



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE COMPETENCIAS EMOCIONALES Y FACTORES
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Gabriela García Guerra

Asesora: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 18 de septiembre de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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	8
Objetivos	10
Hipótesis	11
Operacionalización de las variables	12
Justificación	12
Marco de referencia	14

Capítulo 1. Competencias emocionales.

1.1 Marco conceptual	16
1.1.1 Las emociones	17
1.1.2 El concepto de competencias	20
1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional	22
1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales	25
1.2 Clasificación de las competencias emocionales	27
1.3 Desarrollo de las competencias emocionales	31
1.4 Las competencias emocionales en la vida actual	33
1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral	34
1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar	34
1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos	35

1.5 Evaluación de las competencias emocionales	38
--	----

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	42
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	44
2.2.1 Anorexia nerviosa	44
2.2.2 Bulimia nerviosa	46
2.2.3 Obesidad	47
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	48
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	49
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	49
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	50
2.3.1 Organización oroalimenticia	51
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	51
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	52
2.5 Causas del trastorno alimenticio	55
2.5.1 Factores predisponentes individuales	55
2.5.2 Factores predisponentes familiares	61
2.5.3 Factores socioculturales	65
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	66
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	67
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	68
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	69

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	72
3.1.1 Enfoque cuantitativo	72
3.1.2 Investigación no experimental	73
3.1.3 Diseño transversal	74
3.1.4 Alcance correlacional	74
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	75
3.2. Descripción de la población	78
3.3 Descripción del proceso de investigación	79
3.4 Análisis e interpretación de resultados	81
3.4.1 Las competencias emocionales	81
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en la muestra estudiada	85
3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	91
Conclusiones	97
Bibliografía	99
Mesografía	101
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se examinan los aspectos fundamentales referidos a lo que se conoce como el proyecto de investigación. En primer lugar, se describen las definiciones conceptuales que se abordaron en este trabajo.

En segundo lugar, se expone el problema de investigación que motiva a la autora para efectuar la indagación de la naturaleza empírica, es decir, en esa parte se enuncia la pregunta a la que se dio respuesta al término del estudio.

Un aspecto fundamental lo conforma la enunciación de objetivos, tanto de naturaleza conceptual como empírica, que se lograron mediante el presente estudio. Eso también está expuesto en el presente apartado.

Se enuncian, asimismo, dos hipótesis que determinan la estrategia metodológica que se siguió, es decir, se describe una conocida como de trabajo y otra denominada nula.

La operacionalización de variables también figura en este apartado, para indicar la forma en que se obtuvieron las evidencias de campo de ambas variables, lo cual es una tarea crítica y relevante desde la perspectiva metodológica. Este estudio lo describe detalladamente.

Se presentan, de la misma manera, argumentos convincentes que fundamentan la realización del estudio que el lector tiene en sus manos.

Finalmente, se describe el escenario donde se efectuó la recogida de datos de campo. También se presentan aspectos que permiten situar al lector en el contexto particular que se eligió para fines de la investigación en su aspecto práctico.

Antecedentes.

De acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007), se entiende por competencias emocionales al subconjunto de las competencias personales y una sistemática estructura que consta de cinco bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social, habilidades de vida y bienestar.

Por otro lado Mayer y Salovey (citados por Extremera y Fernández; 2004: 1) aseguran que es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”.

Por su lado, los llamados comúnmente trastornos de alimentación son, de hecho, trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación, y que

se conocen también como desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, o de la conducta alimentaria.

De acuerdo con García (1993: 10) se define al trastorno alimentario como “la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgado y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social”.

Por otra parte, Toro y Vilardell (referidos por Zagalaz y cols.; 1989) expusieron que quienes la padecen son comedores compulsivos, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgados.

En cuanto a trabajos antecedentes, Zavala y López (2012) realizaron una investigación por parte de la universidad de Guanajuato, y la Universidad de La Salle Bajío (México), cuyo objetivo fue analizar el papel de la inteligencia emocional percibida (IEP) y sus componentes, en la disposición hacia las conductas de riesgo psicosocial en 829 adolescentes mexicanos, en escuelas secundarias públicas situadas en zonas de bajos recursos económicos, con una edad de 13 y 15 años. Se utilizó el “Inventario de coeficiente emocional de Bar-On: versión juvenil” (Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version, Bar-On EQ-i: YV Bar-On y Parker, 2004) y el “Inventario clínico para adolescentes de millón” (Million Adolescent Clinical Inventory, MACI, Million, 2004) y se encontraron correlaciones negativas entre la IPE y sus componentes con los trastornos alimentarios, el abuso de las sustancias, la predisposición a la delincuencia, la propensión a la impulsividad, los sentimientos de

ansiedad, el afecto depresivo y la tendencia suicida. Los modelos de regresión múltiple obtenidos para cada una de las conductas de riesgo, destacan la influencia del sexo como un factor que varía conjuntamente con el coeficiente emocional y sus componentes en la disposición de los adolescentes hacia las conductas de riesgo analizadas.

Otra de las investigaciones relacionadas con una de estas variables, fue efectuada por Garrido (2012) en Barcelona; en ella se indica que un 28.3% de los 320 adolescentes estudiados, supuestamente un cuarto de la población sana, se encuentra en riesgo de TCA.

Es importante destacar que, según Garrido (2012) este estudio vino a confirmar la acelerada tendencia, según otros investigadores (como Crisp, Lavander y Anderson) al cada vez más rápido incremento en varones de riesgo de TCA, hasta situarse en porcentajes que no difieren significativamente de los observados en chicas.

Se encontró que los adolescentes situados más cerca de la frontera de desarrollar un TCA, se sienten sobrepasados por las exigencias impuestas a su edad, sufriendo serias dificultades para gestionar tanto el estrés generado, como las propias emociones, de modo que se sumergen en un estado afectivo negativo, más o menos fluctuante. El resultado de esto explica la correlación negativa y significativa de tales dimensiones emocionales, tanto con el riesgo de TCA, como con el índice

operacional de estructuración del trastorno; como se encuentra señalado por otros investigadores (como Waxman, Fox and Power y Hartmann).

La similitud en las puntuaciones medias en lo que al estado afectivo, se refiere a los grupos con y sin riesgo de TCA; de esto podría inferirse que un estado emocional negativo, en sí mismo, no podría considerarse precursor, ni mucho menos indicativo de riesgo de TCA, más bien, tal estado emocional negativo precisaría asociarse con una conflictividad emocional de carácter transaccional (demanda-respuesta) que se encuentra en la base de la gestión del estrés, claramente no atribuidos a estados emocionales de carácter agudo, reactivos o asociados a un evento vital en concreto, sino más bien, relacionados con la capacidad de adaptabilidad, que, tal y como muestran nuestros resultados, podría explicar hasta un 20% de la variabilidad del riesgo de TCA.

A decir de Garrido (2012), los adolescentes con niveles más altos de competencia emocional, en las subescalas del estado afectivo general y la gestión del estrés, resultarían menos vulnerables a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Esto confirma los trabajos realizados por Fox and Power y Lavander and Anderson, que resultan interesantemente coherentes con la supuesta capacidad protectora de la salud de altos niveles de competencia emocional.

Dentro del área personal de los adolescentes en riesgo de TCA, podrían manifestarse ciertos desordenes de carácter emocional, que a través de determinado mecanismo funcional, aún no determinado, comienzan a entretorse con las

actitudes y conductas de riesgo de TCA. Cuando analizaron la relación entre el riesgo e índice de estructuración del dicho trastorno y las habilidades emocionales por grupos de sexo, se observa la fuerte relación del riesgo del TCA, y el índice de estructuración del trastorno con la gestión del estrés.

A decir de Garrido (2012), se pone de manifiesto, en ambos sexos, lo que confirma la relevancia generalizada de los componentes en gestión del estrés en la aparición del riesgo y el comienzo del desarrollo del TCA, como venían señalando Davey y Chapman, aunque, en este caso, en los chicos toma aún mayor relevancia en comparación con las chicas.

La connotación mayor a la gestión del estrés sobre el riesgo de TCA en chicos, pudiera explicarlo el hecho de que, en ellos, no gestionar adecuadamente el estrés constituiría una condición añadida a otros desajustes personales, tales como problemas de identidad, trastornos psiquiátricos, dificultades importantes en el entorno familiar, entre otros.

La especial fuerza del estado afectivo sobre el riesgo de TCA entre las chicas, en comparación con los chicos, pudiera estar reflejando las conocidas diferencias culturales en cuanto al modo en que se expresan las emociones en los diferentes grupos de sexo. La mayor tolerancia de la sociedad ante las manifestaciones emocionales negativas en mujeres, podría estar generando un ambiente más tolerante entre las chicas, ante la aparición de incomodidad emocional, apareciendo estos de un modo más palpable y bastante más tempranamente en las chicas, en

comparación con los chicos, dentro del proceso que los aproxima al riesgo o al inicio del trastorno alimentario.

Los reportes de los análisis de regresión, en la relación con la mayor explicabilidad tanto del riesgo, como del índice de estructuración del TCA en chicas, atendiendo a determinados componentes de la competencia emocional, lo atribuyen a que, en las chicas, no solo adquiere relevancia la mayor o menor capacidad de gestionar el estrés, sino además el estado afectivo; por otra parte, no puede perderse de vista la mayor capacidad de las chicas para identificar y comunicar los aspectos concernientes a la competencia emocional, lo que podría aumentar de forma complementaria la presencia de tales aspectos en el análisis global.

Argumenta Garrido (2012) que otros resultados confirman las conclusiones de Pascual y cols., en 2011, quienes llegan a considerar las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. En este estudio se observó que la inadecuación del autoconcepto en su ámbito académico, social y familiar, podría tener su base en lo planteado por algunos autores en relación con los altos estándares personales expresadas de forma competitiva, específicos para los jóvenes con TCA, acompañados de mucho mas percepción de la delgadez y una mayor autoevaluación negativa.

La autora citada señala que es de gran importancia el modo en que los adolescentes perciben e interpretan los mensajes provenientes de la familia. Los datos disponibles sugieren que los progenitores son los comunicadores más fuertes

de las presiones socioculturales relativas a las preocupaciones del cuerpo y las conductas alimentarias. Tanto las madres como los padres, con frecuencia mediante el efecto del modelado, se convierten en importantes fuentes de influencia para sus hijos en el ámbito de la alimentación y el culto al cuerpo.

Sostiene Garrido (2012) que Rodgers y Chabrol consideran que el índice de estructuración del trastorno alimentario, se correlaciona negativamente con la adecuación del autoconcepto familiar, precisamente porque esta área de la vida del adolescente, se encuentra incidiendo de un modo importante en su desarrollo, lo que sostiene la hipótesis de que las relaciones familiares negativas pueden aumentar el riesgo a padecer los trastornos alimentarios, como lo refieren los autores antes mencionados. El resultado de este estudio expresa que una tercera parte de los chicos de entre 13 y 14 años, está en riesgo de padecer trastornos alimentarios.

Planteamiento del problema

En la actualidad, es de gran importancia conocer acerca de los trastornos alimentarios, ya que es un problema en el cual se distorsiona la autoimagen corporal y se presenta un gran temor a subir de peso, adquiriendo una serie de ideas, pensamientos y conductas a través de una imagen estereotipada.

Los medios de comunicación juegan un papel importante, ya que envían constantemente imágenes y mensajes de lo que debe ser el cuerpo perfecto.

Por su parte el concepto de competencias emocionales está en auge de popularidad; hace referencia a la habilidad de expresar, comprender y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Asimismo, las competencias emocionales influyen directamente en la manera en que se reacciona ante una situación emotiva.

Por lo anterior, es de gran importancia considerar la relación de las competencias emocionales con los trastornos alimentarios y cómo se puede influir en el bienestar de un individuo, aunque los trastornos alimentarios se presentan individualmente y tienen causas emocionales o psicológicas.

Estos padecimientos se ven influenciados en el entorno cultural, social y familiar, por lo tanto, son multicausales; una misma persona puede presentar diversos comportamientos, pensamientos y, en muchos casos, es frecuente encontrar conductas disfuncionales, por ello, se cree que las competencias emocionales influyen en los trastornos alimentarios.

En función de lo anterior, surge la pregunta de investigación: ¿Existe relación significativa entre el nivel de competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en estudiantes de la carrera de Diseño y Comunicación Visual, de la Universidad Don Vasco, en Uruapan Michoacán?

Objetivos

Las diversas tareas del presente trabajo, pudieron lograrse satisfactoriamente, dado que fueron reguladas por los lineamientos que enseguida se explicitan.

