



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 LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES Y  
FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

CLARA ESTHER MAGAÑA ARIAS

ASESOR: LIC. JOSE DE JESUS GONZALEZ PEREZ

Uruapan, Michoacán. A 30 de enero del 2020.



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. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	6
Objetivos. . . . .	7
Hipótesis. . . . .	8
Operacionalización de las variables. . . . .	9
Justificación . . . . .	10
Marco de referencia. . . . .	12

## **Capítulo 1. Competencias emocionales.**

1.1 Marco conceptual. . . . .	15
1.1.1 Las emociones. . . . .	15
1.1.2 El concepto de competencias. . . . .	19
1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional. . . . .	22
1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales. . . . .	26
1.2 Clasificación de las competencias emocionales. . . . .	28
1.3 La educación emocional. . . . .	33
1.3.1 Concepto de educación emocional. . . . .	34
1.3.2 La pedagogía y la educación emocional . . . . .	35
1.3.3 La educación emocional en el contexto familiar . . . . .	36
1.3.4 La educación emocional en el contexto comunitario . . . . .	37

1.3.5 La educación emocional en el contexto curricular.	38
1.4 Las competencias emocionales en la vida actual	39
1.4.1 Las competencias emocionales en la dimensión laboral.	39
1.4.2 Las competencias emocionales en la dimensión escolar.	40
1.4.3 Las competencias emocionales en la dimensión personal y otros entornos.	41
1.5 Evaluación de las competencias emocionales.	42
1.5.1 Cuestionarios, escalas y autoinformes	43
1.5.2 Evaluación a través de observadores externos	45
1.5.3 Evaluación a través de las tareas de ejecución	47

## **Capítulo 2. Trastornos de alimentación.**

2.1 Antecedentes históricos	49
2.2 Definición y características clínicas	51
2.2.1 Anorexia nerviosa.	52
2.2.2 Bulimia nerviosa.	54
2.2.3 Obesidad	55
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	56
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	57
2.2.6 Trastorno por atracón.	57
2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	58
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	61
2.3.1 Organización oroalimenticia.	62
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	64
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	66

2.5 Causas del trastorno alimenticio . . . . .	70
2.5.1 Factores predisponentes individuales . . . . .	70
2.5.2 Factores predisponentes familiares . . . . .	73
2.5.3 Factores socioculturales . . . . .	76
2.6 Insatisfacción corporal. . . . .	79
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios. . . . .	80
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios . . . . .	83
2.9 Tratamiento. . . . .	85

### **Capítulo 3. Metodología y análisis e interpretación de resultados.**

3.1 Descripción metodológica. . . . .	91
3.1.1 Enfoque cuantitativo . . . . .	92
3.1.2 Investigación no experimental. . . . .	93
3.1.3 Diseño transversal . . . . .	94
3.1.4 Alcance correlacional . . . . .	95
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos . . . . .	97
3.2 Población y muestra . . . . .	99
3.2.1 Descripción de la población. . . . .	100
3.2.2 Tipo de muestreo . . . . .	100
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	101
3.4 Análisis e interpretación de resultados. . . . .	104
3.4.1 Las competencias emocionales en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, A.C. . . . .	104

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, A.C. . . . .	109
3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	114
Conclusiones. . . . .	121
Bibliografía. . . . .	124
Mesografía. . . . .	126
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

En el presente estudio, se analiza la relación entre el nivel de competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de una secundaria del sector privado. Para ello, se muestran enseguida algunos elementos contextuales básicos.

## **Antecedentes**

Para estudiar un tema, es necesario conocer trabajos anteriores respecto al mismo, lo que ayuda a no investigar un argumento que ha sido revisado muy a fondo, estructurar más formalmente la idea de la investigación y seleccionar la perspectiva fundamental desde la cual se abordará la investigación (Hernández y cols.; 2014).

Con la intención de iniciar bajo una misma perspectiva, se llevará a cabo una revisión conceptual de variables.

De acuerdo con Goleman (2007), la inteligencia emocional se refiere a las propiedades como la capacidad de automotivación, de persistir en el intento, aunque existan frustraciones; de tener dominio de los impulsos, control de las emociones y actitudes, así como impedir que estas obstaculicen las habilidades racionales y, finalmente, la facultad de generar empatía y confiar en los demás.

Siguiendo el modelo de Goleman, Fragoso-Luzuriaga (2015) argumenta que la inteligencia emocional se conforma de cuatro factores que agrupan diversas habilidades: el conocimiento de sí mismo, la autorregulación, la conciencia social y la regulación de las relaciones interpersonales.

Por otro lado, las competencias emocionales, según Saarni, se refieren a un cúmulo estructurado de habilidades que una persona requiere para su desarrollo en un medio cambiante y manifestarse como un individuo diferente, mejor habituado, más eficaz y con autoconfianza elevada (referido por Fragoso-Luzuriaga; 2015).

Este modelo postula ocho competencias básicas, las cuales son:

- Conciencia emocional de sí mismo.
- Competencia para distinguir y comprender las emociones de los demás.
- Capacidad para usar el lenguaje y expresiones propios de la emoción.
- Habilidad de ponerse en el lugar del otro.
- Capacidad de distinguir la experiencia emocional subjetiva interna de la externa.
- Habilidad para la resolución adaptativa de condiciones difíciles y frustrantes.
- Percepción de comunicación emocional en las relaciones.
- Habilidad de la autoeficacia emocional.

En relación a la conducta alimentaria, Jarne y Talarn (2000) comentan que estos comportamientos datan desde tiempos antiguos, ya que los individuos, con la intención



de demostrar supremacía y, en ocasiones, como un simbolismo sagrado, ingerían comida de manera excesiva, para después utilizar el vómito como método de evacuación y poder consumir alimentos de nuevo.

En el cristianismo, las conductas alimentarias de riesgo se asociaban directamente con el ayuno como forma de sacrificio y penitencia (Jarne y Talarn; 2000).

Sin embargo, no todos los desórdenes alimentarios tienen su base en cuestiones religiosas; existen registros de Marthe Taylor, quien sufría de vómitos constantes y excesivos, a pesar de ingerir poca cantidad de alimento o incluso nada. Su caso fue tratado por médicos, clérigos y nobles, cuyo objetivo era persuadir a la joven para que comiera algo. Se asegura que durante el tiempo que presentó dicha sintomatología, esta persona no defecó ni orinó y solamente se mantenía viva bajo el consumo de agua azucarada (Jarne y Talarn; 2000).

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son procesos que traen consigo graves anomalías actitudinales y de comportamiento en el consumo de alimentos, las cuales están causadas por la alteración psicológica de la percepción del cuerpo y el excesivo temor a la obesidad (Chávez y cols.; 2012).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), por otra parte, define a los trastornos alimentarios como “alteraciones graves de la

conducta alimentaria” (APA; 2014: 189) en los cuales incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa está caracterizada por la negación a mantener el peso corporal en los valores mínimos comunes; por otro lado, la bulimia nerviosa se manifiesta por episodios constantes de voracidad, seguidos por comportamientos compensatorios inadecuados, como la expulsión provocada de alimento mediante la vía oral, el consumo excesivo de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, la abstinencia o ejercicio en exceso. Una propiedad fundamental de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es la percepción equívoca de la forma y el peso corporal (APA; 2014).

A partir del significado de las variables estudiadas, a continuación, se presentan diversas investigaciones que se han llevado a cabo en México sobre la misma línea. Los estudios que se han realizado anteriormente sobre este tema son los siguientes.

Chávez y cols., en el 2012, llevaron a cabo un estudio llamado “Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición”, en la Universidad Pública de Oriente del Estado de México, cuyo objetivo fue analizar las conductas alimentarias y la presencia de sintomatología en dichos alumnos, para ello aplicaron una batería de pruebas en 182 estudiantes (157 mujeres y 25 hombres) con una media de 20.5 años de edad (DE= 2.72).

Los resultados revelaron que el 8.8% de los individuos presentó sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, encontrando independencia con el índice de masa corporal, no obstante, en el porcentaje de grasa corporal sí hallaron diferencias significativas (Chávez y cols.; 2012).

La insatisfacción corporal se manifestó en el 33.51% de la población, aunque los comportamientos compensatorios no fueron un indicador determinante en este grupo; los hallazgos muestran un riesgo implícito que va en incremento, debido a la influencia sociocultural de los modelos estéticos vigentes que abren paso a la insatisfacción corporal y modificaciones en el comportamiento alimentario, cuando en su formación obtienen conocimientos teóricos sobre dichos padecimientos (Chávez y cols.; 2012).

Por otro lado, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, Martínez realizó una investigación llamada “Estudio correlacional de las competencias emocionales con los trastornos alimentarios en alumnos del C.C.H.” cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los alumnos de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco (Martínez; 2017).

La muestra estuvo constituida por 120 estudiantes, de 15 a 17 años, cursantes del primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades, pertenecientes a un estrato social medio a alto (Martínez; 2017).

Los resultados señalan que el coeficiente emocional de esta población se relaciona de manera significativa con las subescalas del EDI-2: desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. Por otro lado, no se encuentra relación significativa entre el coeficiente emocional y las escalas del EDI-2 para obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo (Martínez; 2017).

### **Planteamiento del problema**

La adolescencia es considerada una de las etapas de desarrollo humano en la cual, los jóvenes tienen que enfrentar diversos cambios físicos, psicológicos, emocionales y socioculturales; se habla de un lapso de transición entre la infancia y la adultez.

Culturalmente, los adolescentes, en su búsqueda de su identidad, rigen su comportamiento de acuerdo con la moda o tendencias predominantes en los medios de comunicación, en los cuales se puede apreciar un sinnúmero de estereotipos asociados a estándares de belleza inalcanzables, que muchas veces llevan a los individuos a adoptar conductas de alto riesgo, tales como los trastornos alimentarios.

En la mayoría de los casos, los adolescentes se encuentran influenciados por los medios masivos de comunicación, debido a que no cuentan con las habilidades o competencias que les permitan generar un conocimiento crítico frente a estos

estímulos y, así, mantener una postura objetiva que les permita discernir la información que estos proveen.

Debido a esta problemática, surge la necesidad de realizar un estudio que permita responder a la siguiente cuestión: ¿Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en los adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C.?

## **Objetivos**

Toda investigación requiere de directrices que permitan sistematizar sus diversas tareas teóricas y metodológicas. Para el presente caso, se plantearon las siguientes.

### **Objetivo general**

Establecer la relación existente entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de competencias emocionales.

2. Identificar las principales aportaciones teóricas hechas al constructo de competencias emocionales.
3. Diferenciar los conceptos de inteligencia emocional y competencias emocionales.
4. Analizar los principales indicadores asociados a los trastornos alimentarios.
5. Conocer las características principales de las personas con trastornos alimentarios.
6. Describir el desarrollo histórico del concepto de trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de las competencias emocionales en los adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C.
8. Evaluar los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A. C

## **Hipótesis**

Las explicaciones tentativas sobre la realidad analizada, que se presentan a continuación, fueron producto de la información disponible, el objetivo general y el alcance metodológico.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C.

### **Operacionalización de las variables**

Se llama operacionalización de las variables al conjunto de procesos y actividades que el investigador desarrolla para la medición de una variable (Hernández y cols.; 2014).

En el presente estudio se utilizó el Perfil de Competencias Emocionales, que es un instrumento diseñado para estimar las competencias y el coeficiente emocional en adolescentes y adultos.

Las escalas que contiene son: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad, así como estado de ánimo. La suma de las primeras cuatro constituye el coeficiente emocional (EQ).

Dicho instrumento fue desarrollado por Reuven Bar-on y traducido al español por Ugarriza (2001), su adaptación y estandarización se llevó a cabo en la Universidad Don Vasco en el 2015.

Por otro lado, para la medición de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se utilizó la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2) de David M. Garner (1998). Este instrumento está formulado por once escalas, las cuales representan los síntomas más importantes que se asocian a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

## **Justificación**

En la actualidad, es cada vez más común la exposición del individuo al excesivo uso de la publicidad en torno al cuidado de la imagen corporal y estética, lo cual llama la atención debido a que, en muchas ocasiones, las personas no tienen en cuenta en qué grado esto les afecta o tiene relación en su vida cotidiana; tampoco consideran las competencias emocionales con las que cuentan para enfrentarlas. Por ello, la presente investigación abordará dicha problemática y ayudará a profundizar sobre ella de manera objetiva y precisa, en la ciudad de Uruapan.



A la institución que fungió como escenario de estudio, le hará posible identificar indicadores altos en torno a los trastornos alimentarios y, a partir de esto, diseñar programas de prevención.

A los alumnos les permitirá analizar de manera más objetiva su situación emocional y la relación que esto guarda con el riesgo de desarrollar problemáticas alimenticias.

Los maestros conocerán la realidad que viven los alumnos y, a través de ello, podrán generar un ambiente de estudio más favorable que contribuya al desarrollo de competencias emocionales, mientras que a los directivos les ayudará a tener una visión más precisa sobre las variables emocionales en su comunidad estudiantil. Por otra parte, a los padres de familia les permitirá apreciar más de cerca la situación emocional que viven sus hijos.

En el campo de la psicología, el presente estudio promoverá las indagaciones de estas variables en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Esta investigación se relaciona con el campo de acción del psicólogo porque atañe al comportamiento del ser humano y su actitud ante las diferentes situaciones en su diario vivir.

## **Marco de referencia.**

La Universidad Don Vasco es una de las primeras instituciones privadas de estudios superiores en el occidente del país, así como la única en el Estado de Michoacán que cuenta con un reconocimiento oficial por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde 1976, su propuesta educativa se conduce bajo las reglas y estándares de calidad de la UNAM, quien evalúa de manera constante la infraestructura, los planes de estudio, la pedagogía, estructura administrativa y la planta docente de la UDV (Universidad Don Vasco; 2017).

Según Zalapa (2010), la Universidad Don Vasco nació como escuela secundaria en el año de 1964, con el nombre de “Instituto Cultural Don Vasco”. Al terminar los estudios de los alumnos de la primera generación, se inició una preparatoria, en 1967; después que la primera generación terminó la preparatoria, se comenzó con una carrera profesional -Administración de Empresas-, en el año de 1971. A través de los años, se siguieron abriendo nuevas carreras; actualmente son 10, pero no es hasta 1988 que se hace el cambio de nombre a “Universidad Don Vasco”.

Se escogió el nombre antes indicado en recuerdo del insigne fundador de la diócesis de Michoacán, Don Vasco de Quiroga, hombre altamente docto y lleno de bondad para todas las personas y, en especial, para los indígenas, a quienes enseñó diversas labores y a quien ellos llamaron “Tata Vasco” (Zalapa; 2010).

La Universidad Don Vasco, desde su inicio, no nació como un negocio de particulares, sino como una obra de servicio desinteresado a la sociedad. La propiedad legal la tiene una asociación civil (Zalapa; 2010).

Como lema se escogió solamente dos palabras: “Integración y superación”; con la primera se quiere indicar que la Universidad pretende unificar la mente y esfuerzos para poder lograr un mejor desarrollo humano y profesional, así como que las personas ricas y pobres puedan convivir en armonía y fraternidad, con la clara conciencia de que todas las personas son iguales , y que, debido a ello, las clases sociales no deben ser límites para la convivencia y el aprendizaje de los demás; además, esta palabra también refleja el que todo profesional digno, responsable y culto pueda tener lugar como profesor, directivo o investigador en la institución, de especial manera, si sus valores y creencias son congruentes o compatibles con la misión y objetivos de la Universidad (Zalapa; 2010).

Por otro lado, “superación” significa que la Universidad tiene como objetivo promover y motivar el desarrollo pleno y en armonía de todas las competencias de la persona y que se desempeñen en favor de los demás; también incluye que, en la búsqueda de nuevos y más amplios horizontes, la universidad procure un desarrollo continuo en los distintos aspectos que incluye su labor educativa (Zalapa; 2010).

Actualmente, con un poco más de 50 años de desarrollo, la UDV es, sin duda, la institución particular de estudios superiores más antigua y prestigiosa del Estado de

Michoacán, brindando servicios de educación secundaria, preparatoria (Colegio de Ciencias y Humanidades), además de diez licenciaturas y educación continua.

Cumpliendo con su misión, los alumnos de secundaria y preparatoria reciben disciplinas cuyo objetivo es buscar la orientación psicológica, axiológica y vocacional necesaria para asumir con una filosofía firme de vida, las labores que han de iniciar.

Particularmente, la Secundaria Don Vasco, además de ofrecer una educación integral, desarrolla en sus estudiantes sentido de iniciativa, buscando el bienestar social de su entorno, competencias para el uso de la información, un manejo seguro y objetivo de las tecnologías de la información, además de cualidades para la convivencia, anteponiendo la habilidad para tomar decisiones y actuar bajo una conducta crítica frente a los valores, la ética y cultura (Universidad Don Vasco; 2017).

El modelo educativo impartido en la Secundaria Don Vasco, está basado en el modelo de desarrollo de competencias que incluye conocimientos, capacidades y actitudes que permitan al alumno aprender a aprender, aprender a convivir, aprender a ser y aprender a hacer (Universidad Don Vasco; 2017).

La Secundaria Don Vasco cuenta con un edificio con 14 aulas de trabajo, una plantilla de 14 docentes y 330 alumnos, de estos últimos, se contó con la participación de hombres y mujeres de 12 a 15 años de edad de los diferentes grados en la Secundaria Don Vasco, A.C.

# **CAPÍTULO 1**

## **COMPETENCIAS EMOCIONALES**

En el presente capítulo se hablará sobre las competencias emocionales, abarcando desde la formación del constructo, definición, componentes, clasificación e impacto en la vida diaria, hasta su medición.

### **1.1 Marco conceptual.**

El término inteligencia emocional está hoy en debate debido a que, a pesar de que fue conceptualizado de esta manera por los pioneros de este constructo hipotético, ha sido cuestionado en muchas ocasiones acerca de su existencia y, por lo tanto, su validez.

En estudios recientes, se habla de competencias emocionales, se alude a la integración de conocimientos, destrezas, capacidades y actitudes fundamentales para entender, manifestar y controlar de manera adecuada los fenómenos emocionales (Bisquerra y Pérez; 2007).

#### **1.1.1 Las emociones.**

El término emoción, a pesar de ser, posiblemente, el sistema más importante de evolución y adaptación de los seres humanos es, quizá, el menos conocido de los

procesos psicológicos básicos. La complejidad para conceptualizarla, las diferentes maneras de comprenderla, la división de este proceso, la dificultad de las metodologías empleadas para su estudio y las complejidades inmanentes a su estudio científico, demuestran el poco avance de la psicología de la emoción (Palmero y cols.; 2002).

En la actualidad, se carece de una definición exacta del término, incluso se llega a decir que es un constructo carente de límites específicos dada su ambigüedad, sin embargo, diversos autores concuerdan en que la emoción se expresa a través de una tríada reactiva: activación fisiológica, conducta expresiva y sentimientos subjetivos, mas no se especifica cómo se encuentran organizados (Palmero y cols.; 2002).

Palmero y cols. (2002) citan a Pinillos conceptualizando la emoción como un estado de ánimo que se origina de la información sensorial, ideas o recuerdos que con frecuencia expresa de diversas maneras, aunque este concepto no es suficiente, puesto que no agrupa todas sus dimensiones.

