizaje es profundo, puesto que el cerebro del niño tiene su máxima plasticidad en esos primeros años de vida”.

El ambiente familiar es fundamental para que el niño tome conciencia de sus propios sentimientos, entendiendo lo que estos generan en las demás personas y las probables respuestas que se generan a partir de ambos. Bach (citado por Vivas; 2003)

Continuando con el mismo autor este menciona que Gotman expone diferentes sugerencias hacia los padres con el fin de potenciar un desarrollo efectivo de educación emocional en etapas tempranas. Estas sugerencias hacen referencia a ayudar a los niños a identificar y nombrar emociones conectándolas con situaciones vividas, reconociendo la emoción como una oportunidad para descubrir al generar empatía y lograr verbalizar los estados emocionales con sus respectivos límites, para que el niño logre crear estrategias propias de resolución de problemas emocionales.

1.3.4 La educación emocional en el contexto comunitario

Vivas (2003) expone que el ser humano constantemente se enfrenta con situaciones difíciles, pero posibles de controlar, lo que proporciona un mejor equilibrio mental propio. Esto proporciona mejores relaciones, mayor satisfacción personal e interpersonal y según varios estudios, mayor éxito profesional, ya que de lo contrario se vería afectada nuestra salud física. Además, sabiendo identificar lo que ocurre, o

que le ocurre a alguien y cuál puede ser el motivo, se pueden utilizar las emociones para desarrollar una mayor capacidad de empatía y ayuda hacia los demás.

Además, sin un adecuado nivel de competencias emocionales resulta difícil mantener relaciones sociales exitosas en cualquier contexto. Por lo tanto, es importante contar con las herramientas necesarias para mejorar el aprendizaje social y emocional.

Continuando con el autor sugiere que es necesario supervisar el tipo de programación televisiva que consumen niños y jóvenes a fin de garantizar una formación orientada a factores positivos evitando así la generación de comportamientos desadaptativos.

Además de ello, en la actualidad cada vez es más frecuente que los jóvenes opten el aislamiento físico y emocional debido a la atracción que generan las nuevas tecnologías y que no permiten el adecuado desarrollo de relaciones interpersonales, lo cual se está convirtiendo en una potencial amenaza social. (Bisquerra mencionado por Vivas; 2003).

1.3.5 La educación emocional en el contexto curricular

“Las habilidades de inteligencia emocional deben ser estimuladas desde el diseño curricular. El nuevo marco laboral, con su énfasis en la flexibilidad, la

adaptación, el trabajo en equipo y la innovación, requieren de la formación de un profesional con un alto nivel de competencias emocionales” (Vivas; 2003: 5).

En este sentido, y de acuerdo con lo anterior, actualmente dentro de la sociedad en general, ya sea en el ámbito educativo, familiar o laboral se busca que las personas cuenten con adecuadas competencias emocionales a fin de obtener mejores resultados en cada aspecto, con las cuales el desenvolvimiento de la persona logre ser lo más óptimo posible.

Goleman (citado por Vivas; 2003) expone el interés que tienen las empresas en la actualidad por obtener trabajo de calidad por parte de sus empleados, ya que consideran que es más importante contar con aptitudes emocionales que habilidades técnicas o cognitivas a la hora de realizar una actividad laboral.

1.4 Las competencias emocionales en la vida actual

La importancia de las competencias emocionales en la vida cotidiana cobra cada vez mayor importancia debido a que sin un adecuado desarrollo de éstas resulta un tanto difícil para la persona tener un desenvolvimiento adecuado en cada aspecto de su vida y por consiguiente las relaciones intra e interpersonales en cada ámbito se ven afectadas.

En la actualidad diversos autores coinciden dentro sus aportaciones que un buen nivel de desarrollo de competencias emocionales crea una incidencia positiva en las

personas al mismo tiempo que genera consecuencias altamente positivas en cada una de las dimensiones donde se presenta.

1.4.1 Las competencias emocionales en la dimensión laboral

En la antigüedad no se prestaba demasiada atención a la manera en cómo afecta o beneficia a la empresa el hecho de que cada uno de sus trabajadores cuente con un adecuado nivel de competencias emociones, es decir eran simplemente “desechados” si la empresa no veía resultados inmediatos.

Actualmente esta concepción ha ido cambiando conforme diversos autores realizan estudios en los cuales se ha venido demostrando la eficiencia laboral de trabajadores con competencias emocionales.

Bisquerra (2007) refiere que este aumento en el interés se viene dando a partir de los últimos años del siglo XX, tal incremento es debido a las repercusiones económicas que generan las competencias emocionales dentro de las organizaciones empresariales ya que estudios como el de la American Society for training and Development refiere que la inversión en la formación de las empresas alcanza cifras millonarias cada año.

De esta manera, Saarni (mencionado por Bisquerra; 2007) expone que un adecuado nivel de competencias emocionales resulta de gran importancia en la regulación emocional, debido a que el generar consecuencias positivas crea un

bienestar en el individuo y el entorno. Y el conocer a detalle los beneficios generados permite la elaboración de planes con aplicaciones prácticas dentro del ámbito laboral, mejorando así los niveles de rendimiento y productividad.

Bisquerra (2007:13) destaca algunas evidencias de trabajos de distintos autores entre los cuales pone especial énfasis en la importancia del “desarrollo de la autoconciencia, la regulación emocional, la automotivación y el desarrollo de las habilidades socio-emocionales, de cara a facilitar una comunicación eficaz y una mayor cooperación”.

En la obra realizada por Cherniss (citada por Bisquerra; 2007) menciona los resultados obtenidos por medio de sus investigaciones sobre el tema, en la cual se encontró una conexión positiva en donde un alto nivel de competencias emocionales en los trabajadores aumenta las consecuencias positivas en diversas situaciones tales como la resolución de conflicto con compañeros, optimizar relación con los clientes, aumento en la resistencia de críticas de los jefes, constancia en la finalización del trabajo, competitividad ante adversidades presentadas, entre otros.

De la misma manera el autor menciona que Weisinger expone en sus indagaciones que un bajo nivel de competencias emocionales no permite un buen progreso, disminuyendo así el éxito a manera individual y por consiguiente el declive de toda la empresa.

1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar

La educación en si misma representa un proceso interpersonal que se ve influido por emociones vividas dentro del aula debido a que en ocasiones aparecen circunstancias que si no son afrontadas de manera adecuada pueden tener repercusiones en el desempeño académico del individuo.

Salovey (mencionado por Extremera; 2004) explica que durante los últimos años se ha venido demostrando científicamente que el contar con habilidades personales contribuye a la adaptación dentro del aula, generando bienestar emocional y reflejándose en un aumento de rendimiento escolar con repercusiones a largo plazo, es decir, mayores éxitos en la vida laboral.

De igual manera, Extremera (2004) expone en su investigación los resultados encontrados por diversos investigadores acerca de la relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico, encontrando en muchos de ellos resultados discordantes Estos se presentan a continuación.

Schutte y cols, fueron de los primeros investigadores en realizar estudios para determinar la correlación entre las dos variables. En sus resultados se encontró un vínculo significativo, revelando que con las puntuaciones de inteligencia emocional se preveía la nota media de los alumnos.

En contraposición un estudio realizado dos años más tarde por Newsome no respaldó ninguna relación entre la inteligencia emocional medida con el EQ-i y el rendimiento académico en universitarios y a diferencia del estudio anterior no se pudieron predecir las notas finales del alumnado. (citado por Extremera y Fernández; 2004)

Sin embargo, Parker atribuye los resultados encontrados por Newsome a el hecho de no tener en cuenta los diversos procesos de transición por los que pasan los alumnos a lo largo de la universidad ya que la muestra tomada englobó a individuos con diferentes etapas de ciclo vital, con diferentes horarios y en diferentes años escolares. (referidos por Extremera y Fernández; 2004).

Debido a esto Parker realizó un estudio previendo los errores antes señalados encontrando patrones de relación muy similares a los de Newsome, demostrando así la poca predictibilidad de la inteligencia emocional con respecto a la actividad académica. Sin embargo, algunas subescalas fueron capaces de pronosticar las notas obtenidas durante el primer año si se tomaba en cuenta los resultados obtenidos de grados académicos anteriores.

Debido a esto Parker y colaboradores (referidos por Extremera y Fernández; 2004) hicieron una comparativa entre alumnos con mejores promedios versus estudiantes con los promedios más bajos encontrando el rendimiento académico ligado a espectros como control de estrés, adaptabilidad y capacidades intrapersonales.

Además de ello Barchard aplicó la prueba de habilidad de inteligencia emocional (MSCEIT) a una muestra de universitarios encontrando que el conjunto de habilidades cognitivas de un individuo ayuda a predecir tanto el bienestar psicológico como también el éxito dentro del aula. (Extremera; 2004)

1.4.3 Las competencias emocionales en la dimensión personal

El contar con un adecuado nivel de competencias emocionales a nivel personal trae consigo diferentes implicaciones que van desde favorecer las relaciones de pareja, contribuir a su estabilidad y durabilidad, hasta el aspecto de salud física y evitación de conductas de riesgo que tienen como trasfondo un desequilibrio emocional.

Con la información revisada en el apartado anterior otorgada por Extremera (2004) se encuentra más que evidenciada la relación entre la inteligencia emocional y el nivel de calidad de las relaciones interpersonales.

Bisquerra (2007: 14) define las competencias emocionales para la vida como “un conjunto de competencias que permiten organizar la propia vida de forma sana y equilibrada, facilitando experiencias de satisfacción o bienestar”

Del mismo modo, la comunicación y habilidad empática de las personas resultan ser fundamentales para mantener una buena relación de pareja. Tannen (mencionado por Bisquerra; 2007).

Continuando con el mismo autor, en su trabajo expone que diferentes autores consideran que las situaciones estresantes pueden ser reguladas y controladas por medio de componentes como el estrés o la ansiedad debido que el individuo las utiliza como habilidades de afrontamiento. Así como también Bisquerra expone que Matthews en su investigación declara que contar con competencias emocionales genera conductas positivas ayudando a superar más rápidamente las situaciones estresantes.

Además de estas implicaciones en la dimensión personal existen otras que afectan la salud del individuo, diversos estudios han logrado determinar la correlación entre las emociones y el nivel de salud de una persona. Además de que las emociones positivas ayudan en la recuperación de enfermedades que por el contrario las emociones negativas contribuyen a un sistema inmunológico deprimido y débil. (Ader y Damasio mencionados por Bisquerra; 2007).

1.4.4 Las competencias emocionales en la dimensión social

A través de investigaciones realizadas a lo largo de los últimos años, cada vez se hace más evidente la influencia que tiene la inteligencia emocional sobre la calidad de las relaciones interpersonales.

Extremera (2004: 6) Asegura que “las personas emocionalmente inteligentes no solo serán más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones,

sino también serán más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo de las emociones de los demás”

Además de ello explica cuando una persona cuenta con una alta inteligencia emocional se produce una mejora en la interacción con los demás lo cual forja vínculos que se ven retribuidos con beneficios para ambas partes como la reducción del impacto negativo de los estresores habituales.

Asimismo, Extremera (2004) expone en su trabajo los resultados acerca de las indagaciones de varios autores los cuales han encontrado datos empíricos de la relación entre la inteligencia emocional y las relaciones interpersonales.

1.5 Evaluación de las competencias emocionales

Hace tiempo que existen formas para evaluar las competencias emocionales. La elección del instrumento de evaluación es fundamental a la hora de la recolección de datos debido a que como en toda variable existen factores que pueden alterar la veracidad de los resultados.

La intención de este apartado es dar a conocer tres de estos enfoques de evaluación. La primera agrupación consta de instrumentos tradicionales tales como; cuestionarios, escalas y autoinformes; el segundo bloque agrupa medidas de evaluación basadas en observadores externos. concluyendo con un tercer bloque que reúne las medidas basadas en tareas de ejecución.