Objetivo general

Determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual, de la Universidad Don Vasco.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de competencias emocionales.
2. Identificar las competencias emocionales.
3. Analizar los principales avances teóricos relacionados con las competencias emocionales.
4. Conocer la relación teórica entre competencias emocionales y trastornos alimentarios.
5. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
6. Explicar los tipos de trastornos alimentarios.
7. Examinar los principales avances teóricos referidos a los trastornos alimentarios.

8. Medir las competencias emocionales en los alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco.
9. Evaluar los factores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios en los alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco.

Hipótesis

Las siguientes explicaciones tentativas sobre la realidad examinada, se formularon con base en la bibliografía disponible y el plan metodológico propuesto.

Hipótesis de investigación

Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en los alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco, ciclo escolar 2016-2017.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en los alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco, ciclo escolar 2016-2017.

Operacionalización de las variables

En esta investigación, para la variable de las competencias emocionales se aplicó el test Bar-On(EQ); esta es una adaptación del test de coeficiente emocional, que es, a su vez, un instrumento diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos. Se incluyen escalas de medición, como son: inteligencia interpersonal, manejo de estrés, adaptabilidad y estado de ánimo. Para esto, se hace la sumatoria de las primeras cuatro escalas que conforman el coeficiente emocional. Esta escala fue diseñada por Reuven Bar-On y traducida al español por Ugarriza en el año 2005. Adicionalmente, se realizó una estandarización en la Universidad Don Vasco, en el año 2015.

Por otra parte, para la segunda variable, de trastornos alimentarios, el instrumento utilizado se denomina Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2), de David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que generalmente representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia y a la bulimia nerviosa.

Justificación

En la actualidad el estudio relacionado con las competencias emocionales está en auge, al no ser un tema muy estudiado; en este sentido, al tratarse de las emociones, se ha ido dejando de lado, ya que la sociedad en la que se vive, no se enseña a que desde pequeños se demuestre, o se permita sentir, cada una de las

emociones o simplemente, interiorizar. Ahora bien, respecto a los trastornos alimentarios, los medios de comunicación son los principales recursos en marcar las diversas tendencias y estereotipos de un cuerpo perfecto, de modo que algunas personas sacrifican su salud, llegando hasta las últimas consecuencias por obtener ese cuerpo soñado.

Sin embargo, este tipo de problemáticas pueden traer consigo otra clase de afecciones, como: problemas gastrointestinales, cardiovasculares o deshidratación severa; adicionalmente, en el ámbito psicológico se generan distorsiones que pueden afectar gravemente el bienestar general del sujeto y provocar una afectación en su funcionamiento.

Con el presente estudio, en primera instancia se verá beneficiada la Escuela de Diseño y Comunicación Visual, principalmente para los alumnos, al brindarles información acerca de estos temas. A los maestros y directivos, ayudará a que puedan mejorar el bienestar emocional de los alumnos y, particularmente, identificar los factores de riesgo para que tomen medidas de prevención y que no surja una de estas problemáticas.

Para la psicología se contribuirá aportando bases teóricas, construyendo un panorama más amplio en relación con las competencias emocionales y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios; así se dará pie a nuevas investigaciones.

Marco de referencia

Esta investigación se llevó a cabo en la Universidad Don Vasco, en la Escuela de Diseño y Comunicación Visual. A continuación se describirá de forma general la institución.

La Universidad Don vasco es una institución particular incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. No es una escuela de formación católica, sin embargo, fue fundada con bases cristianas.

La Universidad Don Vasco inició como una escuela secundaria, en el año de 1964, con el nombre de “Instituto Cultural Don Vasco”, en recuerdo del fundador de la diócesis de Michoacán, don Vasco de Quiroga. Posteriormente, fue complementada incorporando el nivel medio superior con la escuela preparatoria y en 1971, fue creado en la institución el nivel superior, con la Licenciatura en Administración de Empresas. Actualmente, cuenta con 10 licenciaturas. En 1988 se verificó el cambio de nombre a Universidad Don Vasco.

El lema de la Universidad Don Vasco es integración y superación, la misión es “ser una institución de educación forjadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva”.

La Escuela de Diseño y Comunicación Visual fue fundada en el año de 1988, es la primera del estado a nivel licenciatura. En ella se imparte la carrera de Licenciado en Diseño y Comunicación Visual, formando profesionistas que estudian la aplicación de los procedimientos y el manejo de técnicas para la producción y la investigación de mensajes visuales. Aplican el análisis y/o la síntesis para la creación y la producción de imágenes, así como para la lectura e interpretación de las mismas, impactando y creando expectación en el receptor. Actualmente cuenta con 99 alumnos, 24 profesores, una coordinadora académica y una directora.

La infraestructura de la Universidad Don Vasco, es de diez espacios para trabajo tipo taller, doce aulas tipo laboratorio, más de sesenta salones, nueve aulas equipadas con recursos de audio y video, un departamento de informática, laboratorios de fotografía, una biblioteca, laboratorio de televisión y radio, Cámara de Gesell, ludoteca, laboratorios de química, física, hidráulica y resistencia de materiales, así como área de enfermería.

Para actividades académico-culturales, la institución cuenta con un auditorio, y para actividades de recreación, dispone de dos cafeterías, áreas verdes y canchas deportivas.

CAPÍTULO 1

COMPETENCIAS EMOCIONALES

En el presente capítulo se aborda la primera variable de investigación: competencias emocionales, para ello, se describen, a continuación, el marco conceptual, las emociones, la conceptualización de competencias emocionales, su clasificación, desarrollo y los diferentes ámbitos en los que se manifiestan.

1.1 Marco conceptual

En la actualidad, el constructo de competencias emocionales está en debate para el campo de la psicología, por lo tanto, de acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007), este tema es propio de la psicología mientras que la educación sobre esa temática corresponde a los resultados de la investigación psicológica.

En este sentido, los autores referidos argumentan que la educación emocional es entendida como un proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de una persona, con objeto de capacitarle para la vida. El objetivo de educación emocional es el desarrollo de competencias emocionales.

1.1.1 Las emociones

Inicialmente, el tema de las emociones es un tema difícil de definir, actualmente se carece de un concepto unificado, por la propia dificultad para definirla y las múltiples formas de entenderla. En el intento de estudiar las emociones, los científicos estudian las diferencias inter e intraindividuales a lo largo del tiempo, con el objeto de establecer principios y leyes que describan las diferencias individuales en la experiencia emocional.

Pinillos (citado por Palmero y cols.; 2002), argumenta que la emoción se define como un estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que, con frecuencia, se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión. Por otro lado, Kleinginna y Kleinginna (citados por Palmero y cols.; 2002), establecen la emoción como un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que pueden dar lugar a experiencias afectivas como sentimientos de activación o agrado-desagrado; también generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes; valoraciones y procesos de etiquetado,asimismo generar ajustes fisiológicos y dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa.

Entonces, las emociones son procesos episódicos que, activados por la presencia de algún estímulo o situación interna y externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y

motor expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es, con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en continuo cambio.

A la multiplicidad de enfoques de la psicología de la emoción, se añade la dificultad para definir los componentes de las emociones. Así, frecuentemente se emplean numerosos descriptores para denominar los estados afectivos y emocionales. Estos estados tradicionalmente se han clasificado sobre la base de distintos criterios que atienden su duración, intensidad, origen y su preferencia con acontecimientos particulares (Palmero y cols.; 2002).

El afecto tiene que ver con la valoración que hace una persona de las distintas situaciones a las que se enfrenta; se considera que existe una tendencia innata hacia el afecto positivo, de tal manera que la meta de toda persona es generalmente el hedonismo, es decir, obtener placer.

De acuerdo con Isen y Morris (citados por Palmero y cols.; 2002), el humor se distingue usualmente de las emociones sobre la base de tres criterios: poseer una mayor duración, menor intensidad, así como poseer un carácter difuso o global.

Según Frijda (citado por Palmero y cols.; 2002) el estado de ánimo se define como un estado no intencional, esto es, que no tiene por qué existir un objeto que lo active, como la emoción.

El humor y la emoción actúan dinámicamente; las emociones, por su parte, pueden conducir a un humor determinado; a su vez el humor puede alterar la probabilidad de que se desencadene una emoción particular. Del mismo modo, el humor puede ser producido por cambios hormonales, o bien, por una experiencia emocional de muy alta intensidad cuya expresión emocional se ha inhibido, por lo que la probabilidad de generar humor específico aumenta.

Retomando a Frijda (citado por Palmero y cols.; 2002), la emoción es una forma concreta de afecto, que incluye en entre sus componentes el sentimiento, tiene mayor duración que el humor, siendo el fruto de la relación concreta de la persona con el ambiente, es decir, son fenómenos que pueden caracterizarse como intencionales, puesto que suponen una relación sujeto-objeto.

La causa de la emoción está, por tanto, más cercana en el tiempo, al contrario de lo que ocurre con el humor, por lo que describe la relación concreta del sujeto con su medio ambiente en el momento presente.

Siguiendo con Frijda (citado por Palmero y cols.; 2002), los sentimientos, también llamados “actitudes emocionales”, se definen como las disposiciones a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos, es decir, es la disposición a realizar atribuciones afectivas y su propensión a responder afectivamente.

Asimismo, Averill (citado por Palmero y cols.; 2002) sostiene que los sentimientos en la emoción son algo comparable a cuando “se oyen” voces, sin la certeza de quién o qué dice, esta experiencia no puede considerarse real sin que se haya producido un estímulo real que provoque la emoción.

1.1.2 El concepto de competencias

Con el paso de los años, ha crecido interés por conceptualizar este término, sin embargo, este concepto ha ido evolucionando con el paso del tiempo, situándose más allá de la óptica exclusivamente profesional y ha adquirido una visión más integral.

De acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007), se define 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.

Por otro lado, Valverde (citado por Bisquerra y Pérez; 2007) define la competencia como la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizando los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone. Recientemente, el concepto de competencias ha ido evolucionando con el paso del tiempo y ha ido adquiriendo una visión más integral.

Desde esta perspectiva, de acuerdo Bisquerra y Pérez (2007), se concibe la competencia como “la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades con un cierto nivel de calidad y eficacia.” (3).

Cabe destacar una serie de características de la noción de competencia:

- Es aplicable a las personas (individualmente o en forma grupal).
- Implica unos conocimientos “saberes”, unas habilidades “saber-hacer”, y unas actitudes y conductas “saber estar” y “saber ser” integrados entre sí.
- Incluye las capacidades informales y de un procedimiento, además de las formales.
- Es indisoluble de la noción de desarrollo y de aprendizaje continuo unido a la experiencia.
- Constituye un capital o potencial de actuación vinculado con la capacidad de movilizarse o ponerse en acción.
- Se inscribe en un contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad.

Existe una dimensión de competencias como la de desarrollo de técnico-profesional y competencias de desarrollo socio-personal. Estas primeras, también denominadas funcionales, se circunscriben alrededor de conocimientos y procedimientos en relación con un determinado ámbito profesional o especialización,

es decir, se relaciona con el “saber” y “saber hacer” necesarios para el desempeño experto de una actividad laboral.

Ahora, hablando sobre las competencias de desarrollo socio-personal, se entiende que se incluyen competencias de índole personal e interpersonal.

Para Levy-Leboyer, las competencias se clasifican en genéricas o transversales y específicas. Las primeras poseen mayor grado de transferencia de unas actividades profesionales a otras, mientras que las segundas son las propias de una profesión concreta (citado por Bisquerra y Pérez; 2007).

1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional

Vernon(1982) afirma que la inteligencia comprende un conjunto de habilidades muy variadas, y no una entidad claramente definida, por lo que la selección precisa de habilidades que decide incluir el examinador en una prueba colectiva o individual, es sin duda arbitraria y subjetiva.

Entonces, este mismo autor reafirma que la inteligencia, como los logros, depende de la potencialidad genética y la estimulación ambiental, y con frecuencia es bastante difícil clasificar ciertas habilidades como dependientes de uno o de otro de los factores.

Por el contrario, Humphreys (citado por Vernon; 1982) sugiere que la aptitud y la inteligencia tienen que referirse a las habilidades adquiridas con anterioridad, los logros, a las más recientes; asimismo, las pruebas de inteligencia se utilizan más para predecir la capacidad futura, y las de los logros, para evaluar realizaciones actuales.

Entonces, las habilidades más generalizadas, las del pensamiento y el nivel conceptual general, se aplican en un rango de actividades cognoscitivas o en nuevos aprendizajes, y se constituyen primordialmente mediante la interacción con las experiencias ambientales cotidianas del hogar o en las recreaciones y solo de modo secundario mediante la estimulación o en la escuela.

El cociente intelectual ayuda a predecir las realizaciones futuras, puesto que en la mayoría de los casos, un niño debe ser capaz de aplicar sus poderes de razonamiento, construidos en algún otro lugar, al estudio de un nuevo tema escolar, sin embargo, la inteligencia superior no se considera ya como una causa de éxito en la escuela, ni la baja inteligencia como causa de los fracasos.