Aún no se llega a un término consensuado de la emoción. En estudios más recientes, la mayor parte de los autores alude a conceptos operacionales que incorporan de manera implícita o explícita, el constructo propuesto por Lang, en el cual comprende la emoción a través de tres sistemas de respuesta diferenciados: el neurofisiológico-bioquímico, el motor o conductual expresivo y finalmente, el cognitivo o experiencial subjetivo (referido por Palmero y cols.; 2002).

A través de lo anterior, se puede decir que las emociones son procesos momentáneos que, provocados por la existencia de un estímulo, manifiesto o latente, son capaces de suscitar un desequilibrio en el organismo, provocando cambios o reacciones subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas, que a su vez se encuentran relacionados con la adaptación de un sujeto a ciertas circunstancias de un medio ambiente en constante cambio (Palmero y cols.; 2002).

Uno de los grandes problemas actuales de la psicología de la emoción es la dificultad para definir completamente los componentes de las emociones; la vasta variedad terminológica y conceptual constituye uno de los principales retos de los investigadores. Así, constantemente son utilizados numerosos descriptores para nombrar los diferentes estados afectivos y emocionales, concepciones que, debido a su alto grado de especificidad, pueden convertirse en un problema para los inexpertos en la materia (Bisquerra y Pérez; 2007).

Los descriptores afectivos y emocionales tradicionalmente se han categorizado tomando en cuenta diferentes criterios como su duración, intensidad, causas y relación con distintos acontecimientos específicos (Bisquerra y Pérez; 2007).

Tomando en cuenta lo anterior, a continuación, se hará mención de algunos de los descriptores afectivo-emocionales más comunes.

El afecto se refiere a las valoraciones o evaluaciones que realiza el individuo frente a las diversas situaciones que se le presentan, es decir, qué tan placenteras o displacenteras le resultan; se habla de la existencia de una inclinación innata a lo que genera agrado, lo cual se traduce en que el objetivo de cada individuo está encaminado al hedonismo, en otras palabras, a la obtención de placer (Palmero y cols.; 2002).

Por otro lado, el humor o estado de ánimo, es un estado afectivo no intencional, por lo tanto, no existe un objeto específico que lo provoque, es de mayor duración que la emoción y su cometido es la influencia en la cognición; es el resultado de varios factores: exógenos, endógenos, rasgos de personalidad y temperamento (Palmero y cols.; 2002).

La emoción, por otra parte, es una forma específica de afecto, entre sus factores integra el sentimiento; contraria al humor, sí cuenta con un objeto o situación que la suscita y es de menor duración, es el producto de la interacción de la persona con el entorno en tiempo presente, por lo cual se les considera como fenómenos causales intencionales (Palmero y cols.; 2002).

Finalmente, el sentimiento, también llamado “actitudes emocionales”, consiste en las predisposiciones del individuo hacia un objeto, persona o situación en particular; es el análisis que realiza el individuo tras un acontecimiento emocional; dicho de otra manera, es la experiencia personal de la emoción (Bisquerra y Pérez; 2007). El sentimiento propicia la emoción en dos sentidos:



El primero los refiere como un conjunto de creencias y valoraciones que el individuo otorga a un objeto o situación; estas se actualizan de manera constante, reflejando un sentimiento (Bisquerra y Pérez; 2007).

El segundo, por su parte, menciona que los sentimientos son disposiciones que propician que un objeto se canalice de manera inmediata durante una emoción, se trata de motivaciones intrínsecas que pueden evidenciarse a través de la evitación anticipada de un objeto o situación (Bisquerra y Pérez; 2007).

### **1.1.2 El concepto de competencias.**

En los últimos años, el término competencia ha generado bastante interés en su conceptualización, debido a las diferentes acepciones que tiene el concepto: capacitación, competencia o suficiencia, todas ellas orientadas a las competencias profesionales; si bien no es la intención de este trabajo realizar un listado de los diferentes significados, sino mencionar los más significativos relacionados con el campo de la psicología.

La competencia involucra el conocimiento necesario para hacer frente a diferentes situaciones y ser capaz de afrentarse a ellas, es decir, saber utilizar los conocimientos y cualidades para solución de problemas, derivados de la práctica de la profesión (Bisquerra y Pérez; 2007).

Con el paso del tiempo, el término competencia ha ido evolucionando, de tal manera que no se limita su uso a su dimensión funcionalista, sino que va ampliando su alcance, de modo que los individuos lo empleen en su vida diaria, en el aprender a enfrentar las diversas situaciones de su vida a través de una convergencia entre habilidades, comportamientos y saberes (Bisquerra y Pérez; 2007).

Bajo este planteamiento, se puede definir la competencia como “la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia” (Bisquerra y Pérez; 2007: 3).

Las características principales de cualquier competencia, son:

- Está dirigida a los individuos, ya sea de forma individual o colectiva.
- Incluye saberes “conocimientos”, habilidades “saber-hacer”, actitudes y comportamientos “saber estar” y “saber ser”, ligados entre sí.
- Incluye capacidades formales e informales.
- No es excluyente del desarrollo ni del aprendizaje integrado a la experiencia.
- Integra la capacidad de respuesta a la acción.

A través de diversas revisiones bibliográficas sobre las clases de competencias, se ha llegado a la conclusión que, dentro de todas las categorizaciones realizadas,

destacan dos dimensiones: las competencias de desarrollo técnico-profesional y las de desarrollo socio-personal (Bisquerra y Pérez; 2007).

Las competencias de desarrollo técnico-profesional, también denominadas funcionales, son aquellas que se limitan en torno a conocimientos y procesos relacionados con un ambiente profesional o especializado en específico; están vinculadas con el “saber” y el “saber hacer” requeridos para una ejecución excelente en el ámbito laboral (Bisquerra y Pérez; 2007).

Los cambios que acontecen en el ámbito laboral, más las necesidades sociales enlazadas a dichas transformaciones, incitan a la necesidad de admitir otro tipo de competencias, las cuales no han obtenido una conceptualización reconocida por unanimidad. Algunas clases de competencias son: participativas, personales, básicas, relacionales, habilidades de vida, interpersonales, emocionales y socio-emocionales, entre otras (Bisquerra y Pérez; 2007).

Las competencias socio-personales incluyen la motivación, autocontrol, autoconfianza, autocrítica, paciencia, autonomía, control de estrés, asertividad, responsabilidad, habilidad para la toma de decisiones, empatía, habilidades para la prevención y solución de problemas, altruismo y espíritu de equipo (Bisquerra y Pérez; 2007).

Mientras tanto, las competencias técnico profesionales incorporan el control de los saberes básicos y especializados, dominio de las labores y habilidades necesarias en la profesión, aptitud de organización, capacidad de manejo del entorno, disposición de coordinación, facultad de adecuación e innovación y destreza para la labor en red (Bisquerra y Pérez; 2007).

De acuerdo con investigaciones recientes, se ha llegado a concluir que las competencias personales van retomando cada vez más relevancia en el entorno profesional y académico (Bisquerra y Pérez; 2007).

### **1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional.**

A través de la historia, el término inteligencia ha generado diversas controversias en su conceptualización, ya que existe un desacuerdo y debate en torno a lo que refiere.

A principios del siglo XIX, se le concebía como una capacidad innata que hacía distinción entre unos individuos y otros, resaltando que cada uno estaba dotado de diferentes factores que tenían consecuencia en su capacidad intelectual; más adelante, Alfred Binet inventó una escala de medición para niños y jóvenes que revelaba las deficiencias intelectuales, dicho test lo llevó a la conclusión de que el órgano básico de la inteligencia es el juicio, es decir, el sentido común, la capacidad de adaptación. El juzgar, entender y razonar bien eran los factores esenciales de la

inteligencia. Esta escala fue modificada en 1906, en dicha publicación (test de Stanford-Binet) fue utilizado por primera vez el concepto Cociente Intelectual, relación entre la edad cronológica y mental (Molero y cols.; 1998).

En los años 20, Thorndike incluye en su artículo “La inteligencia y sus usos” por primera ocasión el factor social a la inteligencia, y señala que existen tres tipos diferentes: abstracta, que refiere a la capacidad de manejar ideas y símbolos; mecánica, destrezas para manipular objetos y artefactos tales como embarcaciones y armas; y finalmente la social, que es la competencia de comprender y manejar a las personas, es decir, actuación adecuada en las relaciones interpersonales (Molero y cols.; 1998).

Durante el surgimiento del conductismo, sus precursores definían a la inteligencia como simples asociaciones entre estímulos y respuestas, relacionando un mayor intelecto con el número de conexiones generadas. En 1939, Wechsler creó la escala Wechsler-Bellevue, que mide los procedimientos intelectuales en adolescentes y adultos, como alternativa a la Stanford-Binet, por no ser propia para adultos. Diez años después se cambiaron algunos componentes del test, produciendo la “Escala de Inteligencia Wechsler para Niños”. Las siguientes adaptaciones de esta, WAIS y WISC son utilizadas actualmente en el campo de psicología y pedagogía (Molero y cols.; 1998).

En años posteriores, surgió la corriente estructuralista y la del procesamiento de la información; la primera se preocupa por los factores cualitativos que conforman la inteligencia, su máximo representante, Jean Piaget, postula la “Epistemología genética”, que hace hincapié en el desarrollo de habilidades en los niños por etapas que anteceden al conocimiento completo; la segunda se basa en que el individuo es un manipulador de símbolos, cuyos objetivos son representarlos y realizar su procesamiento (Molero y cols.; 1998).

Gardner insiste en la diversidad del intelecto, declarando que hay muchas habilidades humanas que pueden ser consideradas como inteligencia, debido a que son tan básicas como las que tradicionalmente manifiesta el test de Coeficiente Intelectual (referido por Molero y cols.; 1998).

En los últimos años, un grupo cada vez mayor de psicólogos ha concluido de forma similar a Gardner, mencionando que, anteriormente, el concepto de inteligencia giraba en torno a las capacidades lingüísticas y matemáticas, y que el obtener altos resultados en el test de CI estaba encaminado al éxito en el aula o como profesor, más que en la vida apartada del ámbito profesional (Goleman; 2007).

Sternberg y Salovey postulan una perspectiva más amplia de la inteligencia, intentando estructurarla en función de lo que es necesario para obtener éxito en la vida. Por lo tanto, esta visión lleva de nuevo a la importancia de la inteligencia personal o emocional (Goleman; 2007).

Salovey integra las inteligencias personales de Gardner y, a la vez, las amplía en su conceptualización fundamental de inteligencia emocional, extendiendo dichas habilidades a cinco esferas principales:

1. El conocimiento de las emociones propias: Conciencia de uno mismo, el reconocer el sentimiento mientras ocurre es punto clave para el buen manejo de las relaciones personales (Goleman; 2007).
2. Control de emociones: El manejo de los sentimientos de manera propia es una habilidad fundamentada en la conciencia de uno mismo. Los individuos carentes de esta capacidad tienen conflictos con sentimientos de aflicción, mientras que quienes la poseen se recuperan rápidamente de tropiezos y trastornos cotidianos (Goleman; 2007).
3. Automotivación: El control emocional, posponer la gratificación y reprimir la impulsividad, sirve como base a todo tipo de éxitos. Regular las emociones en función de un objetivo es fundamental para prestar interés, automotivación, control y creatividad (Goleman; 2007).
4. Identificar emociones en los otros: La empatía, otra habilidad fundamentada en la autoconciencia emocional, es la capacidad esencial de los seres humanos. Los individuos que la poseen están más alertas a las señales de lo que los demás necesitan (Goleman; 2007).
5. Manejar las relaciones: Capacidad de controlar las emociones de los demás. Competencia e incompetencia social. Las personas que las poseen destacan en popularidad, liderazgo y eficiencia interpersonal (Goleman; 2007).

Las capacidades de los individuos en cada una de las esferas son distintas; algunos pueden destacar en alguna y tener deficiencias en otras, aunque pueden mejorarse (Goleman; 2007).

BarOn, por su parte, define a la inteligencia emocional como un cúmulo de capacidades personales, emocionales y sociales, talentos que influyen en la habilidad de adaptación y enfrentar las demandas y presiones del entorno. Por lo tanto, la inteligencia no cognitiva es un elemento primordial en la determinación de la facultad para tener éxito en la vida, interviniendo de manera directa en el bienestar general y en la salud emocional (Ugarriza; 2001).

El coeficiente intelectual y la inteligencia emocional no son constructos contrarios, sino distintos. Todas las personas cuentan con una mezcla de ambos, los individuos con un alto CI pero una IE deficiente, son muy pocos. De hecho, existe una correlación mínima entre CI y algunos factores de la inteligencia emocional, aunque no lo suficientemente baja como para afirmar que son conceptos totalmente independientes (Goleman; 2007).

#### **1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales.**

De la misma manera que con el término competencia, la delimitación del constructo competencia emocional es tema de controversia en el cual aún no se llega a un consenso entre los expertos para su conceptualización (Bisquerra y Pérez; 2007).



El primer punto de debate aparece en su propia denominación: mientras que unos autores la designan como competencia emocional, otros prefieren referirla como competencia socio-emocional; y otros prefieren usarla en plural: competencias emocionales o socio-emocionales (Bisquerra y Pérez; 2007).

La competencia emocional es un constructo extenso que integra varios procesos y produce una diversidad de consecuencias. Son varias las propuestas que han tratado de explicarla (Bisquerra y Pérez; 2007).

Salovey y Sluyter establecieron cinco dominios fundamentales en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol (referidos por Bisquerra y Pérez; 2007).

Tiempo más tarde, Goleman, Boyatzis y Mckee, postularon cuatro dimensiones en las competencias emocionales: conciencia de uno mismo (evaluación y confianza en sí mismo), autogestión (manejo emocional, optimismo, logros y adaptabilidad), conciencia social (empatía y servicio) y gestión de las relaciones, además de dieciocho competencias (citados por Bisquerra y Pérez; 2007).

Para Saarni, las competencias emocionales están ligadas a la manifestación de la autoeficacia al expresar las emociones en las relaciones sociales. Para él, la autoeficacia se constituye por las facultades y destrezas que poseen los individuos para alcanzar la meta anhelada. Para que exista autoeficacia, es necesario el

conocimiento de la propia emoción y la capacidad de controlarlas hacia el resultado deseado, y este depende de la moralidad y los valores de cada individuo (Bisquerra y Pérez; 2007).

Finalmente, se puede decir que las competencias emocionales consisten en “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).

Por lo tanto, las competencias emocionales constituyen un factor significativo de la ciudadanía efectiva y responsable; su control produce una mejor adaptación al entorno y propicia un mejor afrontamiento a las diversas situaciones en la vida con mayores posibilidades de éxito. Algunos de los aspectos que se ven beneficiados por las competencias emocionales son los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos (Bisquerra y Pérez; 2007).

## **1.2 Clasificación de las competencias emocionales.**

Las competencias emocionales se agrupan en cinco categorías: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar (Bisquerra y Pérez; 2007).

La conciencia emocional es la habilidad para percibir tanto las emociones propias como las de los demás, comprende la capacidad de captar el clima emocional de un ambiente determinado (Bisquerra y Pérez; 2007). Se subdivide en:

- Toma de conciencia de las propias emociones: Habilidad de percibir las emociones propias, ser capaz de nombrarlas y etiquetarlas específicamente.
- Dar nombre a las emociones: Eficacia en el manejo del vocabulario emocional adecuado para denominar las emociones en un entorno específico.
- Comprensión de las emociones de los demás: Habilidad para advertir con precisión las emociones, puntos de vista de las demás personas e involucrarse empáticamente en sus experiencias emocionales, incluye el lenguaje verbal y no verbal (Bisquerra y Pérez; 2007).

Por otra parte, la regulación emocional hace referencia a la facultad para manipular las emociones convenientemente. Implica darse cuenta de la relación entre emoción, cognición y comportamiento: contar con buenos métodos para el afrontamiento y habilidad para autogenerarse emociones positivas (Bisquerra y Pérez; 2007). Esta característica se ramifica en:

- Tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento: Los estados emocionales incurren en la conducta y esta, en la emoción; los dos pueden regularse por el razonamiento.

- Expresión emocional: Habilidad para manifestar las emociones de manera adecuada. Capacidad de entender que el estado emocional interno no debe necesariamente corresponder con la exteriorización que se presenta del mismo.
- Regulación emocional: Habla del dominio de los sentimientos y emociones. Comprende el control de la impulsividad, tolerancia a la frustración para prevenir estados emocionales perjudiciales y persistir en el cumplimiento de metas y objetivos a pesar de las dificultades, habilidad para aplazar recompensas inmediatas en pro de otras a largo plazo, pero de mayor gratificación.
- Habilidades de afrontamiento: Hacer frente a las emociones negativas a través de estrategias de autorregulación que optimizan la intensidad y duración de los estados emocionales.
- Competencia para autogenerar emociones positivas: Facultad para experimentar de manera deliberada y consciente emociones positivas y gozar la vida. Habilidad para autogenerar el bienestar personal subjetivo con el afán de mejorar la calidad de vida (Bisquerra y Pérez; 2007).

La autonomía emocional, por su parte, comprende un cúmulo de características y elementos relacionados con la autogestión particular, dentro de las cuales se encuentran la autoestima, actitud positiva frente a la vida, responsabilidad, habilidad para analizar objetivamente las normas sociales, facultad para buscar apoyo y recursos, así como la autoeficacia emocional (Bisquerra y Pérez; 2007). Esta característica se deriva en:

- Autoestima: Buena percepción de sí mismo, estar contento y mantener sanas relaciones consigo mismo.
- Automotivación: Capacidad de autoestimularse e involucrarse emocionalmente en tareas diferentes de la vida personal, social y profesional.
- Actitud positiva: Facultad para mantener una actitud positiva hacia la vida, empoderamiento, sentirse capaz de enfrentar los retos cotidianos.
- Responsabilidad: Involucrarse en conductas seguras, saludables y morales. Tomar la responsabilidad en las decisiones, ya sean positivas o negativas.
- Autoeficacia emocional: Habilidad de percibirse a sí mismo tal y como se desea. Aceptar la propia experiencia emocional y que esta sea congruente con los principios éticos y morales del individuo.
- Análisis crítico de normas sociales: Analizar objetivamente los mensajes sociales, culturales y de los medios de comunicación.
- Resiliencia para hacer frente a las circunstancias desfavorables que la vida pueda presentar (Bisquerra y Pérez; 2007).

La competencia social, por otra parte, hace referencia a la habilidad de conservar sanas relaciones sociales con los demás individuos, lo cual integra el control de las habilidades sociales, facultad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes en pro de la sociedad y asertividad (Bisquerra y Pérez; 2007). Dicha particularidad se deriva en:

- Dominio de las habilidades sociales básicas: Cordialidad y seguimiento de las normas de convivencia social.
- Respeto por los demás: Aceptar las diferencias individuales y colectivas, apreciar los derechos de todos los seres humanos.
- Practicar la comunicación receptiva: Capacidad de percibir los mensajes verbales y/o no verbales de los otros con el afán de lograr una comunicación efectiva.
- Practicar la comunicación expresiva: Se trata de ser mantener una comunicación efectiva, que el receptor entienda perfectamente el mensaje principal y este sea claro y conciso en la expresión verbal y no verbal.
- Compartir emociones: Reciprocidad emocional.
- Comportamiento pro-social y cooperación: Ser amable y respetuoso con los demás. Capacidad de inmiscuirse en actividades grupales.
- Asertividad: Conducta equilibrada. Facultad de expresar los propios sentimientos, juicios, pensamientos y derechos.
- Prevención y solución de conflictos: Habilidad de reconocer, prever y enfrentar efectivamente problemáticas sociales y conflictos interpersonales, tomando en cuenta el punto de vista de los demás.
- Capacidad de gestionar situaciones emocionales: Capacidad de percibir y manejar las emociones de los demás individuos (Bisquerra y Pérez; 2007).