1.5.1 Cuestionarios, escalas y autoinformes

Extremera (2004) expone en su exploración que estos instrumentos constituyen un conjunto de métodos que han sido utilizados de forma más habitual a la hora de evaluar variables, pero la efectividad de estas herramientas va en relación con la cantidad y sobre todo la calidad de los enunciados que lo integren.

Están integrados por una serie afirmaciones o enunciados cortos en los cuales el individuo a través de su propia estimación manifiesta ya sea de forma ascendente o descendente el grado en que se siente identificado con el enunciado. Por lo general presentan 5 niveles de valoración que van desde el; nunca (1) hasta; siempre (5).

Como todo instrumento de medición contienen ventajas y desventajas. Varios autores manifiestan considerar estos métodos como instrumentos con gran validez a la hora de recoger datos.

Entre las ventajas es conocido que estos instrumentos resultan ser un medio eficaz para obtener resultados rápidos debido a que su aplicación puede realizarse en un gran número de personas en un mismo tiempo, de esta manera permite obtener información en un corto lapso.

Por otra parte, permite abarcar el tema desde diversos ángulos ya que se pueden integrar tantas preguntas como se crea necesario proporcionando abundante

información sobre las habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados, da lugar al anonimato y confidencialidad con lo cual los participantes sienten mayor libertad a la hora de contestar y por último no ejercen presión por lo tanto las respuestas suelen ser más sinceras.

Cabe mencionar que para fines de la presente investigación el instrumento utilizado es el EQ-i de BarOn, el cual incluye cinco escalas: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad, y estado de ánimo. La sumatoria de las primeras cuatro escalas conforman el coeficiente emocional (EQ).

La validez del instrumento fue analizada originalmente por BarOn, utilizando diversos métodos, tanto de contenido, como de constructo y validez convergente y validez de contrastación con grupo de criterio.

Por otro lado, otros autores consideran que puede producirse un sesgo debido a que los participantes tienden a falsificar sus respuestas con la intención de otorgar una imagen más positiva, en otras ocasiones suelen pasar rápidamente por cada enunciado lo que implica que las respuestas no son a conciencia, además de que los significados concretos de las respuestas no pueden ser transmitidas al investigador y por lo tanto existen diferencias en la comprensión e interpretación de las respuestas.

1.5.2 Evaluación a través de observadores externos

En esta segunda forma de evaluación Extremera (2004) explica que una forma eficiente de conocer el nivel de capacidad para manejar y entender las emociones de una persona es cuestionar a las personas que conviven día a día con el individuo y que por lo tanto mediante su cercanía son capaces de percibir y conocer la forma de manifestar dichas emociones en público, es decir, indica de habilidad emocional percibida por los demás.

Para poner en práctica este método de evaluación es necesario que los compañeros de clase, profesores o personas cercanas expresen su opinión acerca de cómo advierten la interacción de la persona con otros compañeros, la habilidad para resolver conflictos y manejo de situaciones frustrantes.

Las ventajas de usar este modelo de evaluación es que porta nueva información para determinar aspectos interpersonales, que con otras medidas no se pueden conseguir, otorga información fundamental acerca de cómo es percibida la capacidad socio-emocional de la persona por los que le rodean, evalúa destrezas. Autocontrol y niveles de impulsividad.

Las desventajas aparecen debido a que la observación de comportamientos es restringida ya que el observador tendría que pasar las 24 horas junto a la persona, la percepción del observador puede llegar a ser muy subjetiva además de que la evaluación depende del comportamiento que manifieste la persona en su presencia;

adicionalmente, es difícil recabar datos mas allá de conductas, es decir, estados internos como la intención afectiva o la conciencia emocional. cabe mencionar que resulta más útil como método complementario otros instrumentos de medición. Cabe mencionar que resulta más útil como método complementario a otros instrumentos de medición.

1.5.3 Evaluación a través de tareas de ejecución

Extremera (2004) menciona que esta evaluación surge como medida preventiva de los sesgos de los instrumentos mencionados anteriormente. Bajo el supuesto básico de que si una persona dice contar con una habilidad la mejor forma de demostrarlo es mediante la realización adecuada de dicha actividad, es decir, comprobar sus capacidades.

Mayer (mencionado por Extremera; 2004: 6) explica que este tipo de medidas “evalúan el estilo en que un estudiante resuelve determinados problemas emocionales comparado con sus respuestas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos”.

La medida de evaluación MEIS y su versión mejora el MSCEIT resultan ser instrumentos eficaces para evaluar la inteligencia emocional debido a que toman en cuenta espectros como la percepción, asimilación y comprensión emocional, así como también la regulación afectiva.

CAPITULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

la alimentación es un proceso cotidiano que implica diversos matices culturales y sociales. En el peor de los casos puede dar origen a un trastorno.

En el presente capítulo se aborda el concepto de trastornos alimentarios, para lo cual se describirán, entre otros elementos, sus antecedentes históricos, los tipos de trastornos, sus características, alteraciones, el perfil de la persona con trastornos alimentarios, las causas y el tratamiento sugerido para su intervención.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

A través del paso del tiempo dentro de las tradiciones de diversas culturas se han visto aparecer diferentes tipos de comportamientos caóticos en la alimentación.

“Antaño los banquetes donde se comía de forma desmesurada y exageradamente tenían, antes que nada, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado; durante estos banquetes el vómito era un procedimiento usual para volver a comer”. (Jarne; 2000: 141)

Además de esto, el mismo autor expone que debido a esta relación entre lo considerado sagrado y la comida se han llegado a presentar restricciones alimentarias

tales como el ayuno o el rechazo de alimentos llegando incluso a la completa restricción alimentaria, de los cuales se tienen registros desde el siglo XVII.

Dentro de estos registros se exponen los casos que evidencian a gran escala, la correlación con lo sacro. El 1667 se presentó el caso de una joven con un cuadro de inanición por ayuno, produciendo las secuelas típicas de dicho trastorno, como la amenorrea, con un marcado aumento en la restricción de alimento y sobreviviendo solo comiendo alimentos azucarados

Quizá el más común y con mayor antigüedad sea el caso de Catalina de Siena quien al recibir durante toda su vida una extensa formación religiosa, comenzó desde pequeña a rechazar la comida y posteriormente solo comía hierbas y poco pan.

Asimismo, Jarne (2000) menciona también que en 1873 un médico parisino llamado Gull constató, que no había relación entre una patología orgánica y la anorexia ya que en un principio el aspecto tomado como de mayor importancia en la aparición de dicha enfermedad fue el factor biológico.

Años después fueron ganando mayor importancia las hipótesis psicológicas. A partir de los años 70's se comienza a considerar como su origen al conjunto de factores psicológicos, biológicos y sociales debido a la existencia de tres núcleos de conflicto en la persona: peso, figura y pensamientos distorsionados.

Jarne (2000) menciona que la primera referencia a la bulimia nerviosa la encontramos por parte de Russell, quien cinco décadas atrás especifico la bulimia nerviosa como una evolución de la anorexia.

Saldaña (mencionado por Jarne; 2000: 143) refiere que la obesidad no es considerado un trastorno psiquiátrico como tal pero si supone ser “un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado como peso ideal”

Por último, el autor expone algunas de las consecuencias adquiridas debido a la obesidad. Dentro de estas alteraciones las más comunes suelen ser: Hipertensión, diabetes, gota, insuficiencia respiratoria, tumores, entre otros.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo anterior para la APA (2002) los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un conjunto de patologías distinguidas por alteraciones graves.

En este sentido cabe destacar que las patologías mayormente asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia y la bulimia, debido a la incidencia con la que se presentan y las afectaciones que introducen en el paciente.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Muchas veces, las personas con trastornos alimentarios no reconocen o admiten que están enfermas debido a que no se percatan de la gravedad que pueden generar las conductas destructivas que efectúan para alcanzar un ideal. En este sentido es importante conocer de manera específica los alcances de la enfermedad.

La anorexia nerviosa está determinada por la aparición de pensamientos distorsionados que están vinculados con tres aspectos: la comida, el peso y la figura. (Jarne; 2000)

De acuerdo con la APA (2002: 553) “las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo”

La APA (2002) también menciona que las personas que padecen de este trastorno tienen un peso corporal por debajo de lo esperado para su edad y talla, aparece una disminución en su ingesta de alimentos y en las mujeres pospuberales se presenta amenorrea.

Jarne (2000) expone que existen dos subtipos de la anorexia nerviosa: el tipo restrictivo y el tipo purgativo. En el primero la persona tiende a evitar dos situaciones: consumir grandes cantidades de alimento y por lo tanto la realización de purgas.

En el segundo subtipo; el purgativo, la persona se permite consumir grandes ingestas de alimento para posteriormente realizar conductas purgatorias como el vómito, o uso de diuréticos, laxantes, entre otros.

Por otra parte, existen algunos casos de anorexia nerviosa que debido a su naturaleza no logran cumplir con algunas particularidades propias de la enfermedad, a esto se le llama anorexia atípica.

Castillo (2005) expone que en la anorexia nerviosa atípica no existe la presencia de pérdida significativa de peso, no aparece amenorrea, además de que no es debida a una etiología somática conocida.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Jarne (2000) indica que la bulimia nerviosa es un trastorno que presenta un prototipo de alimentación anormal, en el cual la persona recurre a conductas de ingesta voraz con consecutivas acciones de purgación con el fin de eliminar las posibles calorías ingeridas.

Para la APA (2002) la bulimia nerviosa contiene características esenciales como lo son los atracones y la aparición de conductas compensatorias con el objetivo de evitar ganar peso.

Los atracones se caracterizan por contener grandes consumos de alimento en corto tiempo y una percepción de no ser capaz de controlar el consumo. Jarne (2000). En el atracón se consumen cantidades superiores a las que son consideradas como normales además de que la comida ingerida habitualmente se trata de comida chatarra con altos contenidos calóricos. (APA; 2002).

La aparición de los atracones se mantiene hasta que el individuo llega a una saciedad o se produce un dolor de estómago. Quienes lo padecen comúnmente experimentan sentimientos de culpa por lo cual suelen esconder los síntomas.

Otra característica de las personas que padecen bulimia nerviosa es la ejecución de conductas compensatorias en las cuales, buscan contrarrestar las consecuencias de comer por medio de ejercicio físico extenuante o el evitar comer incluso durante varios días. (APA; 2002).

Jarne y Talarn (2000) refieren la existencia de dos subtipos de bulimia nerviosa: de tipo purgativo y tipo no purgativo. En el primero el individuo realiza acciones como la provocación del vómito, uso de laxantes y diuréticos en exceso. En el tipo no purgativo cuando aparece el episodio el sujeto no hace uso de vómitos o laxantes, sino que realiza acciones compensatorias como ayunar, excesivo ejercicio.

Castillo y León (2005) exponen que los casos en los cuales el peso de la persona es normal o incluso superior a lo normal, pero con la aparición de grandes

consumos de alimento con consecutivas conductas purgatorias, es conocido como bulimia nerviosa atípica.

2.2.3 Obesidad

La obesidad es un problema de salud que incrementa la mortalidad, asociada a diversos problemas de salud tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, entre otras. En el año 2015 la OMS (Organización mundial de la salud) declara a México como el país con mayor obesidad a nivel mundial.

De acuerdo con Jarne (2000) la obesidad consiste en un excesivo depósito de grasa corporal, que además de traer consigo un peligro para la salud, las afectaciones tienen un carácter psicológico debido a cuestiones estéticas y sociales.