Entonces, de modo lamentable, todavía es común encontrar psicólogos clínicos o escolares que consideran el coeficiente intelectual como una capacidad innata, y el desempeño o logro educativo como totalmente adquirido.

Por otro lado, Sternberg y Salovey (citados por Goleman; 2007) han adoptado una visión más amplia de la inteligencia, tratando de reinventarla en función de lo

que hace falta para alcanzar el éxito en la vida. Salovey incluye las inteligencias personales de Gardner en su definición básica de inteligencia emocional, ampliando estas capacidades a cinco esferas principales: conocer las propias emociones, manejar las emociones, la motivación, reconocer las emociones de los demás y manejar las relaciones.

Ahora, el CE, es decir, inteligencia emocional, no solo son conceptos opuestos. El perfil difiere levemente entre hombres y mujeres; en el caso de los hombres se dice que tienen una inteligencia emocional elevada, es decir, son socialmente equilibrados, sociables y alegres. Su vida emocional es rica y apropiada, se sienten cómodos con ellos mismos.

En contraste, las mujeres emocionalmente inteligentes suelen ser positivas y expresan sus sentimientos abiertamente, al igual que los hombres. Su aplomo social les permite comunicarse fácilmente con personas nuevas, rara vez se sienten ansiosas o culpables, ni se hunden en la reflexión.

Entonces, evidentemente hay una mezcla de CE e inteligencia emocional en diversos grados, sin embargo, ofrecen una visión instructiva de lo que cada una de estas dimensiones agrega separadamente a las cualidades de una persona; en la medida en que alguien posee inteligencia cognitiva y también emocional, estas descripciones se funden en una sola. No obstante, de las dos características, la inteligencia emocional añade muchas más de las cualidades que conforman plenamente al ser humano.

Por último, BarOn (citado por Ugarriza; 2001) define la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales de destrezas que influyen en la habilidad del sujeto para adaptarse y enfrentar las demandas y presiones del medio.

Como tal, la inteligencia cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y el la salud emocional.

Sobre la base de este concepto, BarOn construye el inventario de cociente emocional (I-CE), siendo necesario presentar el marco de trabajo conceptual de este.

1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales

La delimitación de este constructo de competencia emocional, con el paso de los años se ha ido convirtiendo en un tema de debate, en el que los expertos aún no llegan a un acuerdo.

Para muchos autores, es preferible utilizar este tema con diversos términos, entre ellos: competencia socio-emocional, otros optan por utilizarlo en plural: competencias emocionales o socio-emocionales.

Es entendido que las competencias emocionales constituyen un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias.

Existen diversas propuestas que se han ido elaborando con intención de ir describiendo este constructo.

De acuerdo con Salovey y Sluyter (citados por Bisquerra y Pérez; 2007), se pueden identificar cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Estas dimensiones se solapaban con el concepto de inteligencia emocional, tal como la define Goleman (2007) dividida en cinco dominios: autoconciencia emocional, manejo de emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales, que a su vez incluían la existencia de veinticinco competencias.

Por otro lado Goleman, Boyatzis y Mckee (citados por Bisquerra y Pérez; 2007) proponen solo cuatro dominios: conciencia de uno mismo, autogestión conciencia social y gestión de las relaciones, así como dieciocho competencias. Este proceso permite que, a medida que la ciencia proporcione mayores conocimientos, la conceptualización de la competencia emocional avance necesariamente hacia una mayor concreción.

Para Saarni (citado por Bisquerra y Pérez; 2007) la competencia emocional se relaciona con la demostración de autoeficacia al expresar emociones en las transacciones sociales (“emotion-eliciting social transacciones”).

Este autor define la autoeficacia como la capacidad para regularlas emociones hacia los resultados deseados. Para que haya autoeficacia, se requiere el

conocimiento de las propias emociones y la capacidad para regularlas hacia los resultados deseados.

A su vez, los resultados deseados dependen de los principios morales que uno tiene. Así el carácter moral y los valores éticos influyen en las respuestas emocionales de cara a promover la integridad personal. La competencia emocional madura debería reflejar una sabiduría que conlleva los valores éticos significativos de la propia cultura.

Desde esta perspectiva, toma relevancia la importancia de este contexto, ya que el espacio y el tiempo son condicionantes de la competencia emocional. Es así como se define el concepto de competencias emocionales, se entiende como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales”. (Bisquerra y Pérez; 2007: 8).

Entonces entre los aspectos que se ven favorecidos por las competencias emocionales están los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de los problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo.

1.2 Clasificación de las competencias emocionales

De acuerdo con Bar-On (citado por Ugarriza; 2001), las competencias emocionales se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Componente intrapersonal: esta área comprende diversos componentes que tienen que ver con comprender, expresar, aceptar sentimientos y emociones, como lo son: comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia.
- Componente interpersonal: este hace referencia a las habilidades que tienen que ver con comprender, apreciar, establecer y mantener relaciones con los demás, como lo son: la empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social.
- Componente de adaptabilidad: aquí se refiere a las habilidades para identificar, resolver problemas para evaluar correspondencia y la habilidad para ajustar las propias emociones, como lo son: solución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad.
- Componente del manejo del estrés: esta área comprende diversos componentes que se refieren a la habilidad para soportar diversos eventos, y para resistir impulsos o tentaciones, como lo son: tolerancia al estrés y control de impulsos.
- Componente del estado de ánimo: esta última característica tiene que ver con la habilidad de sentirse satisfecho con la vida y mantener una actitud positiva, como lo es: la felicidad y el optimismo.

El enfoque topográfico organiza los componentes de la inteligencia cognitiva de acuerdo con un orden de rangos, distinguiendo “factores centrales” FC o primarios, relacionados con los “factores resultantes” y que están conectados por un grupo de “factores de soporte” FS.

Los tres factores centrales importantes de la inteligencia emocional son: comprensión del sí mismo, la asertividad y empatía. Los otros dos factores centrales son la prueba de la realidad y el control de impulsos. Estos factores centrales guían factores resultantes como: la solución de problemas, las relaciones interpersonales y la autorrealización, lo que contribuye a la felicidad, es decir, la habilidad para sentirse contento, satisfecho consigo mismo y con los demás y disfrutar la vida (Ugarriza; 2001)

Ahora, por su parte, Bisquerra y Pérez (2007) afirman que las competencias de estos bloques se pueden expresar en: conciencia moral que es la capacidad de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. Dentro de esta se encuentra la toma de conciencia de las propias emociones, dar nombre a las emociones y comprensión de las emociones de los demás.

En segundo plano se encuentra la capacidad de manejar las emociones de forma apropiada; esta supone tomar conciencia de la relación entre la emoción, cognición y comportamiento, tener adecuadas estrategias de afrontamiento y capacidad para autogenerarse emociones positivas. Dentro de esta, se encuentra la

toma de conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento, expresión emocional, regulación emocional, habilidades de afrontamiento y competencia para autogenerar emociones positivas.

En tercera instancia está la autonomía emocional se puede entender como un concepto amplio, que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran: la autoestima, automotivación, actitud positiva, responsabilidad, autoeficacia emocional, análisis crítico de normas sociales y resiliencia.

En cuarto lugar está la competencia social, que es la capacidad para mantener sanas relaciones con otras personas, esto incluye aspectos como: dominar las habilidades, sociales básicas, respeto por los demás, practicar la comunicación, compartir emociones, comportamiento pro-social y cooperación, asertividad, prevención y solución de conflictos y capacidad de gestionar situaciones emocionales.

En quinto lugar están las competencias para la vida y el bienestar, que incluyen la capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales, así como las situaciones excepcionales con las cuales se va tropezando. Esto incluye aspectos como: fijar objetivos adaptativos, toma de decisiones, buscar ayuda y recursos; ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida; bienestar subjetivo y fluir.

1.3 Desarrollo de las competencias emocionales

Las competencias emocionales son experiencias, que se van adquiriendo a lo largo de la vida, sin embargo pueden ser desarrolladas. Entonces la inteligencia emocional, como habilidad, no se puede entender tampoco como un rasgo de personalidad o parte del “carácter” de una persona.

Empezar a reconocer conscientemente las emociones, implica el dominio de cómo se siente para después expresarlas adecuadamente; ser consciente implica ser hábil en múltiples facetas, esto se logra al poder reconocer las emociones expresadas. A partir de que se comprenden los estados emocionales para después etiquetarlas con palabras correctas, el sujeto puede ser capaz de darle un nombre a cada estado emocional ya sea con gestos, conductas o acciones.

Las emociones y los pensamientos se encuentran fusionados sólidamente y, si se sabe utilizar las emociones al servicio del pensamiento, ayudan a razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones. Por otra parte, según Fernández y Extremera(2002) afirman que según como se sienta el sujeto, guiará sus pensamientos posteriores, influirá en la creatividad en el trabajo, dirigirá su forma de razonar y afectará a su capacidad diaria de deducción lógica.

Lo anterior implica que un adecuado manejo de las emociones puede permitir a su vez que a través del pensamiento, se puedan emitir emociones positivas.

Si se reconocen e identifican los propios sentimientos, más facilidades se tendrán para conectar con los del prójimo. Entonces, empatizar consiste en situarse en el lugar del otro y ser consciente de sus sentimientos, causas y sus implicaciones personales.

Ahora, la regulación emocional se ha considerado a lo largo del tiempo como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Tal definición es comúnmente considerada correcta, pero resulta incompleta. Las investigaciones están ampliando el campo de la autorregulación a las emociones positivas, es decir, regular las emociones implica algo más que simplemente alcanzar satisfacción con los sentimientos positivos y tratar de evitar y/o esconder nuestros afectos nocivos.

La enseñanza de emociones inteligentes depende de la práctica, el entrenamiento y su perfeccionamiento, no tanto de la instrucción verbal. Ante una reacción emocional desadaptativa, de poco sirve el sermón o la amenaza verbal de “no lo vuelvas a hacer”. Técnicas como el modelado y el *role-playing* emocional se convierten en herramientas básicas del aprendizaje a través de las cuales los educadores, en cuanto a expertos emocionales, materializan su influencia educativa, marcan las relaciones socioafectivas y encauzan el desarrollo emocional de los alumnos.

La inteligencia no es solo una cualidad individual. En el contexto escolar, los educadores son los principales líderes emocionales de sus alumnos. La capacidad

del profesor para captar, comprender y regular las emociones de sus alumnos es el mejor índice del equilibrio emocional en su clase (Extremeray Fernández; 2004).

1.4 Las competencias emocionales en la vida actual

La incidencia positiva de un adecuado nivel de desarrollo de las competencias emocionales en numerosas circunstancias de la vida, es un hecho constatado por un creciente volumen de investigaciones que intentan aportar evidencias acerca de sus repercusiones.

La preocupación por el estudio científico del desarrollo emocional es reciente. Hasta el momento, no se dispone de una delimitación unánime de las etapas o fases del desarrollo emocional, aunque sí se han dado algunas propuestas.

De acuerdo con Saarni (citado por Bisquerra y Pérez; 2007) destaca las consecuencias positivas de la competencia emocional en la regulación emocional, bienestar subjetivo y resiliencia. Las aportaciones de estos estudios son de especial relevancia para el diseño de intervenciones educativas como: currículos, talleres, programas o seminarios, destinados a fomentar el desarrollo de las competencias emocionales.

1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral

El interés por las consecuencias de la competencia emocional en la dimensión laboral, ha reclamado el interés de investigadores, formadores empresarios y técnicos en desarrollo de recursos a partir de los últimos años del siglo XX.

Este es, probablemente, uno de los ámbitos de aplicación de las competencias emocionales en el que existe mayor interés, debido a las consecuencias económicas que los avances en el tema aportan a las organizaciones empresariales.

Invertir en el desarrollo de las competencias emocionales de los trabajadores, tiene consecuencias altamente positivas en múltiples situaciones, ya que permite resolver eficazmente situaciones delicadas con un compañero, contribuye a mejorar la relación con los clientes, a afrontar las críticas de los jefes, a perseverar en la tarea hasta complementarla, a enfrentar los retos que se plantean (Bisquerra y Pérez; 2007).

1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar

La línea de investigación dirigida a analizar a la influencia de la inteligencia emocional en el rendimiento académico, ha demostrado resultados contradictorios. De hecho, los primeros estudios anglosajones realizados en población universitaria acreditaron una relación directa entre inteligencia emocional y rendimiento académico.

Posteriormente, los resultados de Newsome, Day y Catano (citados por Extremera y Fernández; 2004) no avalaron las relaciones positivas entre inteligencia emocional con el EQ-i (una medida de inteligencia emocional de autoinforme) y el rendimiento académico en estudiantes universitarios canadienses.