En tanto, las competencias para la vida y el bienestar hablan de la facultad del individuo para mostrar conductas propias y responsables para hacer frente de manera

grata a los retos de la vida diaria, ya sean personales o colectivos. Posibilitar estructurar la vida de manera saludable y equilibrada, proveyendo experiencias placenteras (Bisquerra y Pérez; 2007). Esta área se concreta en los siguientes aspectos:

- Fijar objetivos adaptativos: Establecer metas realistas.
- Toma de decisiones en situaciones personales, familiares, académicas que se suscitan en la vida diaria: Implica asumir las consecuencias de las propias determinaciones, tomando en cuenta aspectos morales y colectivos.
- Buscar ayuda y recursos: Habilidad para reconocer la necesidad de soporte y asistencia; recurrir a los recursos convenientes.
- Ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida: Identificación de los derechos y obligaciones. Sentimiento de pertenencia, valores cívicos y sociales.
- Bienestar subjetivo: Habilidad para disfrutar de manera consciente, tener bienestar y poder compartirlo e involucrar a los demás.
- Fluir: Capacidad de producir experiencias agradables en todos los ámbitos de la vida (Bisquerra y Pérez; 2007).

### **1.3 La educación emocional.**

En el presente apartado se hablará del constructo educación emocional y su relevancia en diferentes ámbitos de la vida de los seres humanos.

### **1.3.1 Concepto de educación emocional.**

Como primer a perspectiva, se retoma a Bisquerra, quien define la educación emocional como un proceso formativo constante y permanente, cuyo objetivo es potencializar el desarrollo cognitivo, constituyendo los elementos fundamentales de la evolución de la personalidad integral (referido por Vivas; 2003).

Para esto, se propone el desarrollo de conocimientos y capacidades sobre las emociones, con el propósito de facultar a los individuos para hacer frente de manera óptima los desafíos que se presenten en su diario vivir. Todo esto con el objetivo de incrementar el bienestar individual y social, por tal motivo, es necesario que la educación emocional sea un procedimiento deliberado y metódico, sin embargo, actualmente se deja al azar dejando consecuencias negativas (Vivas; 2003).

Goleman, en este sentido, sugiere como una solución factible crear una nueva perspectiva acerca de la función que deben desempeñar en las escuelas en la formación integral de los alumnos, incorporando en sus programas la enseñanza la emoción y cognición. De esta manera, la enseñanza debe integrar en su sistema habilidades como el autoconocimiento, autocontrol, empatía, el saber escuchar, así como resolución de conflictos y la cooperación (citado por Vivas; 2003).

Para Steiner y Perry, la formación emocional debe inclinarse al desarrollo de tres habilidades elementales: la capacidad de entender las emociones, la habilidad de



manifestarlas de una manera provechosa, y la disposición para escuchar a las demás personas y sentir empatía por sus emociones (mencionados por Vivas; 2003).

Es necesario hacer manifiesta la diferencia entre la educación del afecto y la educación afectiva: la primera hace énfasis en la enseñanza de procesos emocionales, mientras que la segunda refiere a educar poniendo afecto en el proceso educativo (Vivas; 2003).

### **1.3.2 La pedagogía y la educación emocional.**

La inquietud por la integración de las habilidades sociales y emocionales en el ámbito educativo no es nueva. A lo largo de la historia de la pedagogía, han sido varios los pedagogos que han mediado por su inclusión en el currículum (Vivas; 2003).

Flórez (mencionado por Vivas; 2003) recalca que, en la investigación teórica centrada en el aprendizaje, se han encontrado ciertos principios que se han establecido como básicos que continúan vigentes en la actualidad. Entre ellos, aborda el afecto, el cual examina de la siguiente manera:

La primera base de la formación del ser humano es el afecto materno, cuyo sustituto y relevo consecutivo es el afecto del docente. La afectividad consciente, la motivación, el interés, la disposición favorable, los incentivos positivos y la empatía

son variaciones pedagógicas que relacionan la cabeza con el corazón, el intelecto con el sentimiento y la cognición con el afecto (Vivas; 2003).

En este orden de ideas, Dewey analiza profundamente la esencia de la escuela y determina que además de dedicarse al desarrollo académico, las escuelas deben ser sitios en los cuales los alumnos se instruyan acerca de la democracia, las capacidades fundamentales para conservarla, el estado mental analítico para progresar en ella y el entorno social y emocional necesarios para ejercerla. Este autor manifiesta algunas de las habilidades básicas para los individuos en democracia, no solo capacidades cognitivas, sino sociales, para el intercambio de ideas, el diálogo social y las relaciones interpersonales (mencionado por Vivas; 2003).

### **1.3.3 La educación emocional en el contexto familiar.**

El desarrollo de las capacidades involucradas en la inteligencia emocional tiene su inicio en el hogar, por medio de las relaciones adecuadas entre padres, hijos y hermanos. Esto sucede a través del ejemplo de los padres y las interacciones con sus hijos. A partir de sus reacciones ante diversas situaciones, los padres muestran a sus hijos cómo reconocer y controlar sus emociones, apropiada o equivocadamente (Vivas; 2003).

Bach (citada por Vivas; 2003: 3) afirma que “es el entorno familiar donde el niño descubre por primera vez sus sentimientos, las reacciones de los demás ante sus

sentimientos y sus posibilidades de respuesta ante ambas cosas”. Por lo tanto, es fundamental que los padres sean aptos para estar en el mismo canal de acuerdo con las emociones de los niños, pues la forma en que los padres dominen sus emociones precisará las competencias emocionales futuras de los hijos, es decir, la educación emocional de los padres repercute en el bienestar propio y en el de sus hijos.

#### **1.3.4 La educación emocional en el contexto comunitario.**

Las relaciones interpersonales pueden ser una fuente de problemas, tanto en el ámbito profesional como en el familiar, colectivo y cualquier otro en el que se desenvuelve la persona. Estos conflictos alteran los sentimientos, de manera que en algunas ocasiones pueden llegar a tener reacciones violentas descontroladas (Vivas; 2003).

Por otro lado, los seres humanos viven en una comunidad en la que de manera continua están recibiendo estímulos que causan tensión emocional que llevan a una disminución en la salud y en la calidad de vida. De este modo, en esta sociedad de la información y comunicación de masas se corre el riesgo de que las relaciones sociales sean cambiadas por la tecnología de la comunicación, lo cual puede ocasionar un aislamiento físico y emocional de la persona (Vivas; 2003).

Por lo tanto, los gobiernos deben interesarse en la creación de proyectos orientados a la educación emocional de sus ciudadanos con talleres de desarrollo

personal, ejercicios de relajación, programas deportivos que les permitan encauzar la agresividad, depresión y el estrés, promover la convivencia y la empatía (Vivas; 2003).

### **1.3.5 La educación emocional en el contexto curricular.**

El ámbito curricular ofrece diversas situaciones en las que es fundamental tomar en consideración la importancia de las competencias emocionales, tales como la proyección curricular, la concepción de las organizaciones curriculares y el papel del docente (Vivas; 2003).

Comúnmente, los proyectos curriculares han estado encaminados al conocimiento científico y metodológico y no en el de las personas. Tal parece que esa despreocupación por la educación emocional está repercutiendo en numerosas disfunciones sociales y emocionales en la actualidad. Las capacidades de la inteligencia emocional deben ser fomentadas desde el diseño curricular (Vivas; 2003).

El nuevo marco laboral, con su acento en la flexibilidad, adaptación, trabajo en grupo y el cambio, necesitan de la formación de un experto con un nivel alto de competencias emocionales, ya que diversos estudios afirman que la grandiosidad de los trabajadores depende en mayor grado de las competencias emocionales que de las cognitivas (Vivas; 2003).

#### **1.4 Las competencias emocionales en la vida actual.**

El interés por el estudio metodológico del desarrollo emocional es reciente, hasta entonces no se contaba con una delimitación unánime de la totalidad de sus fases, pero se han hecho varias propuestas en las cuales se postula que a medida que los infantes y jóvenes desarrollan competencias emocionales, reflejan en su conducta los resultados positivos que esto puede implicar (Vivas; 2003).

De dicho modo, Saarni acentúa los resultados positivos de la competencia emocional en la regulación de la misma, el bienestar personal y la resiliencia. La contribución de estas investigaciones resulta de gran importancia para para el diseño de proyectos educativos cuyo objetivo es impulsar el desarrollo de las competencias emocionales (Bisquerra y Pérez; 2007).

##### **1.4.1 Las competencias emocionales en la dimensión laboral.**

Cada vez es mayor el interés por el estudio de las competencias emocionales en el ámbito laboral, debido a los resultados económicos que el progreso del tema aporta a las organizaciones empresariales. La American Society for Training and Development ha demostrado como la competencia emocional influye de manera importante en numerosos factores de la vida profesional. Dichas investigaciones hacen hincapié en la importancia del desarrollo de la autoconciencia, la regulación emocional, la automotivación y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, con la finalidad

de favorecer una comunicación eficiente y una mayor cooperación (Bisquerra y Pérez; 2007).

Por lo tanto, invertir en el desarrollo de las competencias emocionales de los empleados conduce a efectos positivos en diversas situaciones: posibilita la resolución de condiciones delicadas entre compañeros, ayuda a una mejor relación con los clientes, a hacer frente a las críticas de los superiores, persistir en las actividades hasta finalizarlas y hacer frente a los desafíos que se presenten; por el contrario, un nivel bajo de competencias emocionales debilita el desenvolvimiento y éxito de los trabajadores y, por consecuencia, de la empresa (Bisquerra y Pérez; 2007).

#### **1.4.2 Las competencias emocionales en la dimensión escolar.**

Diversos estudios han arrojado evidencias de que, generalmente, los estudiantes emocionalmente inteligentes cuentan con mayores niveles de adaptación psicológica y bienestar emocional, además de exhibir una mejor calidad y cantidad de relaciones interpersonales satisfactorias y de apoyo colectivo, tienden menos a presentar comportamientos inadecuados, agresivos o iracundos; pueden llegar a obtener un mayor rendimiento escolar al sobreponerse ante las situaciones estresantes con mayor facilidad y tienden a consumir en menor cantidad sustancias nocivas (Extremera y Fernández; 2004).

### **1.4.3 Las competencias emocionales en la dimensión personal y otros entornos.**

El ámbito personal no se aparta de las consecuencias positivas de las competencias emocionales. Algunos de los aportes remarcan la importancia del buen desarrollo en las competencias emocionales para una sana relación de pareja y redes de relaciones interpersonales satisfactorias tanto familiares como sociales; en otros estudios se hace énfasis en la importancia de la comunicación y empatía como uno de los pilares para una adecuada vida en pareja (Bisquerra y Pérez; 2007).

Dentro de las llamadas competencias para la vida, ha llamado la atención de científicos e investigadores el análisis de las capacidades de afrontamiento ante condiciones estresantes, pues estas y la ansiedad son valoradas como propiedades definitorias de la época actual (Bisquerra y Pérez; 2007).

Se consideran capacidades de afrontamiento a los esfuerzos que realiza un individuo para controlar o dominar una situación estresante. Si bien es cierto que no se han llegado a conclusiones determinantes en dichos estudios, hay avance al determinar que las competencias emocionales ayudan a prever y superar condiciones estresantes y favorecen que el individuo adopte conductas saludables (Bisquerra y Pérez; 2007).

En el ámbito de la salud, se argumenta que las emociones tienen poder en el bienestar físico de las personas, ya que existe una relación entre los sistemas nervioso

e inmunológico, específicamente, las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico, mientras que las positivas, como son el buen humor, optimismo y esperanza, favorecen al proceso de recuperación del individuo (Bisquerra y Pérez; 2007).

Los hallazgos en esta línea son de suma importancia para el ámbito de la salud, y también desde una línea psicopedagógica. Se puede manifestar la posibilidad de ejercer cierto influjo en la forma de analizar los estímulos e información que proporciona el medio, de manera que se pueden fortalecer los factores satisfactorios y aminorar el impacto de los insatisfactorios (Bisquerra y Pérez; 2007).

El desafío se encuentra en no dejarse llevar por los factores externos y poder adquirir técnicas de afrontamiento positivas, lo cual conlleva un esfuerzo y empleo de la voluntad personal. Desde la educación emocional, es fundamental colaborar al desarrollo de las competencias emocionales, pues favorecen una vida más próspera (Bisquerra y Pérez; 2007).

### **1.5 Evaluación de las competencias emocionales.**

El propósito del presente apartado es hacer mención de los distintos métodos de evaluación que existen para la inteligencia emocional. Enseguida se exponen los más usuales.



### **1.5.1 Cuestionarios, escalas y autoinformes.**

Este método de medición ha sido el más común utilizado en el campo de la psicología. Por medio de estos cuestionarios se han conseguido perfiles en variables de personalidad como la extraversión y el neuroticismo, se han medido aspectos emocionales como la empatía o autoestima y se han adquirido medidas sobre otros aspectos cognitivos, como pensamiento constructivo o estrategias de afrontamiento. De la misma manera, está demostrada la eficacia de escalas y cuestionarios en el ámbito de la inteligencia emocional y el manejo satisfactorio de las emociones (Extremera y Fernández; 2004).

En gran parte de los casos, dichos cuestionarios están constituidos por enunciados cortos en los cuales, el alumno analiza su IE a través de la estimación propia de sus niveles en capacidades específicas por medio de una escala de Likert que va desde nunca (1) a muy frecuentemente (5). Este indicador se llama “índice de inteligencia emocional percibida o autoinformada” y expone los pensamientos y expectativas de los sujetos acerca de si pueden percibir, distinguir y dominar sus emociones (Extremera y Fernández; 2004).

Sin embargo, otros teóricos como Mayer y Salovey consideran la inteligencia emocional como una inteligencia auténtica y creen deficiente una evaluación basada solamente en cuestionarios de lápiz y papel. Estos autores creen que los cuestionarios de IE pueden verse perjudicados por los sesgos propios perceptivos del individuo,

además de la posible propensión a distorsionar la respuesta para mostrar una imagen más positiva (Extremera y Fernández; 2004).

No obstante, no se pone en discusión el beneficio de las medidas de autoinformes en el campo emocional, sobre todo para obtener información sobre las habilidades intrapersonales y las conductas autoinformadas de los individuos. Dado que el ámbito emocional es interno, una de las tácticas más eficientes para saber al propio individuo, sin importar sus sesgos, es cuestionándole acerca de cómo se siente, qué piensa o cómo se ve afectado sobre distintas situaciones que se suscitan en el entorno (Extremera y Fernández; 2004).

Existen diferentes cuestionarios sobre inteligencia emocional que, aunque son parecidos en su estructura, cada uno mide diferentes elementos de esta variable. Uno de los primeros instrumentos es el Trait-Meta Mood Scale (TMMS), este cuestionario ha sido uno de los más aplicados en la comunidad científica. La escala provee una estimación particular sobre los aspectos reflexivos de la experiencia emocional, cuenta con tres dimensiones esenciales de la inteligencia emocional intrapersonal: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las propias emociones. La versión clásica cuenta con 48 reactivos, aunque existen versiones menores con 30 y 24 ítems (Extremera y Fernández; 2004).

Otro de los instrumentos utilizados en la investigación es el inventario EQ-i de BarOn, que es un inventario sobre una variada gama de habilidades emocionales y

sociales que un instrumento de medición de IE. Este cuenta con 133 ítems y está constituido por cinco factores generales, que se desprenden en 15 subescalas: 1) inteligencia interpersonal, 2) inteligencia intrapersonal, 3) adaptación, 4) gestión de estrés y 5) humor general. Además, integra cuatro indicadores de validez que evalúan el grado con el cual los individuos responden aleatoriamente o alteran sus respuestas y cuyo fin es minimizar el efecto de deseabilidad social y maximizar la seguridad de los resultados obtenidos (Extremera y Fernández; 2004).

### **1.5.2 Evaluación a través de observadores externos.**

Esta forma de medir los niveles de la inteligencia emocional parte de un supuesto esencial: si la IE comprende la habilidad para controlar y entender las emociones de los individuos en cierto entorno, ¿por qué no cuestionar a las personas más próximas a ellos acerca de cómo manejan sus emociones públicamente y la manera de afrontar las situaciones que les ocurren en su cotidianidad? Este proceso se cree un medio eficiente para medir la inteligencia emocional interpersonal, es decir, advierte el nivel de capacidad emocional percibido por las demás personas (Extremera y Fernández; 2004).

Estas escalas son denominadas comúnmente instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°, en ellos se pide la estimación de los compañeros de clase o el maestro para que proporcionen su punto de vista sobre cómo el sujeto investigado es percibido respecto a su relación con los demás, su

manera de solucionar problemáticas en el salón de clase y su forma de hacer frente a situaciones estresantes. Este método de valoración es complementario al primer grupo de medidas y es útil en sentido de información adicional, así como para prevenir probables sesgos de deseabilidad social (Extremera y Fernández; 2004).

Una de las limitantes de este método es la imposibilidad de estar con el sujeto de estudio las 24 horas, de modo que la valoración del observador se somete al comportamiento del individuo frente a él y, por consecuencia, se trata de un análisis fundamentado en observaciones de otro sujeto con su respectiva subjetividad, además de que los comportamientos del individuo en cuestión obedecen al entorno en el que se encuentra en determinado momento (Extremera y Fernández; 2004).

Otras de las desventajas de este procedimiento es la dificultad de la adquisición de datos sobre las capacidades emocionales intrapersonales, como la capacidad de la conciencia emocional, atención afectiva o claridad emocional interior. Sin embargo, esta metodología ofrece información simplificada no aportada por los métodos anteriores. Por medio de la evaluación efectuada por observadores externos, se sustrae información importante sobre cómo perciben al sujeto las demás personas a nivel socioemocional, lo cual es de gran provecho para medir destrezas vinculadas con las habilidades interpersonales, la deficiencia de autocontrol y los niveles de ímpetu y control emocional en situaciones de conflicto social (Extremera y Fernández; 2004).

### **1.5.3 Evaluación a través de las tareas de ejecución.**

Este último conjunto de métodos surge para sustituir los conflictos de sesgos que se presentan en los dos procesos anteriores. Su finalidad es, por un lado, prevenir la falsificación de las respuestas por los propios individuos en entornos donde una imagen positiva es deseable y, por otro lado, aminorar los sesgos perceptivos y situacionales ocasionados por los observadores externos. La lógica de estos métodos de medición es de un sentido común impresionante (Extremera y Fernández; 2004).

Generalmente, las medidas de habilidad son un grupo de tareas emocionales, innovadoras en sus proceso y estructura, que miden la manera en la que un individuo soluciona conflictos emocionales en particular, contrastando sus respuestas con criterios de puntuación específicos y objetivos. Existen dos medidas de habilidad para medir la inteligencia emocional desde esta perspectiva: el MEIS (de Mayer, Caruso y Salovey) fundado en el modelo de Salovey y Mayer, y su versión mejorada MSCEIT (de Mayer, Salovey y Caruso) Estas medidas comprenden cuatro dimensiones de la inteligencia emocional propuesta en la conceptualización de Mayer y Salovey, en 1997: 1) percepción emocional, 2) asimilación emocional, 3) comprensión emocional y 4) regulación afectiva (Extremera y Fernández; 2004).