Continuando con el autor este refiere en la actualidad la obesidad ha ganado gran importancia por parte de diversas disciplinas de la salud debido a que se ha determinado que el nivel socioeconómico ejerce influencia en la prevalencia de la enfermedad, al igual que los hábitos alimentarios y el estilo de vida del individuo.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo (2005: 225) Define la hiperfagia como una "ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos,

accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad “reactiva”, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso”

El autor también menciona que se debe hacer una clara distinción de aquellas situaciones en las que el individuo presenta de antemano obesidad por lo cual se originan efectos secundarios como baja autoestima o poca confianza en relaciones interpersonales.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con Castillo (2005) a esta alteración se le suele llamar también con la terminología de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena

Son diversas las situaciones que acompañan los trastornos. En este sentido Castillo (2005:225) expone que “pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o nauseas recurrentes.

2.2.6 Trastorno por atracón

El trastorno por atracón está caracterizado por “la aparición de atracones recurrentes perdiendo, el paciente, el control sobre los mismos, sin conductas

compensadoras típicas de la bulimia, por ejemplo, autoprovocación del vómito, el uso de laxantes y/o diuréticos, el ejercicio físico excesivo, etc” (Castillo; 2005: 229)

Continuando con el autor, este refiere que los síntomas desencadenes del trastorno por atracón son diversos, pero suelen presentarse con mayor frecuencia en pacientes que padecen depresión o ansiedad.

Castillo (2005) menciona también que el final de la adolescencia es la etapa más vulnerable debido a que la mayoría de los pacientes comienzan en esta etapa ya que el realizar dietas estrictas logran perder peso lo cual les otorga motivación.

El DSM-IV (mencionado por castillo; 2005) contiene una serie de criterios de evaluación para el diagnóstico del trastorno por atracón. Estos criterios refieren que son necesarias dos condiciones para para determinar si ocurre un episodio de atracón; 1) ingesta excesiva, en un corto periodo de tiempo (2 horas) y 2) sensación de pérdida de control de la ingesta.

De igual manera debe presentar al menos tres síntomas de los cinco que expone el DSM-IV; 1) ingesta mucho más rápida de lo normal, 2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno, 3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, 4) comer a solas para esconder su voracidad y 5) sentirse a disgusto con uno mismo; depresión, o gran culpabilidad después del atracón. (DSM-IV, mencionado por Castillo; 2005)

2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

De acuerdo con Castillo (2005) la principal característica que presentan este tipo de trastornos es el rechazo de alimentos y conductas alejadas de la alimentación normal, en donde el infante tiende a subir o bajar de peso en un lapso de mínimo un mes y es importante descartar la participación de alguna afección orgánica.

Por otro lado, Palmer y cols (mencionados por Jiménez; 1997) sugieren un método de clasificación que se basa tanto en la naturaleza del problema como en sus probables causas, destacando problemas alimentarios tales como; problemas de conducta a la hora de las comidas, hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar múltiples alimentos, entre otros.

Por su parte Jiménez (1997) expone posibles causas y las agrupa en tres categorías; 1) un entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación 2) la existencia de algún tipo de disfunción neuromotora y 3) la presencia de algún obstáculo estructural que impide la aparición de comportamientos alimentarios adecuados.

Algunas alteraciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria son: comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, rechazo de alguna clase de comida, negación a tomar alimentos sólidos,

ingesta de comida mezclada, falta de apetito, tiempo de comida excesivo y vómitos. (Jiménez; 1997).

De igual manera, Castillo (2005) menciona aquellas alteraciones asociadas a los trastornos entre las que se encuentran: 1) el rechazo alimentario, 2) la pica o alotriofagia en la que el sujeto suele ingerir sustancias no nutritivas como tierra o pintura, 3) la rumiación o mericismo que es la regurgitación repetida de la comida ingerida, y 4) potomanía que se refiere a la ingesta excesiva de líquidos con el objetivo de inducir la saciedad.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

La alimentación se estructura en la interacción con la madre e hijo, y continua con los diversos estadios de su desarrollo, la importancia de la alimentación del niño son los intercambios del niño con el entorno que por diversos factores surgen problemas que afectan en el organismo y psicología del niño.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Desde edades muy tempranas se puede observar la aparición del reflejo oroalimenticio. Ajurriaguerra (1973) explica que en los primeros meses de vida de un infante se forma una relación objetal en donde la madre, al comienzo, no es un objeto amado sino una fuente de nutrición para el lactante.

De acuerdo con lo anterior el autor refiere que la actividad oral en los primeros meses de vida resulta tener dos tipos de naturaleza: biológica y de placer. De tal manera que las relaciones madre-hijo iniciales se establecen debido a que está ligada la acción de comer.

Ajurriaguerra (1973) expone también que el acto de comer corresponde a un ritual social que debe contar con la participación activa de la familia debido a que para realizarlo es necesaria la implantación de horarios, cuenta con un carácter obligatorio y su aceptación significa disciplina hacia los padres.

Continuando con el autor este menciona diversos significados que adquiere el acto de comer: nutrición, experimentación de placer, necesidad de crecimiento. En infantes aparece mediante un sentido antropofágico y en lactantes posee carácter simbólico.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Ajurriaguerra (1973) distingue dos tipos de anorexia que pueden aparecer durante el desarrollo del recién nacido: 1) la anorexia esencial precoz y 2) la anorexia del segundo semestre que a su vez contiene de dos subtipos.

La anorexia esencial precoz se caracteriza por aparecer durante las primeras semanas de vida o incluso puede llegar a aparecer desde el primer día de nacido.

Suele aparecer en niños con bajo peso y muy activos, pero cabe destacar que la aparición de este tipo de anorexia es relativamente rara.

La anorexia del segundo semestre es más común que la anterior, puede originarse entre el quinto y el octavo mes debido a los cambios de comida, ya que cuando se comienzan a introducir lentamente alimentos más sólidos aparece un rechazo por parte del infante.

Este tipo de anorexia se divide en dos categorías de acuerdo con el comportamiento con el que este acompañado; anorexia inerte y anorexia de oposición. En la inerte el infante no coopera para deglutir alimentos e incluso evita ingerirla, pero de forma pasiva. En la de oposición aparece un auténtico rechazo en la que hace uso de métodos como llorar, vomitar o agitación. Ajurriaguerra (1973)

Por su parte Kreisler (mencionado por Ajurriaguerra;1973) expone dos tipos de anorexia; la anorexia simple y la anorexia compleja.

Dentro de la anorexia simple aparecen reacciones de tipo negativo al cambio de alimentación mostrando conductas de rechazo, pero sin que exista una pérdida de apetito.

En la anorexia compleja los síntomas son más agudos, no solo rechaza la comida, sino que además expresa conductas rechazantes y desafiantes para evitar ingerir alimentos.

Retomando a Ajurriaguerra (1973) plantea también el advenimiento de otra alteración llamada la anorexia de la segunda infancia la cual suele proseguir a la de la primera y surge como un enfrentamiento a la dureza paterna.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Aun en la actualidad resulta difícil para los profesionales en el área el garantizar con seguridad un exacto perfil para describir a una persona en peligro de desarrollar un trastorno de la alimentación, debido a que son diversos los factores que intervienen en la aparición de estos, además de que también influye la predisposición individual y familiar de la persona.

De acuerdo con lo anterior es que Costin (2003: 72) determina “es la combinación de algo personal y /o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita la situación”.

En este sentido el autor explica diversos factores asociados, el primero de ellos es el tener problemas con la autonomía debido a que están orientados hacia cumplir las expectativas del entorno y pierden el propio sentido de pensamiento independiente. Viven pendientes de cumplir con los ideales de quienes los rodean.

El segundo factor que expone Costin (2003) es el déficit en la autoestima que hace referencia a la aceptación propia, en donde cuanto más alejada este la

percepción de uno mismo con el ideal de imagen que tenga la persona, más baja será su autoestima.

El tercer factor que menciona es el camino a la perfección y el autocontrol. Los jóvenes que padecen trastornos alimentarios suelen ser demasiado exigentes consigo mismos lo que los lleva a someterse a regímenes alimentarios severos “paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos” (Costin; 2003: 75).

El miedo a madurar que experimentan los adolescentes es otro factor precipitante ya que supone ser una etapa de diversos cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales que, si el adolescente no se considera capaz de afrontar de manera hábil, puede dañar su propia estimación. (Costin; 2003)

Para finalizar, como se mencionó en el comienzo de este apartado para que una persona se encuentre vulnerable ante los trastornos de la conducta alimentaria, es necesaria la intervención combinada de 3 aspectos; predisposición familiar, rasgos de personalidad y factores socioculturales. (Costin; 2003)

2.5 causas del trastorno alimentario

En la actualidad aún no se ha establecido ninguna causa para los trastornos alimentarios. Aunque una preocupación con el peso corporal y la dimensión de una variable del cuerpo parezcan ser centrales a todos los trastornos alimentarios, diversas

investigaciones han mostrado, hasta ahora que los trastornos alimentarios están relacionados a muchas circunstancias.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Diversas teorías psicológicas hacen énfasis en la influencia que ejercen factores como las creencias, el aprendizaje, las actitudes o la constitución psicofisiológica de las personas en la conducta de comer.

La selección de la comida no solo tiene carácter nutricional, sino que contiene una extensa red de significados sociales, además de que gran parte de estos significados están directamente vinculados con la comida. (Ogden; 2005).

De acuerdo con lo anterior es que Helman (mencionado por Ogden; 2005) presenta una clasificación cinco sistemas de comidas de acuerdo con su estructura o simbolismo:

Esta clasificación abarca perspectivas que van desde la diferenciación de aquello que es comestible de lo que no lo es, el valor religioso que se le otorga a algunos alimentos, las comidas paralelas que son aquellas cuya diferencia radica en si son calientes o frías, la prohibición de algunos tipos de comida en estados como enfermedad, embarazo, entre otros, y por ultimo retoma el carácter social que se le otorga a la comida.

En este sentido, retomando a Ogden (2005) sostiene que la función y papel que ostentan los alimentos varía de acuerdo a las diferentes culturas y épocas en las que se presente, sin embargo, el acto en si contiene un carácter comunicativo y expresa diferentes significados.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Rausch (1996) expone cuando se presenta un trastorno alimentario, este no involucra solamente al enfermo, sino que toda la familia resulta afectada, pero debe entenderse que la familia en si no es un causante.

Por lo que Costin (2003) afirma de igual modo, que resulta errónea la premisa de atribuirle la total responsabilidad al factor familiar ya que pueden ser diversos los precipitantes de la enfermedad. Aunque si considera como factor de riesgo la influencia de aquellas familias en donde han aparecido antecedentes de trastornos alimentarios.

En este sentido es que el autor menciona diversos rasgos que muestran las familias en donde se han presentado casos de trastornos alimentarios, haciendo hincapié en que estas características no encasillan a todas aquellas familias y por lo tanto no necesariamente van a provocar un trastorno.

Estos rasgos son:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa
- Ausencia de límites generacionales
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico (Costin; 2003: 81)

En su obra Bruch (mencionado por Ajurriaguerra;1973) aborda la cuestión de los rasgos que tienen los padres con hijos con trastornos alimentarios, en el que explica que las madres son comúnmente mujeres exitosas con necesidad de aparentar vidas perfectas. Por su parte, los padres llegan a sentirse desplazados y manifiestan demasiada preocupación por las apariencias, además de tener grandes expectativas acerca del triunfo de sus hijos.

Retomando a Rausch (1996) refiere que para las mujeres con trastornos alimentarios la influencia de las hermanas suele ser negativa debido a que aparecen fuertes rivalidades.

Para finalizar es importante mencionar que “cuanto más tiempo se mantenga crónico un trastorno alimentario, mayor será el desajuste que produzca en la personalidad de quien la padece, así como en la vida familiar” (Rausch; 1996: 44)

2.5.3 Factores socioculturales

A través del paso del tiempo la delgadez va ganando importancia. No debe olvidarse que hace algunos siglos no era considerada para nada atractiva, con el tiempo esta premisa fue cambiando y en la actualidad es exactamente lo contrario, es decir, la sociedad estimula y recompensa la delgadez, mientras que rechaza y castiga la obesidad. (Costin; 2003).