También es posible que la relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico no sea simplemente lineal y directa, y que puedan estar influyendo otras características o variables presentes en el alumnado.

1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos

De acuerdo con Extremera y Fernández(2004), la dimensión personal de la vida no escapa en lo absoluto a los efectos positivos de un sano desarrollo de las competencias emocionales. En este sentido, empiezan a surgir algunas aportaciones acerca de la importancia de sus aplicaciones en el ámbito familiar en la vida en pareja y en el establecimiento de una red de relaciones sociales satisfactorias.

Paralelamente, empiezan a aparecer trabajos que estudian las competencias para la vida y las relacionaban con los beneficios para el bienestar subjetivo o felicidad. En conjunto, se trata de un conjunto de competencias que permiten organizar la propia vida de forma sana y equilibrada, facilitando experiencias de satisfacción o bienestar.

La incidencia del desarrollo emocional sobre la salud es otro de los aspectos que viene generando abundante literatura y es motivo de atención preferente de la psiconeuroinmunología, iniciada a partir de 1983 por Adler y otros. En estos estudios, se reconoce que las emociones tienen cierta influencia en la salud y se acepta la existencia de un vínculo físico entre el sistema nervioso y el inmunológico.

Las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico y las emociones positivas, especialmente, el buen humor, el optimismo y la esperanza, contribuyen a sobrellevar mejor una enfermedad y facilitar el proceso de recuperación.

Desde los modelos de inteligencia emocional, también se hace énfasis en las habilidades interpersonales. Las personas emocionalmente inteligentes no solo serán más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo de las emociones de los demás. Esta teoría proporciona un nuevo marco para investigar la adaptación social y emocional, puesto que la inteligencia emocional jugaría un papel elemental en el establecimiento, mantenimiento y la calidad de las relaciones interpersonales (Extremera y Fernández; 2004).

Las habilidades interpersonales son un componente de la vida social que ayuda a las personas a interactuar y obtener beneficios mutuos, es decir, las habilidades sociales tienden a ser recíprocas, de tal manera que la persona que desarrolla y posee unas competencias sociales adecuadas con los demás, es más probable que reciba consideración y un buen trato por la otra parte, sin olvidar que el apoyo social ayuda a regular el impacto negativo de los estresores cotidianos.

En una muestra de estudiantes universitarias españolas, Ramos, Fernández y Extremera (referidos por Fernández y Extremera; 2007) hallaron relaciones positivas entre aspectos de inteligencia emocional y empatía, así como relaciones negativas con los niveles de inhibición emocional.

En otro estudio en el que se utilizaron medidas de autoinforme de inteligencia emocional (TMMS) y de habilidad (MSCEIT), los datos encontrados son muy similares a los obtenidos con estudiantes anglosajones. La habilidad para regular las emociones propias y ajenas evaluadas mediante el MSCEIT predijo los niveles de intimidad, afecto y antagonismo que los alumnos universitarios tenían hacia su mejor amigo.

Por otro lado, los factores del TMMS fueron predictores significativos de los niveles de empatía de los estudiantes hacia los demás, en concreto, puntuaciones altas en claridad y reparación se relacionaron con mayor toma de perspectiva y menores niveles de distrés personal; mientras que los altos niveles de atención emocional se relacionaron con un mayor nivel de implicación empática, pero también con un mayor distrés personal hacia los problemas ajenos (Extremera y Fernández; 2004).

1.5 Evaluación de las competencias emocionales

Fernández y Extremera (2002) afirman que las habilidades integradas en este modelo parecen de suma importancia, se cree que deben ser habilidades esenciales de obligada enseñanza en la escuela.

La evaluación de la inteligencia emocional en el aula supone una valiosa información para el docente, en lo que respecta al conocimiento del desarrollo afectivo de los alumnos; de igual manera, implica la obtención de datos fidedignos que marquen el punto de inicio en la enseñanza transversal.

Algunos autores como Mayer y Salovey (citados por Fernández y Extremera; 2004) conciben la inteligencia emocional como una inteligencia genuina y consideran deficiente una evaluación exclusivamente basada en cuestionarios de papel y lápiz. Estos autores consideran que los cuestionarios de inteligencia emocional pueden verse afectados por los propios sesgos perceptivos de la persona y, además, también es posible la tendencia a falsar la respuesta para crear una imagen más positiva.

Es indiscutible la utilidad de las medidas de auto-informes en el terreno emocional, sobre todo, para proporcionar información sobre las habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados de los alumnos. La evaluación de la inteligencia emocional a través de cuestionario es muy útil en aquellos casos en los que el educador quiere obtener un índice del ajuste emocional de los

adolescentes y obtener un perfil de las carencias afectivas en determinadas áreas, cuya única forma de evaluar sea a través de la propia introspección del alumno.

La inteligencia emocional implica la capacidad de manejar y comprender las emociones de las personas, comúnmente son llamados instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°; en ellos se solicita la estimación por parte de los compañeros de clase o el profesor, para que se dé su opinión sobre cómo el alumno es percibido con respecto a cómo es su interacción con el resto de los compañeros, su manera de resolver los conflictos en el aula o bien, su forma de afrontar las situaciones de estrés.

Se emplean técnicas sociométricas denominadas “peer nominations” en las que el alumnado y/o profesorado valora el resto de la clase con diferentes adjetivos emocionales y estilos de comportamiento habituales.

El objetivo de estos instrumentos es, por una parte, evitar la falsación de las respuestas de los propios sujetos en situaciones donde una imagen positiva es deseable y, por otra, disminuir los sesgos perceptivos y situacionales provocados por los observadores externos.

Según Mayer (citado por Extremera y Fernández; 2004), las medidas de habilidad consisten en un conjunto de tareas emocionales, más novedosas en su procedimiento y formato, que evalúan el estilo en que un estudiante resuelve

determinados problemas emocionales comparando sus respuestas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos.

En este medio, la mayor parte de estudios psicométricos están referidos a la adaptación y estandarización de pruebas psicológicas extranjeras y muy pocos a la elaboración de nuevos instrumentos de medición. Son muy escasos los que tratan de confirmar los presupuestos teóricos o modelos que los fundamenta.

Escurra y colaboradores, en el año 2000, construyeron un instrumento para medir la inteligencia emocional con base en el modelo propuesto por Mayor y Salovey. A través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, común en las cinco áreas analizadas, demuestran que la prueba es válida y confiable, pudiendo ser usada para fines de investigación (referidos por Extremera y Fernández; 2004).

En este primer capítulo se abordó la primera variable, que es competencias emocionales, y se analizó la importancia de este tema y como se desenvuelve en sus diferentes ámbitos. Este tema es de gran importancia, ya que las competencias emocionales se basan en la experiencia y conciencia de sí mismo, la cual se resume en el conocimiento de estas y cómo afecta. Entonces, las competencias emocionales son el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales.

Ahora, en el siguiente capítulo se abordará la segunda variable: trastornos de alimentación, tanto su definición, como la manera de identificarlos, como afectan al sujeto y las opciones acerca de su tratamiento; ya que este tema sigue causando gran impacto social, personal, familiar y a la vez, genera severos daños de salud y psicológicos.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Una vez abordada la primera variable en el capítulo anterior, se procede a presentar el sustento teórico de la segunda variable, en el cual se mostrarán los antecedentes de la alimentación y la descripción de los principales trastornos alimentarios, sus causas y consecuencias.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad, en la historia de las culturas se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. Antaño, los banquetes donde se comía de forma desmesurada y exagerada, tenían, antes que nada, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones, un procedimiento usual para volver a comer.

Del mismo modo, en la cultura cristiana la restricción alimentaria estuvo asociada, también, a un simbolismo religioso. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado (Jarne y Talarn; 2000).

En épocas pasadas, no todos los cuadros de anorexia estaban vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, sino que se describieron algunos con significación clínica en sí mismos. Entonces, la existencia de estos pacientes y el motivo por los

cuales se daba esta inanición, despertó la curiosidad de la gente, ante la posibilidad de que existieran personas capaces de sobrevivir sin alimento, aunque fuera una época en la que resultaba difícil hacerlo.

Se detectó a muchas pacientes que sin antecedentes de anorexia nerviosa, también presentan episodios de grandes ingestas que no pueden controlar, luchan contra el miedo de ganar peso y vomitan o se purgan regularmente.

En las últimas décadas, se ha dado un incremento considerable de la obesidad en el mundo occidental. Del mismo modo, este fenómeno y los factores sociales ejercen una importante influencia para que este se desarrolle. La obesidad, a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico, más bien de un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud, a partir de un cierto nivel de peso por encima del considerado como “peso ideal”.

Saldaña y Rossell (citados por Jarne y Talarn; 2000) afirman que existen varios estudios que coinciden en que hay riesgo para la salud cuando el peso supera el 30% del peso que corresponde por edad y talla.

Antaño, el exceso de peso se consideraba un signo de belleza, salud y posición social; actualmente, esta situación con el paso de los años se ha considerado dañina. Entonces, la obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal. Ahora el tema de la obesidad trae consigo problemas o riesgos para

la salud y posición social que, sin duda, pueden generar otros problemas de carácter psicológico.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos alimentarios son manifestaciones de preocupaciones extremas acerca del peso, la comida. De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en la actualidad la población femenina adolescente occidental tiene actitudes anormales hacia la alimentación, es decir, el deseo de perder peso, mantener la figura a toda costa y una excesiva credibilidad otorgada a los mensajes de los medios de comunicación, que son una fuerte influencia para que esto continúe.

“La anorexia se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, con el peso y la figura. La anoréxicas rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas” (Jarne y Talarn; 2000:153).

2.2.1 Anorexia nerviosa

De acuerdo con el DSM-IV(APA; 2002) la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un cuerpo 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 persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Además, a las mujeres que afecta este trastorno, aunque haya pasado la menarquia, sufren amenorrea.

Jarne y Talarn (2000:153) explican que estas personas, “además de un deseo intenso de pesar cada vez menos, poseen un gran miedo al hecho de estar obesas y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad”.

De acuerdo con el CIE-10 (Castillo y León; 2005), la persona considerada anoréxica debe tener una pérdida significativa de peso (índices de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). La pérdida de peso está originada por el mismo enfermo, ya que evita el consumo de alimentos que cree que engordan.

En la anorexia nerviosa existen dos tipos, de acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002): el restrictivo, que se refiere a que el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas o a purgas; por otro lado, se encuentra el tipo purgativo, este consiste en que el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o purgas.

La distorsión de la imagen corporal, en este sentido, se caracteriza por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de miedo ante la obesidad o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el hecho de mantenerse por debajo de un límite de peso corporal.

2.2.2 Bulimia nerviosa

El DSM-IV(APA; 2002) afirma que la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso. Además, la evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta del peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces por semana, durante un periodo de tres meses.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible.

Ahora, hablando de la bulimia nerviosa, es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio.

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede ser normal; puede estar restringida o en perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos.

Según el DSM-IV(APA; 2002), este trastorno se caracteriza por la presencia de atracones; un atracón es la ingesta de alimento en un periodo de dos horas, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de

tiempo similar y en las mismas circunstancias, el otro tipo de atracón es cuando hay una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa, según el DSM-IV (APA; 2002): en primer lugar, se encuentra el purgativo, en esta modalidad, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. El otro tipo es el no purgativo; en este, el individuo se emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre a provocarse el vómito, ni usa laxantes o diuréticos o enemas en exceso.

Por otro lado, según el CIE-10 (Castillo y León; 2005), la bulimia es la preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

2.2.3 Obesidad

La obesidad, de acuerdo con Jiménez (1997), es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, se puede indicar que la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor a 35 por ciento de las mujeres y 30 por ciento de los hombres.

En general, se acepta que los obesos comen de forma excesiva; la psicología ha intentado elaborar modelos explicativos de esta conducta de sobre ingesta. Algunos de estos modelos establecen que las personas obesas presentan problemas de personalidad que se compensan o alivian comiendo en exceso.

Entonces, a diferencia de la anorexia y la bulimia, la obesidad no se considera como un trastorno psicopatológico, sino un problema que puede comportar alteraciones medicas importantes y que supone un riesgo para la salud.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con Castillo y León (2005: 225), el término recogido por el CIE-10, se refiere “a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una ‘obesidad activa’, en especial, en pacientes predispuestos a la ganancia de peso”.

Hay que diferenciar este trastorno de las situaciones en las que, a priori, el paciente sufre una obesidad y esta desencadena una falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, y situaciones en las que la obesidad desencadena una falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, así como situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios de tratamientos farmacológicos. Este trastorno es denominado como hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También se le denomina vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría, como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, así como en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes(Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

El CIE-10 (Castillo y León; 2005)hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan considerablemente de lo que es la conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador.