En tanto que la inteligencia emocional sea considerada una clase por sí misma, como lo son la verbal, la espacial o la matemática, los teóricos creen que es posible medirla a través de diferentes labores emocionales del mismo modo que el cociente

intelectual (CI) es medido a través de las capacidades llevadas en práctica, como es en el test de inteligencia de Weschler (referidos por Extremera y Fernández; 2004).

Una vez explicados los referentes teóricos sobre la variable competencias emocionales, se expondrán en el siguiente capítulo las particularidades relativas a los trastornos de la alimentación, que se tomó como la segunda variable del presente estudio.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

En el presente capítulo se hablará sobre los antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria, su conceptualización, desarrollo a través del ciclo de vida, sus elementos causales y algunos otros trastornos relacionados con estos.

#### **2.1 Antecedentes históricos.**

A lo largo del tiempo se han dado a conocer numerosos casos de individuos con algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, de los cuales, los de religiosas en la época medieval y los renacentistas son los más populares, aunque no los únicos (Baile y González; 2010).

El uso del “control” de las conductas alimentarias, como una manera de expresión religiosa o ideológica, ha sido habitual en diferentes culturas a través de la historia, en algunos casos fomentando y dándole importancia a la obesidad; en otros, al ayuno (Baile y González; 2010).

Uno de los casos más antiguos y famosos es el de Catalina de Siena (1347-1380) personaje muy importante del santoral cristiano, quien, en modo de protesta, dado que sus padres no la dejaron dedicarse a la vida contemplativa, comenzó a

someter su cuerpo a graves restricciones, entre los que incluyó el ayuno (Baile y González; 2010).

A los 16 años, luego de resistirse al matrimonio, su dieta consistía en pan, agua y verduras crudas, vestía atuendos ligeros y cinturones de hierro. Junto al ayuno, también se sometía a otras conductas, como silencio absoluto por varios años, únicamente hablaba con su confesor, asimismo, tenía lapsos de sueño de 30 minutos cada dos días. Tras esas conductas autolesivas, sus padres accedieron a que se dedicase a la vida religiosa. Sin embargo, a pesar que ya no existían motivos de inconformidad, las conductas siguieron, pues relatan que ella ya no tenía manera de controlarlas, su cuerpo no era capaz de tolerar un alimento de manera formal y como consecuencia, reaccionaba con vómito involuntario. Murió a los 33 años, enferma y con delgadez extrema (Baile y González; 2010).

En 1873 en Londres, Gull y Lassège, elaboraron descripciones sobre cuadros anoréxicos. Gull descartó por completo la existencia de una patología orgánica que justificara la anorexia clínica y, desde un inicio, apoyó el origen psicogénico (Jarne y Talarn; 2000).

Los cuadros descritos por Gull y Lassège, son muy similares a los que se observan actualmente, sin embargo, ha ido cambiando la interpretación etiopatogénica. Las teorías iniciales proponían una alteración con origen panhipopituitario, más tarde, imperaron las hipótesis psicológicas, en especial las



psicoanalíticas. A partir de los años setenta, se concibe una visión más pragmática y heterodoxa de la alteración, ya que se asume el origen multifactorial del problema: biológico, psicológico y social (Jarne y Talarn; 2000).

Russel, en 1979, explica un cuadro distinguido por episodios de ingesta voraz y comportamientos purgativos posteriores que se ligaban a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes presentaban dichas conductas al evolucionar en su trastorno; la llamó bulimia nerviosa (referido por Jarne y Talarn; 2000).

La bulimia nerviosa sería una forma repulsiva del desarrollo de la anorexia, como lo describía Russel, quien suponía un continuo entre estos dos cuadros, ya que incluso en personas sin antecedentes de anorexia, bastaba presentar síntomas subclínicos para justificar el *continuum* (Jarne y Talarn; 2000).

## **2.2 Definición y características clínicas.**

En el presente subcapítulo se conceptualizarán los términos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad, se hablará también de la hiperfagia y el vómito, entre otras alteraciones psicológicas, además de describir las características clínicas de dichos padecimientos.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales define la anorexia nerviosa como “el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales” (APA; 2002: 553).

Este padecimiento está caracterizado por la negación a conservar el peso corporal igual o sobre el estándar mínimo normal, tomando en cuenta la talla y edad; miedo extremo a subir de peso o volverse una persona obesa (este sentimiento no desaparece, aunque la persona pierda peso); alteración importante en la percepción de la apariencia o talla del cuerpo; en mujeres que padecen este trastorno, aunque hayan pasado la primera menstruación, padecen amenorrea (APA; 2002).

La pérdida de peso se obtiene a través de la disminución del consumo de alimentos. A pesar de que las personas comienzan por sustraer de su dieta todos los alimentos con altos niveles de calorías, la mayor parte de ellas termina con una dieta demasiado limitada, restringida a unos cuantos alimentos. Hay otras maneras de perder peso, como el uso de purgas, vómitos provocados, el uso de diuréticos y laxantes, además del ejercicio exagerado (APA; 2002).

Esta enfermedad desata repercusiones físicas graves: en las adolescentes retrasa o detiene el desarrollo sexual, y en las adultas, no solo aminora su deseo sexual, sino que este pasa a ser un tema problemático (Belloch y cols.; 1995).

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa:

- Restringido: Se caracteriza debido a que la pérdida de peso se da a través de dietas, ayunos o la práctica exagerada de ejercicio. Durante los episodios de anorexia nerviosa, las personas no recurren a atracones ni purgas.
- Compulsivo/purgativo: Hace referencia a cuando la persona tiende regularmente a los atracones o purgas, o ambas; la mayor parte de los individuos que realizan este tipo de acciones recurren luego al uso de laxantes, enemas, purgas o se provocan el vómito de manera excesiva (APA; 2002).

Hay algunos casos dentro de este subtipo que no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas inmediatamente después de haber ingerido una cantidad mínima de alimento. Tal parece que los individuos que presentan este subtipo recurren a este tipo de conductas por lo menos semanalmente, mas no se cuenta con información suficiente para especificar la frecuencia mínima con que las realizan (APA; 2002).

Las personas con este padecimiento suelen venir de una familia con historial de obesidad o sobrepeso mórbido, presentan impulsividad, reacciones distímicas regulares y mayor tendencia a presentar adicciones (Belloch y cols.; 1995).

### **2.2.2 Bulimia nerviosa.**

El origen de la palabra bulimia nace del griego “*bus*” (buey), y “*limos*” (hambre); y significa hambre desmesurada (Belloch y cols.; 1995).

El DSM-IV lo define como “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” (APA; 2002: 164).

Se considera atracón al ingerir alimento en un lapso corto de tiempo en cantidad mayor a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo parecido y en la misma situación; hay un sentimiento de pérdida del control sobre la ingesta de comida, los sujetos sienten que no son capaces de dominar el tipo o proporción de alimento que ingieren (APA; 2002).

Las maniobras o conductas compensatorias que el individuo realiza después de los atracones incluyen el uso desmesurado de laxantes, vómito, diuréticos, enemas u otras medicinas, ayuno y el realizar ejercicio en exceso, con el objetivo de no ganar peso, puesto que los individuos suelen tener una preocupación exagerada por el peso y la silueta (APA; 2002).

Los episodios de ingesta voraz y conductas compensatorias se presentan como mínimo dos o tres veces a la semana en un lapso de tiempo de tres meses (Belloch y cols.; 1995).

Existen dos subtipos en este padecimiento:

- Purgativo: en el cual el sujeto pone empeño frecuentemente en ocasionarse el vómito o en el empleo inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas de manera exagerada.
- No purgativo: en el que el individuo emplea otras conductas compensatorias como la abstinencia o ayuno y el ejercicio exagerado, mas no se esfuerza en ocasionarse el vómito ni usa laxantes o diuréticos (APA; 2002).

Las personas que padecen este trastorno son muy difíciles de detectar, puesto que se esconden para realizar dichas conductas, incluso cuando llegan a solicitar ayuda profesional lo hacen por la incapacidad de controlar su comportamiento alimentario (Belloch y cols.; 1995).

### **2.2.3 Obesidad.**

Belloch y cols. (1995: 544), argumentan que la obesidad es “un trastorno crónico que requiere atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como una excesiva

acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 por 100 en las mujeres y 30 por 100 en los hombres”.

La relación entre la obesidad y la personalidad repetidamente ha ocasionado aportaciones ambiguas y discordantes, algunas investigaciones se inclinan hacia la existencia de ciertas propiedades y rasgos característicos de la obesidad, como es la distorsión de la imagen corporal, mayor nivel de ansiedad, sintomatología somática y depresión, menor sociabilidad (acompañada de mayor número de dificultades sociales y familiares, por eso es considerado un problema social y psicológico), perturbaciones en la atención, ritmo y la impulsividad (Jarne y Talarn; 2000).

Los efectos de tipo psicosocial de la obesidad, no se pueden evitar, resultan del estereotipo social que etiqueta a la gente obesa como fea y poco saludable; además, las personas que conviven con ellos, las describen como menos atractivos, ingenuos socialmente, débiles y autodestructivos (Jarne y Talarn; 2000).

#### **2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.**

También llamada hiperfagia psicógena, el CIE-10 la define como una ingesta desmesurada como respuesta a situaciones estresantes y que, por consecuencia, llevan a la obesidad. Los duelos, catástrofes, operaciones quirúrgicas y sucesos emocionalmente estresantes, pueden provocar una “obesidad reactiva”, especialmente en individuos predispuestos a ganar peso (Castillo y León; 2005).

Se tiene que distinguir este trastorno de las condiciones donde el paciente ya padece una obesidad en primera instancia y esta origina falta de confianza en las relaciones interpersonales y una autoestima baja, así como de situaciones en las que la obesidad es provocada por efectos colaterales de regímenes médicos (Castillo y León; 2005).

### **2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.**

También llamado vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Pueden presentarse vómitos repetidos, no provocados por el individuo, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los diferentes síntomas corporales experimentados, y durante la gestación, en donde factores emocionales pueden favorecer la manifestación de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

### **2.2.6 Trastorno por atracón.**

Se determina por la aparición de atracones repetidos en los que el sujeto pierde el control sobre los mismos y no presenta conductas compensatorias típicas de la bulimia, como son el vómito o el uso de diuréticos o laxantes. Tras llevarse a cabo los atracones, el individuo experimenta una gran molestia con sensación displacentera, culpa e incluso depresión. Engulle rápidamente, sin apetito y con una sensación de plenitud desagradable (Castillo y León; 2005).

Por lo general, esta problemática aparece al final de la adolescencia o principios de los treinta, comúnmente se manifiesta después de perder peso significativamente tras llevar a cabo una dieta (Castillo y León; 2005).

Son diversos los síntomas desencadenantes de los atracones. En unos individuos se presentan estados de ánimo disfóricos, como la depresión o ansiedad, que anteceden a esta conducta; otros no parecen identificar ningún disparador, sin embargo, manifiestan una angustia inespecífica que desaparece tras el atracón, inclusive, un pequeño grupo de individuos describen síntomas de embotamiento o de estar bajo influencia de alguna droga (Castillo y León; 2005).

Es muy común encontrar sobrepeso u obesidad en estos individuos, son pacientes que han intentado hacer diferentes dietas sin éxito. Tras perder sustancialmente peso, fracasan y terminan recuperando en poco tiempo el peso perdido. Durante su vida suelen presentar dificultades significativas con respecto al peso (Castillo y León; 2005).

### **2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.**

Sobre este grupo de padecimientos, el CIE-10 menciona que se presentan por lo regular durante la niñez, la particularidad es que el infante rechaza la comida o manifiesta comportamientos muy caprichosos que se apartan considerablemente de



lo que es una conducta alimentaria normal y lo realizan frente a su cuidador habitual (Castillo y León; 2005).

Para que sea posible diagnosticar estos trastornos, será necesario eliminar la posibilidad de padecimiento orgánico. No se debe confundir de un capricho habitual en la infancia o los cambios en altas y bajas de la alimentación. Estos patrones en la alimentación son comunes, pero si su incidencia supera de manera extrema el rango de normalidad, si sus características son cualitativamente anormales o si el niño tiende a subir o perder peso de manera abrupta en un tiempo estimado de un mes, sí se puede sospechar la presencia de dicho trastorno (Castillo y León; 2005).

Los trastornos con los que se llevará a cabo el diagnóstico diferencial son: trastornos en los que el infante come de manera adecuada con personas distintas a su cuidador habitual, enfermedad orgánica que justifique la negación al alimento, anorexia y otros trastornos de la alimentación, trastornos psiquiátricos, pica y trastorno de la alimentación por malos tratos (Castillo y León; 2005).

El rechazo alimentario es considerado un síntoma que puede presentarse en distintas patologías psiquiátricas. Una de ellas puede ser la anorexia nerviosa; en sus fases iniciales la paciente no pierde el apetito, pero se rehúsa a ingerir alimento, es complicado notar dicho comportamiento, ya que lo atañen a molestias intestinales. En los individuos psicóticos es posible que se presente si piensan que la comida contiene veneno (Castillo y León; 2005).

La pica o alotriofagia, por otra parte, es un trastorno en el que el individuo come de manera constante elementos no nutritivos, como la tierra o pedazos de pintura seca, entre otros (Castillo y León; 2005).

Se considera un comportamiento fuera de la norma cuando se presenta después de los 18 meses de nacido, en el caso de los niños puede considerarse sintomatología de un trastorno psiquiátrico grave, autismo o retraso mental, aunque también puede presentarse en infantes con inteligencia normal. En el caso de adultos, estos comportamientos están asociados con psicosis, retraso mental y demencias (Castillo y León; 2005).

La rumiación o mericismo es un trastorno de baja incidencia que se presenta entre los tres y los doce meses de edad. Se trata de la regurgitación constante de la comida ingerida, se relaciona con la pérdida de peso o la imposibilidad de conseguir el peso esperado para la edad del sujeto, dado que el alimento es devuelto o, en otras situaciones, de nuevo ingerido (Castillo y León; 2005).

Esta condición se puede presentar en infantes con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. Es considerado un trastorno de baja incidencia, pero de carácter grave, puesto que su tasa de mortalidad es del 25%. Algunos teóricos creen que su origen se debe a una grave alteración de la relación materno-infantil (Castillo y León; 2005).

Finalmente, otro de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia es la potomanía, que hace referencia a la toma de líquidos de forma desmesurada, por lo regular, de agua; en caso de que esta patología se presente, se deberá hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida. Se trata de la ingesta de agua en exceso para provocar saciedad o falsear sobre la ganancia ponderal real (Castillo y León; 2005).

### **2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.**

En este subcapítulo se abordarán los trastornos de la conducta alimentaria desde la esfera oroalimenticia y algunas alteraciones que esta presenta.

En los diferentes reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de ingestión se manifiesta muy tempranamente. Los movimientos de succión labial ocasionados al palpar con los dedos existen desde el nacimiento. Se ha hecho mención de un tipo de respuesta por parte del excitante, que ha sido llamado “reflejo de búsqueda”, “reflejo focalizador” y André Thomas como “la prueba de los puntos cardinales” (Ajuriaguerra; 1973).

Por consecuencia, desde muy temprana edad se manifiesta ya un reflejo oroalimenticio y una inclinación hacia la fuente de excitación (Ajuriaguerra; 1973).

### **2.3.1 Organización oroalimenticia.**

Como respuesta oral, se manifiesta una de las primeras maneras de relación con el mundo exterior, aunque todavía no sea una auténtica relación objetal. La madre todavía no es un objeto amado, sino una dependencia del infante, es la “madre-alimento” (Ajuriaguerra; 1973).

M. Klein considera que, desde el momento del nacimiento, se conoce de manera inconsciente el pecho, quizá como una herencia entre generaciones. El neonato percibe de manera inconsciente la existencia de un objeto extremadamente bueno, del que puede obtener el bien máximo y ese objeto es el pecho materno (referida por Ajuriaguerra; 1973).

Desde la primera experiencia de alimentación, el hecho de perder y recobrar el objeto amado (pecho bueno) será primordial en la vida emocional del infante, quien gratificará tanto el objeto que da el alimento como este en sí mismo. En cuanto portador de algo grato, será amado y apreciado como “bueno”, y en tanto frustración será detestado y percibido como “malo”. La expresa dualidad entre el pecho “bueno” y el pecho “malo” tiene por fundamento en parte la no integración del Yo y su entrelazamiento dentro de él y en su interacción con el objeto (Ajuriaguerra; 1973).

Existen razones para considerar que, en los primeros tres meses de vida, el objeto “bueno” y “malo” aún no son muy claros en la mente del niño. En ambos

sentidos, el pecho materno parece percibirse para él con la figura corporal de la madre, y a partir del primer periodo, el vínculo con ella como persona se va edificando paulatinamente (Ajuriaguerra; 1973).

Toda una gama de procesos intrapsíquicos, de introyección y proyección de manera especial, coadyuvan a crear una dualidad en la relación con el objeto: el bebé proyecta sus impulsos amorosos y los relaciona con el pecho gratificado (pecho bueno), de la misma manera que proyecta los impulsos desagradables y destructivos al pecho frustrador (pecho malo); de la misma forma, se concibe internamente un pecho “bueno” y uno “malo”: el primero (interno y externo) se transforma en todo lo bueno, amable, gratificante, y el segundo, en el de los objetos malignos, tanto internos como externos (Ajuriaguerra; 1973).

Muchos teóricos otorgan gran interés al tipo de alimentación infantil en la organización de la psique, pues reconocen que la succión funge un papel en las primeras emociones y es la base de sus primeros temores (Ajuriaguerra; 1973).

Por lo tanto, se puede concluir que la conducta oroalimenticia fundamenta los cimientos de la relación objetal al comienzo de la vida infantil (Ajuriaguerra; 1973).

### 2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

En este subapartado, se explican algunos tipos de anorexia que se presentan en los primeros años de vida.

- Anorexia del recién nacido: La anorexia esencial precoz es muy extraña, podría manifestarse durante el primer día o las primeras semanas de vida, es de constitución neuropática. Se manifiesta en una condición muy especial: bebés de poco peso, ansiosos y muy despiertos. En un inicio mantienen pasividad frente al alimento y al cabo de unos meses, se muestran resistentes a comer (Ajuriaguerra; 1973).
- La anorexia del segundo semestre es más común, se manifiesta entre el quinto y el octavo mes de vida, al interrumpir paulatinamente la leche e ir variando el régimen, cuando aún es fluctuante el apetito y todavía se producen diferentes modificaciones en el desarrollo del infante (Ajuriaguerra; 1973). Según sea su conducta, se diferencia en dos tipos de anorexia:
  - a) Anorexia inerte: Cuando el niño no manifiesta iniciativa ni pone de su parte. Algunas ocasiones ni siquiera toma el alimento, deja salir la leche por los bordes de la boca e inclusive vomita la que alcanzó a beber (Ajuriaguerra; 1973).
  - b) Anorexia de oposición: Enfrentamiento genuino, su respuesta es de tipo caracterial ante el alimento: llora, se agita, no quiere comer, se rehúsa o

vomita. Se expresa en una lucha constante en la que en cierta medida ganará y el adulto se agotará.

La relación madre-hijo se establece por vía oral, ya sea el rechazo o aceptación. La indiferencia u obstinación frente al alimento será la manera exclusiva en la que el infante puede expresar su personalidad en contra del adulto; en un primer momento, su rechazo o pasividad competará a la conducta de la madre (dureza, benevolencia extrema o exagerada ansiedad), consternada por su alimentación, lo que representa una gran problemática durante ese periodo. Al paso de algún tiempo, el infante se habrá adaptado a los hábitos de sus progenitores, que se podrán descompensar. Se construye un círculo vicioso en el cual algunos padres se dejan atrapar y tiranizar por el infante, mientras que en otros la respuesta es una hostilidad que va en incremento, tiranizando al niño para vencer el desafío (Ajuriaguerra; 1973).