Hoy en día la expectativa para las mujeres es desarrollar un papel brillante dentro de las sociedades, sobre todo en las industrializadas. Además del éxito laboral se espera de ellas el tener cuerpos perfectos. La influencia de la televisión determina que todas las mujeres deben ser esbeltas, sanas, sexys, hermosas y triunfadoras, además de poseer un excesivo control de sí mismas llegando a extremos perfeccionistas. (costin; 2003).

Continuando con el autor, menciona que de esta manera los medios de comunicación logran manipular el peso convirtiéndolo en un interés central, que las obliga a hacer estrictas dietas a fin de conseguir estereotipos estéticos modernos.

Las afectaciones que provocan estos estereotipos hacen que se originen sentimientos de culpa, ansiedad, miedo, pérdida de control debido a que se genera un temor a fallar. En consecuencia, la persona comienza a desconectarse y a experimentar rechazo hacia su propio cuerpo. (Costin; 2003).

Por otra parte, Costin (2003) expone los prejuicios a los que se enfrentan comúnmente las personas que padecen trastornos alimentarios. En primer lugar, se encuentra el hecho de considerar que las personas son obesas solo por el tipo de alimentos que consumen, cuando se ha investigado y comprobado que son múltiples los factores que influyen en el peso de una persona.

De igual manera se tiene la creencia de que los obesos padecen de muchos más trastornos psicológicos, debido a esto su figura corporal está sometida a una gran presión social, esto genera discriminación. Además de que la obesidad está ampliamente vinculada con la mortalidad.

El último prejuicio que considera Costin (2003) es la sociedad considera como beneficiosas las dietas estrictas, siendo en verdad que estas resultan contraproducentes debido a que, si el enfermo experimenta sensación de fracaso, esto generara mayor obsesión por su peso.

Para finalizar, Jarne (2000) expone que otro aspecto sociocultural a considerar es el estrato socioeconómico, debido a que la clase alta pone mayor interés por permanecer dentro del estándar de peso o incluso por debajo, mientras que los malos

hábitos alimentarios, mayor consumo de hidratos de carbono y una menor presión, están vinculados a un menor poder adquisitivo.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

A lo largo del tiempo, numerosos han sido los trabajos y amplio ha sido el interés por conocer las consecuencias en todos los niveles del ser humano, que pueden desencadenarse debido a la insatisfacción corporal. Este interés con los años ha ido en incremento tal y como lo han venido haciendo el número de personas que manifiestan preocupación por su peso corporal.

Schilder (mencionado por Ogden; 2005: 97) define la imagen corporal como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”. Esto engloba aspectos tales como conocer los límites de nuestro propio cuerpo, percibiéndolo como atractivo a la misma vez que se obtienen sensaciones a través de él.

Por otra parte, Jarne (2000: 144) expone la imagen corporal como “una representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia”. De tal manera que se ven involucrados dos aspectos emocionales: los sentimientos y las actitudes hacia el propio cuerpo.

Por lo tanto, al hablar de insatisfacción corporal, se hace referencia a una alteración en la apreciación del tamaño corporal, aunado a una equivocada percepción de que el propio cuerpo es más grande de lo que en realidad es. (Ogden; 2005)

La insatisfacción corporal puede ser medida con ayuda de distintas técnicas, pero tomando en cuenta tres perspectivas: 1) como imagen corporal deformada. 2) como discrepancia del ideal y 3) como respuestas negativas al cuerpo. (Ogden; 2005).

Siguiendo la línea de estas tres perspectivas que propone el autor, la persona con insatisfacción corporal no logra obtener una valoración objetiva de sus dimensiones corporales, percibiéndose con mayor volumen de la realidad, exponiendo juicios negativos y rigurosos acerca de su imagen corporal.

Ogden (2005) menciona en su obra que de acuerdo con estudios realizados por diversos autores las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los varones, ya que preferirían tener un pecho más grande, en contraste con el deseo de que las piernas, estomago, nalgas y en general toda la forma del cuerpo fuera menos voluminoso.

De igual manera se realizó el estudio con hombres quienes presentaron una satisfacción corporal más alta. Aun así, existe una leve insatisfacción con los bíceps, el ancho de la espalda y pecho.

Por lo tanto, cabe destacar que la insatisfacción corporal se presenta sin importar la edad, sexualidad, carácter étnico o clase social con que cuente una persona. Aun así, existen factores que desempeñan un papel importante en la aparición de este fenómeno: sociales y psicológicos.

Ogden (2005) expone que el factor social está asociado a la información y representación que manejan los medios de comunicación, la cultura a la que está sometida la persona y la influencia familiar, en donde se destaca que las madres con descontento de su cuerpo transmiten esta sensación a sus hijas.

Por otra parte, señala que los factores psicológicos abarcan dos aspectos; las creencias del individuo con respecto a su capacidad de logro y la naturaleza de la relación madre-hija en donde el adolescente debe ser capaz de obtener una autonomía óptima.

La insatisfacción corporal trae consigo consecuencias que en su mayoría se presentan con mayor frecuencia en mujeres, debido a que suelen someterse regímenes rigurosos de alimentación, algunas otras fuman para inhibir la necesidad de alimentarse, exhaustivas rutinas de ejercicio y la cirugía estética donde llegan incluso a exponer su propia salud con tal de conseguir un ideal corporal.

Mientras que los hombres suelen optar por la realización de deportes para hacer ejercicio debido a que toman más en cuenta el contacto social y la diversión como motivadores para realizar dichas actividades a la vez que consiguen su cuerpo ideal.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Las complicaciones de carácter psicológico y fisiológico originadas a partir del trastorno se convierten en elementos perpetuantes de la enfermedad. Entendiendo por perpetuar que es el “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” (Costin;2003: 89).

En este sentido el autor refiere la existencia de 2 factores perpetuantes de los trastornos alimentarios; las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas.

Dentro de la práctica de control de dietas se encuentran diversos elementos y factores que contribuyen a que la enfermedad perdure. En sí misma la dieta es el factor perpetuante por excelencia, debido a que deja de ser una solución para transformarse en lo que lo conserva. (Costin; 2003).

Continuando con el autor, menciona que las dietas en sí mismas suponen ya el que el individuo tenga una mala práctica en la alimentación, esto tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

- De orden psicológico: transformaciones anímicas como conductas destructivas, irritabilidad, cambios fuertes de humor, entre otros.
- De orden cognitivo: falta de concentración, falta de comprensión y dificultades en el estado de alerta.

- De orden social: presentan aislamiento, incomodidad en la interacción con otros.
- De orden fisiológico: como cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, entre otros.

Para finalizar, Costin (2003) afirma que la restricción alimentaria es forjadora de hábitos, debido a que la comida se vuelve una obsesión que enferma, lo que lleva a la conclusión de que indiscutiblemente la adicción radica en la dieta y no en la comida, siendo que el realizar la dieta es lo que precipita todos los síntomas de los cuales irónicamente trata de salir la persona.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son problemas multidimensionales, las afectaciones clínicas suelen ser muy variadas, los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las dimensiones diagnósticas y terapéuticas.

De acuerdo con Butcher (2007) los trastornos de la conducta alimentaria presentan un elevado nivel de comorbilidad, mostrando diversos problemas psiquiátricos y conductas autolesivas. Los pacientes anoréxicos presentan también, depresión, ansiedad, TOC y personalidad limítrofe.

Al igual que los anoréxicos, los pacientes bulímicos presentan depresión, personalidad limítrofe y abuso de sustancias. Mientras que el trastorno por atracón es el que menos comorbilidad presenta.

Del mismo modo, Belloch (1995) menciona que en las primeras fases de los trastornos alimentarios se presenta un cuadro de disforia, seguido de depresión, afectaciones neuroendocrinas como supresión de dexametasona atribuido a la desnutrición y al estrés.

Asimismo, expone que la inanición incrementa los pensamientos obsesivos. Además de estar asociado a trastornos de la personalidad como; histriónico, antisocial, límite, por evitación y por dependencia.

En conclusión, Belloch (1995) indica que la sintomatología agrava el diagnóstico debido a que estimula las características que ya están presentes en el individuo.

Debido a lo anterior, Jarne (2000) menciona que resulta habitual que los trastornos alimentarios estén acompañados de otro tipo de trastornos. Unos de los más comunes resultan ser los trastornos afectivos en donde la depresión es un factor frecuente que se observa a través de la descenso o exceso en la ingesta, formas atípicas de melancolía, ideaciones delirantes e incluso en raros casos aparece el síndrome de Cotard.

Por otra parte, el autor nos menciona que específicamente ningún trastorno alimentario está vinculado al síndrome ansioso, pero se pueden presentar perturbaciones por defecto como la pérdida de apetito de moderada a alta intensidad.

Asimismo, Jarne (2000) explica que cuando está asociado el trastorno obsesivo compulsivo a los trastornos de alimentación se puede observar una forma peculiarmente lenta al comer, con gran meticulosidad acompañado de pensamientos de contaminación y suciedad que alteran los hábitos de alimentación.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

De acuerdo con Rausch (1997) en la actualidad todavía no existe una teoría completamente aceptada acerca de la patogénesis de los trastornos de alimentación, aunque existen algunas hipótesis como una disfunción hipotalámica o la vulnerabilidad genética, aunque en la colectividad se coincide en la multideterminación de la enfermedad.

Es por esto que, de acuerdo con lo anterior Rausch (1997) determina que para obtener una recuperación exitosa del enfermo se debe aplicar el tratamiento adecuado, exponiendo así dos tipos de tratamiento; ambulatorio y hospitalario, en los cuales el objetivo principal radica en la recuperación ponderal del paciente.

Una vez que se determina el tipo de tratamiento, se debe especificar el enfoque; psicológico, dietético, farmacológico o terapia familiar, dependiendo lo que más convenga al paciente.

Rausch (1997) expone que en el enfoque psicológico el objetivo principal es trabajar el autoestima y confianza del paciente para desarrollar estrategias con el fin de modificar aspectos que le resulten insatisfactorios, además de que obtenga la capacidad para reconocer, aceptar y orientar deseos, pensamientos y actitudes.

El mismo autor explica que en el enfoque farmacológico se busca conseguir un aumento de peso y corregir la acción de neurotransmisores vinculados para evitar depresión y ansiedad en los pacientes.

Por otra parte, en el enfoque dietético la meta fundamental de acuerdo con Rausch (1997) consiste en evitar la desnutrición crónica, fomentar la recuperación nutricional y realizar una reeducación alimentaria.

Por último, el autor refiere que en la terapia familiar el propósito radica en constituir un sistema terapéutico familiar, clínico y propio para lograr establecer confianza en todos los miembros evitando así la existencia de atribuciones de culpa para que el paciente logre descubrir sus propios recursos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se dividió en dos partes. En la primera se realizará la descripción de la estrategia metodológica que permitió el logro del objetivo general del estudio, tal encuadre incluye el enfoque o paradigma de la investigación; enseguida se caracteriza su naturaleza no experimental. Posteriormente se hablará acerca del diseño y del alcance de la investigación. Finalmente, en esta primera parte se describirán tanto las técnicas como los instrumentos empleados en la recolección de datos de campo. La metodología también incluye la población y muestra que la investigadora que ha determinado seleccionar. Por ello, en esta parte también se hablará de ambos temas. Concluye este subtítulo con la descripción del proceso de investigación que siguió la tesista.