Para diagnosticar este trastorno, se tiene que descartar que se deba a una enfermedad. No hay que confundirlo con los pequeños caprichos, tan frecuentes en la infancia y niñez, o las variaciones al alza o la baja de la alimentación. Todas estas dificultades en la alimentación del niño son normales, pero deben atenderse si su grado supera alarmantemente ese rango de normalidad, o si el sujeto tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes.

Según Castillo y León (2005), los trastornos que establecen el diagnóstico diferencial, son:

1. Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
4. Trastorno psiquiátrico más amplio.
5. Pica, es decir, una conducta alimentaria en la cual el sujeto persiste en comer sustancias no nutritivas.
6. Rumiación o mericismo: regurgitación repetida de la comida ingerida.
7. Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

2.3 Esfera oroalimenticia del infante

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), desde edad temprana se ha ido observando que existe un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación. Entonces, como reacción oral, aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una autentica relación con la madre, es decir, la madre aun no es el objeto amado, sino una dependencia infantil; es la “madre-alimento”.

Cabe mencionar que la actividad oral es una fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición, en otras palabras, también se le considera una fuente de

contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

2.3.1. Organización oroalimenticia

Dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, más bien, darle algo vía oral, se considera como una entrega de sí misma por parte de la madre, en otras palabras, no es simple hecho de que se lo da o no, sino su actitud ante esto.

Como señala Soulé (mencionado por Ajuriaguerra; 1973), las primeras formas de relaciones madre-hijo van íntimamente unidas a los actos de comer, el placer narcisista que a ciertas madres les produce el verlo comer sin complicación, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechos, puede provocar favorablemente la relación inicial.

De acuerdo con lo anterior, la comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia, por sus horarios y la forma de llevarlo a cabo, es más como una obligación que como un regalo para los padres. El comer significa varias situaciones: alimentarse, sentir un placer y un acto cuya finalidad última es crecer.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), existen dos tipos de anorexia: la primera denominada esencial precoz, que se considera rara; aparece en las primeras

semanas de vida o incluso desde el primer día de vida. Es más frecuente que se dé en niños que nacen con bajo peso, nerviosos y muy despiertos.

Continuando con el mismo autor, está la anorexia del segundo semestre, que es más frecuente y aparece en el quinto y el octavo mes.

Ajuriaguerra (1973) señala que según el comportamiento infantil, se señalan dos más tipos de anorexia:

- La anorexia inerte: esta es cuando el niño no tiene la iniciativa, no coopera, no ingiere la comida o cuando lo hace, se le escapa por la comisura de los labios la leche, incluso vomita la poca cantidad de comida que ingiere.
- La anorexia de oposición: en esta, los niños reaccionan ante la comida por medio de llantos, agitación, intensa rotación tónica y no queriendo comer.

Entonces es de gran importancia que se haga un ritual a la hora de la comida, estableciendo horarios, reglas, números de comidas y conocer los alimentos y las cantidades que son recomendables ingerir en cuanto a las edades de cada uno.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

De acuerdo con Costin (2003), una posible predisposición a los trastornos de alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Es decir los jóvenes que

viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con sus ideales de sus padres o darles la satisfacción a los demás.

En general, esta autora menciona que los jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones por demás cambiantes, como: cambios en la escuela, amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto.

Algunas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convertida a su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control y eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta de una forma errónea la delgadez como un signo de ser “especial” y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

De esa manera, las personas desarrollan imágenes de sí mismas y fabrican su nuevo concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta en sí mismo es conocido como “autoestima”; cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

En la mujer en la sociedad actual, en general, la autoestima está más conectada con los factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

De acuerdo con la anterior autora, la tendencia hacia el perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que realizan es suficientemente positivo.

Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal; para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse en sí mismas. De este modo, logran ser más seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

Ahora, los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un periodo de numerosos cambios; a nivel físico, sexual, emocional y social. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras situaciones, de aumento natural de peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de “mujer”.

Para muchas jóvenes, una intolerancia a esa realidad, es una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Es importante destacar que ninguno de estos rasgos individuales o características en sí mismos “son causa” o “producen” un trastorno de la alimentación, sino que simplemente se predisponen a eso. Por lo tanto, 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.

Finalmente, lo que perpetúa el trastorno de la alimentación está más relacionado con lo que se está haciendo, tanto como en la alimentación como en cuanto a las relaciones que con lo que puede haber dado comienzo.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

De acuerdo con Costin (2003), se afirma que hay diferentes factores que inciden para que finalmente, alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquieren características particulares en cada caso.

Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es positivo verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Este autor define predisponer como “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin”. Es decir que cuando se habla de “factores predisponentes” se dice que hay elementos (Costin; 2003: 52). Entonces, precipitar significa acelerar; finalmente, perpetuar hace referencia a hacer perpetua una situación; perdurar, dar a las circunstancias una duración extensa, incesante, entera, sin fin.

De acuerdo con Levi-Strauss y Douglas (citados por Ogden; 2005), se indica que la comida puede entenderse a modo de una estructura profunda subyacente común a diferentes culturas. Helman (citado por la misma autora) destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida: Delimita las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: Distingue las validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificaciones de comidas paralelas: Indican que alimentos pueden clasificarse como “calientes” o “fríos”, culturalmente hablando.
- Comida como medicina, medicina como comida: Describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina.
- Comidas sociales: Describe la función social de la alimentación.

Entonces, desde esta perspectiva, se sostiene que las comidas pueden comprenderse mediante este marco de referencia y se da una idea de la función y el papel que ostenta en una determinada cultura.

La comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.

Ahora, también existe una interrelación entre la comida y el sexo, está presente en muchas culturas y en épocas. Las ceremonias de los ritos de iniciación que marcan la aparición de la sexualidad incluyen prácticas como lavarse con la sangre de un macho cabrío, según Jacobs (citado por Ogden; 2005).

La comida también es un foro para muchos conflictos interpersonales, uno de estos se produce entre la conducta de comer y la negación. Orbach (citado por Ogden; 2005: 31) afirma que “las mujeres han desempeñado este doble papel de proporcionar comida a los demás, teniendo que negársela a ellas mismas” y “las mujeres deben prescindir de sus deseos de tomar los dulces que preparan para otros y satisfacerse con una ensalada de atún en conserva con acompañamiento dietético”. En consecuencia, la comida comunica y encarna un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para las mujeres.

Ahora algunos alimentos, como el chocolate y los pasteles, se asocian también con un conflicto entre el placer y la culpabilidad. Chernin (citado por Ogden; 2005) describe sus propios sentimientos ante la comida y manifiesta que sentía

ambas sensaciones: necesidad de comer y después, odio a sí misma. Estos alimentos dulces representan un placer y satisfacen una necesidad. Tras su consumo, parecen la culpabilidad y los sentimientos de vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer.

Entonces la comida representa también el autocontrol o la pérdida de control. El ayuno y la negación a comer provocan una reacción de asombro; en el siglo XX se contempló incluso la aparición de “artistas hambrientos” que, como señala Gordon, (citados por Ogden; 2005: 195) decía que “carecían de motivos morales o religiosos, su negativa a comer era un acto puro de voluntad y autocontrol porque sí”.

Ogden (2005: 2010) afirma que “ese individuo está caracterizado por el autocontrol; se dice que el interés por la conducta de comer siguiendo una dieta se convierte en el vehículo de ejercer este control y, en último término, la persona anoréxica refleja a ese individuo controlador intraactivo” es decir, una persona anoréxica administra activamente sus acciones y pensamientos acerca de lo que va a ingerir.

El significado de la comida se ha estudiado en el contexto de su consumo y del lugar central que ocupa en la interacción social. En particular, la comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia. Con frecuencia, el comedor es el único lugar en el que se reúne y la comida familiar puede convertirse en el foro para

poner en común las vivencias de la jornada. En consecuencia, algunos estudios han examinado el significado de la comida como interacción social.

Charles y Kerr (citados por Ogden; 2005) estudiaron el significado de la comida y señalaron que, con frecuencia los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía familiar. Concluyeron también que los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar, al igual que de la determinación de agradecer y satisfacer a los distintos miembros de la familia.

A veces es un conflicto entre la salud y el placer, Van Orteloo y Van Ogtrop (citados por Ogden; 2005) estudiaron la conducta de comer de distintas familias en Holanda y concluyeron que el deseo de proporcionar a sus hijos y esposos unas comidas saludables, pueden crear conflictos a las mujeres, pues, a menudo las dietas preferibles son poco saludables.

La comida también puede reflejar las relaciones de poder dentro de la familia; Delphy (citado por Ogden; 2005) menciona que en la Francia rural del siglo XIX, los hombres consumían con regularidad unas cantidades superiores a la ofrecidas a las mujeres, niños o ancianos enfermos, de modo que, si había aves o carnes, se reservaban para los hombres, es decir, la comida lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de la comunicación en la interacción de los individuos.

El concepto de comida es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona. Entonces, esa comunicación produce el contexto social más amplio y la comida puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural.

Starr y Sered (citados por Ogden; 2005) estudió específicamente la conducta de cocinar de las mujeres judías del Oriente medio. Consideran que proporcionar alimento a otros representa la identidad, la tradición, la ley y la santidad judías, en consecuencia, ingerir alimentos, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.

La comida también es un símbolo de estatus social, las personas poderosas comen bien, y son alimentadas bien por otros. La comida es una declaración de estatus social y una muestra del poder social; de forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el mundo social.

Fiddes (citado por Ogden; 2005) sostiene que el hecho de comer carne simboliza la civilización de los seres humanos. Afirma que las personas se civilizaron cuando se separaron del mundo natural y alcanzaron el poder sobre el mismo mundo.

La elección de la comida se produce en el contexto de un complejo con un conjunto de significados, entonces, la comida interpreta al yo como un ser sexual, en términos de conflictos entre la culpa y el placer, comida y negación y como una declaración de autocontrol. En el nivel de la interacción social, la comida puede

representar amor y afecto, conflictos relativos de la salud y el placer, las relaciones de poder dentro de la familia, es decir, la comida crea un sentido de identidad religiosa, simboliza el poder en una sociedad y deslinda el mundo cultural de la naturaleza.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

De acuerdo con Costin (2003), resulta complejo diferenciar cuales son los factores característicos de las familias, antes que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado. Entonces, un trastorno de este tipo termina generando una relación muy distorsionada de la familia y origina sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación.

Afirma Costin (2003) que este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad con su origen. Parece más lógico pensar en una combinación de fuerzas de orígenes diversos: social, individual y familiar de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de alimentación que tendrá por lo tanto, características específicas en cada caso.

Entonces, las características familiares pueden predisponer a alguien, es decir, volverlo más vulnerable a tener un trastorno del comer, es la combinación especial de esas características con los rasgos de personalidad del individuo y la

incidencia de los factores socioculturales, lo que da como resultado una persona con un trastorno de la alimentación.

Según Rausch (1996), aunque los factores socioculturales y familiares pueden proveer el contexto para esta patología, ninguno por sí solo alcanza a explicarla. Cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes. Estas afecciones nunca obedecen a una causa única, ya sea física, psicológica o social. Los otros integrantes de la familia están implicados, bien por la manera en que influyen en las situaciones conflictivas de las que participan, o por el modo como responden a la sintomatología del paciente.

Algunos estudios sobre el tema desmienten la idea generalizada de que las madres de las pacientes anoréxicas no comprenden a sus hijas y obstaculizan el desarrollo de su autonomía. Esta autora realizó una comparación entre las familias de pacientes que padecen trastornos alimentarios con la población general. Ante lo que encontró lo siguiente:

- Las familias que más se asemejan a las normales son las de padres con anorexia nerviosa restrictiva.
- Las familias de las personas con bulimia nerviosa y anorexia de tipo bulímico, se parecen entre sí.

Comparando las familias de las anoréxicas nerviosas restrictivas con las de las personas con bulimia nerviosa y con anorexia de tipo bulímico, estas últimas generalmente manifiestan un nivel significativo de mayor conflicto y peor relación emocional con ambos progenitores. Suelen mantener un vínculo más distante con el padre, además, el desacuerdo conyugal con frecuencia es más notorio. En cambio, la cohesión y el apego mutuo, es mayor en las familias de las anoréxicas restrictivas.

Otro estudio señala algunas características de las familias de mujeres bulímicas:

- Ambos padres son más exigentes.
- Las madres tienen para sus hijas mayores expectativas de éxito social y académico.
- Las madres tienen más problemas vinculados al control de la conducta de su hija.
- Los padres muestran depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.
- Ambos padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente.
- Hay elevado nivel de tensión en la familia.
- Hay mucha tensión entre los padres (Rausch; 1996).