Los casos de anorexia más peligrosos responden, la mayoría del tiempo, a una problemática relacionada con la madre. (Ajuriaguerra; 1973).

La anorexia de la segunda infancia suele desprenderse de la primera, aunque también suele presentarse en bebés que se han alimentado normalmente durante el primer año de vida y cuyos mecanismos de rehúso son ocasionados después de cierta ritualización de su alimento en el entorno familiar. Es un rechazo a la firmeza paterna o a seleccionar a manera de capricho el alimento con indicios de fobia. El desarrollo

de la anorexia es más peligroso fisiológicamente y funda la base del comportamiento a seguir en cuestiones alimenticias a futuro (Ajuriaguerra; 1973).

#### **2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.**

Es complejo tratar de especificar “el perfil” de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, o el de su familia, puesto que generalmente se comienzan a analizar una vez que el trastorno ya se ha asentado. Los trastornos alimentarios perjudican de tal manera a la personalidad, que se vuelve complicado distinguir los rasgos característicos del individuo de los que se manifiestan como consecuencia una vez que se instala el trastorno (Costin; 2003).

Es importante mencionar que ninguno de los rasgos que se presentan a continuación son determinantes para presentar un trastorno de la conducta alimentaria, puesto que solamente llevan al sujeto a una predisposición ante este. Por lo tanto, es de carácter multideterminante: una combinación de factores personales, familiares y del entorno lo que precipita dicha problemática (Costin; 2003).

Una de las características predisponentes son los problemas con la autonomía, concretados en la dificultad que presentan ciertos individuos para funcionar de forma diferente a su familia u otros factores externos. Es decir, personas que se empeñan en cumplir las expectativas de otros, de sus padres o actuar acorde a lo que los demás esperan de ellos. El deber de ser siempre “adecuado” les proporciona un margen



pequeño de seguridad para desarrollar un pensamiento individual o para plantearse lo que quieren de sí mismos, que muy probablemente vaya en contra de lo que piensan sus padres o dejará insatisfechos a los demás (Costin; 2003).

Cuando la seguridad está concentrada únicamente en el exterior, en satisfacer las expectativas de otros y en adaptarse a la imagen que los demás puedan tener de la persona, es inevitable que al individuo le parezca tener una sensación de ineficacia persona, una mayor complejidad para solucionar las situaciones interponiéndose a los recursos personales, puesto que siempre se tiene inseguridad en sí mismo (Costin; 2003).

Generalmente, los jóvenes que sufren estos trastornos pasan por una fase llena de situaciones cambiantes, en muchas ocasiones, es la dificultad para hacer frente a estas y solucionarlas lo que hace a una persona vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario y vuelva su cuerpo el símbolo y fuente de la autonomía, control, eficiencia personal e identidad. Por lo tanto, se considera de manera equívoca a la delgadez como signo de ser especial y el someterse a dietas y disminuir su peso, como señales de autocontrol (Costin; 2003).

Otro factor predisponente es el déficit en la autoestima, puesto que las personas desarrollan imágenes de sí mismas en contraste con el yo ideal; se evalúa a través de las apariencias, desde lo que para los demás tiene importancia o es valioso, por lo

tanto, el peso y la figura toman especial importancia como maneras de poder incrementar la aceptación de sí mismo (Costin; 2003).

De la misma manera, otra de las características que presentan es el camino a la perfección y el autocontrol; el sentirse ineficaces y tener la angustia de no ser lo suficiente buenos, provoca que los individuos en este trastorno sean muy exigentes consigo mismos, de tal manera que si consideran que no pueden lograr a la perfección en una tarea que se propongan, mejor no lo intentan (Costin; 2003).

Esta constante lucha por la perfección también se traslada al peso corporal, para lograrla, es necesario mantener el cuerpo ideal, sin importar qué pase. Los individuos terminan creyendo que, si consiguen modificar su figura, de la misma manera lograrán transformarse a sí mismas. De esta manera, serán personas seguras y se tendrán la confianza suficiente para encarar las problemáticas que se les presenten diariamente (Costin; 2003).

Irónicamente, dicho perfeccionismo fortalece la sensación de inseguridad, puesto que exhorta a no fallar, en lugar de afirmar a la persona en sus recursos; es, a final de cuentas, una treta, puesto que el individuo se fija metas que en sí mismas son inalcanzables. El perfeccionismo no concede el ser humanos (Costin; 2003).

De la misma manera, es muy común encontrar en los individuos con trastornos alimentarios una inclinación muy marcada a dominar todo en sus vidas, incluyendo al

cuerpo. Sienten que son poderosos controlando el peso corporal, quizá como compensación de sentimientos de impotencia que nacen frente a sucesos que les resulta complicado controlar. Hasta que finalmente ven que ese sistema de control se les va en contra y es lamentable, puesto que por más que pelean por ese control nunca lo van a lograr (Costin; 2003).

Otro de los factores predisponentes que se suscitan es el miedo a madurar, puesto que estos trastornos, por lo regular, tienen incidencia desde la pubertad hasta la juventud. Los sujetos, en esta etapa, experimentan muchos cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales. Algunos individuos se consideran poco hábiles para pasar por dichos cambios, que no cuentan con competencias para hacerles frente o que nadie les ayuda a atravesarlos (Costin; 2003).

Los cambios físicos van ligados, entre otras circunstancias, a un incremento en el peso corporal, que conduce, en el caso de las personas del sexo femenino, al cuerpo a una figura “más de mujer”. Para las jóvenes que presentan trastornos alimentarios, esto puede ser un disparador de la conducta, puesto que se muestran intolerantes e incapaces de aceptar un cuerpo que inefablemente manifiesta un mensaje de que ya se ha dejado atrás la niñez (Costin; 2003).

Por lo regular, dichos jóvenes están muy atrapados en la niñez y tienen miedo a crecer y manejar la autonomía que eso conlleva o, por el contrario, sienten el miedo

de que eso pase y se angustian ante la falta de estímulos por parte de ellos, para que se inmiscuyan en el mundo de adultos (Costin; 2003).

## **2.5 Causas del trastorno alimenticio.**

Existen diversos factores que se conjugan para que, finalmente, alguien presente un trastorno de la conducta alimentaria, aunque ninguno de ellos es por sí mismo suficiente, sino que es necesaria la combinación de algunos de estos para que la persona sea más vulnerable a presentarlo, por ello, se habla de una “multideterminación” en los trastornos alimenticios (Costin; 2003).

### **2.5.1 Factores predisponentes individuales.**

Dentro de los factores predisponentes individuales en la anorexia nerviosa, se habla de factores genéticos, trastornos afectivos, introversión e inestabilidad emocional; se da más en clase social media/alta, en personas cuyos familiares presentan algún trastorno afectivo, de la ingesta o adicciones, también donde predominan los valores estéticos (Belloch y cols.; 1995).

Algunas teorías psicológicas de la elección de la dieta analizan los factores individuales que intervienen en la conducta de ingesta, poniendo especial importancia en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la estructura psicofisiológica del

individuo; fundamentada en el supuesto que la comida se produce dentro de una red de significados (Ogden; 2005).

El sistema de clasificación de la comida la categoriza en los siguientes estadios: la comida frente a no comida, delimita las sustancias que son consumibles de las que no; la comida sagrada frente a comidas profanas, diferencia los alimentos ratificados por creencias religiosas de los que no lo son; clasificaciones de comidas paralelas, determina si el elemento alimenticio puede categorizarse como “caliente” o “frío”, lo que depende de cada cultura; la comida como medicina o viceversa, se refiere a la prohibición de ciertos alimentos en determinados estados físicos o la recomendación de ellos en algunos otros; finalmente, las comidas sociales, que explican la función mutua de la comida, como manera de aprobar y desarrollar relaciones, simbolizar cierta clase ofreciendo platillos costosos, extraños o deliciosos y construir la identidad grupal a través de patrones tradicionales de comida (Ogden; 2005).

El análisis del alimento consiste en que la comida se debe de ver como el medio por el cual se transmite una serie de significados en un tiempo y espacios determinados. Particularmente, la comida transmite el sentido del yo, funge como medio de comunicación entre las personas y es primordial para la construcción de la identidad cultural (Ogden; 2005).

De manera más específica, la comida presenta diversas funciones que Ogden (2005) explica:

- La comida como afirmación del yo: el alimento proporciona información acerca de la identidad individual y actúa como una transmisión de necesidades internas, problemáticas internas y el sentido del yo. Los significados personales de la comida se encuentran estrechamente relacionados a la identidad de género y la idea de ser mujer. Específicamente, la comida representa la sexualidad, los choques entre la culpa y el placer, comer y negación, así como una manifestación del autocontrol (Ogden; 2005).
- Comer frente a la negación: La alimentación es un escenario para muchas problemáticas interpersonales, una de ellas se genera entre el comer y la negación, en especial para las mujeres, puesto que ellas tienen el control sobre el alimento, pero se impiden a sí mismas disfrutarlo, debido a la presión de mantenerse delgadas (Ogden; 2005).
- La comida simboliza también el autocontrol o la pérdida de este. Las personas se caracterizan por el autocontrol; se dice que dicho deseo se manifiesta en el interés por seguir un régimen alimenticio o dieta que se convierte en el medio para practicarlo, y, por lo tanto, un individuo anoréxico manifiesta a dicho “individuo autocontrolador intraactivo” (Ogden; 2005).
- El alimento es un instrumento común de interacción en la familia. A menudo, el comedor es el único sitio donde sus miembros se juntan, además, puede convertirse en un escenario donde cada uno comparte sus vivencias del día (Ogden; 2005).
- La comida como transmisor de amor hace referencia a los alimentos dulces que las madres suelen dar a sus hijos para apaciguar sus malestares y

conservar la armonía familiar, los alimentos conforman el medio por el cual las mujeres expresan su amor y preocupación por su núcleo familiar, por lo que encargarse de la preparación de la comida es un acto de amor (Ogden; 2005).

En conclusión, los alimentos traen consigo una serie de simbolismos y construyen una forma esencial de comunicación en la relación entre los seres humanos. En cada contexto social, la comida es un escenario para las manifestaciones de amor y atención, y para las problemáticas entre bienestar y placer, además de ser símbolo de las relaciones de poder en la familia (Ogden; 2005).

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares.**

De la misma manera que con los factores predisponentes individuales, resulta complejo señalar los factores característicos de las familias antes de que el trastorno ya se haya instalado (Costin; 2003).

Algunas de las características principales de las familias con la presencia de estos trastornos son los siguientes: poca comunicación entre sus miembros, inhabilidad para solucionar las problemáticas que se presentan, control y sobreprotección, carencia de límites entre generaciones, expectativas exageradamente altas hacia los hijos, trastornos familiares relacionados con la depresión y alcoholismo, así como presencia de abuso sexual o físico en el seno familiar (Costin; 2003).

Además, las familias en las que uno o varios integrantes han padecido este tipo de trastornos, son consideradas como factores de riesgo (Rausch; 1996).

En cuanto a los padres, las conductas que se pueden observar son las siguientes: ambos son demandantes, las madres esperan más de sus hijas en cuestiones sociales y profesionales, además de presentar más conflictos en cuanto al control del comportamiento de sus hijas; ambos progenitores fomentan la competencia entre sus hijos al contrastarlos entre sí, hay nivel de tensión alto en las relaciones familiares (Rausch; 1996).

No resulta sencillo realizar análisis en torno a la influencia de los factores familiares en los trastornos alimentarios, pero se puede asegurar que existen diversas características de organización y funcionamiento que tienden a generar problemas en la mayoría de las familias. Enseguida se mencionarán algunas que de alguna manera contribuyen al desarrollo del trastorno, según afirma Rausch (1996).

Un factor común que se puede observar en una familia en la que alguno de sus miembros padece un trastorno alimentario, es que las normas que hasta ese entonces habían regido la vida familiar no son suficientemente transigentes para adaptarse a los nuevos requerimientos de sus miembros. Todas las familias se guían a través de normas, la mayoría del tiempo implícitas, que instauran cómo se solucionan los desacuerdos, quién toma las decisiones sobre ciertas situaciones o cómo se manifiestan los estados de ánimo (Rausch; 1996).



Frecuentemente, la persona que presenta la sintomatología es quien, al verse incapaz de enfrentar alguna problemática, reacciona a costa de su salud y bienestar. En algunas ocasiones, esta es su forma de generar cambios (Rausch; 1996).

Cuando las maneras de relacionarse entre los miembros de una familia son tan estrictas, desalientan el desarrollo de la autonomía e independencia de sus integrantes, además, pueden ocasionar que estos se sientan indefensos e impotentes y, por lo tanto, incapaces de distinguirse de los demás (Rausch; 1996).

Otro factor que influye en el desarrollo de estos trastornos son las fronteras problemáticas, es decir, las reglas que especifican quién va a participar en cada interacción y de qué manera. Hay límites personales y otros que establecen las barreras o el lugar de cada miembro ante determinada situación (Rausch; 1996).

La falta de control y autonomía en el espacio personal, sumado a la intrusión en los pensamientos y sentimientos del otro, hace que las personas desarrollen este tipo de trastorno, ya que consideran que la alimentación es lo único que pueden controlar sin que otros se inmiscuyan (Rausch; 1996).

Existen también las fallas en el control. Existen familias que tienden a ser controladoras y conservan lazos exageradamente estrechos entre sus integrantes, obstruyendo el desarrollo de su autonomía (Rausch; 1996).

Finalmente, en familias donde la imagen exterior es fundamental, así como su cuidado, en donde la silueta y el peso corporal ocupan un lugar determinante en las preocupaciones de los adultos, es común que se presente este problema, puesto que resulta complicado escapar de esa influencia (Costin; 2003).

Cabe mencionar que cualquiera de las características descritas no constituye por sí misma la causa de un trastorno alimentario, sino es la combinación de factores personales, sociales y familiares los que hacen que esta condición se presente (Rausch; 1996).

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

A continuación, se hablará sobre distintas situaciones socioculturales que predisponen a los individuos a padecer trastornos de la conducta alimentaria.

Uno de los principales factores que predisponen o vulneran al individuo a este tipo de trastornos, es la presión social por ser delgada, lo que se transmite a través de los medios de comunicación, genera una insatisfacción de la imagen corporal y una constante preocupación por el peso, pues se consideran excedidas en este (Costin; 2003).

El peso pasa a tener un significado importante en la autoestima y la felicidad en las jóvenes, aunado a ello, los medios de comunicación aseguran el éxito y una gran

aceptación a las personas delgadas y bajo peso, venden la idea y el producto para lograr lo que promueve la disconformidad consigo mismo, envuelto en el engaño de mejora, aceptación y parecer más atractiva a los ojos de un hombre (Costin; 2003).

El entorno social recompensa la delgadez y posee tabúes hacia la gordura; cuando se habla de un “cuerpo ideal o espectacular” no se hace referencia a un ideal en salud o bienestar, sino a la figura de moda en un momento o época en específico y este se ha ido modificando al paso del tiempo (Costin; 2003).

La sociedad transmite de manera específica que el papel más relevante de la mujer es ser atractiva físicamente, los medios de comunicación perpetúan y alimentan este concepto apuntando a que la totalidad de una chica se expresa a través de su imagen corporal (Costin; 2003).

Otros prejuicios que también llevan a las personas a confundirse en relación del peso, son los que apuntan que los sujetos obesos están de esa manera porque consumen más alimentos que los demás y tienen más conflictos psicológicos; se considera que la obesidad, aún controlada, se encuentra relacionada con un incremento de la mortalidad, cuando la verdad es que la mayor mortalidad está mayormente asociada con mujeres de bajo peso. En los casos de obesidad, los problemas de presión en la sangre e infartos se ligan más a reacciones del organismo debido a la constante en el ciclo de dieta, pérdida de peso y recuperación de este, que al factor obesidad en sí mismo (Costin; 2003).

Esto lleva al último prejuicio, el cual indica que las dietas prolongadas son benéficas. Es cierto que la posibilidad de perder peso gracias a ellas en primer momento es alta, pero en seguimientos posteriores se observa que las personas que han bajado con dietas restrictivas fracasan, es poca la incidencia de las personas que logran mantener su peso por dos o más años (Costin; 2003).

Lo que mantiene la tendencia de las dietas o los productos ligeros es el capital que se mueve tras ellos, que promueve la obsesión por el estar delgado y promete milagros, lo que llevará al individuo a consumir sus productos. La industria de lo “light” está en incremento cada día, incluso la ropa sigue la misma tendencia, puesto que varias marcas aseguran a la mujer que el usar cierto pantalón la hará lucir más delgada (Costin; 2003).

La mayor parte de la población considera que el hecho no tener éxito con las dietas o el tener sobrepeso, está asociado con la falta de fuerza de voluntad, sin embargo, ignoran las consecuencias relacionadas con el hecho de someterse a regímenes alimenticios restrictivos y no regulados (Costin; 2003).

Estas creencias solo son útiles para mantener los sentimientos descalificadores sobre las personas y que se sientan culpables por no poder alcanzar ciertos objetivos. El pensamiento de que no se ha tenido la suficiente fuerza de voluntad, funge como un estimulante para enganchar al individuo en un ciclo de dieta donde el pensamiento

es lograrlo por esa vez, lo que aparte de reincidir en el fracaso, acrecentará la falta de seguridad (Costin; 2003).

## **2.6 Insatisfacción corporal.**

La percepción corporal es la imagen que se tiene del propio cuerpo en la mente. La medida de la insatisfacción corporal puede observarse en tres puntos de vista distintos: como imagen corporal distorsionada, como discrepancia del ideal y como reacciones negativas al cuerpo (Ogden; 2005).

Algunos estudios han definido la insatisfacción corporal como una percepción distorsionada del tamaño corporal y una estimación de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es realmente; las personas con trastornos alimenticios clínicamente dictaminados manifiestan una deformación perceptiva mayor que las personas no clínicas, de la misma manera, se ha determinado que las féminas, ya sea que presenten o no trastornos alimentarios, son quienes tienen una imagen más distorsionada de sí mismas (Ogden; 2005).

Por otro lado, la discrepancia del ideal es muy común, ya que esta perspectiva ha mostrado que a la mayor parte de las mujeres y niñas les gustaría tener una figura diferente a la que poseen y tener un cuerpo más esbelto, mientras que a la mayoría de los hombres les apetecería quedarse como están o tener algo más de volumen (Ogden; 2005).

La tercera manera y más frecuente de comprender la insatisfacción corporal se expresa en los sentimientos y cogniciones negativas sobre el cuerpo. Aunque los individuos con algún trastorno alimentarios expresen mayor insatisfacción corporal que quienes no los padecen, los que siguen dietas manifiestan mayor insatisfacción que aquellos que no siguen regímenes alimenticios especiales, además de ser las mujeres quienes presentan más insatisfacción corporal (Ogden; 2005).

Por lo tanto, la insatisfacción corporal es una distorsión del volumen del cuerpo en contraste con una medida objetiva del volumen, expresada como una discrepancia entre el ideal y la estimación del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y creencias negativos en relación al cuerpo. En el momento que la investigación sobre esta temática recién surgía, se creía que era un problema de las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, muchos estudios revelan que, aunque sean las mujeres quienes están menos satisfechas con su figura, a los hombres también les preocupa, esta angustia no distingue edades y aparece en todos los grupos sin diferencias étnicas, de clase social o sexualidad, a todos los afecta por igual (Ogden; 2005).

## **2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.**

En el siguiente apartado se hablará de los factores que perpetúan los trastornos alimenticios, entre los cuales se encuentran las problemáticas de tipo fisiológico y psicológico que derivan de dichos padecimientos.

Se hablará de qué manera las prácticas de control de peso y la obsesión con las dietas pasan de ser una solución a un problema que propicia la persistencia de los trastornos alimentarios (Costin; 2003).

Se le llama perpetuar al mantener una situación, perdurar, otorgar a las circunstancias una duración prolongada, incesante o extensa (Costin; 2003).

Se dice que la dieta es el factor perpetuante por excelencia en el mantenimiento de los trastornos alimentarios. El cuerpo, al estar mal alimentado, ocasiona malestar anímico y emocional, así como la carencia de energía en los individuos (Costin; 2003).

Dentro de los cambios que presentan en el estado de ánimo, se encuentra un bajón generalizado en este, intolerancia e irritabilidad, conductas autolesivas y cambios repentinos en el estado de ánimo. Como producto del nerviosismo que sienten, aparecen estados elevados de ansiedad (Costin; 2003).

El nivel de apatía incrementa en el individuo al grado de perder el interés en todo lo exterior, incluso en su higiene personal y por lo general, pierde el interés de realizar actividades que antes disfrutaba. También presenta sensaciones de depresión y descontrol (Costin; 2003).

Otra característica frecuente son ideas obsesivas alrededor de la comida, en las cuales, el individuo se siente invadido por pensamientos o impulsos que no puede

negar, como si tomaran posesión de él. De la misma manera, se alteran sus habilidades de concentración, aprehensión y el estado de alerta, por lo que muchos jóvenes abandonan sus estudios al padecer estos trastornos (Costin; 2003).

La subalimentación también tiene consecuencias en otros ámbitos, como el social: los individuos tienden a caer en un estado de aislamiento y ensimismamiento, se rehúsan a colaborar en actividades de grupo y se sienten incómodos en las relaciones con los demás. Además, presentan disminución en su interés sexual y amoroso (Costin; 2003).

Algunos de los cambios o alteraciones físicas que se presentan son los dolores de cabeza, hipersensibilidad a los ruidos y a la luz, problemas gastrointestinales y audiovisuales, entumecimiento de miembros (en especial manos y pies), pérdida de cabello y apareamiento de lanugo en lugares donde usualmente no hay cabello, el metabolismo se retarda, baja la tolerancia al frío por atermia, hay cambios cardiacos, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación (Costin; 2003).

Es fundamental saber que cuando el consumo de alimentos es menor al necesario para el funcionamiento general del cuerpo, automáticamente y como una manera de acoplarse, el organismo va a gastar menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que se ocupa de estas funciones mientras el individuo descansa (Costin; 2003).



La privación alimenticia forma hábitos, de manera que las personas bajo una restricción alimentaria severa desarrollan maneras de relacionarse con la comida y hábitos vinculados con el tema de los cuales es muy complicado escapar. La comida se convierte en una obsesión que enferma. Los hidratos de carbono, los postres o las comidas “malas”, como son prohibidas, se convierten en una atracción de la cual no se pueden resistir, así como lo es una droga (Costin; 2003).

Por lo anterior, se puede concluir que lo adictivo es la dieta y no los alimentos en sí mismos. El someterse a un régimen restrictivo de alimentación lleva como consecuencia toda la sintomatología, de la cual se intenta escapar, irónicamente, con nuevos empeños de control de la alimentación para esa vez “sí lograrlo” y recuperar la salud (Costin; 2003).

## **2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.**

Los trastornos de la conducta alimentaria, por lo general, se encuentran relacionados con otros padecimientos psiquiátricos, por lo cual existe una elevada comorbilidad (Butcher y cols.; 2007).

En el caso de la anorexia, los síntomas depresivos se manifiestan en una tercera parte de los casos, y algunos de ellos podrían categorizarse en depresión mayor; aunque existe una relación entre la anorexia nerviosa y la depresión, no se considera que la primera sea producto de la segunda, más bien se cree que el trastorno

del afecto pueda predisponer o presentarse con la anorexia nerviosa y, por lo tanto, la empeore (Belloch y cols.; 1995).

Los síntomas obsesivos aparecen en una cuarta parte de los anoréxicos y muchos han sido diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, es el estado de restricción el que aumenta los pensamientos recurrentes e intrusiones en relación a la comida (Belloch y cols.; 1995).

Los anoréxicos del subtipo bulímico presentan más altos niveles de psicopatología, como la depresión, irritabilidad y comportamientos antisociales (consumo de drogas y robos) (Belloch y cols.; 1995).

En la bulimia nerviosa es común la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como pensamientos en torno al suicidio; la sintomatología depresiva, por lo regular, desaparece en función a la mejora en la conducta de comer. Otros síntomas regulares en la bulimia nerviosa son las conductas adictivas y de control de la impulsividad (Belloch y cols.; 1995).

La incidencia de síntomas depresivos en individuos con bulimia nerviosa es alta, de la misma manera que los trastornos del estado de ánimo (principalmente el trastorno distímico y el depresivo mayor), en algunas ocasiones estos preceden a la bulimia nerviosa. La frecuencia en sintomatología de ansiedad o trastornos de ansiedad también es elevada (APA; 2002).

También es común el abuso en el uso de sustancias por parte de sujetos con bulimia (APA; 2002).

Algunas investigaciones sugieren que en el caso de la bulimia tipo purgativo hay más sintomatología depresiva y más preocupación acerca del peso y la figura, que en los casos del tipo no purgativo (APA; 2002).

## **2.9 Tratamiento.**

Hasta el momento, no existe una teoría etiológica de la anorexia nerviosa que haya logrado una total aceptación, a pesar de que se han postulado diferentes proposiciones interesantes en torno a esto, la mayoría coincide con la multideterminación de la enfermedad, en la cual tienen que ver factores sociales, familiares, del desarrollo y biológicos (Rausch; 1997).

Debido a lo anterior, es complicado encontrar un enfoque en específico que trate este tipo de trastorno. A continuación, se hablará sobre distintas teorías y sus tratamientos.

Para Brunch, desde el pensamiento neopsicodinámico, este padecimiento está relacionado con deficiencias básicas en el sentido de sí mismo, de identidad y del funcionamiento autónomo, de esta manera, la función de comer es usada como una pseudosolución a sus problemas de personalidad (citado por Rausch; 1997).

El tratamiento de este enfoque está orientado a lo que denominan antecedentes de la enfermedad, que tendrían como consecuencia un trastorno en el desarrollo (Rausch; 1997).

La psicoterapia que se propone como tratamiento tiene como finalidad el desarrollo de una nueva personalidad, de igual manera, hace hincapié en la necesidad de terapia familiar no solamente como sustento a la familia, sino para analizar las interacciones y experiencias de esta (Rausch; 1997).

La terapia conductista se basa en el control de la conducta manifiesta, a partir de los estímulos que le anteceden o le suceden; las técnicas que se orientan a la recuperación del peso en la persona quizá sean más eficaces que las que hacen énfasis en la conducta alimentaria en sí misma. Generalmente, se utilizan registros de su peso, así como la medición de su volumen corporal una o dos veces por semana. Se determina un refuerzo positivo, como es mayor actividad física o social, y uno negativo, que tiene que ver con el aislamiento y reposo (Rausch; 1997).

En el modelo cognitivo-conductual se vincula el pensamiento, la emoción y las conductas observables. El tratamiento consiste en que el individuo analice la validez de sus creencias en el presente. Se identifican los pensamientos, son analizados meticulosamente, definidos y luego cada uno de ellos es cuestionado a fin de modificarse. Este enfoque ha generado técnicas sumamente útiles siempre y cuando

quien las utilice tenga en consideración que se está dirigiendo a un aspecto parcial de la multifactorialidad de componentes de dicho cuadro clínico (Rausch; 1997).

Por otra parte, el uso de fármacos en el tratamiento de la anorexia nerviosa tiene pocos efectos favorables, motivo por el cual se ha limitado su empleo (Rausch; 1997).

En la mayoría de los casos abordados con medicación, la finalidad ha sido producir aumento de peso, corregir la acción de neurotransmisores hipotéticamente vinculados con el padecimiento, además de modificar la ansiedad y depresión de los individuos. La mayoría de los resultados se ha limitado a considerar el aumento de peso, sin llevar a cabo un seguimiento del efecto a largo plazo (Rausch; 1997).

Desde hace algunos años, varios autores han recalcado la importancia de la terapia familiar en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes (Rausch; 1997).

El primer objetivo del terapeuta es establecer un sistema terapéutico estructurado por la familia, el clínico y el paciente. Para lograrlo, es necesario el contacto previo con el clínico, conocer su punto de vista de la situación y observaciones acerca de los padres y su respuesta a la propuesta del tratamiento (Rausch; 1997).

Ya en la entrevista, el primer desafío es generar confianza con la familia y propiciar un entorno de esperanza, es lo que hará posible una alianza terapéutica (Rausch; 1997).

Después, el terapeuta explora el motivo de la consulta y cuándo se dieron cuenta que inició el problema, analiza las interacciones y relaciones familiares; enseguida pregunta a la paciente su versión de los hechos, los métodos que utilizó para perder peso y su percepción ante el peso que el clínico le propuso. Es preciso conocer cuál ha sido la experiencia con otros agentes de la salud, de este modo, el terapeuta conocerá qué tan dispuesta está la familia a seguir indicaciones y se dará cuenta si existen dudas o desconfianza (Rausch; 1997).

Es fundamental que el terapeuta no descuide la relación con el paciente, en un primer momento este se encontrará en negación y tendrá poca disposición a colaborar con el tratamiento. Es importante señalar a detalle las consecuencias del padecimiento, como son la depresión, fatiga, insomnio y desnutrición. Adicionalmente, debe describir los beneficios del tratamiento y establecer que los objetivos incluyen ganar peso como precondition para ir resolviendo otras problemáticas; de esta manera, este queda planteado como una experiencia de desarrollo y exploración en ámbitos desconocidos (Rausch; 1997).

En cuanto el paciente comienza a ganar peso, el punto central de las sesiones se desplaza a otros aspectos de la vida familiar, generalmente, las reuniones están

relacionadas con dificultades en el desarrollo o problemáticas familiares no resueltas. Se analizan cuáles son las situaciones estresantes que rodearon el inicio del padecimiento y se encuentran diversas alternativas para la solución de problemas, el terapeuta insiste en el apoyo de ambos padres para el abordaje de conflictos; la paciente, en este punto, debe alentarse a manifestar sus desacuerdos de forma madura, a entender y desear las ventajas de crecer (Rausch; 1997).

Suele encontrarse un momento crítico durante el proceso, cuando el paciente está a uno o dos kilos de recuperar el peso propuesto, el problema reside en que el paciente debe abandonar la situación de enfermo junto con los beneficios secundarios que esto ha propiciado y que no está dispuesto a abandonar. Se trabaja con el paciente y la familia el perfil de una nueva persona saludable y los esfuerzos para que no pierda peso; en esta fase, la recuperación del peso es más lenta (Rausch; 1997).

La etapa final del tratamiento consiste en terapias individuales, así se abordarán distintos subsistemas por separado. Los temas centrales de la terapia con el paciente van en torno a señalar su desinclusión de la problemática parental, reforzar la autoestima y desconfianza respecto del entorno, reconocer, aceptar y vehicular sus propios deseos, sentimientos y opiniones (Rausch; 1997).

El tratamiento concluye de manera diferente para cada uno de los subsistemas, el indicador para la finalización es darse cuenta que la persona se esté relacionando exitosamente de acuerdo con el ciclo vital en el que se encuentre, la decisión la toma

el terapeuta después de un análisis conjunto con todo el sistema, se contrastan objetivos que se fueron estableciendo a lo largo del proceso, se destaca lo logrado y lo que queda por lograr (Rausch; 1997).

Asimismo, se recalca la importancia de cada uno de los recursos que se utilizaron para la resolución de problemáticas, lo cual permite la descentralización del terapeuta y contribuye a que los participantes se perciban como responsables del cambio. Se les pide que mencionen cuáles dificultades ven para el futuro, de esta manera se manifiesta que el tratamiento no finaliza cuando terminan los problemas, puesto que estos son intrínsecos en la vida diaria, sino que concluye cuando los miembros de la familia cuentan con las habilidades para sobrellevarlos (Rausch; 1997).

Finalmente, se hace un seguimiento clínico cada tres, seis y doce meses en los que se supervisa que no haya pérdida de peso significativa o recaídas. Si el médico encuentra algún factor alarmante, sugerirá entrevista con el paciente; de no encontrar problemática alguna, se hará un seguimiento familiar y personal a los seis y doce meses. Es común que los pacientes acudan de vez en cuando para consultar alguna duda, el que lo hagan es una buena garantía contra las recaídas.

Ya descritas a detalle cada una de las variables de investigación, a continuación, en el tercer capítulo se hablará sobre la metodología de esta investigación, el análisis y la interpretación de resultados.



## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera se hará la descripción de la estrategia metodológica que permitió el logro del objetivo general del estudio, tal encuadre incluye, el enfoque o paradigma de la investigación; enseguida, se caracteriza la naturaleza no experimental; posteriormente, se hablará acerca del diseño y del alcance del estudio; finalmente, en esta primera parte se describirán tanto las técnicas como los instrumentos empleados en la recolección de datos.

Asimismo, la metodología incluye la población y muestra seleccionadas, por ello, en este apartado también se abordarán ambos temas; concluye este subtítulo con la descripción del proceso de investigación que siguió la tesista.

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

#### **3.1 Descripción metodológica.**

En este subcapítulo se describe el enfoque en el cual se basó la investigación, el alcance que tuvo, el diseño de la misma, el tipo al cual pertenece, las técnicas e instrumentos de la investigación.

### **3.1.1 Enfoque cuantitativo.**

Existen tres enfoques distintos sobre los cuales se puede basar una investigación, estos son: el enfoque cuantitativo, el cualitativo y el enfoque híbrido o mixto. Los tres buscan cubrir diferentes perspectivas para generar conocimiento (Hernández y cols.; 2014).

El enfoque cuantitativo, usa la recolección de datos para comprobar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el objetivo de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández y cols.; 2014).

Este enfoque se caracteriza por los siguientes atributos:

- Expresa la necesidad de medir y valorar magnitudes de los fenómenos o variables de investigación.
- El investigador plantea una problemática de estudio delimitada y concreta acerca del fenómeno. Sus preguntas de investigación tratan cuestiones en específico. Una vez establecido el problema de estudio, el investigador revisa lo que se ha estudiado con anterioridad sobre el tema y elabora un marco teórico, del cual nacen una o varias hipótesis que pone a prueba mediante el uso de los diseños de investigación apropiados.

- La recolección de los datos se fundamenta en la medición. Esta recaudación se lleva a cabo al usar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Dado que los datos se obtienen a través de mediciones, se establecen mediante números, por lo tanto, se analizan por medio de métodos estadísticos.
- Los estudios cuantitativos se analizan de acuerdo con las hipótesis e investigaciones anteriores. La interpretación conforma una explicación del cómo los resultados obtenidos ajustan en el conocimiento existente.
- La investigación cuantitativa debe ser objetiva, las variables de estudio no deben verse sesgadas por el investigador, quien debe evitar que su subjetividad influya en los resultados del estudio.
- En este enfoque, de cumplirse estrictamente el procedimiento y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los resultados obtenidos cuentan con los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones obtenidas aportarán a la generación de conocimiento.

### **3.1.2 Investigación no experimental.**

Con la finalidad de resolver las cuestiones de investigación establecidas y cumplir con los objetivos, el investigador debe desarrollar o seleccionar un diseño de investigación específico que puede ser experimental, no experimental o cuasi-experimental.

En este estudio se utilizó el diseño no experimental, es decir que en la investigación no se hizo uso deliberado de manipulación de variables; lo que se hace en este tipo de estudio es el observar el fenómeno tal como se está presentando en el contexto natural, para su posterior análisis (Hernández y cols.; 2014).

### **3.1.3 Diseño transversal.**

Los diseños no experimentales a su vez se dividen dos tipos, dependiendo del número de momentos o veces que se utilizan para la recolección de datos, estos son: la investigación transeccional o transversal y la investigación longitudinal.

La investigación transversal se utiliza cuando se quiere indagar en un fenómeno en una sola situación, es decir, la recolección de datos se dará en una sola vez. El objetivo de este tipo de estudio es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en una situación dada. Se puede decir que es como congelar un ambiente en un momento dado (Hernández y cols.; 2014).

En cambio, los estudios longitudinales son el los cuales se recaudan datos en distintos momentos del tiempo, con el fin de realizar abstracciones o inferencias sobre su evolución, cambios que se puedan dar, causas, consecuencias o efectos; es decir que la obtención de datos se realiza en distintos periodos de tiempo y por lo común estos se determinan de antemano (Hernández y cols.; 2014).

Por lo anterior, se determina que la investigación realizada contiene un diseño no experimental de tipo transversal, ya que se midió el fenómeno en un tiempo determinado.

#### **3.1.4 Alcance correlacional.**

En la investigación hay varios alcances que se definen a través de los objetivos a los cuales se quiere llegar con el estudio y son los siguientes: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Este estudio es de alcance correlacional, ya que se estudió la relación entre variables.

Hernández y cols. (2014: 93) mencionan que los estudios correlacionales “tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”.

Para valorar el grado de correlación entre las variables, en primer lugar, se mide cada una de ellas; después se cuantifican, analizan y establecen las relaciones. Es importante señalar que, en numerosas ocasiones, las mediciones de las variables que se van a correlacionar resultan de los mismos casos o participantes, pues no es habitual que se correlacionen mediciones de una variable aplicadas en ciertos individuos, con mediciones de otra variable elaboradas en personas distintas (Hernández y cols.; 2014).

La utilidad primordial de estos estudios es conocer cómo se puede comportar una variable al saber el comportamiento de otras que se encuentren relacionadas. Es decir, tratar de pronosticar el valor aproximado que poseerá un conjunto de personas o casos en una característica a partir del valor que tienen en las variables relacionadas (Hernández y cols.; 2014).

La correlación puede presentarse de dos maneras: positiva o negativa. Si es el primer caso, quiere decir que los sujetos con valores altos en una variable, tenderán a tener resultados altos en la otra; en cambio, si es negativa, quiere decir que los individuos con valores elevados en una variable tenderán a poseer valores bajos en la otra (Hernández y cols.; 2014).

Si no existe relación entre las variables de estudio, significa que estas fluctúan sin seguir un patrón determinado común, de esta manera, habrá sujetos que obtengan valores elevados en una de las dos variables y bajos en la otra, resultados bajos en una y en la otra, e individuos con valores medios en ambas (Hernández y cols.; 2014).

Si dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la relación, se cuenta con fundamentos para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que obtendrá un grupo de personas en una variable, al conocer qué valor poseen en la otra (Hernández y cols.; 2014).

### **3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Son estrategias específicas para recabar información específica de la población a investigar, surgen a partir del planteamiento metodológico y determinan un proceso particular a seguir en la interacción con los participantes en el estudio. Estas cumplen con normas como la validez y confiabilidad.

En la presente investigación se utilizaron técnicas denominadas psicométricas, las cuales se caracterizan por ser estandarizadas con base en investigación estadística, lo cual garantiza su confiabilidad y validez en la medición.

La confiabilidad de un instrumento de medición es el grado en que este produce resultados coherentes y consistentes, por lo que, si se aplica al mismo sujeto en repetidas ocasiones, dicho instrumento arrojará resultados iguales (Hernández y cols.; 2014).

La validez, por su lado, hace referencia al grado en el cual un instrumento mide la variable que dice medir (Hernández y cols.; 2014).

Los instrumentos utilizados en este estudio son el Perfil de Competencias Emocionales y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

El Perfil de Competencias Emocionales es un instrumento diseñado para medir las habilidades emocionales y el coeficiente emocional en adolescentes y adultos. Las escalas que incluye son: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo. La sumatoria de las primeras cuatro escalas integra el coeficiente emocional (EQ).

Este instrumento está fundamentado en la escala diseñada por Reuven Bar-On, que fue traducida y adaptada por Ugarriza (2001) en una muestra de 3,375 niños y adolescentes de entre 7 y 18 años en Lima metropolitana. Adicionalmente, se realizó una estandarización en la Universidad Don Vasco en el 2015.

La validez del instrumento, se analizó originalmente por Bar-On, haciendo uso de diversos métodos de contenido, de constructo, validez convergente y de contrastación con un grupo de criterio, confirmando la validez del instrumento.

En México, su estandarización se realizó en una muestra de 315 estudiantes de preparatoria en el 2015, obteniendo una media de 122 puntos y una desviación estándar de 16 para el puntaje total. A partir de ahí se establecieron los parámetros en puntajes T para cada una de las subescalas y puntaje CE para el puntaje total. Este último establece la media en el puntaje 100 y cada desviación estándar en 20 puntos.

En este mismo estudio en México, se realizó el análisis de confiabilidad a través del método de división por mitades, obteniendo un coeficiente de 0.91.



Por otra parte, el Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) está estandarizado para individuos de 11 años en adelante, fue elaborado por David M. Garner en 1998. Para su estandarización, se realizaron diversos procesos en diferentes grupos, incluyendo tanto a personas con bulimia y anorexia nerviosa, como a individuos sin ningún padecimiento. En este estudio se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

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

Esta prueba está conformada por 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 social.

### **3.2 Población y muestra.**

En este apartado se hablará sobre los sujetos que participaron en este estudio, así como las características que hicieron que conformaran parte de la muestra.

### **3.2.1 Descripción de la población.**

Una población en la investigación es el cúmulo de todos los casos que coinciden con ciertas especificaciones (Hernández y cols.; 2014).

Concretamente, la población sobre la cual se basó la presente investigación comprende a todos aquellos estudiantes de la Secundaria Don Vasco, A.C. que forman una plantilla estudiantil de 330 alumnos, de los cuales 201 son hombres y 129 mujeres.

### **3.2.2 Tipo de muestreo.**

La muestra es un subgrupo de sujetos que pertenecen al conjunto definido por sus características como población (Hernández y cols.; 2014).

Las muestras se ubican en dos ramas: las probabilísticas y las no probabilísticas. En las primeras, todos los sujetos cuentan con la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de ella y se obtienen determinando las propiedades de la población y el tamaño de la muestra, a través de una selección aleatoria o mecánica de los sujetos (Hernández y cols.; 2014).

Por otro lado, en las muestras no probabilísticas, también denominadas dirigidas, suponen un proceso de selección inclinado a las propiedades del estudio, más que por un criterio estadístico de generalización (Hernández y cols.; 2014).

En este caso, el proceso no es basado en fórmulas de probabilidad, ya que se sirve del procedimiento de toma de decisiones del indagador y, por tanto, las muestras seleccionadas dependen de otras características de investigación (Hernández y cols.; 2014).

Obedeciendo lo ya definido como muestra, la que constituyó el presente trabajo fue elegida a conveniencia, de acuerdo con las características requeridas por la investigación, por lo tanto, se seleccionó a los alumnos de segundo y tercer grado de la Secundaria Don Vasco, A.C., los cuales en su totalidad conformaban un grupo de 150 miembros, quienes oscilan entre los doce y quince años de edad, y poseen un nivel socioeconómico medio, ya que asisten a una institución privada.

Por ello, el presente estudio contó con un muestreo no probabilístico, ya que se seleccionaron los jóvenes de acuerdo con ciertas características, además, el fin de esta investigación no es generalizar los resultados ni conformar un patrón de representatividad.

### **3.3 Descripción del proceso de investigación.**

La validez de un estudio se fundamenta en varios aspectos, como los instrumentos utilizados, la metodología y los procedimientos llevados a cabo para recabar la información.

Por lo tanto, es indispensable que toda investigación científica reporte a detalle los procesos seguidos para la recolección, estructuración y análisis de información.

En primera instancia, se hizo una elección de variables de estudio que correspondiera a una problemática presente en los adolescentes, entonces, se optó por la relación entre competencias emocionales e indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

Se decidió la población y muestra del estudio, eligiendo a la Secundaria Don Vasco como posible población, la muestra se conformaría por los alumnos de segundo y tercer grado.

Se elaboró el marco teórico, en el cual se aportó información detallada de ambas variables. En el capítulo uno se habló de competencias emocionales y en el dos, de trastornos alimentarios, finalmente, se estructuró el capítulo tres, en el cual se describe la metodología de la investigación.

Posteriormente, se acudió a la institución ya referida a solicitar permiso para llevar a cabo el estudio. En primera instancia, se habló con la subdirectora, quien concretó una cita con el director de la institución, a quien se le platicó sobre el estudio y su finalidad.

Aprobado el proyecto, en coordinación con el Departamento de Psicología y los docentes de la institución, se aplicaron las pruebas de forma colectiva en horas de clase. En primer lugar, a los dos grupos de segundo grado y, finalmente, a los tres grupos de tercero.

Se les entregó un juego de copias con ambos instrumentos, el primero en ser aplicado fue el Perfil de Competencias Emocionales y, ya terminado de contestar este, se administró el EDI-2.

Los alumnos de segundo grado se mostraron muy inquietos a la hora de contestar las pruebas, hubo mucho ruido durante la aplicación del EDI-2 y se mostraron cansados y quejumbrosos, debido a la cantidad de ítems en el test.

Ya teniendo todas las pruebas contestadas, se procedió a calificar manualmente cada una de ellas, obteniendo los puntajes T del Perfil de Competencias Emocionales y los percentiles de acuerdo con el Baremo del EDI-2; posteriormente, los resultados se vaciaron a una hoja de cálculo del programa Excel, donde se incluían los datos de identificación de los sujetos y los puntajes obtenidos en cada uno de los instrumentos.

A partir de esos datos se procedió al análisis estadístico de la información y su interpretación.

### **3.4 Análisis e interpretación de resultados.**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo, en función de los instrumentos aplicados y las medidas estadísticas obtenidas a partir de ellas. Estos resultados se organizan en tres categorías para su análisis e interpretación: en la primera de ellas, se muestran los resultados de la variable competencias emocionales; en la segunda, se detallan los puntajes y medidas obtenidas del rendimiento académico tanto del promedio general como de las distintas asignaturas; finalmente, en la categoría tres se presentan los resultados de la correlación entre ambas variables.

#### **3.4.1 Las competencias emocionales en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, A.C.**

La inteligencia emocional es definida por Bar-On como un cúmulo de capacidades personales, emocionales y sociales, talentos que influyen en la habilidad de adaptación y enfrentar las demandas y presiones del entorno. Por lo tanto, la inteligencia no cognitiva es un elemento primordial en la determinación de la facultad para tener éxito en la vida, interviniendo de manera directa en el bienestar general y en la salud emocional (citado por Ugarriza; 2001).

Particularmente, las competencias emocionales son definidas 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).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Perfil de Competencias Emocionales, se muestran en puntajes T las escalas y el coeficiente emocional.

La media en el nivel de inteligencia intrapersonal fue de 54. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

Adicionalmente, se obtuvo la mediana, que se refiere al valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual caen abajo y arriba igual número de medidas (Elorza; 2007); dicho valor fue de 54.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En cuanto a esta escala, el valor fue de 61.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual se conforma como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de inteligencia intrapersonal fue de 10.

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

De la misma manera, se obtuvo puntaje de inteligencia interpersonal, encontrando una media de 49, una mediana de 48 y una moda representativa de 48. La desviación estándar fue de 11.

La inteligencia interpersonal incluye destrezas como la empatía y la responsabilidad social, el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, el saber escuchar y ser capaz de comprender y apreciar los sentimientos de los demás (Ugarriza; 2001).

Asimismo, en la escala de adaptabilidad se encontró una media de 52, una mediana de 53 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 10.

La escala de adaptabilidad incluye la habilidad para resolver 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 de manejo del estrés se obtuvo una media de 49, una mediana de 49 y una moda de 49. La desviación estándar fue de 10.



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 49, una mediana de 52 y una moda de 56. La desviación estándar fue de 13.

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

Finalmente, como puntaje sintetizador de coeficiente emocional, se obtuvo una media de 102, una mediana de 100 y una moda de 86. La desviación estándar fue de 20.

El coeficiente emocional total expresa cómo 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 competencias emocionales en la

muestra de estudio se ubica dentro de los rangos normales, de acuerdo con las medidas de tendencia central obtenidas en las distintas subescalas. Asimismo, los puntajes que muestran la desviación estándar en las distintas subescalas indican que hay poca dispersión en los datos, por lo tanto, estos se consideran homogéneos.

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

En la escala de inteligencia intrapersonal, el 4% 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 11%; el porcentaje de sujetos con puntajes bajos en la escala del manejo del estrés es de 19%, y en la escala de estado de ánimo es de 24%. Finalmente, los sujetos que obtienen un puntaje bajo en coeficiente emocional, es decir, por debajo de 80, son un 12%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente indican que hay pocos casos preocupantes en la muestra de estudio, es decir, son pocos los alumnos que presentan deficiencias en sus competencias emocionales, siendo la escala de inteligencia interpersonal y estado de ánimo donde se encontraron mayor cantidad de casos con puntajes bajos.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, A.C.**

De acuerdo con lo señalado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los trastornos alimentarios son alteraciones graves de la conducta alimentaria, los cuales incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa puede ser definida como la negación a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (APA; 2002).

Por otra parte, la bulimia nerviosa se describe como un trastorno caracterizado por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para deshacerse de las calorías ingeridas. Después del episodio, el individuo se siente malhumorado, triste y con sentimientos de autocompasión o menosprecio (APA; 2002).

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 63, una mediana de 69, una moda de 18 y una desviación estándar de 25.7.

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 70, una mediana de 69, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.8.

La escala de la bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o 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 55, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 22.2.

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 44, una moda de 18 y una desviación estándar de 27.4.

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

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 72, una mediana de 82, una moda de 91 y una desviación estándar de 26.2.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 63, una mediana de 66, una moda de 75 y una desviación estándar de 23.9.

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

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 57, una mediana de 59, una moda de 21 y una desviación estándar de 27.2.

Esta escala mide el grado de confusión o la dificultad para reconocer y responder de manera adecuada a los estados emocionales, se vincula también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Garner; 1998).

Particularmente, la escala de miedo a la madurez se dio una media de 76, una mediana de 85, una moda de 98 y una desviación estándar de 22.3.

La escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de volver atrás a la seguridad de la infancia. Especialmente se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez (Garner; 1998).

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 54, una mediana de 59, una moda de 51 y una desviación estándar de 28.7.

Esta escala evalúa la tendencia a buscar la virtud a través 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 70, una mediana de 77, una moda de 77 y una desviación estándar de 24.4.

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

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media 61, una mediana de 63, una moda de 19 y una desviación estándar de 26.

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

En el Anexo 3 se muestran 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 indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en la muestra de estudio, se ubica dentro de los rangos normales, de acuerdo con los puntajes de las medidas de tendencia central obtenidas en las distintas subescalas, salvo en los casos de perfeccionismo y miedo a madurez, que se encuentran en nivel superior al término medio, de acuerdo con la escala de los percentiles. Asimismo, los puntajes que muestran la desviación estándar en las distintas subescalas indican que existe cierta dispersión en los datos, por lo tanto, estos se consideran heterogéneos.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación, se presentan los porcentajes de los alumnos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta manera, 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 50% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de la bulimia, el 48%; en la de insatisfacción corporal, 24%; en la de ineficacia, el 30%; en la de perfeccionismo, el 58%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 44%; en el de la conciencia introceptiva, 38%; respecto a la de miedo a la madurez, 71%; en ascetismo, 34%; en la de impulsividad, 58%; finalmente, en la de inseguridad social, 37%.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra manifiestan un problema latente en estos adolescentes, ya que los porcentajes preocupantes se encuentran muy elevados.

### **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.

Costin (2003) señala que las personas que presentan un trastorno de conducta alimentaria son, generalmente, individuos que tienen problemas de autonomía, dificultades para relacionarse con los demás, son perfeccionistas, tienden a dejarse llevar por lo que esperan los demás de ellos y tienen sentimientos de ineficacia.



Por lo regular, estos individuos pasan por una etapa llena de situaciones cambiantes y, en muchas ocasiones, la dificultad para afrontarlas los vuelve vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario, presentan temor a la madurez, son jóvenes que están muy atrapados en la niñez y tienen miedo a crecer y manejar la autonomía que esto conlleva (Costin; 2003).

En la investigación realizada en los jóvenes de segundo y tercer grado de la Secundaria Don Vasco, A.C., se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de la obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.17 cuantificado con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que, entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación 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 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 0.03, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 3%, que se considera no significativa.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de -0.21, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala señalada existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia hay una relación del 4%, que no es significativa.

Asimismo, entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.23, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y dicha 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 insatisfacción corporal hay una relación del 5%, que no resulta significativa.

Adicionalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.39, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y esta escala existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de

0.15, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay una relación del 15%, que es significativa.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.05, obtenido con 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, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo no existe relación estadística.

Por su parte, entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación -0.58, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y esta escala existe una correlación negativa fuerte. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .34, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 34%, que se considera significativa.

De igual manera, se pudo conocer que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.34 según la prueba “r” de Pearson, lo cual se traduce que entre el coeficiente emocional y la escala referida existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 11%, que es significativa.

Adicionalmente, se calculó que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación  $-0.02$  establecido con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre el coeficiente emocional y esta escala no existe relación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe ausencia de relación.

Entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de  $-0.24$  cuantificado con la prueba “r” de Pearson, lo cual 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 0.06, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo hay una relación del 6%, no significativa.

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de  $-0.33$  según la prueba “r” de Pearson, lo que se traduce que entre el coeficiente emocional y tal escala existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad hay una relación del 11%, que es significativa.

Finalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación  $-0.53$ , a partir de la prueba “r”

de Pearson. Lo anterior indica que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada existe una correlación negativa fuerte. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.28, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social hay una relación del 28%, la cual es significativa.

Cabe señalar que, para considerar una relación significativa, debe haber al menos un 10% de relación estadística (Hernández y cols.; 2014).

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

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

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre las competencias emocionales y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los

adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C., para las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

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

## CONCLUSIONES

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

Asimismo, se puede afirmar que se dio cabal cumplimiento a los objetivos planteados. En el capítulo uno se cumplieron los objetivos particulares uno, dos y tres referidos a la variable competencias emocionales, puesto que se definió, además de que se enunciaron las principales aportaciones teóricas del constructo y fue posible diferenciar este de la inteligencia emocional.

De igual manera, se dio cumplimiento a los objetivos particulares cuatro, cinco y seis sobre los trastornos de la conducta alimentaria, puesto que se analizaron los principales indicadores asociados a dichos trastornos, se conocieron las principales características de los sujetos que los padecen y se describió el desarrollo histórico del concepto.

Adicionalmente, los objetivos empíricos siete y ocho, se cumplieron al presentar los resultados de la medición de ambas variables en la muestra de estudio.

Con el cumplimiento de los objetivos particulares, fue posible lograr el objetivo general de la investigación, el cual plantea: Establecer la relación existente entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en adolescentes de la Secundaria Don Vasco, A.C. Esto se muestra, sobre todo, en el apartado de análisis e interpretación de resultados.

A nivel teórico, se pudo conocer la influencia e importancia del desarrollo de las competencias emocionales en las personas, ya que estas cumplen un papel muy importante en la vida cotidiana, puesto que son habilidades que ayudan al individuo a tener éxito en varios aspectos, desde personales hasta sociales.

Dentro de los hallazgos más sobresalientes en materia teórica, se pudo conocer la importancia del papel que juegan las relaciones familiares y sociales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que comúnmente se llega a pensar que es una problemática asociada solamente a la imagen corporal y su distorsión en quien lo padece.

De la misma manera, resulta notable el hecho de que los primeros casos de personas con trastornos alimentarios datan de cientos de años, ya que comúnmente se llega a pensar que es una problemática actual.

Otro dato interesante es que cada vez son más los adolescentes que se encuentran susceptibles a presentar este tipo de problemáticas, ya que



particularmente, en este estudio resultaron elevados los porcentajes preocupantes en diversas escalas de los indicadores psicológicos relacionados a los trastornos alimentarios, contrario a lo que se esperaba, puesto que todos los alumnos presentan puntajes normales en cuanto a competencias emocionales.

En este estudio se pudo conocer que a pesar que el individuo tenga adecuado nivel de competencias emocionales, no queda excluido de presentar algunas problemáticas de otra índole.

Es importante que se aborden temáticas relacionadas con los trastornos alimentarios en adolescentes, ya que se consideran como la población más vulnerable a padecerlos, debido al papel que asumen los medios de comunicación y las diversas situaciones en el seno familiar que surgen durante esta etapa del desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, Julián. (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.

American Psychiatric Association (APA). (2014)  
DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.  
Editorial Médica Panamericana. 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.

Garner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.

Garrido Gutiérrez, Isaac. (2000)  
Psicología de la emoción.  
Editorial Síntesis. Madrid.

Goleman, 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.

Martínez García, Sandra Lizeth. (2017)  
Estudio correlacional de las competencias emocionales con los trastornos  
alimentarios en alumnos del C.C.H.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,  
Michoacán, México.

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.

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

Zalapa Ríos, Héctor Raúl. (2010)  
Historia y filosofía de la UDV.  
Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán.

## MESOGRAFÍA

- Baile Ayensa, José I.; González Calderón, María J.  
“Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX”.  
Psicología Iberoamericana, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 19-26.  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, Distrito Federal, México.  
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915921003.pdf>
- 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>
- Chávez-Rosales, Edelia; Camacho Ruíz, Esteban Jaime; Maya Martínez, María de los Ángeles; Márquez Molina, Ofelia. (2012)  
“Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición”.  
Revista mexicana de trastornos alimentarios.  
Versión On-line ISSN 2007-1523. Vol.3 no.1 Tlalnepantla ene./jun. 2012.  
Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232012000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100004)
- 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/ieimaci06.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimaci06.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>
- Fragoso-Luzuriaga, Rocío. (2015)  
“Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto?”.  
Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES). México, UNAM-IISUE/Universia, vol. VI, núm. 16, pp. 110-125.  
Recuperado de: <https://ries.universia.net/article/viewFile/1085/1514>
- Molero Moreno, Carmen; Saiz Vicente, Enrique; Esteban Martínez, Cristina. (1998)  
“Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional (Colombia)”.  
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 30, núm. 1. 1998, pp. 11-30.  
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80530101.pdf?>

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>

Universidad Don Vasco. (2017)

“La UDV ¿Quiénes somos?”

<http://www.udv.edu.mx/laudv.html>

Universidad Don Vasco. (2017)

“Secundaria Don Vasco”.

<http://www.udv.edu.mx/secundaria.html>

Vivas García, Mireya. (2003)

“La educación emocional: conceptos fundamentales”.

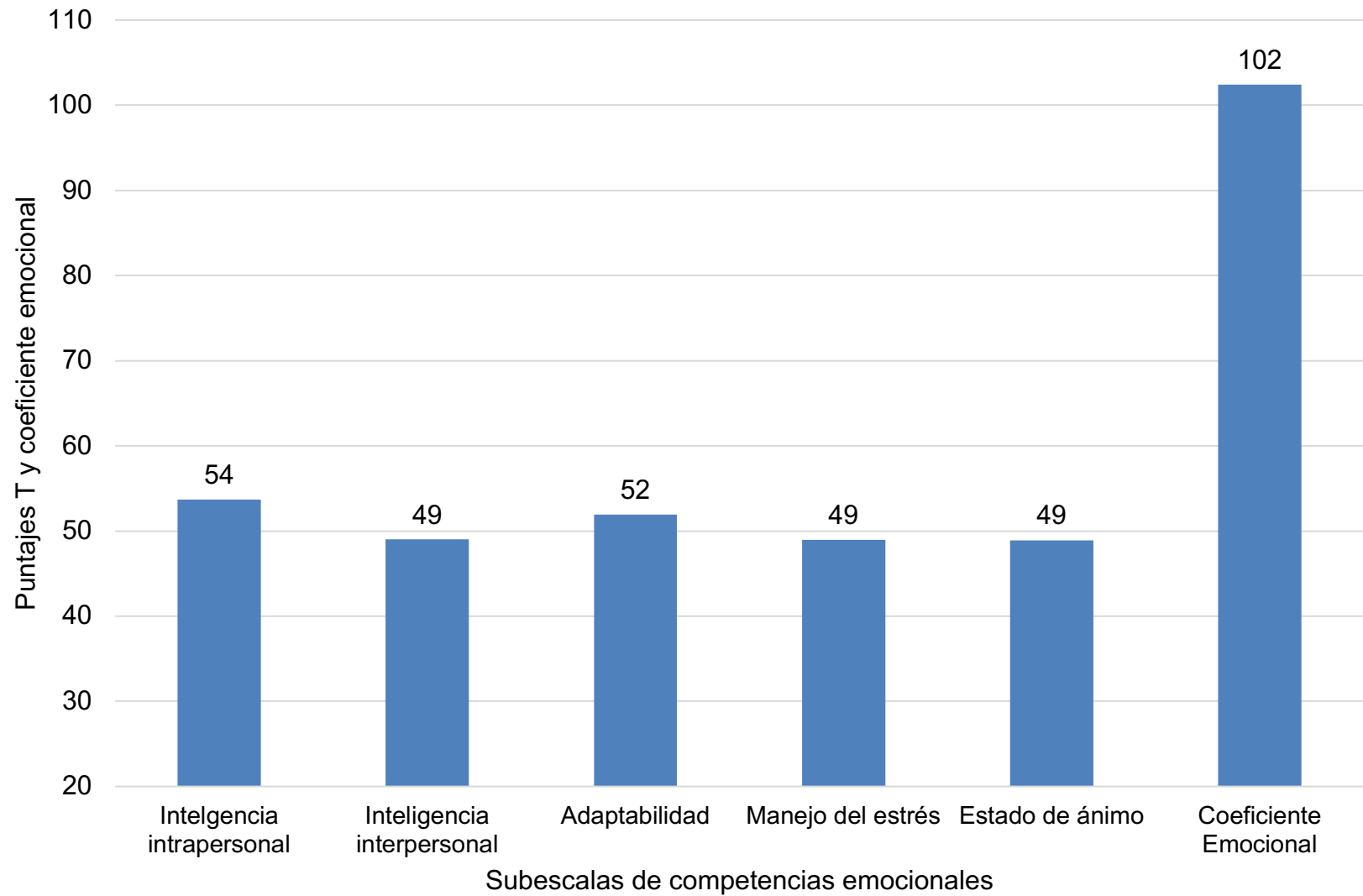
Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 4, núm. 2.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.

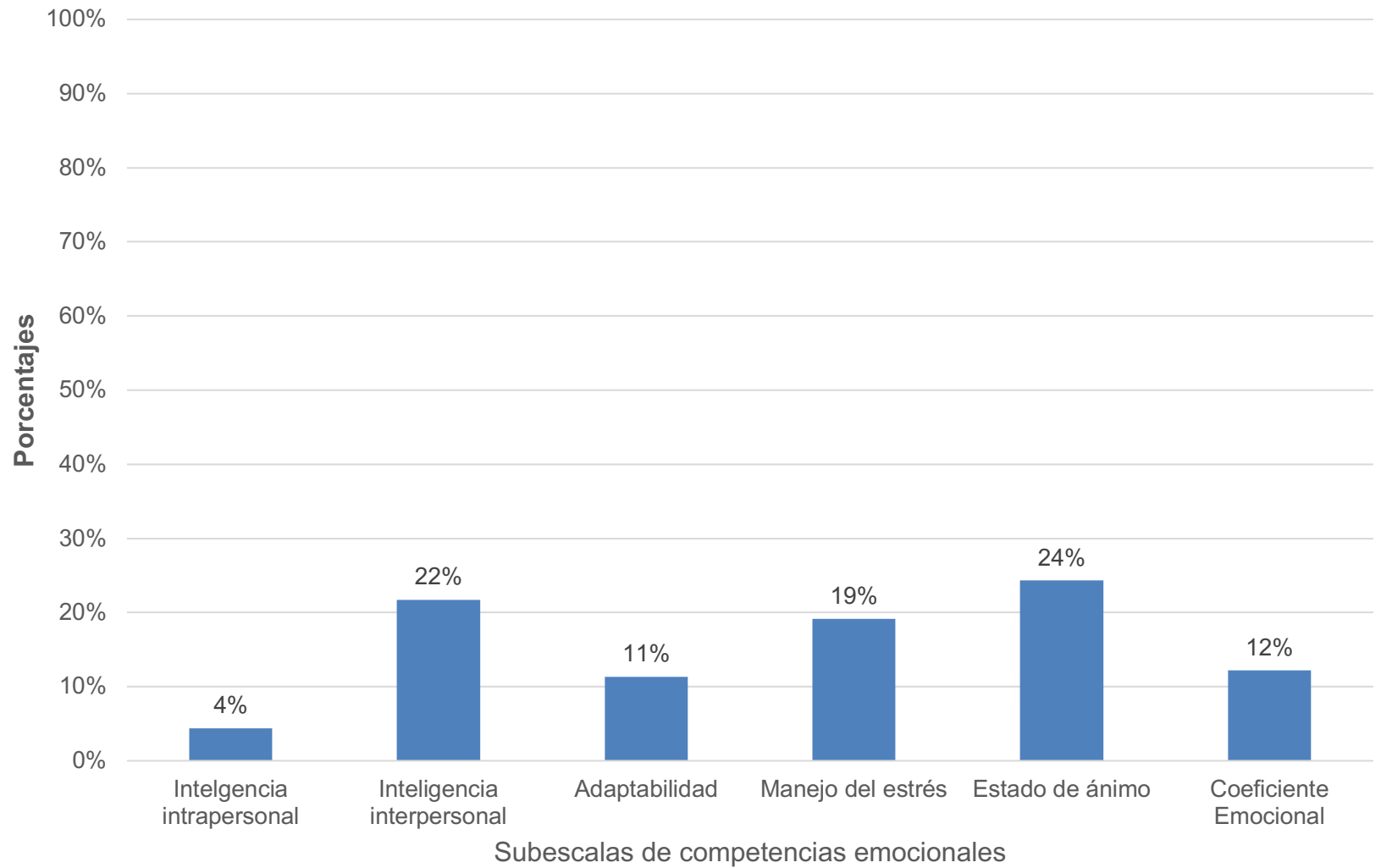
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41040202>

## ANEXO 1

### Media aritmética de las subescalas de competencias emocionales

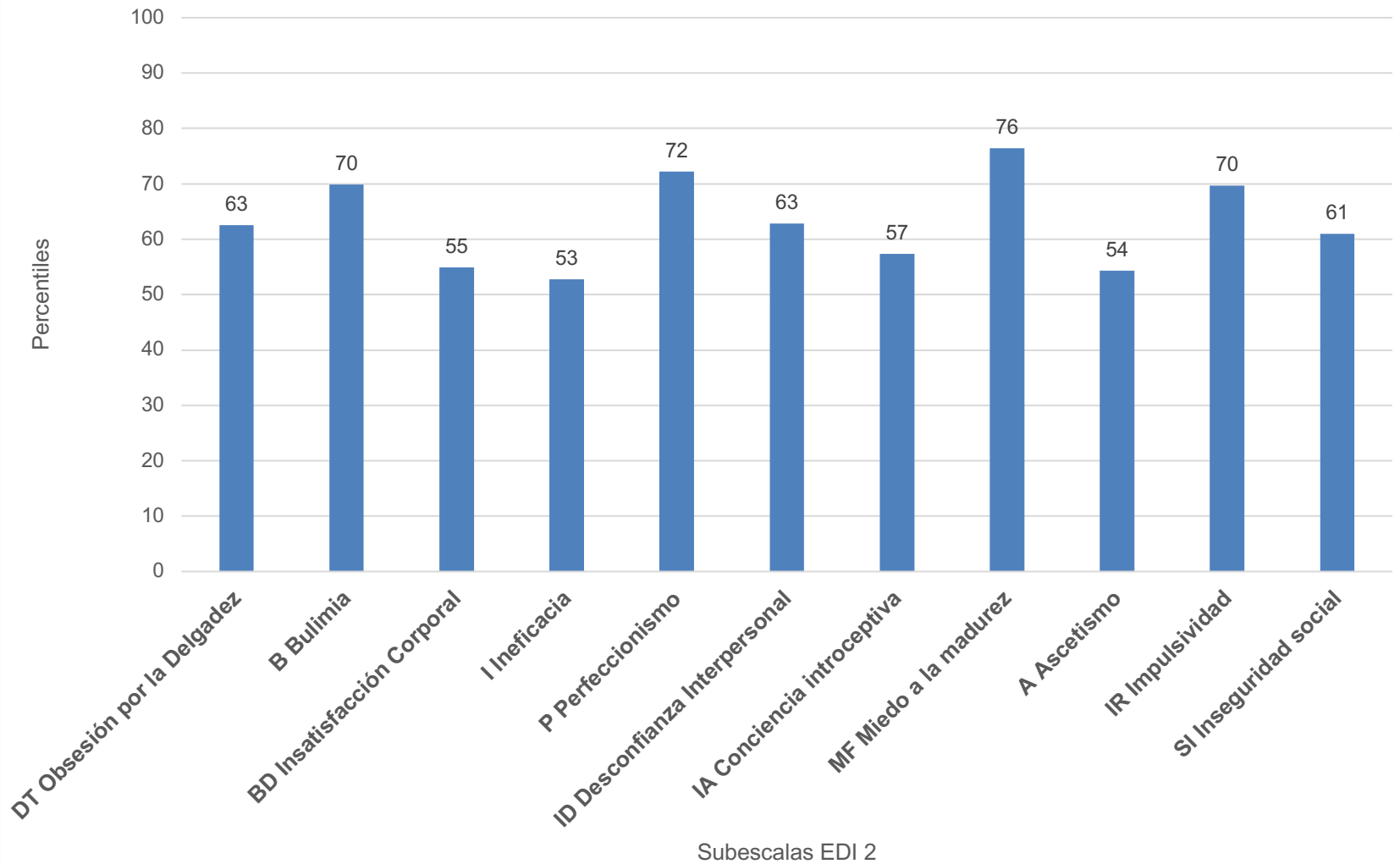


**ANEXO 2**  
**Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en competencias emocionales**



### ANEXO 3

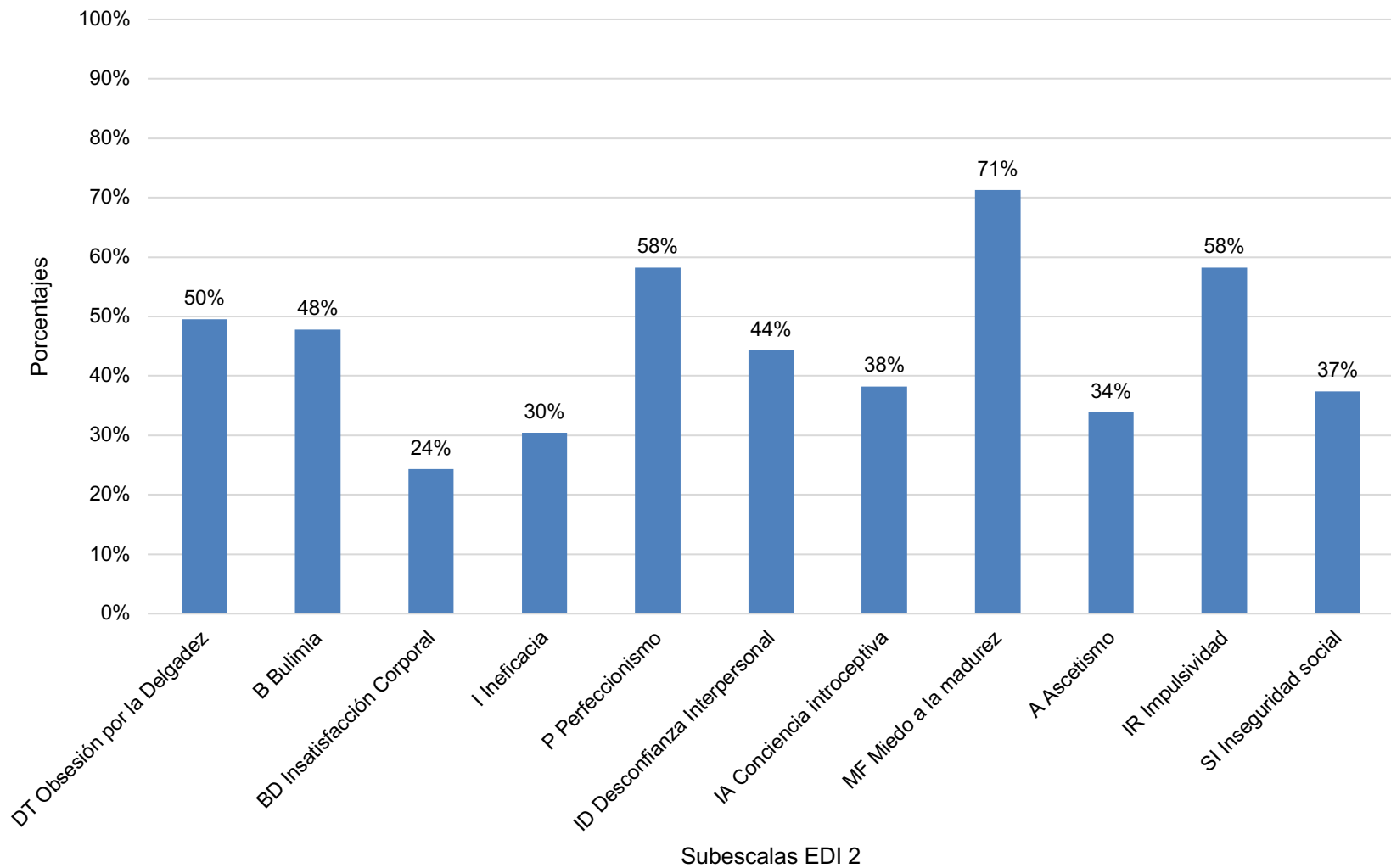
#### Media aritmética de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios





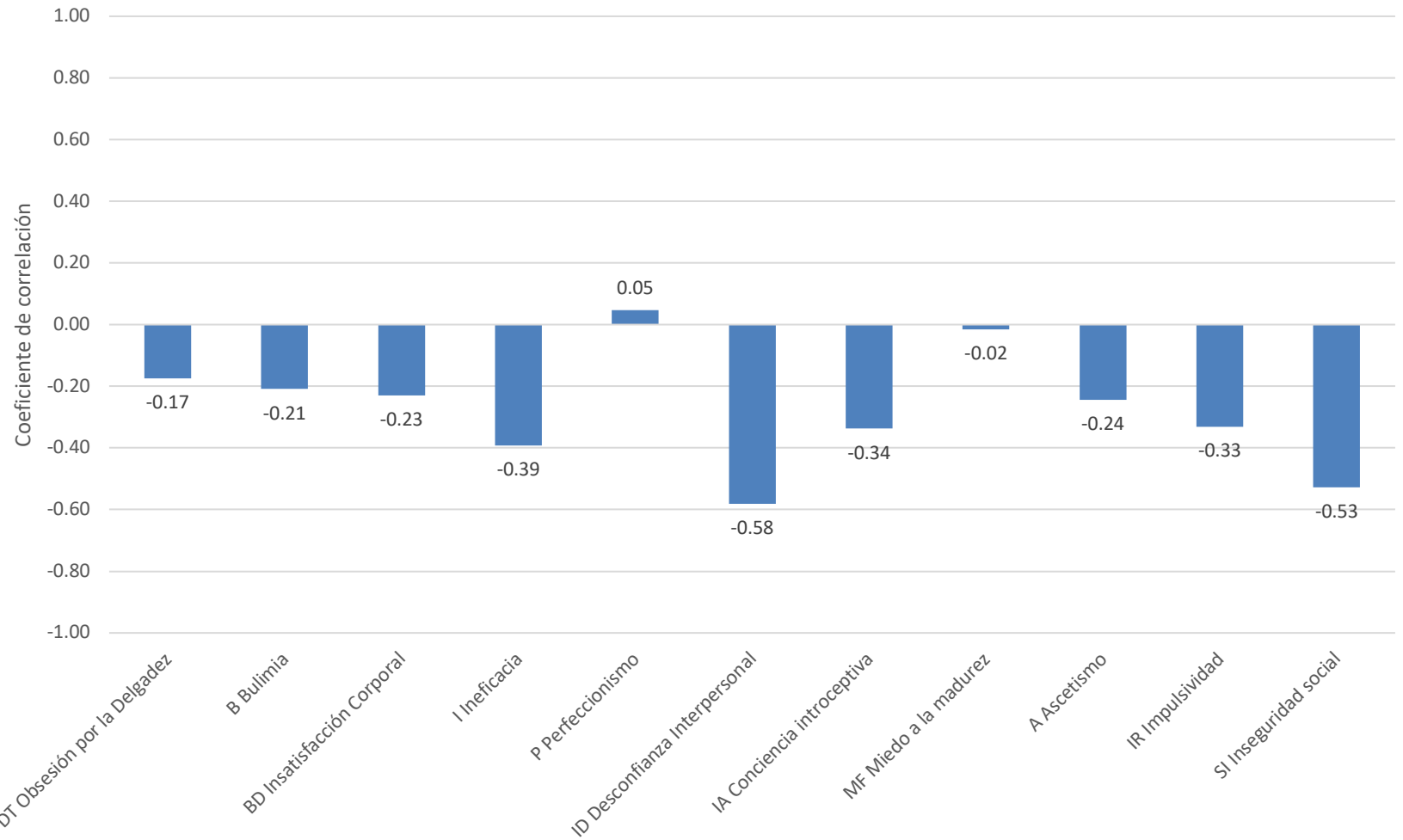
## ANEXO 4

### Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 5

### Correlación entre el nivel de competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



Subescalas EDI 2 en relación al CE.