La segunda parte, a su vez, se centra en la descripción de los resultados obtenidos producto de la medición de las dos variables estudiadas. Esta parte cierra con la interpretación estadística de los hallazgos.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se describen los diferentes componentes del plan metodológico seguido, así como sus características.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

La presente indagación es de orientación cuantitativa, con un corte hipotético-deductivo, ya que desde la perspectiva de Hernández y cols. (2014) un estudio de esta naturaleza posee las siguientes características, las cuales son compartidas con la presente investigación:

- Evidencia la necesidad de realizar mediciones y calcular magnitudes de los fenómenos de investigación.
- Se realiza un planteamiento de problema enfocado a un estudio delimitado y concreto utilizando preguntas de investigación orientadas a cuestiones específicas.
- Se generan hipótesis antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se realiza utilizando procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- Los datos al ser producto de mediciones son presentados como números.
- Las interpretaciones de los análisis cuantitativos constituyen una demostración de cómo los resultados obtenidos se ajustan con el conocimiento ya existente.
- La investigación se basa en la objetividad, por lo cual los fenómenos estudiados no deben ser afectados por el investigador quien debe evitar introducir temores, creencias o deseos que pudieran manipular los resultados del estudio.

- Sigue un proceso estricto acorde con reglas lógicas obteniendo datos que poseen estándares de validez y confiabilidad de tal manera que las conclusiones obtenidas contribuyen a la generación de conocimiento.

3.1.2 Investigación no experimental

De acuerdo con Hernández (2014:152) una investigación no experimental es una serie de “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”.

A diferencia del diseño experimental, en la investigación no experimental, no es necesario exponer a sujetos a una situación controlada en la cual se apliquen estímulos para conocer los efectos de tal condición, sino que, en cambio, se observan las situaciones presentes que no son originadas de ninguna manera por el investigador sino que, simplemente ocurren los fenómenos y no es viable su manipulación.

Este tipo de investigación se realiza de forma sistemática y empírica de tal manera que las inferencias sobre la relación de las variables se efectúan observándolas tal y como se desarrollan en su contexto natural sin que exista intervención o manipulación de las mismas.

La presente investigación es de tipo no experimental debido a que se realizó *ex post facto* abordando situaciones ya existentes que se desarrollaron bajo sus propias leyes en su entorno natural, además de que se realizó una indagación sobre las relaciones de causas y efectos sin ejercer control sobre las variables.

3.1.3 Diseño trasversal

El tipo de estudio utilizado para llevar a cabo la presente investigación fue de tipo trasversal o transeccional. De acuerdo con Hernández (2014: 154) este diseño tiene como propósito fundamental “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede”.

De igual manera, el autor refiere que en este tipo de estudios se pueden incluir diferentes grupos de individuos, indicadores o comunidades. Los diseños trasversales, a su vez, están divididos en tres tipos de alcance; descriptivos, exploratorios y correlacionales. Este último es el que se utilizó en el presente estudio.

Debido a lo anterior es que el presente estudio es de corte trasversal ya que en primer lugar, se realizó la descripción de cada una de las variables de investigación, así como también se midió y analizó la incidencia del fenómeno, la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal, permitiendo de esta manera, realizar una estimación de la magnitud y distribución del fenómeno en un momento dado.

3.1.4 Alcance correlacional

La presente investigación es de alcance correlacional. Para Hernández (2014: 93) “este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular”.

En este tipo de estudios lo primero que se realiza es la medición de cada una de las variables, para posteriormente, cuantificarlas, analizarlas y establecer la relación entre estas.

Continuando con Hernández (2014) refiere que la utilidad de los estudios de alcance correlacional radica en el poder determinar la manera en la que se comportará una variable en relación con el comportamiento de las otras variables de la investigación. Además, posee un carácter predictivo, aunque su objetivo principal no es el predecir.

La correlación puede ser de carácter positivo o negativo. De ser positiva demuestra que ambas variables aumentan o disminuyen simultáneamente. De ser negativa indica que se correlacionan en sentido inverso: a valores altos de una de ellas le suelen corresponder valores bajos de la otra y viceversa.

Cuando existe una correlación entre variables y al conocer el nivel en el que están relacionadas se obtienen bases que ayudan a predecir con alto grado de

precisión el valor aproximado que tendrá el grupo de personas en una variable, al conocer el valor que tienen en la otra. De no existir una correlación entre variables indica que estas oscilan sin seguir una pauta sistemática común.

Este estudio es de alcance correlacional debido a que se realizó la medición de las dos variables de estudio, así como también se estableció una relación estadística entre las mismas, sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes.

Asimismo, el presente estudio buscó determinar si las dos variables están correlacionadas o no, determinando el grado de relación que presentan, de tal manera que se analizó si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas utilizadas en la presente investigación fueron pruebas estandarizadas; el Perfil de Competencias Emocionales y el test psicométrico llamado inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Estas técnicas se caracterizan esencialmente porque poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y reconfirmación.

Un inventario estandarizado es aplicable a cualquier persona para la cual fue creado, y el tiempo que se otorga para contestarlo es flexible en algunos casos y

restrictivo en otros. Cabe destacar que solo podemos comparar los resultados entre grupos a los que se les administró una prueba estandarizada, siempre y cuando no existan diferencias entre los grupos que puedan generar sesgos en las respuestas.

Todo instrumento de recolección de datos debe contener tres requisitos fundamentales: confiabilidad, validez y objetividad.

De acuerdo con Hernández (2014: 200) “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales”.

Asimismo, Hernández (2014:200) determina la validez como “el grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir”.

Finalmente la objetividad se refiere al “grado en que un instrumento es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan” (Hernández y cols; 2014: 206).

De tal manera que para la presente investigación se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos. Uno de estos instrumentos fue el perfil de competencias emocionales el cual es un instrumento para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y alumnos. Incluye cinco escalas; inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado del ánimo.

Este instrumento está basado en la escala diseñada por Reuven Bar-on y traducida y adaptada al español por Nelly Ugarriza (2005) en una muestra de más de tres mil niños y adolescentes de 7 a 18 años de lima metropolitana. Adicionalmente se realizó una estandarización en la Universidad Don Vasco en el año 2015.

La validez del instrumento se analizó originalmente por Bar-on, utilizando diversos métodos, tanto de contenido como de constructo y validez convergente y validez de contrastación con grupo criterio, confirmando que es un instrumento válido.

La estandarización en México se realizó en una muestra de estudiantes de bachillerato en el año 2015, obteniendo en esta aplicación una media de 122 puntos y una desviación estándar de 16 para el puntaje total. A partir de ahí se establecen los parámetros en puntajes T para cada una de las subescalas y puntaje CE para el puntaje total. Este último establece la media en el puntaje 100 y cada desviación estándar en 20 puntos.

En esta misma aplicación en México se realizó el estudio de confiabilidad mediante el método de división por mitades, obteniendo un coeficiente de 0.91.

Asimismo, también se utilizó la escala EDI-2 la cual es la prueba “Inventario de trastornos de la conducta alimentaria”. Fue elaborada por David M. Garner en el año 1998.

El EDI-2 está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y validez de contenido concurrente de criterio, así como de constructo.

Finalmente, esta prueba cuenta con once escalas las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra

Después de haber expuesto las características del plan metodológico, corresponde ahora explicar las particularidades de los sujetos de estudio.

3.2.1 Descripción de la población

De acuerdo con Hernández (2014:174) “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Además, el autor explica

que las poblaciones deben diferenciarse de acuerdo con sus características de contenido, lugar y tiempo.

Para la presente investigación se tomó como población a los alumnos de preparatoria del Colegio de Ciencias y Humanidades de la universidad Don Vasco, los cuales comprenden la cantidad de 410 alumnos en total, abarcando desde primero y segundo año los cuales cursan materias del tronco común a diferencia del tercer año, el cual está dividido a su vez en cuatro bachilleratos; económico-administrativo, químico-biológico, fisicomatemático e histórico-social.

La institución es de carácter privado, aun así, los alumnos de dicho organismo cuentan con un nivel socioeconómico diverso, ya que se pueden encontrar alumnos con familias en niveles altos, medios e incluso bajos debido a que la escuela cuenta con un programa de becas que permite que la población en general tenga acceso a realizar ahí sus estudios.

Asimismo, resulta ser muy diverso el origen de los alumnos, destacándose principalmente que muchos de ellos provienen de pueblos cercanos a la ciudad tales como: San Juan Nuevo, Corupo, San Ángel Zurumucapio, Taretan, entre otros, aunque cabe mencionar que la mayoría de ellos pertenecen a la ciudad de Uruapan.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo

Para Hernández (2014:173) una muestra es “un subgrupo de la población e interés sobre la cual se recolectan datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población.”

Asimismo, el autor refiere la existencia de diversos tipos de muestras tales como; muestra representativa, al azar, aleatoria, entre otras, pero destaca que el uso de estos términos sólo denota un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y la selección.

En este sentido, la presente investigación es de corte no probabilístico, en el cual las muestras son llamadas también como “dirigidas”, debido a que comprenden un proceso de selección orientado por las características que contiene la investigación, más que el hecho de basarse en un criterio estadístico de generalización.

La utilidad de las muestras no probabilísticas radica en que para ciertos diseños de estudio no se requiere obtener una representatividad de elementos de una población sino una cuidadosa elección de casos que cuenten con ciertas características específicas previamente descritas en el planteamiento del problema.

En investigaciones con enfoque cualitativo, las muestras no probabilísticas obtienen gran valor debido a que se logran obtener los casos que representan cierto

interés para el investigador debido a que otorgan gran riqueza para la recolección y análisis de los datos.

De esta manera, para fines del presente estudio se tomó como muestra de 114 personas de la población, la cual abarca a alumnos de primer, tercer y quinto semestre respectivamente de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. las edades promedio de los alumnos son de entre los 14 y 18 años. 48 fueron mujeres y 66 hombres a quienes les fue aplicado un total de 114 pruebas del instrumento llamado "Perfil de Competencias Emocionales y otras 114 pruebas del "Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Para la aplicación los alumnos fueron divididos proporcionalmente debido a que la cantidad de alumnos por año varia, es decir conforme aumenta el grado de estudio la cantidad de alumnos disminuye. Así de esta forma para obtener una muestra proporcional de cada uno de los tres años de estudio de la preparatoria se dividieron y se tomaron 57 alumnos de primer semestre, los cuales a su vez se dividieron entre los 4 grupos existentes tomando 14, 15, 14 y 14 alumnos de los salones 1010, 1020, 1030 y 1040 respectivamente. Asimismo, se obtuvieron 37 alumnos de tercer semestre y se tomaron 12, 12 y 13 alumnos de los salones 3010, 3020 y 3030 respectivamente. Por último, fueron 26 alumnos de quinto semestre divididos en 12, 7, 4 y 3 de los salones 5010, 5020, 5030 y 5040 respectivamente.

De estas 114 pruebas aplicadas fueron desechadas 18 pruebas debido a que obtuvieron un puntaje T mayor a 60 en la escala de deseabilidad social del perfil de

competencias emocionales, el cual comprueba la confiabilidad de las respuestas otorgadas por el sujeto. Asimismo, fueron desechadas otras 18 del inventario de trastornos de la conducta alimentaria, mismas que pertenecían a los mismos sujetos de los cuales se desecharon las primeras pruebas mencionadas.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para la realización del presente estudio, en primer lugar, surgió la idea debido a una problemática que se vive actualmente; el alto nivel de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.

Cada año aumentan las cifras de personas que padecen este tipo de trastornos y los adolescentes suelen ser los más afectados por dicha condición. De esta manera surge el interés de la investigadora por conocer cuáles de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria están afiliados al nivel de competencias emocionales con el que cuenta un sujeto en etapa adolescente.

Para la construcción del proyecto se llevó a cabo, primeramente, una revisión de los antecedentes de cada una de las variables a utilizar para obtener un conocimiento previo de los fenómenos abordados, y conocer investigaciones previas afiliadas con el presente estudio teniendo así una base y línea de partida. Posteriormente se realizó el planteamiento del problema para determinar el nivel de importancia que pudiera obtener el estudio en situación actual dentro del contexto a realizarse. A partir de ello se fijaron los objetivos particulares que en total constituyen

ocho siendo 6 teóricos y 2 prácticos, así como un objetivo general a cumplirse dentro de la investigación. Asimismo, se llevó a cabo la construcción de una hipótesis de trabajo y una hipótesis nula.