Entonces, los pacientes con bulimia nerviosa suelen informar mayor malestar y conflicto en el seno familiar, en tanto que la opinión de ambos padres es variable. Es importante destacar que la percepción de los pacientes mejora respecto de su familia, conforme se va recuperando de su trastorno alimentario, lo que realmente beneficia al sistema familiar.

Esta autora menciona algunas características que favorecen el desarrollo de estos trastornos.

- Cuando las formas de relacionarse los miembros de la familia entre sí, son tan rígidas que desalientan el desarrollo de la independencia y la autonomía del joven, pueden hacer que este se sienta invalidado e incapaz de diferenciarse de los otros.
- Cuando, además, la intrusión en los pensamientos y los sentimientos del otro es permanente, algunas veces es lo único que sienten que pueden controlar es su ingesta y su peso.
- Si a todo esto se le agrega el contexto de una familia muy cerrada en sí misma, con poco y desconfiado contacto con el mundo externo, para el joven, crecer y salir de ese ámbito conocido y seguro se vuelve muy amenazador (Rausch; 1996).

2.5.3 Factores socioculturales

En el contexto sociocultural, en la actualidad se premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Es importante recordar que cuando se habla de “un cuerpo ideal o espectacular”, se está refiriendo no aun ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha sido cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Costin (2003) señala que los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y aunque están comenzando en las del mundo oriental, como Japón, se puede asegurar que no a todas las personas les afecta.

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esa idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa, casi únicamente, a través de la imagen corporal.

Sugiere, además, tomar como modelo estereotipado el físico de un adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), una de las características psicopatológicas que se observa en los enfermos diagnosticados de trastorno de la alimentación, es la presencia de trastornos de la imagen corporal. Estos pacientes manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, que se suele asociar con una baja autoestima.

Entonces definen como imagen corporal como la “representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia”(Jarne y Talarn; 2000; 144). Esta definición se complementa con otra que hace más hincapié en los aspectos emocionales ligados a esta representación: los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Se perfilan así los dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y el otro emocional, unido al sentimiento propio que lo provoca.

Ogden (2005) conceptualiza la insatisfacción corporal como una deformación del volumen corporal en comparación, con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente, como los sentimientos y pensamientos negativos respecto al cuerpo.

Entonces, la insatisfacción corporal puede provenir de los medios de comunicación, es decir, puede estar relacionada con el carácter étnico, la clase social, y la propia insatisfacción corporal de la madre. Además, es posible que el

impacto de esas influencias sociales este mediado por factores psicológicos, como las creencias y la naturaleza de las relaciones.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

De acuerdo con Costin (2003), el cuerpo que está subalimentando, causa malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo. Es insoslayable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente.

Existen importantes transformaciones físicas que se evidenciaron durante el periodo de semiinanición:

- Cefaleas.
- Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
- Molestias gastrointestinales, acidez, constipación y diarrea.
- Problemas de visión y auditivos.
- Adormecimiento de miembros (especialmente los pies o las manos)
- Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (vello fino, como de bebé), en zonas donde habitualmente no hay pelo.
- Enlentecimiento metabólico.

- Disminución de la tolerancia al frío por atermia; pérdida de la temperatura corporal.
- Cambios cardiológicos, bradicardia y taquicardia.
- Debilidad muscular y deshidratación.

De acuerdo con Costin (2003), es de gran importancia entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras se descansa.

Es decir, las personas que se someten a severas dietas para adelgazar, se encuentran en la problemática de que cuanto menos comen, menos adelgazan, ya que las calorías son quemadas más lentamente como un modo de preservar la energía y todo lo que entra en su cuerpo es utilizado para sobrevivir, es entonces cuando la dieta fracasa y esta persona cae en un ciclo.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

De acuerdo con Butcher y cols. (2007), los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos. Existe una elevada comorbilidad.

Siguiendo con los mismos autores “también suelen aparecer trastornos por abusos de sustancias tanto junto a la bulimia o el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa. Sin embargo, el tipo restrictivo de anorexia no suele estar asociado con el abuso de sustancias” (2007: 306).

Belloch y cols. (1995) señalan que en la bulimia nerviosa es frecuente la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos. Hudson y Pope (citados por Belloch y cols.; 1995) consideran al trastorno alimentario como una variante de la depresión.

Sin embargo, la experiencia indica que los síntomas depresivos tienden a desaparecer a medida que la conducta de comer se normaliza, es decir, que cuando el sujeto vuelve a tener un rito alimenticio o un régimen adecuado, los síntomas depresivos van a ir desapareciendo paulatinamente.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), un programa de tratamiento de estos trastornos tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura, se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso.

La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar, se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en estos.

- La recuperación ponderal: La rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa, aunque estas secuelas psicológicas tardan bastante tiempo en normalizarse, después de haber conseguido la recuperación ponderal.
- Tratamiento dietético: No hay unanimidad respecto a si la alimentación del enfermo tiene que partir de unos contenidos calóricos normales.
- Tratamiento psicológico: este es la piedra angular de un eficaz programa terapéutico. En este sentido, la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas, facilitarán que el paciente no vea el programa conductual excesivamente coercitivo, pensando que únicamente está ingresado para ganar peso.
- La terapia cognitivo conductual se ha revelado, en la última década, la más efectiva en el tratamiento de estos trastornos y estudios controlados avalan la eficacia.

En otras palabras, es conveniente que la familia tenga información exhaustiva de la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de pacientes; no solo de la necesidad de tratamiento, sino también sobre cuál es el más correcto y qué modelo es el más efectivo. Se requiere combinar el tratamiento

psicológico y actividad física según sea el caso, y lo más importante, el apoyo de la familia.

Una vez explicados los diferentes aspectos teóricos de las variables del presente estudio, se expondrán, en el siguiente capítulo, los pormenores del plan metodológico que permitieron el cumplimiento de los objetivos de campo, así como del objetivo general.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se divide en dos ámbitos: el primero está referido a la metodología de la investigación, el segundo se enfoca a los análisis de los resultados y su interpretación.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se expondrán los principales aspectos de la estrategia metodológica que permitió la consecución de los objetivos planteados para el presente estudio.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

La presente indagación posee cualidades propias del paradigma cuantitativo; considerando lo expuesto por Hernández y cols.(2014), el estudio que aquí se expone posee las siguientes características:

1. Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación.

2. El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
3. Una vez planteado el problema de estudio, la investigadora considera que lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico, del cual se deriva una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo.
4. La recolección de los datos se fundamenta en la medición, esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados para la comunidad científica.
5. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con métodos estadísticos.
6. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales, es decir, las hipótesis, y de estudios previos. La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan el conocimiento existente.
7. La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva posible”. Los fenómenos que se observan o se miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros.

3.1.2 Investigación no experimental

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) la investigación no experimental es en la que se lleva a cabo una investigación sin manipular deliberadamente las

variables, es decir, estudios en lo que no se realizan en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras, solamente se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos.

Dicho lo anterior, este estudio es de tipo no experimental, ya que no se generó ninguna situación, sino que se observaron las ya existentes.

3.1.3 Diseño transversal

En esta investigación el tipo de estudio es transversal, debido a que la recolección de datos es en un solo momento y en un tiempo único. De acuerdo con Lui y Tucker(citados por Hernández y cols.; 2014).

De acuerdo con el mismo autor, la presente indagación tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado.

3.1.4 Alcance correlacional

La finalidad de este tipo de estudio es conocer la relación que exista entre dos variables y a la vez, dar respuesta a las preguntas de investigación.

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales, primero se mide cada una de estas y después, se cuantifican,

analizan y establecen las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en las hipótesis sometidas a prueba.

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas, es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas.

Siguiendo con los mismos autores, la investigación correlacional cuenta con un valor explicativo, aunque es parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan, aporta cierta información explicativa. Existen dos clases de correlación, una positiva y una negativa, es decir, en la positiva se refiere a que sujetos con valores altos en una variable, también mostraran resultados elevados en la otra. Ahora, en la negativa, sujetos con elevados resultados en una variable, tenderán a mostrar resultados bajos en la otra (Hernández y cols.; 2014).

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para lograr la mayor objetividad en las investigaciones del enfoque cuantitativo, la prescripción metodológica indica que los instrumentos empleados para el acopio de los datos de campo, deben poseer dos propiedades, que son la confiabilidad y la validez.

Por confiabilidad se entiende, según Hernández y cols. (2014: 200) como “el grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales”.

Por validez, se entiende por el mismo autor más arriba como el grado de un instrumento mide realmente la variable que pretende medir.

A continuación, se describe la naturaleza psicométrica de los instrumentos empleados en la presente investigación.

Para la variable competencias emocionales, se utilizó el instrumento denominado Perfil de Competencias Emocionales, este es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocionales de adolescentes y adultos.

Las escalas que incluye son: inteligencia intrapersonal, inteligencia intrerpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo. Las sumatoria de las primeras cuatro escalas conforman el coeficiente emocional (EQ).

Este instrumento está basado en una escala diseñada por Reuven Bar-On y traducida y adaptada al español por Ugarriza (2001) en una muestra de 3,375 niños 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, convergente y de contrastación con un grupo de criterio, confirmando que es un instrumento válido.

La estandarización en México se realizó en una muestra de 315 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 establecieron parámetros en puntajes T para cada una de las escalas y puntaje CE para el puntaje total. Este último establece una 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.

Para la segunda variable se utilizó la prueba denominada Escala EDI-2, esta prueba es el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y fue elaborada por David M. Garner, en 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 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 alfa de Cronbach y validez de contenido recurrente, de criterio, así como de constructo.

Finalmente, el EDI-2 cuenta con once escalas las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad personal.

3.2.1 Descripción de la población

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) se entiende por población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones.

A su vez, la unidad de muestreo se define como un sujeto que pertenece a la muestra de la población de un estudio que será evaluada.

La población que se determinó en el presente estudio, está conformada por los estudiantes de la Escuela de Diseño y Comunicación Visual en la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, del ciclo escolar 2016-2017.

En función de que la población de estudio es pequeña, se decidió incluir todos los alumnos en el estudio, por lo cual no se realizó ningún proceso de muestro.

3.3 Descripción del proceso de investigación

En el siguiente apartado se describen a detalle los procesos que se siguieron para la recolección, estructuración y el análisis de la información requerida para realizar dicha investigación.

El interés por las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, fue debido a que la variable de competencias emocionales es la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo y se decidió correlacionar con los trastornos alimentarios, ya que en la actualidad se ha visto un incremento de estos padecimientos.

Debido a esto, se planteó la interrogante de si existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores asociados a los trastornos alimentarios.

Los capítulos se elaboraron de acuerdo con las variables a trabajar en esta investigación, las cuales son competencias emocionales y los factores asociados a los trastornos alimentarios. En el capítulo 1 se definió ampliamente el concepto de competencias emocionales, así como su clasificación y los diversos ámbitos en los que se desarrolla. El segundo capítulo es sobre los trastornos alimentarios, en este se incluye la definición de estos, el perfil de la persona que lo padece, así como los factores predisponentes, entre otros elementos.

Posteriormente, se siguió con la aplicación de instrumentos, para esto, primero se tuvo que contactar a la directora de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco. La aplicación de los test se realizó dentro de la institución, por grupos, en horas de clase; fue necesario acudir varias veces, porque los alumnos estaban en exámenes. Los alumnos trabajaron de forma adecuada, hacían preguntas cuando tenían dudas acerca de los reactivos, se mostraron ansiosos, pero interesados en ambos temas.

El procedimiento para la calificación de las pruebas de competencias emocionales se llevó a cabo en las hojas de cómputo que fueron indicadas, las cuales permitieron que se obtuvieran los puntajes correspondientes. Después se siguió a obtener los puntajes T; para la otra variable, se utilizó el acetato correspondiente al test, en este caso, la prueba denominada EDI-2.

Enseguida se hizo el vaciado de datos en una hoja de cálculo, la cual contenía el nombre del sujeto y el número de este. Finalmente, se realizó el análisis estadístico a partir de los datos obtenidos, así como la interpretación de estos. Además de la realización de gráficas en las cuales se representan los resultados.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos, a partir de la aplicación del test Bar-On EQ, y el test donde se muestran en puntajes T las escalas y coeficiente emocional; para la variable de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios fue utilizada la prueba denominada EDI-2.

El análisis de los resultados se organiza en tres categorías: en la primera de ellas se presentan los resultados obtenidos referidos a la variable competencias emocionales; en la segunda se describen los hallazgos en relación con la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios; en la tercera y última categoría se da cuenta de los datos encontrados en cuanto a la correlación entre las dos variables relacionadas.

Para el análisis de las dos variables, se efectuaron dos procedimientos: en el primero se trabajó con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y una dispersión (desviación estándar); en el segundo, se observó el porcentaje referido a casos preocupantes desde la perspectiva psicológica.

3.4.1 Las competencias emocionales

La variable competencias emocionales surge del concepto originalmente llamado inteligencia emocional, el cual es definido por Bar-On 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” (citado por Ugarriza; 2001:131).

Por otro lado, el concepto específico de competencias emocionales es definido como “como la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizand o los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone” (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Bar-On EQ Test (Test de Coeficiente Emocional de Bar-On) 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 forma, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados el punto bajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). En este valor fue de 52.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 43.

También se obtuvo el valor de la medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de la inteligencia intrapersonal es de 9.5.

La inteligencia intrapersonal incluye la medición de la comprensión de sí mismo, la habilidad para ser asertivo y para visualizarse a sí mismo de manera positiva (Ugarriza; 2001).

Se obtuvo, asimismo, el puntaje de la escala de inteligencia interpersonal, encontrando una media de 48, una mediana de 49 y una moda representativa de 50. La desviación estándar fue de 10.6.

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 (Ugarriza; 2001).

Asimismo, en la escala de adaptabilidad se encontró una media de 48, una mediana de 49 y una moda de 52. La desviación estándar fue de 9.3.

La escala adaptabilidad de 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 (Ugarriza; 2001).

En la escala del manejo del estrés se obtuvo una media de 49, una mediana de 50 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 10.6.

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 (Ugarriza; 2001).

Por otra parte, en la escala de estado de ánimo se obtuvo una media de 45, una mediana de 44 y una moda de 55. La desviación estándar fue de 11.9.

Esta escala incluye la felicidad y el optimismo, así como una apreciación positiva sobre las situaciones o eventos y la actitud placentera ante ellos (Ugarriza; 2001).

Finalmente, como puntaje sintetizador en el coeficiente emocional, se obtuvo una media de 98, una mediana de 100 y una moda de 104. La desviación estándar fue de 20.4.

El coeficiente emocional total se expresa como se afrontan en general las demandas diarias en el plano afectivo (Ugarriza; 2001).

En el Anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de habilidades emocionales, en términos generales, se ubica dentro de los parámetros normales. Es importante señalar que los resultados también muestran una dispersión alta, lo que habla de la heterogeneidad en los puntajes de los sujetos.

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

En la escala de inteligencia intrapersonal, el 10% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la escala de inteligencia interpersonal, el porcentaje de sujetos es de 22%; mientras que en la escala de adaptabilidad, es de 25%; el porcentaje de sujetos con puntajes bajos en la escala manejo de estrés, es de 20% y en la escala de estado de ánimo, es de 28%. Finalmente, los sujetos que obtienen un puntaje bajo en coeficiente emocional, es decir, un coeficiente por debajo de 80, son un 19%.

Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en la muestra estudiada

Tal como se menciona en el capítulo 2, de acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un cuerpo 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.

De acuerdo con Jarne y Talam (2000: 153), “la bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas”.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con 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 61, una mediana de 65, una moda de 18 y una desviación estándar de 26.

La escala de obsesión por la delgadez arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por 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 62, una mediana de 55.5, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.

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 diferenciar 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 53, una mediana de 55.5, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.

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 de ineficacia se obtuvo una media de 53, una mediana de 55, una moda de 18 y una desviación estándar de 26.

En la escala de ineficacia se evalúan 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 67, una mediana de 76, una moda de 82 y una desviación estándar de 27.

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 59, una mediana de 59.5, una moda de 57 y una desviación estándar de 25.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alineación 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 introceptiva se obtuvo una media de 51, una mediana de 50, una moda de 12 y una desviación estándar de 31.

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 (Garner; 1998).

Particularmente, en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 63, una mediana de 65, una moda de 65 y una desviación estándar de 29.

La escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de regresar a la inseguridad de la infancia. En especial, se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de adultez (Garner; 1998).

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 46, una mediana de 43, una moda de 40 y una desviación estándar de 28.

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 (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 56, una mediana de 52, una moda de 14 y una desviación estándar de 28.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia del abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Garner; 1998).

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 70, una mediana de 70, una moda de 63 y una desviación estándar de 21.

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

En el Anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y 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 43%, de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 29% ; en la de insatisfacción corporal, el 25%; en la ineficacia, el 28%; en la de perfeccionismo, el 53%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 38%; en la de conciencia introceptiva, 35%; respecto a la de miedo a la madurez, 46% ; en la ascetismo, 25%; en la de impulsividad, 38% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, el 48%.

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 encuentran altos en la mayoría de las subescalas, en un porcentaje de 53%. Tal circunstancia es reveladora de que los sujetos evaluados están percibiendo la presencia de aspectos psicosomáticos asociados a algún tipo de trastorno de alimentación. Sin embargo, es especialmente notorio el alto porcentaje que se presentan en las subescalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social, que rebasan el 40%, si bien las escalas de desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e impulsividad, también tienen porcentajes que ameritan atención, ya que superan el 30%.

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.

De acuerdo con Valverde, las competencias emocionales se definen, como “la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo, movilizand o los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone. Recientemente el concepto de competencias ha ido evolucionando con el paso del tiempo y ha ido adquiriendo una visión más integral” (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Por otra parte, Jarne y Talarn (2000: 153) señalan que “la anorexia se caracteriza por un deseo intenso por un deseo intenso de pesar cada vez menos, un gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad.”

Finalmente, siguiendo con los mismos autores, la bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas.

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco, se encontraron los siguientes resultados:

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

Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación ausente, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (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 y cols.; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación de 0%.

Por otra parte, el coeficiente emocional y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.02 obtenido con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala referida, existe una

correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia hay una relación del 0%.

Asimismo, entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.02, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que el coeficiente emocional y dicha escala, existe una correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 0%.

Adicionalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.31, a partir de la “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la ineficacia existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay una relación de 10%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.08, tomando como base la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y tal escala existe una ausencia de correlación. 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 de 1%.

Asimismo, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.41, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre ambas escalas hay una relación del 17%.

De igual manera, se pudo saber que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.18, obtenido con la prueba de "r" de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y esta escala existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 3%.

Adicionalmente, se calculó que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.14, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala referida, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 2%.

En el mismo sentido, entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación -0.23, de acuerdo con la "r" de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y tal escala existe una correlación

negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo hay una relación del 5%.

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.22, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad hay una relación del 5%.

Finalmente se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.29 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala indicada, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social hay una relación del 9%.

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

Con base en lo anterior se puede afirmar que el coeficiente emocional se relaciona de forma significativa con la escala de desconfianza interpersonal.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, en la que se afirma que existe relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco, del ciclo escolar 2016-2017, para la escala de desconfianza interpersonal.

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

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se lograron los objetivos particulares de naturaleza conceptual, referidos a la primera variable, competencias emocionales, en el desarrollo del capítulo uno. En tal parte se presentaron los aspectos más relevantes referidos a este fenómeno adoptado en la psicología.

Los objetivos particulares del tipo teórico, referidos a la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se cubrieron de manera profunda en el capítulo dos. Ahí se refiere tanto a la conceptualización de tal constructo, como su relevancia en el ámbito de la psicología.

Cabe mencionar que el objetivo referido a la medición de la variable de competencias emocionales, en la población determinada, se logró mediante la administración del instrumento denominado Perfil de Competencias Emocionales.

A su vez, el objetivo de campo establecido para la segunda variable, se cubrió con solvencia al aplicar el test denominado EDI-2.

De esta forma, con la consecución de la totalidad de los objetivos particulares, se logró cubrir el objetivo general del presente estudio, es decir, determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos

asociados con los trastornos alimentarios, en alumnos de la carrera de Diseño y Comunicación Visual de la Universidad Don Vasco.

Cabe destacar que se corroboró la hipótesis de trabajo en los casos que se correlacionó el coeficiente de las competencias emocionales con la subescala de desconfianza interpersonal.

Para la investigadora, resulta relevante lo encontrado en el porcentaje de los sujetos con puntajes preocupantes, como en la escala de desconfianza interpersonal; lo expuesto en los capítulos uno y dos, corrobora la relación significativa entre las variables de estudio, es decir, se recomienda que se continúe investigando en grupos que no estén incluidos en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguera, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

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

Editorial Masson. Barcelona.

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

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw-Hill. España.

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

Psicología clínica.

Editorial PEARSON. España.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.

Editorial Formación Alcalá, S.L. 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.

García Rodríguez, Fernando. (1993)

Las adoradoras de la delgadez.

Editorial Díaz de Santos. Madrid.

Garner, David M. (1998)

Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

TEA Ediciones. Madrid.

Goleman, David. (2007)

La inteligencia emocional.

Editorial Vergara. México.

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

Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)

Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)

Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.
Ediciones Morata. España.

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)

Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw-Hill. España.

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)

La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

Vernon, Philip E. (1982)

Inteligencia: herencia y ambiente.
Editorial Manual Moderno. México.

MESOGRAFÍA

Bisquerra Alzina, Rafael; Pérez Escoda, Nuria. (2007)
“Las competencias emocionales”.
Revista Educación XXI. No.10. Pp. 451-467.
Recuperado de <http://www.redalyc.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://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimaciel06.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>

Fernández Berrocal, Pablo; Extremera Pacheco, Natalio. (2002)
“La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela”.
Revista Iberoamericana de Educación.
Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/326Berrocal.pdf>

Garrido Riquenes, Vilma. (2012)
“Desarrollo de competencias emocionales para la reducción de riesgo de trastorno alimentario”.
Tesis doctoral para la Universidad Autónoma de Barcelona.
Recuperado de <http://ddd.uab.cat/record/110602>

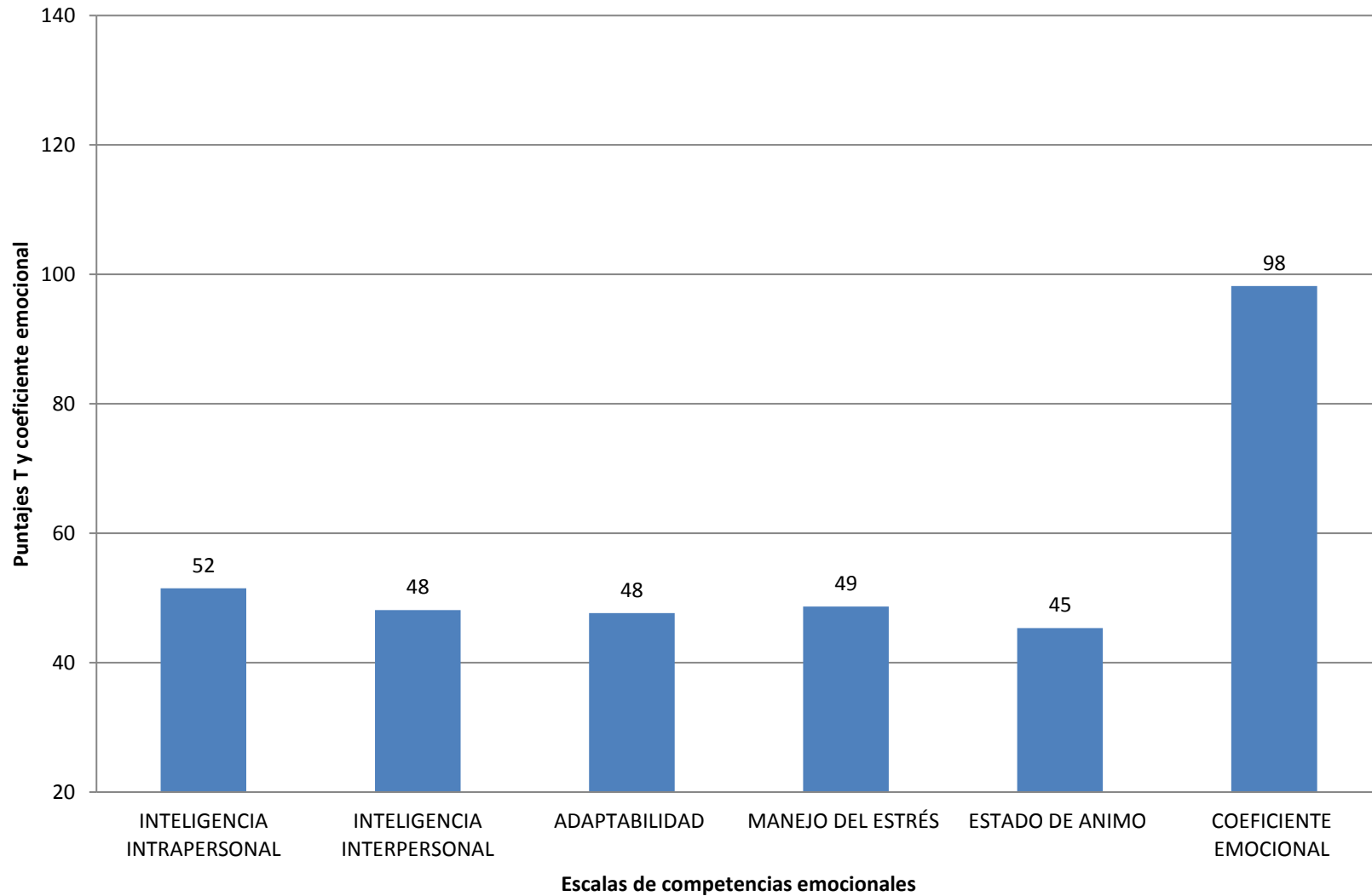
Ugarriza, Nelly. (2001)
“La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana.”
Persona, núm. 4, 2001, pp. 129-160. Universidad de Lima. Lima, Perú.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago; Contreras Jordán, Onofre R. (2002).
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).
Universidad de Castilla-La Mancha, España.
Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