A continuación, se realizó la operacionalización de las variables con el fin de señalar el instrumento por medio del cual se realizó la medición de cada una de las variables. De esta manera se eligieron dos instrumentos; el perfil de competencias emocionales y el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).

Posteriormente se procedió a la realización de la justificación para explicar a toda persona interesada en el estudio lo conveniente de llevar a cabo la investigación y los beneficios que se derivarán a partir de ella.

Por último, se construyó el marco de referencia con la finalidad de delimitar la muestra a utilizar dentro del presente estudio, así como tomar en cuenta dentro de la investigación las características con las que cuenta la muestra elegida.

Para la elaboración del marco teórico se desarrollaron dos capítulos, el primero de ellos se creó a partir de la variable de estudio competencias emocionales, en el cual se abarcaron temas como; las emociones, concepto y clases de competencias, diferenciación entre inteligencia cognitiva y emocional, concepto de competencias emocionales y su clasificación y la educación emocional en diversos contextos como familiar, escolar, laboral, entre otros. Asimismo, se incluyeron las distintas formas con

las que se puede evaluar la variable, así como también el instrumento a utilizarse dentro de este estudio para llevarlo a cabo; el perfil de competencias emocionales.

Por otra parte, dentro del segundo capítulo se desarrolló el tema concerniente con la segunda variable de estudio; indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el cual se tocaron temas tales como antecedentes, concepto, causas, y características de los trastornos alimentarios, bulimia, anorexia, obesidad, hiperfagia, vómitos, entre otros. Así como también la organización y alteraciones en la esfera oroalimentaria, el perfil de las personas con este tipo de trastornos, factores predisponentes individuales, familiares, socioculturales, factores que mantienen los trastornos alimentarios, así como también los trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

Asimismo, se elaboró un tercer capítulo en el cual se estructuró la descripción metodológica del presente estudio, en este se describe que la presente investigación es de corte hipotético-deductivo ya que utiliza el enfoque cuantitativo, siendo una investigación no experimental, con diseño trasversal y alcance correlacional.

En este apartado también se incluyeron las técnicas e instrumentos de recolección de datos en las que se describieron a fondo los dos instrumentos a utilizar dentro del estudio; Perfil de competencias emocionales y el inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2.

Igualmente se incluyó dentro de este apartado una descripción de la población, así como también una descripción del tipo de muestreo que se llevó a cabo.

Para llevar a cabo la aplicación del instrumento de evaluación dentro de la muestra de estudio se solicitó por escrito un permiso por parte de los directivos de la institución presente dirigido personalmente al director de la institución donde se llevó a cabo la recolección de datos, se le entregó y se obtuvieron los permisos, horarios y salón de aplicación, así como las cantidades específicas de alumnos a asignar por aula.

De esta manera, el día y hora señaladas, se procedió a extraer la cantidad estipulada de alumnos. Posteriormente fueron llevados al salón 49 del edificio 4 para iniciar la aplicación. Primeramente, las instrucciones se les otorgaron de manera colectiva, pero la aplicación se administró de forma individual en grupos de 40 alumnos por ocasión debido a la capacidad del aula. Cabe señalar que la aplicación se realizó durante sus horarios de clase.

Durante la aplicación los alumnos de primer y tercer semestre trabajaron en silencio durante todo el proceso y solo preguntaban si surgían dudas. En contra parte los alumnos de quinto semestre hicieron más ruido, hacían algunos comentarios fuera de lugar por lo cual se les tuvo que llamar la atención en mas de una ocasión.

Para la calificación del instrumento inventario de trastorno alimentarios se hizo uso de un archivo de Excel el cual contabiliza los valores obtenidos de cada sujeto,

una vez obtenidos estos puntajes se obtuvieron los percentiles de acuerdo con el baremo del test.

Para la calificación del perfil de competencias emocionales se utilizó un archivo de Excel con fórmulas prediseñadas para calcular los valores específicos asignados requeridos en cada prueba, el cual daba como resultado cada uno de los puntajes T obtenidos en cada escala.

Los datos obtenidos se vaciaron en una matriz de hoja de cálculo que contenía el nombre, edad, sexo y puntajes obtenidos en cada test por individuo. A partir de la colocación de estos datos se procedió al análisis estadístico de la información, para el cual se hizo uso de fórmulas estadísticas como media, mediana, moda, desviación estándar y coeficiente de correlación de Pearson para posteriormente proceder a su interpretación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo en función de los instrumentos aplicados y las medidas estadísticas obtenidas a partir de ellos. Estos resultados se organizan en tres categorías para su análisis e interpretación: en la primera de ellas, se muestran los resultados de la variable competencias emocionales; en la segunda se detallan los puntajes y medidas obtenidas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Finalmente, en la categoría tres se presentan los resultados de la correlación entre ambas variables.

3.4.1 Las competencias emocionales en los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la universidad Don Vasco.

La inteligencia emocional es definida por BarOn (citado por Ugarriza; 2001: 131) como “un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. Como tal, nuestra inteligencia no-cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional”.

De acuerdo con lo anterior y habiendo revisado varias de las propuestas de diversos autores la competencia emocional es entendida como “El conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender,

expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra; 2007: 8)

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Perfil de competencias emocionales, se muestran en puntajes T las escalas y Coeficiente emocional.

La media en el nivel de inteligencia intrapersonal fue de 52. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007)

De igual modo se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual caen abajo y arriba igual número de medidas (Elorza; 2007). El valor fue de 51.

De acuerdo con este mismo autor la moda es la medida que ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En cuanto a esta escala, la moda fue de 49.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se conforma como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. El valor obtenido en la escala de inteligencia intrapersonal fue de 10.

La inteligencia intrapersonal incluye la medición de la autocomprensión de sí mismo, la habilidad para ser asertivo y la habilidad para visualizarse a sí mismo de manera positiva.

Se obtuvo el puntaje de la escala de inteligencia interpersonal, encontrando una media de 47, una mediana de 46 y una moda representativa de 44. La desviación estándar fue de 9.

La inteligencia interpersonal incluye destrezas como la empatía y la responsabilidad social, el mantenimiento de las relaciones interpersonales satisfactorias, el saber escuchar y ser capaces de comprender y apreciar los sentimientos de los demás.

Asimismo, en la escala de Adaptabilidad se encontró una media de 49, una mediana de 49 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 10.

La escala de adaptabilidad incluye la habilidad para resolver los problemas y la prueba de la realidad, ser flexibles, realistas y efectivos en el manejo de los cambios y ser eficaces para enfrentar los problemas cotidianos.

En la escala de manejo del estrés se obtuvo una media de 48, una mediana de 49 y una moda de 42. La desviación estándar fue de 9.

La escala de Manejo del estrés incluye la tolerancia al estrés y el control de los impulsos; ser por lo general calmado y trabajar bien bajo presión; ser rara vez impulsivo y responder a eventos estresantes sin desmoronarse emocionalmente.

Por otra parte, en la escala de estado de ánimo se obtuvo una media de 46, una mediana de 46 y una moda de 42. La desviación estándar fue de 11.

Esta escala incluye la felicidad y el optimismo, así como una apreciación positiva sobre las cosas o eventos y la actitud placentera ante ellos.

Finalmente, como puntaje sintetizador en coeficiente emocional se obtuvo una media de 97, una mediana de 96 y una moda de 95. La desviación estándar fue de 18.

El coeficiente emocional total expresa como se afrontan en general las demandas diarias en el plano afectivo.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las sub-escalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento se puede interpretar que, el nivel de competencias emocionales en la muestra de estudio se ubica dentro de los rangos normales de acuerdo con los puntajes de las medidas de tendencia central obtenidas en las diversas subescalas.

Así mismo los puntajes que muestra la desviación estándar en las distintas subescalas indica que hay poca dispersión en los datos.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación, se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en cada escala.

En la escala de inteligencia intrapersonal el 9% de los sujetos se ubican por debajo de T 40; en la escala de inteligencia interpersonal el porcentaje de sujetos es de 24%, mientras que en la escala de adaptabilidad es de 19%; el porcentaje de sujetos con puntajes bajos en la escala manejo de estrés es de 18% y en la escala de estado de ánimo es de 31%. Finalmente, los sujetos que obtuvieron un puntaje bajo en coeficiente emocional, es decir, un coeficiente por debajo de 80, son un 17%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2

Los resultados mencionados anteriormente indican pocos casos preocupantes en la muestra de estudio, es decir son pocos los alumnos que presentan deficiencias en sus competencias emocionales, siendo la escala de estado de ánimo donde se encontraron la mayor cantidad de casos con puntajes bajos la cual puede representar una situación más generalizada en la población de estudio.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada.

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un conjunto de patologías distinguidas por alteraciones graves.

En este sentido cabe destacar que las patologías mayormente asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia y la bulimia, debido a la incidencia con la que se presentan y las afectaciones que introducen en el paciente.

Por otra parte, la anorexia nerviosa está determinada por la aparición de pensamientos distorsionados que están vinculados con tres aspectos: la comida, el peso y la figura. (Jarne; 2000)

De acuerdo con la APA (2002: 553) “las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo”

Por último, Jarne (2000) indica que la bulimia nerviosa es un trastorno que presenta un prototipo de alimentación anormal, en el cual la persona recurre a conductas de ingesta voraz con consecutivas acciones de purgación con el fin de eliminar las posibles calorías ingeridas.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 62, una mediana de 65, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.

La escala de obsesión por la delgadez arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso a estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa. (Garner, 1998)

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 70, una mediana de 69, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferencias entre los dos tipos de anorexia bulímica y restrictiva. (Garner, 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 60, una mediana de 62, una moda de 36 y una desviación estándar de 24.

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. (Garner, 1998).

Por otra parte, en la escala ineficacia se obtuvo una media de 57, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.

La escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida. (Garner, 1998).

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 77, una mediana de 86, una moda de 94 y una desviación estándar de 23.

La escala de perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. (Garner, 1998).

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 75, una mediana de 82, una moda de 52 y una desviación estándar de 23.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. (Garner, 1998).

En la escala de conciencia interoceptiva se obtuvo una media de 62, una mediana de 72, una moda de 16 y una desviación estándar de 29.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Particularmente en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 62, una mediana de 65, una moda de 65 y una desviación estándar de 28.

La escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. En especial se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 61, una mediana de 61, una moda de 61 y una desviación estándar de 26.

La escala de ascetismo evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 63, una mediana de 65, una moda de 47 y una desviación estándar de 26.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 72, una mediana de 75, una moda de 67 y una desviación estándar de 20.

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad. (Garner, 1998)

En el anexo tres se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los datos presentados se puede interpretar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada indican una desviación estándar muy importante, es decir, hay una heterogeneidad considerable en los puntajes obtenidos.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y la desviación estándar, a continuación, se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez el 52% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 56%; en la de insatisfacción corporal, el 64%, en la de ineficacia el 67%; en la de perfeccionismo, el 35%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal 32%; en la de confianza introceptiva, 49%; respecto a la de miedo a la madurez 51%; en la de ascetismo, 63%; en la de impulsividad, 55% y finalmente, en la escala de inseguridad social el 42%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra se presentan en una proporción altamente preocupante, es decir el factor psicológico asociado a los trastornos alimentarios cobra una presencia tal que hace necesario que la muestra reciba orientación o atención profesional.

3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

Diversos autores han afirmado la relación que tienen las competencias emocionales y los trastornos alimentarios.

Para Gross (mencionado por Hervás; 2011) las emociones suelen adaptarse al estilo cognitivo de las demandas situacionales, lo cual provee una mejora en la toma de decisiones y además de preparar al individuo para rápidas respuestas motoras.

Por otra parte, Keltner y Haidt (mencionado por Hervás; 2011) mencionan que las emociones cumplen también importantes funciones sociales como el proporcionar información sobre intenciones, otorgar información a otros sobre si algo es bueno o malo, así como también flexibilizan patrones complejos de comportamiento social.

En diversas ocasiones se ha aludido que los déficits emocionales, como sucede con otros factores, pueden ser responsables de la alta comorbilidad encontrada en algunos trastornos. (Kring mencionado por Hervás, 2011).

De acuerdo con lo anterior es que Hervás (2011: 348) afirma que “en ausencia de unas adecuadas estrategias y habilidades emocionales (“inteligencia emocional”), estos intentos de regulación pueden no ser exitosos, dando lugar a una serie de círculos viciosos de difícil resolución que pueden acabar afectando a muchas áreas del funcionamiento social y psicológico.”

En la investigación presente, realizada en el Colegio de Ciencias y Humanidades se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.25 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”.

Esto significa que entre coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación negativa débil de acuerdo con la clasificación de correlación que hace Hernández (2014).

Para conocer la relación que existe entre el coeficiente emocional y la obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la r de Pearson. (Hernández; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 6%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.19 de acuerdo con la prueba “ r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la bulimia existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia hay una relación del 4%.

Asimismo, entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.28 de acuerdo con la prueba “ r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la insatisfacción corporal existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 8%.

Adicionalmente se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.48 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la ineficacia existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay una relación del 23%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.12 de acuerdo a la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala perfeccionismo existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1%.

Asimismo, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.36 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y y la desconfianza interpersonal existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 13%.

De igual manera, se pudo saber que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.34 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la

conciencia introceptiva existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 11%.

Adicionalmente se calculó que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.02 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente y la escala de miedo a la madurez no existe una correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 0%.

Entre el coeficiente emocional y la escala ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.11 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala ascetismo existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala ascetismo hay una relación del 1%.

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.26 de acuerdo con la escala “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la impulsividad existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad hay una relación del 7%.

Finalmente se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.61 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la inseguridad existe una correlación negativa fuerte. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.38, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social hay una relación del 38%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior se puede afirmar que las competencias emocionales se relacionan de forma significativa con las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

En contra parte, no se encontró una relación significativa entre las competencias emocionales y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

En función de los resultados presentados se confirma la hipótesis de trabajo que afirma que el nivel de competencias emocionales se relaciona significativamente con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios para las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

CONCLUSIONES

Una vez presentados los resultados de la investigación y su correspondiente interpretación se concluye, verificando la hipótesis de trabajo a nivel preparatoria que indica que existe una correlación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la muestra de estudio.

Asimismo, se puede afirmar que se dio cabal cumplimiento a los objetivos planteados. En el capítulo 1 se cumplieron los objetivos particulares 1, 2 y 3 referidos a la variable competencias emocionales. De igual manera se dio cumplimiento a los objetivos particulares 4, 5 y 6 referidos a la variable de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios. Adicionalmente los objetivos empíricos 7 y 8 se cumplieron al presentar los resultados de la medición de ambas variables en la muestra de estudio.

Con el cumplimiento de los objetivos particulares fue posible lograr el objetivo general de la investigación el cual plantea determinar si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y el desarrollo de trastornos alimentarios.

Esto se muestra sobre todo en el apartado de resultados e interpretación.

Dentro de los hallazgos más sobresalientes del estudio se encontró que destaca un considerable porcentaje de alumnos con nivel preocupante en la escala de estado de ánimo. Asimismo, destaca la presencia de una proporción altamente preocupante en todas las escalas de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, es decir este factor cobra una presencia tal que hace necesario que la muestra reciba orientación profesional.

A partir del presente estudio se sugiere la utilización de una metodología diferente a fin de corroborar las conclusiones presentes. Así como también aplicarlo en un ámbito distinto de tal manera que el conocimiento sobre el tema se vea enriquecido con posteriores investigaciones.

Por último, se sugiere dar continuidad para que con investigaciones sucesivas pueda llegar a determinarse en gran medida el factor clave por la cual se están presentando los porcentajes tan altos en sujetos a nivel preparatoria con el objetivo de que esto ayude a abrir un plano de oportunidades buscando mejoras.

BIBLIOGRAFIA

Ajurriaguerra, J. (1973).

Manual de psiquiatría infantil. Editorial Masson. Barcelona.

American psychiatric association (APA) (2002).

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Editorial Masson. Barcelona.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio y Ramos, Francisco. (1995).

Manual de psicopatología. Editorial Mc. Graw Hill. España.

Butcher, James; Mineka, Susan y Hooley, Jill. (2007)

Psicología clínica. Editorial PEARSON. España.

Castillo, S. María Dolores y León, E. María teresa (2005).

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.

Editorial Formación Alcalá SL. España.

Costin, Carolyn. (2003).

Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios. Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.

Editorial Cengage Learning. México.

Garner, David M. (1998)

Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). TEA Ediciones. Madrid.

Garrido Gutiérrez, Isaac. (2000).

Psicología de la emoción. Editorial síntesis. Madrid.

Goleman, Daniel. (2007)

La inteligencia emocional. Editorial Vergara. México.

Hernández, Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio. Pilar (2014).

Metodología de la investigación.

Editorial Mc Graw Hill. México.

Jarne, Adolfo y Tailor, Antoni. (2000).
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez, H. Manuel. (1997).
Psicopatología infantil. Editorial Aljibe. Granada.

Juárez Leyva, Blanca Ivony. (2016)
Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de nivel medio superior.
Tesis inédita de la escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

López Macedo, Bianca Karina. (2015)
Correlación existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en adolescentes de la secundaria de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Ogden, Jane. (2005).
Psicología de la alimentación. Editores Morata. España.

Palmero, Francesc; Fernandez, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002).
Psicología de la motivación y la emoción. Editorial Mc Graw Hill. España.

Rausch, H. Cecile. (1996).
La esclavitud de las dietas. Editorial Paidós. Argentina.

Rausch, H. Cecile. (1997).
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía. Editorial Paidós. Argentina.

Rodríguez Lemus, Alondra. (2015)
Inteligencia emocional y su relación con la dependencia afectiva en estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Tesis inédita de la escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Vernon, Phillip E. (1982).
Inteligencia: herencia y ambiente.
Editorial Manual Moderno. México.

MESOGRAFÍA

Bisquerra Alzina, Rafael; Pérez Escoda, Nuria. (2007).

“Las competencias emocionales”.

Revista: Educación XXI. 10. Págs. 61-82.

Recuperado de <http://www.redalic.org/articulo.oa?id=70601005>

Extremera Pacheco, Natalio; Fernández Berrocal, Pablo. (2004).

La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula.

Revista Iberoamericana de Educación.

Recuperado de

https://www.extensioned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimacie06.pdf

Extremera Pacheco, Natalio; Fernández Berrocal, Pablo. (2004).

“El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas.”

Revista electrónica de Investigación Educativa, 6 (2).

Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/105/1121>

Garrido Riquenes, Vilma. (2012)

“Desarrollo de la competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario”

Tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Recuperado de

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108096/vgr1de1.pdf?sequence=1>

Hervás Torres, Gonzalo. (2011).

“Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos”.

Revista: Psicología Conductual. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. Vol. 19. No. 2. Págs. 347-372.

Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738569>

Iglesias Cortizas, María Josefa. (2009).

“Diagnóstico de las competencias emocionales: estudio empírico de la facultad de CC de la educación de La Coruña (España).”

Revista de investigación educativa. Vol. 27. No. 2. Págs. 451- 467.

Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/94501/106231>

Organización mundial de la salud (OMS). (2006)

Obesidad y sobrepeso

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Ugarriza, Nelly. (2001).

“La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana.”

Persona, num. 4, 2001, pp. 129-160. Universidad de Lima. Lima, Peru.

Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

Vivas García, Mireya. (2003).

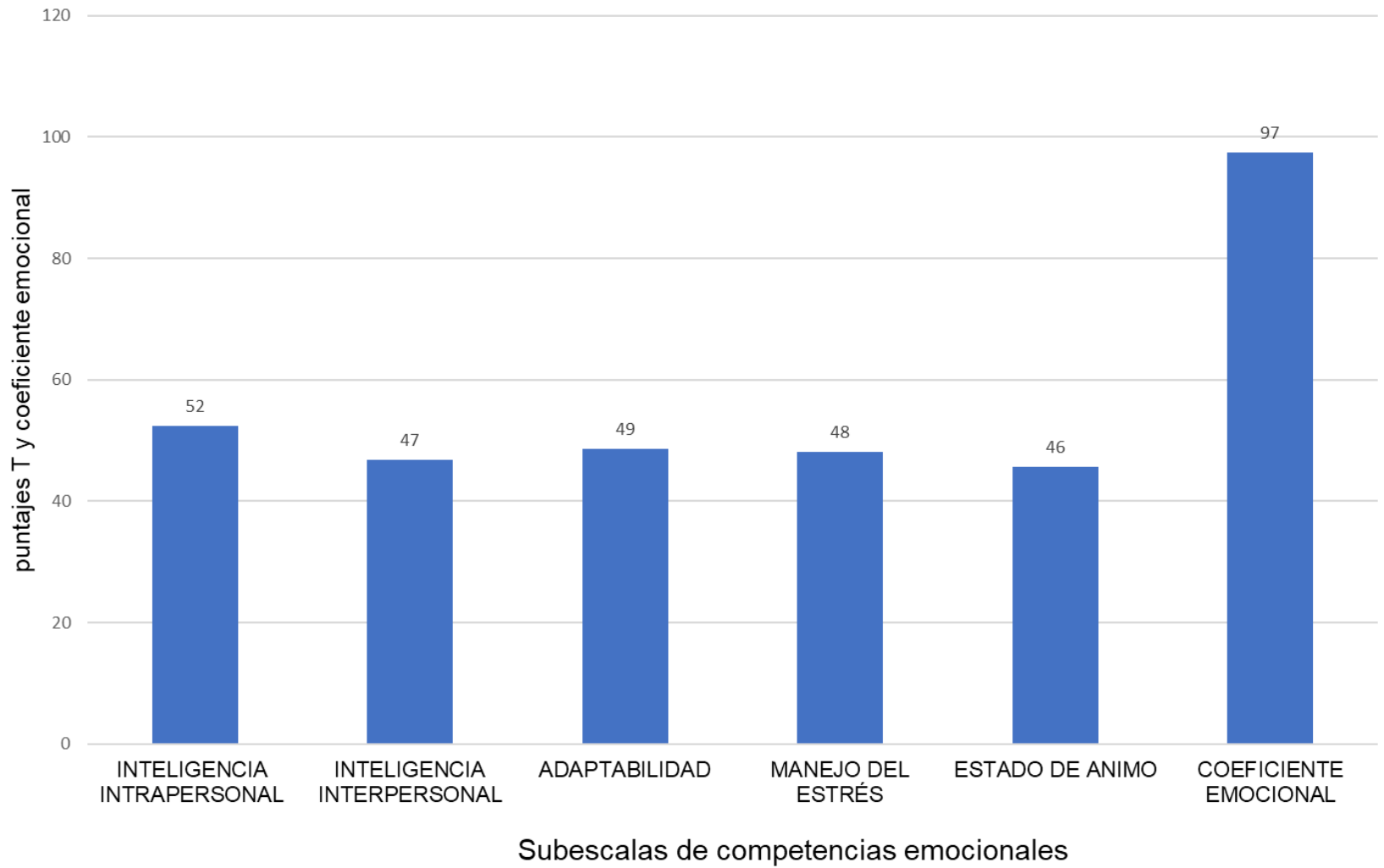
“La educación emocional: conceptos fundamentales.”

Sapiens, Revista Universitaria de Investigación. Vol. 4. Núm. 2.

Universidad pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.

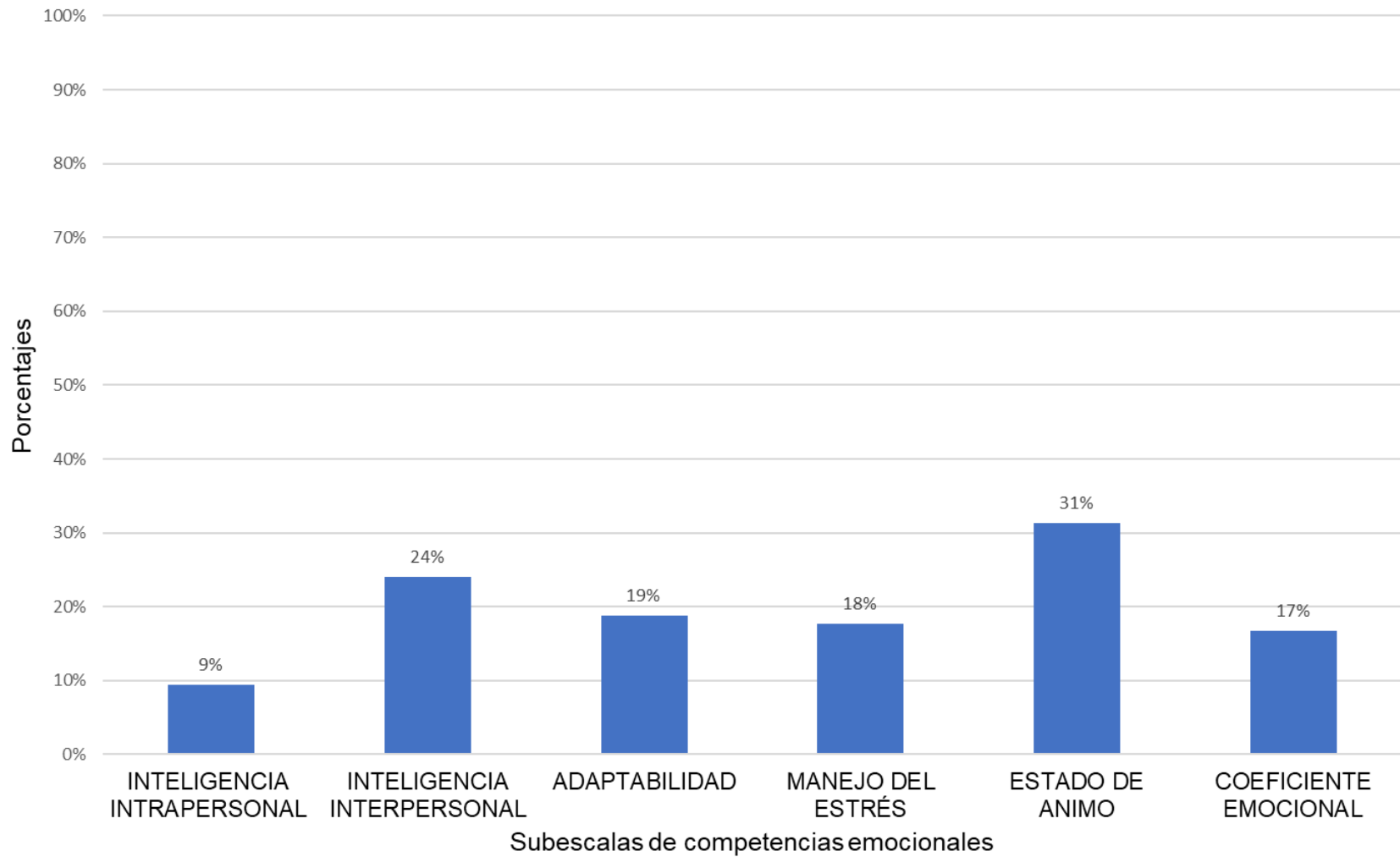
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41040202>

Anexo 1
Media aritmetica de las subescalas competencias emocionales



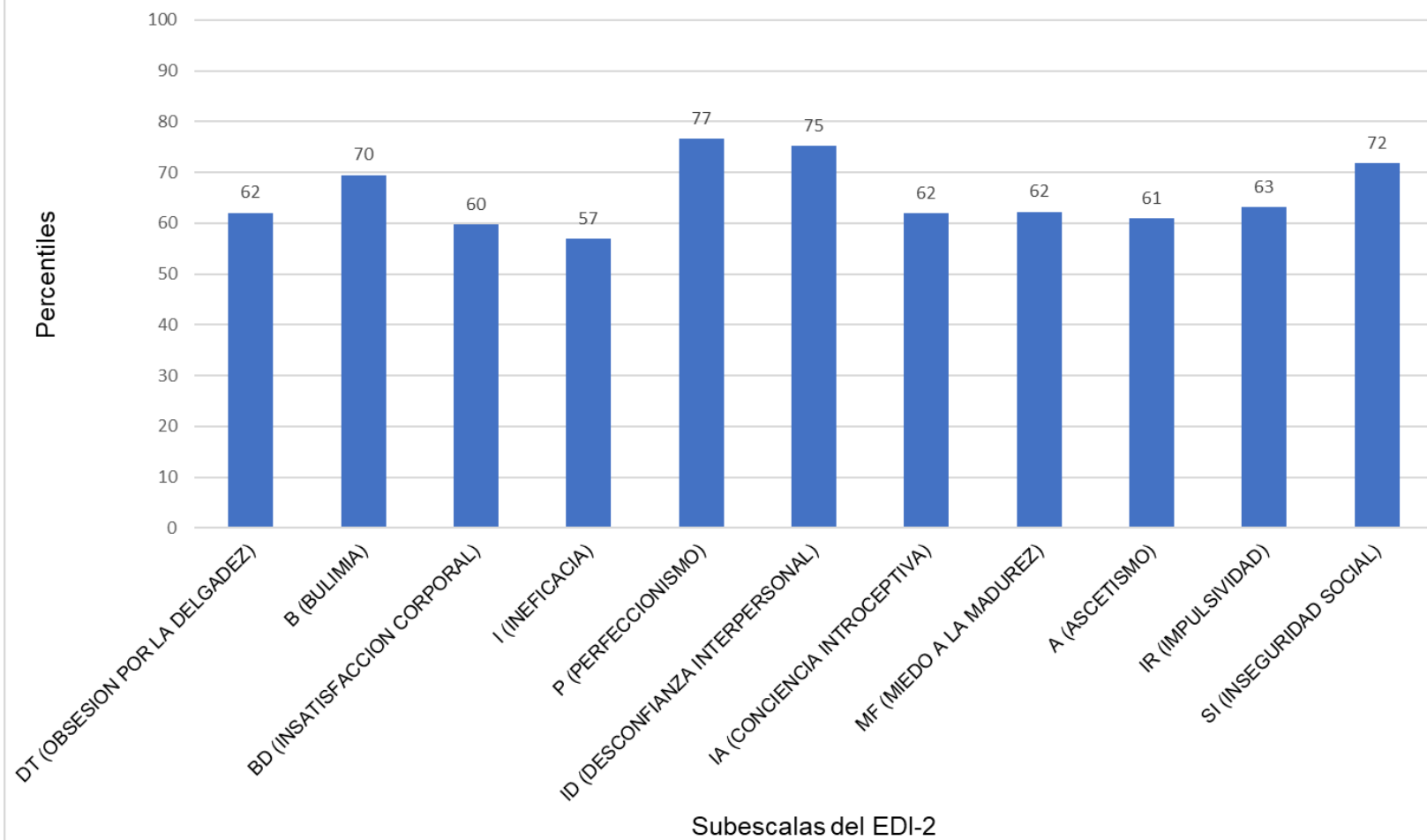
Anexo 2

Porcentaje de sujetos preocupantes en competencias emocionales



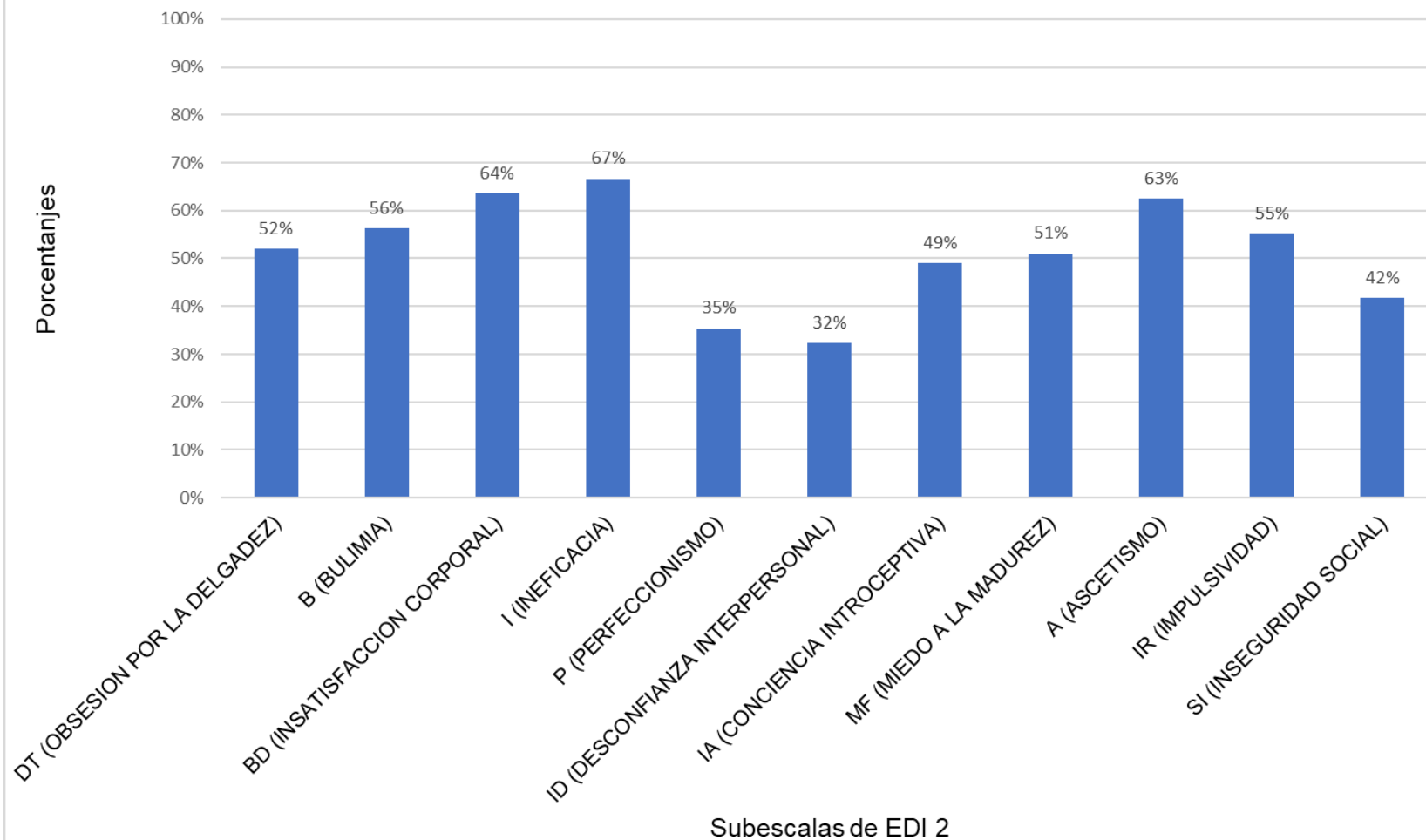
Anexo 3

Media aritmetica de los indicadores psicologicos asociados a los trastornos alimentarios



Anexo 4

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores psicologicos de los trastornos alimentarios



Anexo 5

Correlacion entre el nivel de competencias emocionales y los indicadores psicologicos de los trastornos alimentarios