Zavala, María Alicia; López, Isaura. (2012)
“Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional?”
Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20, 1,59-75.
Recuperado de http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=524

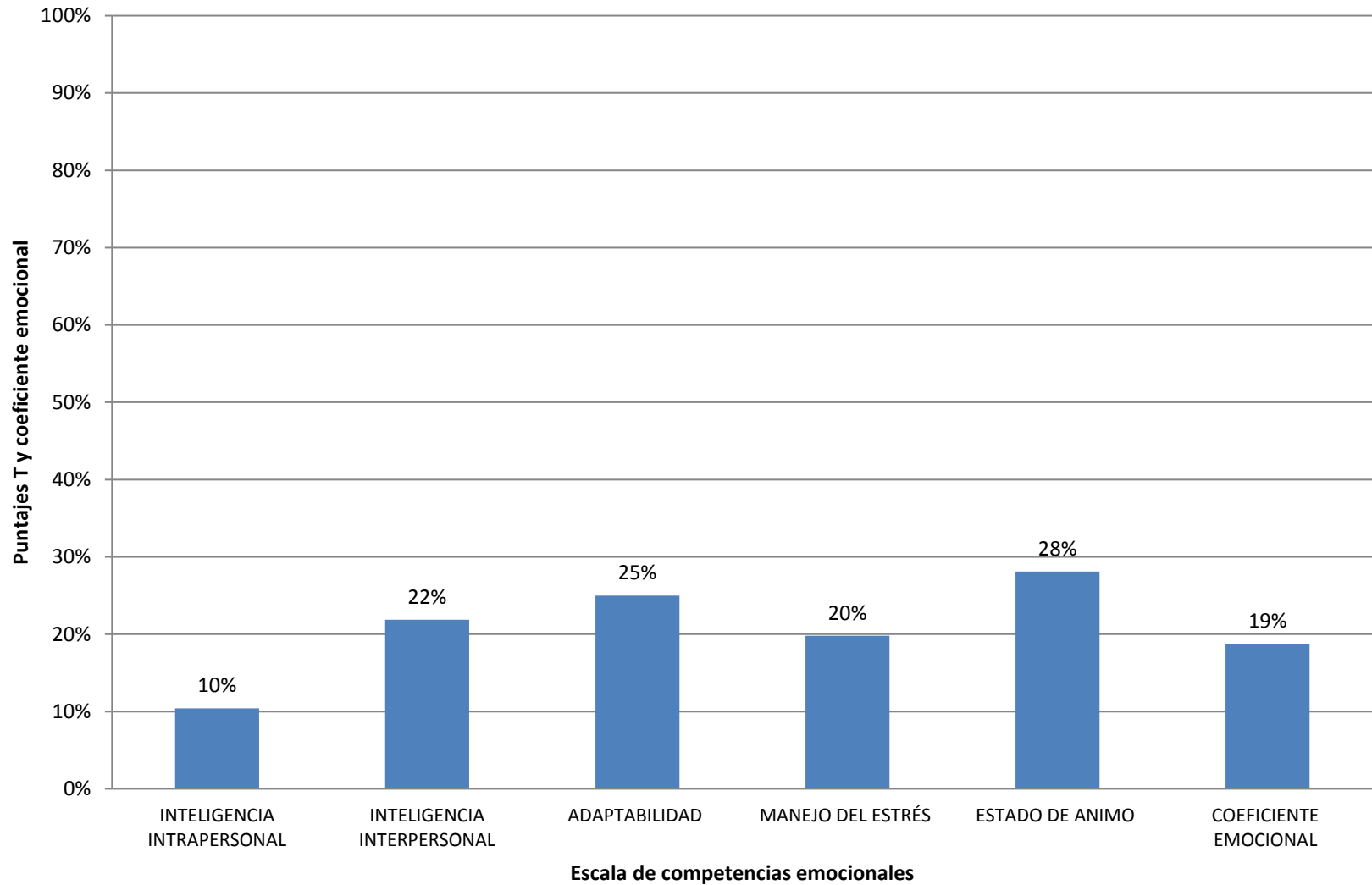
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de competencias emocionales



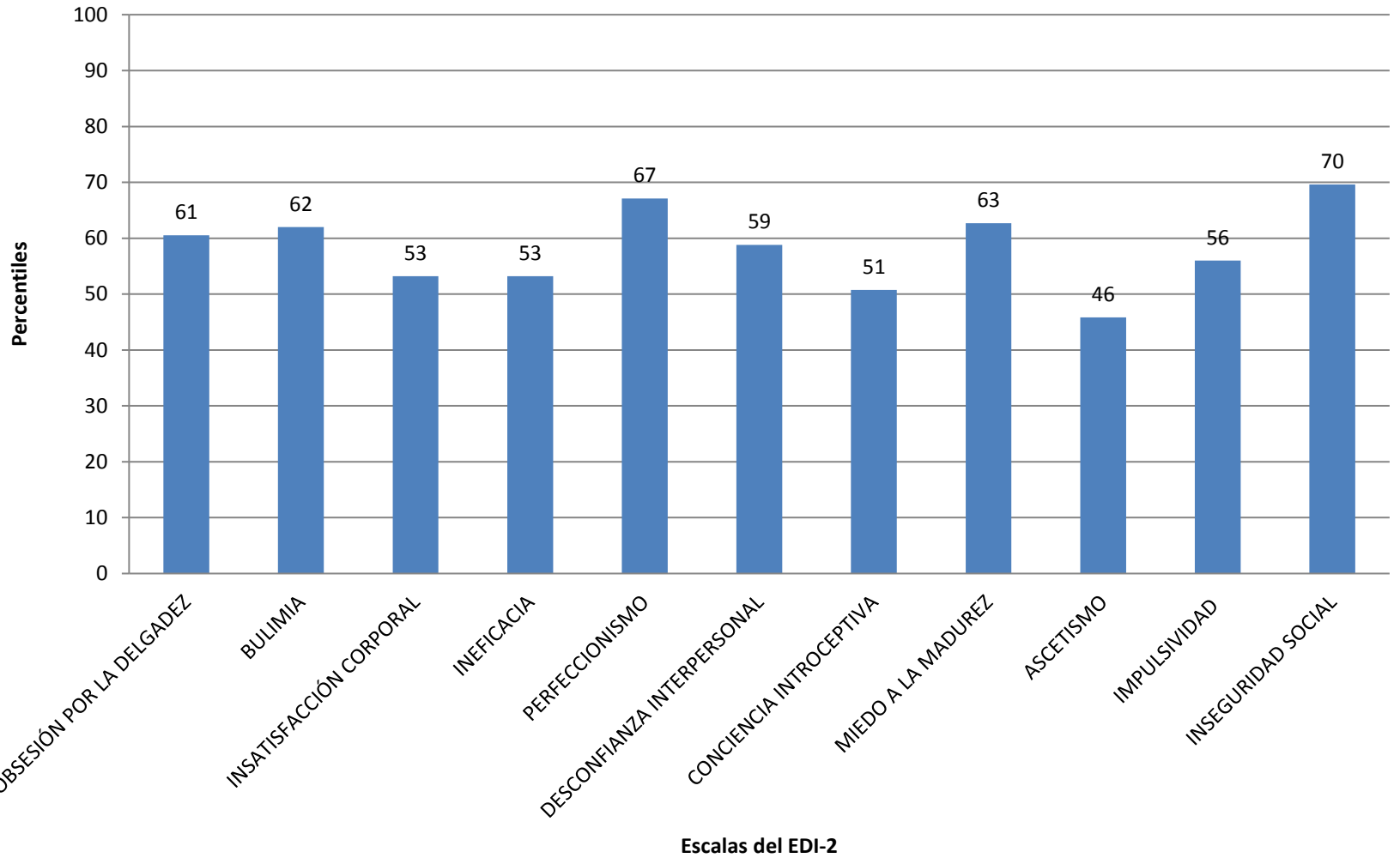
ANEXO 2

Porcentaje de puntajes preocupantes en las escalas de competencias emocionales



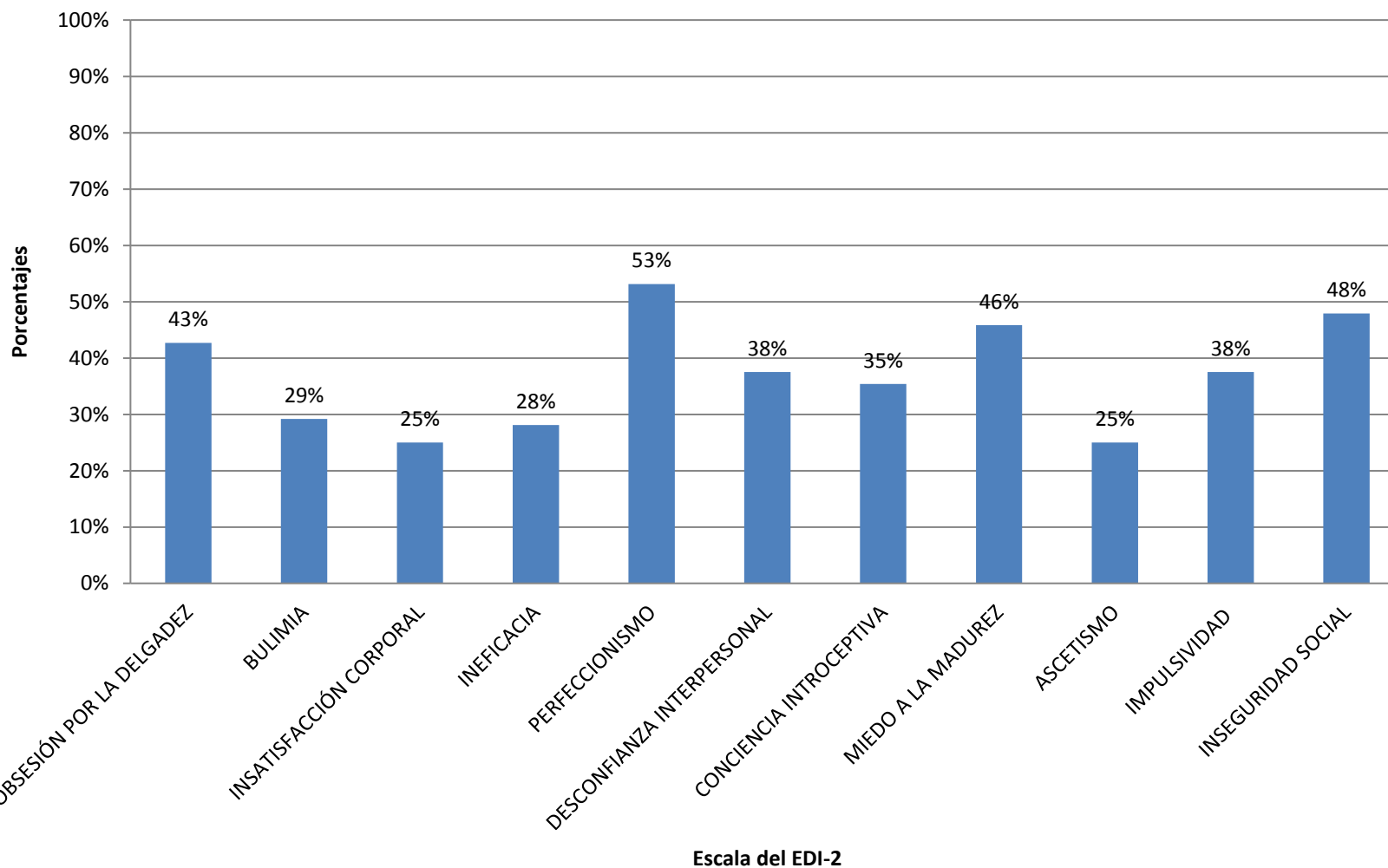
ANEXO 3

Media aritmética de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentajes preocupantes en los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios



ANEXO 5
Correlación entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios

