



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE COMPETENCIAS EMOCIONALES Y LOS
FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Martha Dolores Yeverino Rebollar

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 27 de febrero de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no habría sido posible sin la participación de mi familia, primeramente quiero agradecer a mis papás por su amplio apoyo en el trayecto de mi carrera, gracias por creer en mí aun cuando yo misma no lo hacía.

Gracias a mis hermanos, por las risas, la compañía, complicidad y por presentarme como su hermana la psicóloga. A mis abuelitas por estar al pendiente de mis avances y hasta de que no me fuera a la escuela sin desayunar.

A David, por su cariño y por ser partícipe de mis logros, además de permitirme estar en los suyos. Un amplio agradecimiento a mis amigos de carrera, porque crecimos juntos hasta ser colegas, y porque este trayecto no habría sido igual sin ellos.

Gracias a la profesora Adela Naranjo y al Colegio La Paz por su confianza al permitirme acceder a los alumnos para la recolección de información, extendiendo mi gratitud a todos los sujetos participantes.

Por último, gracias a mis maestros, por sus enseñanzas, su guía, profesionalismo y por impulsar el desarrollo de sus alumnos, un agradecimiento en especial al profesor José de Jesús por su asesoría y atención a todas mis dudas. A todos, mi gratitud infinita.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	2
Planteamiento del problema.	6
Objetivos.	7
Hipótesis.	9
Operación de las variables de investigación.	10
Justificación.	10
Marco de referencia.	11

Capítulo 1. Las competencias emocionales.

1.1 Marco conceptual.	16
1.1.1 Las emociones.	18
1.1.2 Las competencias: saber, saber hacer, saber ser.	22
1.1.3 Desde la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional.	24
1.1.4 Una conceptualización de las competencias emocionales.	27
1.2 Clasificación de las competencias emocionales.	29
1.3 Desarrollo de las competencias emocionales.	32
1.4 Las competencias emocionales en la vida actual.	33
1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral.	34
1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar.	34
1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos.	35
1.5 Evaluación de las competencias emocionales.	36

Capítulo 2. Factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	40
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	43
2.2.1 Anorexia nerviosa.	44
2.2.2 Bulimia nerviosa.	46
2.2.3 Obesidad.	48
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	48
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	49
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	51
2.3.1 Organización oroalimenticia.	52
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	53
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	56
2.5 Causas del trastorno alimenticio.	58
2.5.1 Factores predisponentes individuales.	59
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	61
2.5.3 Factores socioculturales.	62
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	63
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	64
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	66
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.	68
2.9.1 Tratamiento en la anorexia nerviosa.	69
2.9.2 Tratamiento en la bulimia nerviosa.	70
2.9.3 Modelos más eficaces en el tratamiento de los trastornos alimentarios.	71

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.	73
3.1.1 El enfoque cuantitativo.	74
3.1.2 Investigación no experimental.	75
3.1.3 Diseño transversal.	76
3.1.4 Alcance correlacional.	77
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	78
3.2 Población y muestra.	81
3.2.1 Descripción de la población.	82
3.2.2 Descripción del tipo de muestreo.	82
3.3 Descripción del proceso de investigación.	83
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	86
3.4.1 Las competencias emocionales.	86
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada.	91
3.4.3 Descripción de la correlación entre variables.	96
Conclusiones.	102
Bibliografía.	106
Mesografía.	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El presente segmento introductorio se destina a ilustrar brevemente los aspectos que conforman el proceso indagatorio actual; busca que el lector conozca a grandes rasgos la manera en que se diseñó el proceso de investigación.

En primera instancia, son descritas las definiciones conceptuales de las dos variables abordadas, las cuales son: competencias emocionales y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Se mencionan algunas investigaciones y estudios previamente elaborados que tienen relación o hablan de los constructos utilizados en esta tesis, pero en diferentes contextos, esto con el fin de que el lector conozca las diferentes dimensiones desde las que se han estudiado los fenómenos ya mencionados.

Posteriormente, es descrito el problema de investigación que lleva a la autora de este estudio a realizar este ensayo de naturaleza empírica, en este segmento se presenta la pregunta de investigación, que se responde en el reporte de resultados al final del estudio.

Inmediatamente, se enlistan los objetivos de naturaleza conceptual y empírica, puesto que son parte fundamental de toda investigación, ya que determinan parte del curso que sigue la investigación y son cubiertos a lo largo de la misma.

Luego de los objetivos, pueden leerse las hipótesis que definen la estrategia metodológica seguida: una de ellas es conocida como hipótesis de trabajo, que describe una suposición hecha por la investigadora con base en la información previa que se tuvo de los fenómenos observados; mientras que la segunda, determinada como nula, consta de la posible negación de la primera.

La manera en que se obtuvieron evidencias de campo de la acción de las variables, es detallada dentro del estudio y está presente en el párrafo titulado operacionalización de las variables.

El segmento definido como justificación, presenta una serie de argumentos convincentes y coherentes que fundamentan el estudio actual.

Al final de esta primera parte del trabajo, el lector puede ver descrito el escenario donde se llevó a cabo la recolección de datos de campo, de la misma manera, puede situarse en el contexto particular elegido.

Antecedentes

Antes de continuar con este apartado, es preciso mencionar qué se entiende por un antecedente. Se define que estos son la presentación de la información más relevante y directamente relacionada con el tema elegido para realizar la investigación, de manera que represente aportes al mismo, aun si los estudios se

desarrollaron en diferentes ambientes y contextos; un antecedente es válido siempre que incluya en su estudio a las mismas variables.

Se procede a abordar y definir conceptualmente las variables elegidas. En concordancia con Bisquerra y Pérez (2007), se entiende por competencia emocional a un tipo de inteligencia social que abarca la capacidad de entender emociones propias y ajenas, logrando diferenciar entre la variedad existente y actuando con base en ellas.

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-IV (APA; 2002), describe a los trastornos alimentarios como alteraciones de la conducta alimentaria, mencionando la anorexia y bulimia nerviosa como principales exponentes.

Continuando este bloque, se presenta una breve compilación de las investigaciones previas enfocadas en el tema de la competencia emocional y de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios. Con ellos se demuestran las bases sobre las cuales se inspira la investigación en curso.

Como primer antecedente, se menciona la investigación de Rodríguez (2015), titulada: "Inteligencia emocional y su relación con la dependencia afectiva en estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco". En este trabajo se tomó como población a estudiantes del nivel universitario, con edades que van de los 18 a los 25 años.

El objetivo de la autora consistió en analizar la existencia de una relación significativa entre el nivel de inteligencia emocional y el grado de dependencia afectiva en estudiantes femeninas de la Escuela de Psicología. Además de ofrecer un panorama que describe de manera clara y concisa al factor Inteligencia emocional, entendido también como competencia emocional.

La investigadora hizo uso del Inventario de Coeficiente Emocional de Bar-On y la escala tipo Likert de Zara Jessica Sánchez Placeck, destinada a medir la variable de dependencia afectiva.

Los resultados arrojados tras el análisis ilustran que la inteligencia emocional está significativamente relacionada con la dependencia afectiva, observando que las mujeres que estudian psicología en la Universidad Don Vasco, incrementan su nivel de inteligencia emocional, a la vez que disminuyen su nivel de dependencia afectiva al ir avanzando en sus estudios.

Zavala y López (2012) realizaron un estudio nombrado: “Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional?” Para este trabajo, la población constó de 829 adolescentes mexicanos pertenecientes a escuelas secundarias públicas, ubicadas en zonas de bajos recursos, cuyas edades oscilaban entre 13 y 15 años. Los autores se valieron del Inventario de Coeficiente Emocional de Bar-On: Versión Juvenil, y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

El objetivo era analizar el papel que tiene la inteligencia emocional percibida (IEP) en la disposición hacia el desarrollo de conductas de riesgo psicosocial.

Como resultado, los autores encontraron correlaciones negativas entre la IEP y sus componentes con los trastornos alimentarios, la propensión a la impulsividad, delincuencia, al abuso de sustancias, ansiedad, afectos depresivos y tendencias suicidas.

Se destaca otro estudio, nombrado “Diferencia entre el nivel de inteligencia emocional de los alumnos y los egresados de psicología de la Universidad Don Vasco”; en él, Rodríguez (2014) pretendió determinar el grado de diferencia entre el nivel de inteligencia emocional de los alumnos de psicología, en comparación con el de los egresados de la misma carrera, de la Universidad Don Vasco, por lo que dichos sujetos fueron parte de su población.

La variable de inteligencia emocional la evaluó con el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On, que indica el nivel de inteligencia emocional que tienen los participantes del estudio.

Como resultado, encontró que los estudiantes egresados de las últimas tres generaciones de la Escuela de Psicología, hasta ese entonces, tienen una inteligencia emocional significativamente mayor, en comparación a la de los alumnos que continuaban sus estudios en la carrera y la universidad referidas.

Relativo a la variable de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se toma como antecedente el artículo de Zagalaz y cols. (2002) para la Revista Iberoamericana de Educación, llamado: “La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”, en él se hace mención y descripción de la anorexia, entendiéndose como un tipo de trastorno alimentario.

Planteamiento del problema

Importantes autores han estudiado sobre los factores psicológicos que se asocian a los trastornos alimenticios, puesto que es un tema que lleva muchos años en boga, dada la importancia que se le ha dado a la imagen física y corporal a través del tiempo y a la creciente preocupación de las personas por alcanzar un modelo de belleza aceptable por la sociedad. Dichas investigaciones han tomado como objeto de estudio a los adolescentes que cursan la educación secundaria, puesto que los exponentes del tema han considerado que en esta etapa los sujetos moldean gran parte de su identidad y son especialmente susceptibles a los estímulos que presenta el ambiente en el que desenvuelven.

Respecto a las competencias emocionales, es un tema que se aborda desde estudios de corte científico, hasta artículos para revistas de contenido variado y popular, que las describen como la capacidad que tienen las personas para identificar sus emociones y expresarlas efectivamente.

Por el momento, no se ha realizado una investigación enfocada en los estudiantes de secundaria del Colegio La Paz. Los profesores de la institución han expresado que observan que algunos alumnos presentan cambios físicos y en sus hábitos alimenticios; al observar que algunas alumnas se abstienen de comer, los docentes tienen la inquietud de que podría haber problemas alimenticios.

Es necesario que se realice un estudio para observar si estas problemáticas están presentes, de ser así, saber en qué medida se presentan, dado que los adolescentes conforman un sector de la sociedad que es fuertemente influido por los medios y la presión social; es posible que en algún momento puedan desarrollar un trastorno alimenticio, así como es posible que los jóvenes no sepan cómo expresar de manera efectiva sus emociones.

En suma, la presente investigación busca la respuesta a la interrogante: ¿Cuál es la relación existente entre las competencias emocionales con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Los objetivos se traducen como los propósitos que buscan cumplirse por medio de la investigación, se establece un primer objetivo de naturaleza general y

otros particulares, todos deben cubrirse en cuanto a lo teórico-conceptual y los resultados de campo obtenidos.

Objetivo general

Determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes que cursan el segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de competencia emocional.
2. Identificar las competencias emocionales.
3. Analizar las principales aportaciones teóricas relacionadas con las competencias emocionales.
4. Conocer la relación entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
5. Conceptualizar los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
6. Describir los tipos de trastornos alimentarios.
7. Examinar los principales avances teóricos sobre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

8. Medir las competencias emocionales de los adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz.
9. Cuantificar los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios de los adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz.

Hipótesis

Los siguientes planteamientos tentativos surgen a partir de la revisión de la literatura consultada.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz.

Operación de las variables de investigación

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), es necesario que el investigador describa de qué manera y con qué medios obtendrá una medición de las variables empleadas en el estudio, es decir, especificar qué actividades realizará para obtener una medición y una interpretación válida de los datos que se observen.

En esta investigación, se ilustra que las competencias emocionales se entienden como el resultado de la aplicación de la adaptación del Test de Coeficiente Emocional, diseñado por Reuver Bar-On, un instrumento diseñado para evaluar el coeficiente y las habilidades emocionales en adolescentes y adultos (Ugarriza; 2001).

La segunda variable, los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, corresponde a los datos que se recolectaron por medio de la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2) de David M. Garner (1998), conformada por once escalas correspondientes a los síntomas que suelen aparecer en la anorexia y bulimia nerviosa.

Justificación

Toda investigación científica tiene una razón de ser, generalmente surge con un propósito establecido, que tiene el peso y las razones suficientes que ameritan su ejecución y derivan en resultados que benefician a diversos ámbitos.

En el actual apartado, se procede a explicar las razones por las que es necesaria la realización de este trabajo y la importancia que tiene.

Por medio de la actual investigación, la institución a la cual pertenecen los sujetos de estudio, podrá observar datos muy interesantes. Los docentes tendrán acceso a un perfil personal y general de las capacidades emocionales de sus alumnos, podrán ver si los jóvenes presentan algún rasgo relacionado con los trastornos alimentarios o si son propensos a desarrollarlos. A partir de los resultados, los directivos podrán tomar partido en la búsqueda de solución a las problemáticas.

De la misma manera, los padres de familia del alumnado de secundaria del Colegio La Paz, podrán informarse sobre asuntos que atañen a sus hijos y aspectos que posiblemente desconocían.

En cuanto al campo científico se refiere, este trabajo contribuirá al enriquecimiento de la psicología sobre el estudio de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y de las competencias emocionales, temas que en recientes tiempos están en boga y que requieren de constante actualización en sus contenidos.

Marco de referencia

En este módulo se narra una breve reseña de la historia del Colegio La Paz de Uruapan, Michoacán, sitio elegido para indagar acerca del efecto y acción de las

variables que forman parte del estudio en la población conformada por estudiantes del segundo y tercer grado de secundaria.

También se describe el lugar en cuanto a su ubicación geográfica, edificación, docencia, modelo educativo e ideología bajo la que se rige, mencionando de igual manera la población elegida.

El Colegio La Paz se encuentra actualmente en la ciudad de Uruapan, estado de Michoacán, en la calle Héroes de Cananea #820, Colonia San José Obrero.

Como reseña histórica, se cuenta que en el año de 1884, el señor Obispo Don José María Cázares fundó la Congregación de las Hermanas de los Pobres, siervas del Sagrado Corazón (HPSSC), con la finalidad de evangelizar. Establecieron los llamados asilos o colegios para impartir educación formal y la doctrina cristiana.

El Sr. Cázares visitó la ciudad de Uruapan y en 1892 inauguró el asilo al que le llamó San Joaquín, en una casa que rentaban para las clases; además de ser aula para dicho fin, fungía como internado para mujeres jóvenes.

En 1915, debido a los acontecimientos revolucionarios del país, las hermanas docentes se vieron en la necesidad de cerrar el colegio y esconderse de la persecución a los sacerdotes y religiosas, patrocinada por el gobierno.

Pasados cuatro años, en 1919 se reabrió el colegio, siendo renombrado como La Paz, en honor a la calle en la que se ubicaba el edificio (actualmente conocida como calle Madero).

En la modernidad, en el año de 1980, el Colegio La Paz se fusionó con el Colegio Cupatitzio. A comienzos del nuevo siglo, en 2001, se abrió la institución en donde hasta la fecha, está ubicada. Los estudios de educación en nivel secundaria comenzaron a impartirse en el año de 1996.

Actualmente cuenta con una acreditación como escuela de calidad ante la Confederación Nacional de Escuelas Particulares, cumpliendo con el 100% de créditos.

El Colegio la Paz es una institución de carácter privado y de orientación religiosa, a continuación se describen, tal cual lo refieren los directivos, la misión, visión y valores de la escuela:

Misión: “Somos una Institución educativa católica que se empeña en dignificar a la persona mediante la formación integral de los alumnos, a través de estrategias pedagógicas actuales cimentadas en la práctica de la rectitud, la paz, el trabajo y el amor hecho servicio, bajo el principio de quien lo hace todo por Dios y buscando siempre el bien de sus semejantes, viviendo en todo caridad”.

Visión: “El Colegio La Paz, ha de ser una institución innovadora y de impacto social, reconocido por su calidad en la formación humana-cristiana académica que induzca al educando a ser promotor de la rectitud y la paz por el impulso al crecimiento del más necesitado, en la construcción de una sociedad más humana, por la práctica del amor”.

Los valores humano-cristianos que interioriza y asume el colegio son: la rectitud, la paz, el trabajo y el amor hecho servicio.

En relación exclusiva a la población que fue objeto de estudio, la escuela secundaria atiende a un aproximado de trescientos alumnos, con un total de 27 docentes que cuentan en su totalidad con Licenciaturas en Educación y algunos con maestrías.

En su infraestructura se enlista que cuentan con:

- Capilla.
- Biblioteca.
- Sala de lectura.
- Sala audiovisual.
- Sala de atención a padres de familia.
- Estacionamiento.
- Cooperativa escolar y cafetería.

- Jardines y áreas verdes.
- Enfermería.
- Canchas deportivas de básquetbol, voleibol y fútbol soccer.
- Salón de música.
- Laboratorios de física, química y biología.
- Taller de dibujo técnico.
- Taller de cómputo.

Para concluir con este apartado, se menciona que en una entrevista con la profesora Adela Naranjo, directora de la sección secundaria, expresó que dentro del colegio se han llegado a observar conductas poco usuales en los estudiantes, destacando que algunas niñas se ven más delgadas de lo usual y otras no quieren comer, lo que despierta cierta inquietud ante la posible existencia de un desorden alimenticio.

Fuera de esto, no se han reportado mayores situaciones destacables, concluyendo de esta manera el apartado referente a la descripción del marco referencial.

CAPÍTULO 1

LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES

Este primer capítulo está dedicado al tema de las competencias emocionales, el cual es abordado desde lo particular, al definir en primera instancia y por separado, a las emociones y las competencias; además, el bloque se complementa con la descripción de la inteligencia emocional y la inteligencia cognitiva, para finalizar con una conceptualización de las competencias emocionales, dando paso a describir con mayor detalle sus componentes, su impacto en la vida diaria y su evaluación. También se presenta una clasificación de las competencias emocionales y la ilustración de la forma en que pueden desarrollarse.

Se añade un segmento dedicado al impacto de las competencias en la cotidianidad de la persona, en distintos ámbitos.

Por último, se da un breve repaso de los métodos usuales para la medición de las competencias emocionales en el sujeto.

1.1 Marco conceptual

Antes de comenzar a definir la primera variable que atañe a esta investigación, es necesario hacer una diferenciación entre constructos que resultan similares y pueden desatar cierta confusión en cuanto a su significado.

El concepto de inteligencia emocional se acuñó dentro del campo de la psicología. Esta ha sido abordada por distintos autores, ha aparecido en estudios de diversa índole y se le ha prestado especial atención.

Puede decirse que la inteligencia emocional es uno de esos temas que al ser atractivos e innovadores, se ponen de moda, sin embargo como muchos otros constructos, representa la manera en que se decidió nombrar y sintetizar a un conjunto de fenómenos que se observaron en su tiempo, lo mismo aplica para los términos: competencias emocionales y educación emocional.

Según Bisquerra y Pérez (2007), para algunos otros autores tales como Davies, el concepto de inteligencia emocional no va más allá de ser un constructo hipotético, el cual aún está en duda en cuanto a su existencia.

De la misma forma, estos autores refieren que para Bar-On y Parker, por mencionar algunos de los autores, es innegable la importancia que tiene para las personas la adquisición de competencias emocionales, las cuales se enfocan en la interacción individuo-ambiente.

Por otro lado, el constructo llamado educación emocional, se entiende como un proceso educativo que busca el desarrollo de las competencias emocionales como un punto esencial para el desarrollo integral personal.

En concreto, la inteligencia emocional es apenas un constructo hipotético en constante debate psicológico, dentro del que se destaca la importancia del desarrollo de competencias emocionales, mientras que la educación emocional pretende apoyar en ese desarrollo.

1.1.1 Las emociones

La humanidad se conforma de seres pensantes, creativos, ingeniosos, transformadores y sociales, por mencionar solamente algunas de las cualidades que se le atribuyen a la persona. Para describir cada uno de esos elementos, habría que dedicar más de un tomo de investigaciones. Este estudio menciona una de las cualidades que lo caracterizan: las emociones, así como el impacto de estas dentro de dicho fenómeno, lo que lo convierte en, quizá, el ser más complejo e interesante de analizar.

Palmero y cols. (2002: 18) citan la frase de Wenger: “Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En este momento prácticamente nadie afirma poder entenderla”.

Esta frase hace patente uno de los obstáculos que se presentan dentro de la investigación psicológica, hay fenómenos cuya naturaleza ambigua dificulta su estudio, por tanto, se complica la homogenización de las diversas descripciones y la síntesis de todas en una sola definición.

Pinillos, (citado por Palmero y cols.) define a las emociones como “un estado de ánimo producido por imprecisiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión” (2002: 18).

El fenómeno de las emociones ha sido estudiado por mucho tiempo, incluso Darwin en el siglo XIX hablaba de la función de supervivencia de los gestos, las posturas y expresiones faciales como un medio de información entre animales. Estos estudios, entre otros, han dado pie al surgimiento de nuevas definiciones acordes al modelo o enfoque desde el cual se retomen.

De acuerdo con Palmero y colaboradores (2002), Keinginna y Keinginna recopilan hasta 101 definiciones distintas de emoción, que definen el concepto considerando cuestiones como la desorganización conductual, efectos funcionales organizativos y desorganizativos, aspectos motivacionales, fisiológicos y los afectivos.

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

Para Lang (citado por los mismos autores), la emoción está compuesta de tres sistemas de respuesta claramente diferenciados: 1) el neurofisiológico-bioquímico, 2) el motor o conductual expresivo, y 3) el cognitivo o experiencial-subjetivo.

Palmero y colaboradores (2002) comprenden el fenómeno como procesos episódicos que ante un estímulo interno o externo, se evalúa su potencialidad para producir un desequilibrio en el organismo, dando paso a una respuesta subjetiva, fisiológica, cognitiva y motor-expresiva, con el fin de mantener el equilibrio y lograr la adaptación del sujeto a las condiciones del medio en constante cambio.

De esta manera, se observa que a pesar de que no hay una sola definición del término emoción, estas se comprenden y estudian multidimensionalmente.

La dificultad del estudio de las emociones no termina en la síntesis de una descripción global, se le añade la problemática de definir aquellos elementos que componen una emoción, estos descriptores se han clasificado con base en distintos criterios que consideran la intensidad, duración, origen y relación con acontecimientos específicos. Los descriptores son:

- El afecto: La persona hace una evaluación de las situaciones ante ella, se sostiene que hay una tendencia innata orientada al afecto positivo, por lo que la meta personal es en general la obtención del placer (hedonismo).
- Estado de ánimo: También conocido como humor, es una forma específica del estado afectivo, implica un grupo de creencias sobre la probabilidad de la

persona de experimentar afecto positivo o negativo (placer o dolor), dura hasta varios días. El humor se distingue usualmente de las emociones bajo la premisa de tener una mayor duración, menor intensidad y un carácter difuso. El estado de ánimo se ve influido por factores: a) exógenos (situacionales), b) endógenos (ciclos circadianos) y c) rasgos de personalidad y temperamentales. El estado de ánimo puede alterarse por cambios hormonales o experiencias emocionales de alta intensidad.

El humor y la emoción interactúan entre sí, una emoción puede llevar a un humor, mientras que este puede influir para desencadenar una emoción en concreto.

- Emoción: Es una forma concreta de afecto que incluye al sentimiento, de menor duración que el estado anímico o humor, producto de la relación concreta entre persona y ambiente; es un fenómeno que puede definirse como intencional, supone una relación sujeto-objeto. La emoción puede identificar un objeto en concreto que la desencadena.
- El sentimiento: Es una experiencia subjetiva de la emoción. Se refiere como la evaluación del sujeto ante un evento emocional, al sentimiento también se le llama actitudes emocionales y se entienden como disposiciones para responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos.

La función de la expresión de las emociones consiste en dar pie a la adaptación social y la notificación del estado emocional que mantiene el sujeto.

La regulación emocional es un proceso que se desarrolla a la par con la evolución, cuando se da un fallo en la regulación de manera constante y crónica, pueden aparecer procesos psicopatológicos traducidos en alteraciones conductuales o depresiones, por mencionar algunos.

Para finalizar este segmento, se presenta una conceptualización de la emoción, entendida como “un proceso psicológico constituido por cambios que pueden repercutir en el sujeto a nivel cognitivo, fisiológico y social, posibilitando acciones organizadas y adaptativas, cuando la intensidad es adecuada, o una desorganización de las acciones cuando es inadecuada” (Garrido; 2000: 77).

1.1.2 Las competencias: saber, saber hacer, saber ser

Bisquerra y Pérez (2007) han realizado diversas compilaciones de las definiciones del concepto competencia según diversos autores, ya que la polisemia del concepto dificulta que se maneje un solo significado.

Entre los conceptos recopilados, se destaca el de Tejeda, quien expresa que una competencia es “un conjunto de conocimientos, procedimientos y aptitudes que se combinan, se integran y coordinan para la acción, los cuales se adquieren por medio de la experiencia individual y le ayudan a la persona a resolver problemas de manera autónoma dentro de su contexto” (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

De forma general, las competencias son entendidas como la habilidad para solucionar las exigencias del medio y realizar actividades con éxito, considerando las dimensiones cognitivas y no cognitivas; de manera más específica, se habla de competencias emocionales al mencionar un conjunto de capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades con un buen nivel de calidad y eficacia.

En fechas más recientes, se entabla que la palabra competencia es traducción de la palabra inglesa “skill”, que significa capacidad perfeccionada y hace referencia a la actividad que se ha automatizado, gracias a la formación y ejercicio. Mientras que la palabra capacidad se toma del inglés “ability” y se refiere a las condiciones para el ejercicio de una actividad determinada, una cualidad que requiere de práctica constante o procesos psicológicos que permitan controlar la realización de la actividad.

El entendimiento de las competencias aún está en debate, desde el sistema inglés se le denominan “key skills” y son aplicadas a conceptos como la comunicación, el trabajo en equipo, informática o el aprendizaje, mientras que en el escenario alemán, se refieren como conocimientos y habilidades para desarrollar funciones y afrontar los cambios de la vida profesional. Desde este enfoque se consideran cuatro tipos de competencias:

- Técnicas: Son competencias como el dominio experto de tareas y contenidos, es decir, conocimientos, nociones o aptitudes. Traducido como: el saber.

- Sociales: Aquellas competencias que se ponen en práctica en relación con el otro, así sea por medio de la comunicación, el entendimiento o la negociación; son actitudes empáticas, de corte interpersonal, es el: saber ser.
- Metodológicas: Aplicación de los procedimientos adecuados para cada tarea y funciones propias de la profesión, encontrar autónomamente soluciones: saber hacer.
- Participativas: Las capacidades de implicación y participación en los contextos laborales, familiares o sociales, implica habilidades de liderazgo, gestión de grupos y colaboración: saber hacer (Iglesias; 2009).

1.1.3 Desde la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional

Tradicionalmente se consideraba que un niño era inteligente si hablaba lenguas clásicas como el latín o el griego, además de tener excelente conocimiento de las ciencias matemáticas en general. En fechas contemporáneas, esta creencia popular persiste en cierta forma, puesto que las personas le atribuyen la cualidad de inteligente a quienes obtienen las mejores calificaciones en el terreno escolar o aquellos que logran puntajes altos en las pruebas de inteligencia, cuyos resultados se traducen en niveles de CI o cociente intelectual, tema que será abordado en apartados posteriores.

Para la mayoría de las personas, un alto nivel de CI significa una mayor posibilidad de éxito profesional. Con el paso del tiempo, muchos autores se han mostrado disconformes con las pruebas destinadas a medir la inteligencia, su principal motivo para el desacuerdo parte del hecho de que no se tiene una teoría clara sobre la inteligencia y de la falta de un consenso general entre los estudiosos.

La inteligencia, del latín *intelligentia*, se define, según el Diccionario de la Real Academia Española (referido por Vernon; 1982), como la capacidad de entender o comprender y de resolver problemas, en esta definición incluyen habilidades, destrezas y experiencias.

De esta manera, puede observarse que el concepto de inteligencia ha ido evolucionando con el tiempo y las propuestas de los estudiosos del tema; ahora se comprende que la inteligencia no se limita solamente a un número en una boleta de calificaciones, sino que involucra una serie de habilidades y capacidades, en conjunto con las experiencias.

La inteligencia es referida también como las habilidades más generalizadas, son estrategias del pensar y del nivel conceptual general; el concepto se aplica a las actividades cotidianas, en nuevos aprendizajes y se amplía mediante la interacción con las nuevas experiencias y, a modo secundario, mediante la estimulación que se recibe en las instituciones escolares (Vernon; 1982). La inteligencia es de carácter innato, también lo es su nivel; si se quiere manejar su medición, el individuo ya posee

ciertas capacidades al nacer, el desarrollo de su inteligencia está en función de sus capacidades genéticas.

La inteligencia, entendida como CI, no es el antónimo de la inteligencia o competencias emocionales, al contrario, son complementarias, en cada persona tienen efecto ambas. En el plano científico, es notable que más de un estudioso ha intentado incluir a las emociones dentro de la esfera del CI, uno de ellos fue E.L. Thorndike, quien plantea que la inteligencia emocional se refiere a la capacidad para comprender a los demás y actuar prudentemente en las relaciones humanas, esto conforma un aspecto del CI de la persona (referido por Goleman; 2007).

Salovey (citado por Goleman; 2007) también defiende la inclusión del factor emocional en el trazado del CI. Dentro de su definición de inteligencia emocional incluye cinco esferas principales:

- Conocer las propias emociones: La capacidad de controlar los sentimientos de momento a momento, lo que contribuye a la penetración psicológica y autocomprensión.
- Manejar las emociones: Regular los sentimientos para su adecuación, esto va de la mano con el autoconocimiento.
- La propia motivación: Organizar las emociones al servicio de un objetivo, esto es esencial para la atención, el dominio y la creatividad.

- Reconocer emociones de los demás: También conocido como empatía, para saber reconocer los deseos y necesidades de las demás personas.
- Manejar las relaciones: Habilidad para manejar las emociones de las demás personas.

Bar-On, por su parte, define la inteligencia emocional como un “conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio” (retomado por Ugarriza; 2001: 131).

1.1.4 Una conceptualización de las competencias emocionales

En apartados anteriores, se expuso el término de competencias y emociones por separado, ahora se presenta un constructo de las competencias emocionales como tal.

Se ha destacado la problemática que envuelve a fenómenos como la inteligencia, las emociones o las competencias, la cual es la falta de una definición que los describa en su totalidad. La variable competencias emocionales no es la excepción, ya que se han hecho varios estudios sobre ellas, que han arrojado diversas definiciones, pero no ha logrado sintetizarse una de naturaleza absoluta.

Uno de los principales puntos de discrepancia aparecen desde la designación o nombramiento del fenómeno, puesto que hay autores que hablan de competencia

emocional, cuando otros se refieren como competencias emocionales o socio emocionales (Bisquerra y Pérez; 2007).

La competencia emocional es un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias (Bisquerra y Pérez; 2007: 5).

Este concepto se comprende como “un conjunto de conocimientos, capacidades, actitudes y habilidades necesarias para la comprensión, expresión y la regulación apropiada ante cada fenómeno emocional” (Bisquerra y Pérez; 2007).

Entre los autores que hacen un análisis más claro, están Salovey y Sluyter, quienes hablan de competencias emocionales compuestas por cinco dimensiones básicas: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Estas dimensiones coinciden con las que propone Goleman cuando habla de que la inteligencia emocional se divide en cinco dominios: autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales (mencionados por Bisquerra y Pérez; 2007).

Al término de competencia emocional es añadido el de la llamada autoeficacia, esta idea es propuesta por Saarni, quien la define como la capacidad y las habilidades del individuo para cumplir con los objetivos que se propone. La autoeficacia se logra a partir del autoconocimiento y dominio de la propia emoción (Bisquerra y Pérez; 2007).

En este punto del análisis, es necesario mencionar el importante papel que juegan los factores de espacio y tiempo para el condicionamiento de la competencia emocional: todo individuo está sujeto a experimentar cierta “incompetencia” emocional cuando se ve enfrentado a una situación para la que no está preparado, o bien, ante un ambiente en el que no acostumbra desenvolverse o donde nunca lo ha hecho.

Para concluir el bloque, se destaca la importancia que tienen las competencias emocionales para el individuo, un apropiado desarrollo de las mismas le dan una mayor capacidad de adaptación a su contexto, mayor conocimiento de las propias emociones, favorece las relaciones interpersonales en cuanto a la comunicación efectiva, empatía, solución de problemas y manejo de grupos, además de la capacidad de ejercer influencia en las demás personas, esto último es de vital relevancia en cuanto al terreno laboral se refiere, podría decirse una persona con competencias emocionales bien desarrolladas tiene amplias posibilidades de éxito.

1.2 Clasificación de las competencias emocionales

Bar-On no habla de competencia emocional, puesto que en su tiempo, este concepto aún no era de conocimiento general. Él se refiere a la inteligencia emocional y social, sin embargo su definición resulta bastante semejante a las que se conocen bajo el nombre de competencias emocionales (citado por Ugarriza; 2001).

Este autor diseñó un inventario destinado a la medición de los componentes principales de la inteligencia emocional y social, en su trabajo, Bar-On incluye los componentes ilustrados enseguida:

1. Componente intrapersonal:

- **Comprensión emocional de sí mismo:** Consta de la habilidad de notar o identificar los sentimientos, así como diferenciarlos de otros y conocer su origen y el porqué de los mismos.
- **Asertividad:** Es la capacidad de expresar las ideas, los sentimientos y creencias, defender los derechos personales sin dañar a las personas dentro del entorno social.
- **Autoconcepto:** Trata acerca de conocimiento de los límites y alcances propios, también sobre la aceptación y el respeto de los aspectos positivos y negativos inherentes a la persona.
- **Autorrealización:** Es la habilidad de la persona de hacer lo que puede, lo que quiere y lo que disfruta realizar.
- **Independencia:** Aquella habilidad de dirigirse y tener seguridad en sí mismo, en los pensamientos y acciones, así como ser independiente emocionalmente durante la toma de decisiones.

2. Componente intrapersonal:

- **Empatía:** El poder comprender y simpatizar con los sentimientos ajenos.

- Relaciones interpersonales: Habilidades para crear y mantener relaciones satisfactorias en las que se logre intimidad y cercanía.
- Responsabilidad social: Referidas como aquellas habilidades para ser una persona cooperativa, solidaria y constructiva en el entorno social que habita.

3. Componente de la adaptabilidad:

- Solución de problemáticas: La habilidad de delimitar los problemas y la orientación a su solución.
- Prueba de realidad: Se refiere a aquella habilidad para discernir entre la experiencia (lo subjetivo) y lo que existe en realidad (lo objetivo).
- Flexibilidad: Es la capacidad de hacer ajustes y modificaciones en las emociones, comportamientos y pensamientos dentro de las situaciones y ambientes susceptibles al cambio.

4. Componentes del manejo del estrés:

- Tolerancia al estrés: La capacidad de sobrellevar situaciones estresantes y adversas, manteniéndose fuerte y enfrentando de manera activa y positiva el estrés.
- Control de impulsos: Habilidad para resistir los impulsos y tentaciones.

5. Componente del estado de ánimo en general:

- Felicidad: Habilidad que tienen las personas de sentirse satisfechas con su vida y lograr disfrutar de uno mismo y los demás.

- Optimismo: Esto engloba la habilidad de ver el lado positivo de todas las situaciones (Citado por Ugarriza; 2001).

1.3 Desarrollo de las competencias emocionales

Hasta este momento, han sido definidas las competencias emocionales; es necesario establecer que la capacidad emocional no se considera como un rasgo de personalidad o un componente del carácter personal, sin embargo, ciertos tipos de personalidad favorecen la adquisición y desarrollo de dichas competencias.

Para poder desarrollar las competencias emocionales, la persona debe ser receptiva ante sus propias emociones y sentimientos, debe poder identificarlos y nombrarlos para aprender a controlarlos, moderar sus reacciones y no dominarse por impulsos o ideas exaltadas. Una vez que se domina esto, la persona debe ser capaz de externar su pensar y/o sentir de manera asertiva al resto de las personas.

Por medio de la facilitación emocional, es posible reforzar los pensamientos con los sentimientos, logrando así actuar con el empuje de un sentimiento o, dicho de manera más coloquial, apasionadamente, pero sin dejar de lado el raciocinio y lógica.

Retomando la idea sobre expresar asertivamente lo interno hacia las demás personas, entra la comprensión emocional, que dota al sujeto de la capacidad de comprender los sentimientos ajenos, para ello es necesario que primero conozca los

propios, así como las necesidades, deseos y lo que provoca reacciones, entre otras circunstancias. A la capacidad de entender y comprender a los demás, aun si no se ha experimentado la misma situación, se le llama empatía.

Una vez que se conoce lo interno, hay que cultivar la habilidad del manejo de las reacciones ante diversas situaciones, ya sean positivas o negativas, una situación es sentir una emoción y otra es dejarse llevar por ella, hay que saber conducirse ante ambas. Una persona que sabe regularse, puede elegir los pensamientos a los que se enfocará para no dejarse llevar por el primer impulso, además, sabe generar pensamientos alternos de adaptación para controlar posibles alteraciones emocionales (Fernández y Extremera; 2002).

En síntesis, las personas no son esclavas de sus emociones, tienen las herramientas para manejarlas a su favor; para lograrlo, lo mejor es la práctica.

1.4 Las competencias emocionales en la vida actual

Esta sección se dedica a efectuar un análisis del impacto positivo que tienen las competencias emocionales en la cotidianidad del sujeto, así como la manera en que un adecuado nivel de desarrollo de las mismas repercute en distintas dimensiones, tanto en lo laboral, como en lo emocional y lo escolar, entre otros ámbitos.

1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral

La dimensión laboral es uno de los ámbitos en los que hay especial interés para la aplicación de las competencias emocionales, dadas las implicaciones económicas inherentes. Se enfatiza la importancia del desarrollo de la autoconciencia en el trabajador, la regulación de emociones, la automotivación y el desarrollo de las habilidades socio-emocionales para lograr la comunicación efectiva y la cooperación.

El desarrollo de las competencias emocionales de los trabajadores genera resultados positivos, al ayudar eficazmente en el trato de situaciones conflictivas entre empleados, mejoría en el trato al cliente, enfrentar positivamente las observaciones de los jefes y perseverar en las tareas hasta llevarlas a su cumplimiento (Bisquerra y Pérez; 2007).

1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar

El fenómeno nombrado como inteligencia emocional ha generado mucho interés en el ámbito educativo, se le ha considerado como una vía para el mejoramiento social y emocional de los estudiantes; múltiples investigaciones fueron realizadas con el fin de indagar en la influencia positiva de la inteligencia emocional en el desempeño escolar, pero las aseveraciones no habían sido aprobadas por la falta de estudios de corte científico, hasta fechas actuales es cuando han surgido estudios formales al respecto.

Para ilustrar el efecto de las competencias emocionales en el terreno escolar, se describen los estudios realizados en universitarios. En los primeros se maneja que existe una relación directa entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico, los segundos estudios no lograron correlacionar ambos fenómenos; se obtiene entonces un resultado contradictorio, que implica que no hay una relación directa, pero hay otros factores que afectan el rendimiento académico.

Sin embargo, aun si no existe una relación lineal entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico, se sugiere que una favorable salud mental ejerce en el rendimiento escolar del estudiante, los resultados muestran que altos niveles de inteligencia emocional generan un mejor bienestar psicológico y emocional, gracias a ello, el estudiante tiene menor tendencia a presentar síntomas de ansiedad y depresión, así como a tener pensamientos intrusivos, ahí es donde radica la importancia de saber manejar positivamente las emociones (Extremera y Fernández; 2004).

1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos

Se menciona, como complemento de los subapartados anteriores, la dimensión personal, que no está exenta de los efectos positivos de un favorable desarrollo de las competencias emocionales; sus aplicaciones entran en el terreno familiar, de pareja y relaciones sociales satisfactorias. Los estudios sugieren que las competencias contribuyen al bienestar subjetivo e incluso la felicidad, puesto que permiten a la persona organizarse de forma sana y equilibrada.

La bautizada psiconeuroinmunología presta especial atención al efecto que tiene el desarrollo emocional en la salud de las personas, se reconoce que las emociones influyen en el estado de salud y están vinculadas con el sistema nervioso e inmunológico, por ello las emociones negativas debilitan y hacen a la persona más vulnerable a enfermedades, mientras que el buen humor, la esperanza y el optimismo, entre otras emociones consideradas como positivas, contribuyen a sobrellevar los malestares y facilitan la recuperación. También es importante añadir el efecto terapéutico de la risa, ya que fortalece el sistema inmunológico (Bisquerra y Pérez; 2007).

1.5 Evaluación de las competencias emocionales

Para Extremera y Fernández (2004), las competencias emocionales deben ser habilidades esenciales y obligatorias en la enseñanza escolar, pero por causa de la confusión en los términos y las pocas investigaciones científicas, se ha dificultado el acceso a herramientas de evaluación efectivas para la medición del perfil emocional de las personas, en este caso, del alumno. En el sector educativo se emplean tres enfoques de instrumentos clásicos para la evaluación de la inteligencia emocional:

- Cuestionarios, escalas y auto-informes: Es el método más tradicional en la psicología; a través de cuestionarios se obtienen perfiles de personalidad y se evalúan aspectos emocionales como empatía y autoestima, con esto pueden tomarse medidas para generar el pensamiento constructivo y estrategias de afrontamiento.

Como exponente de este tipo de herramientas, se destaca el Inventario de Cociente Emocional de Bar-On, destinado para medir el nivel de inteligencia emocional dentro de una serie de habilidades que van desde lo personal, lo emocional y lo social, así como de destrezas y habilidades adaptativas ante los estímulos mediáticos (Ugarriza; 2001).

Este cuestionario se utilizó para la obtención de información y resultados para la presente tesis.

- Observadores externos: Este tipo de evaluación parte del supuesto que indica que la inteligencia emocional implica la capacidad de manejo y comprensión de las emociones ajenas, entonces, consiste en el sondeo a las demás personas sobre la forma en que observan al sujeto en cuanto a cómo maneja sus emociones y cómo se conduce ante las situaciones.

“Comúnmente son llamados instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°, en ellos se solicita la estimación por parte de los compañeros de clase o el profesor para que nos den su opinión sobre cómo el alumno es percibido con respecto a su interacción con el resto de compañeros, su manera de resolver los conflictos en el aula o bien, su forma de afrontar las situaciones de estrés” (Extremera y Fernández; 2004: 4).

El inventario de Bar-On incluye un instrumento de observación externa como complemento.

Las técnicas sociométricas también son consideradas como herramientas de observación externas.

- Tareas de ejecución: Este grupo de medidas es complementario de los métodos anteriores, para solucionar los sesgos que presentan. Su objetivo es evitar el falseo de la información que proporcionan los sujetos al dar sus respuestas, en caso de que lo hagan para dar una imagen positiva; de la misma manera, para minimizar los sesgos perceptuales de los observadores externos.

Las medidas de habilidad se componen de un grupo de tareas emocionales novedosas, destinadas a evaluar la forma en que el estudiante resuelve los problemas emocionales planteados, como ejemplo, si se quiere evaluar la percepción emocional, se presentan ante el sujeto una serie de expresiones faciales.

A manera de cierre del capítulo, se vuelve a destacar la importancia que tiene ser una persona emocionalmente competente, capaz de hacer uso del autoconocimiento y de tener dominio de sí misma.

Todas las personas están a merced de factores externos que las harán reaccionar de alguna manera, lo importante es que sepan discriminar entre dichos estímulos y descarten aquellos que pueden generar situaciones de tensión o disconformidad y hagan uso de estrategias que contribuyan al correcto abordaje de las mismas, así se trate de experiencias nuevas o usuales.

CAPÍTULO 2

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Previamente se describió de la manera más detallada a la variable de competencias emocionales, pero no es la única del presente estudio.

En primera instancia, se presenta un resumen histórico referente a lo que ha representado para el ser humano la alimentación y el fenómeno de comer, posteriormente, aparecen retratados los principales trastornos alimenticios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la hiperfagia y los vómitos dentro de las alteraciones psicológicas.

El estudio abarca el desarrollo de la persona en sus primeros años de vida, desde que es lactante e inicia su consumo de alimentos, fase en la que es de suma importancia adquirir experiencias positivas en cuanto a la comida, de lo contrario, podrían presentarse hábitos negativos y desórdenes alimentarios tempranos, lo cual se aborda en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

También se presenta un perfil de las personas que padecen problemáticas con la comida y las causas a las que se atribuye su aparición, tratadas como factores predisponentes.

Para comprender de mejor manera a la persona que padece de los trastornos que incumben a esta investigación, se hace un análisis de la percepción que tiene de su propio cuerpo y lo que la lleva a continuar dentro del conflicto.

Por último, se hace un análisis sobre los tratamientos más efectivos en el terreno de la psicología, para combatir los trastornos alimentarios y contribuir así al bienestar de la persona, lo cual siempre debe ser la finalidad de la ciencia.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la historia antigua del ser humano, la comida empezó a considerarse como algo más que un elemento para la supervivencia, es cuando la alimentación comenzó a tomar un carácter social y los hábitos alimenticios se modificaron.

En primer momento, las conductas alimentarias eran desordenadas, con banquetes organizados por diversos estratos sociales, en los que se consumían grandes cantidades de comida e incluso los asistentes recurrían al vómito cuando se sentían satisfechos, pero querían seguir comiendo; estas fiestas servían como demostraciones de poder, eran representaciones de simbolismos y rituales, comer mucho era privilegio de pocas personas (Jarne y Talarn; 2000).

Al mismo tiempo, se observa que la percepción de lo adecuado, lo aceptable hasta de lo bello ha ido cambiando con el paso de las eras. Antaño, se consideraba que los cuerpos con gran peso o sobrepeso eran los más adecuados, la obesidad

era símbolo de belleza y poder, de manera que, quien podía comer mucho, podía ganar más peso y tener mayor aprobación, además de que la comida en grandes cantidades era un lujo del que no todas las personas podían gozar.

Una de las consecuencias que trajeron consigo los hábitos alimenticios desordenados, fue la aparición de trastornos en la alimentación, siendo los más comunes: la anorexia, la obesidad y la bulimia, los cuales afectan severamente la salud del individuo que los padece.

Por otro lado, la contraparte de la obesidad y la ingesta exagerada de comida, es la falta de apetito y la negación a comer. Los creyentes del cristianismo le daban un sentido religioso a la privación de alimentos y hacían penitencias por medio del ayuno, lo cual les representaba una forma de rechazo al mundo y para alcanzar un estado espiritual. Hay varios ejemplos de gente que se priva del alimento de manera voluntaria, como Catalina de Siena, quien desde su juventud temprana rechazó la comida, consumiendo solamente hierbas y pan. Aunque no todos los casos de anorexia estaban relacionados con cuestiones de fe (Jarne y Talarn; 2000).

Los estudiosos comenzaron a indagar sobre lo que ocasionaba que las personas simplemente dejaran de comer por decisión propia. Se tienen algunos registros que constatan casos de inanición por el rechazo de los alimentos, y de personas que se negaban a comer y vomitaban lo ingerido. Como Marthe Taylor, de la que se dice pasó más de un año tomando solamente bebidas azucaradas, presentaba cuadros de amenorrea y vomitaba lo poco que ingería.

Cabe mencionar las investigaciones sobre los cuadros de anorexia que realizaron Gull y Lassége en el año 1873 en París. En dichos trabajos, concluyeron que no hay un factor médico, biológico u orgánico que desate y justifique la privación y rechazo de alimentos y el desarrollo de la anorexia, esta se da por un problema de corte psicológico (Jarne y Talarn; 2000).

Entre las primeras teorías que buscaban dar respuesta a la problemática de la anorexia, estaban los orígenes panhipopituitarios (desórdenes ocasionados en la glándula pituitaria), posteriormente se consideraron orígenes psicológicos y psicoanalíticos; a partir de los años setenta, surgió una visión del origen de los trastornos alimentarios que resulta más pragmática e incluyente, puesto que sostiene que los factores psicológicos, ambiente-sociales y biológicos están involucrados en el desarrollo de fenómenos como la bulimia, la obesidad y la anorexia; cabe mencionar que sobre esta última, se establecen tres núcleos conflictivos: peso, pensamiento alterado y figura.

Otro de los avances en cuanto a la investigación de las alteraciones alimentarias se refiere, es hecho por Russell en 1979; “Describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno en iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga, le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

La sociedad continúa imponiendo cánones y estatus de belleza como aceptables y como el ejemplo que todas las personas deberían seguir; como ya se dijo, antaño se tenía a la obesidad como la perfección, ahora la situación es diferente y el cuerpo perfecto es aquel espigado y delgado; se desprecia y evita de todas formas la obesidad tan deseada en otros tiempos y que en la sociedad occidental ha aumentado considerablemente entre las personas.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

A partir de este segmento informativo, se abordan los trastornos alimentarios desde su definición, tipología, características, explicaciones sobre su etiología, consecuencias y tratamiento.

Se sostiene que un trastorno alimentario se caracteriza por alteraciones severas de las conductas alimentarias, se hace una descripción a grandes rasgos de aquellos trastornos que se consideran los más comunes, ya que en apartados posteriores, se definirán detalladamente.

- Anorexia nerviosa: “Rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.”
- Bulimia nerviosa: “Caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos, el ayuno y/o ejercicio excesivo.” (APA; 2002: 553).

Quien padece alguno de dichos trastornos, sufre una alteración de la percepción en cuanto a la forma y peso corporal, también pueden asociarse a más problemáticas psicológicas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluye a la obesidad simple como una enfermedad de carácter médico, pero el DSM-IV no la asocia con síndromes conductuales o psicológicos, de manera que esta misma es mencionada en el transcurso de esta investigación, pero no está considerada dentro del foco de estudio.

2.2.1 Anorexia nerviosa

En este apartado se retoma lo ya mencionado anteriormente: la anorexia nerviosa es una condición en la que la persona experimenta un miedo intenso a ganar peso.

Cuando la anorexia nerviosa persiste, las personas que la padecen llegan a alterar radicalmente su cuerpo, llegando a estados extremos de delgadez y un peso muy por debajo del adecuado, hay caída de cabello, en las mujeres suele presentarse la amenorrea (interrupción de la menstruación) por la carencia de nutrientes.

Es importante destacar que en la anorexia no hay pérdida del apetito; la persona en efecto, siente hambre, pero se priva de satisfacerla, es por eso que

recurre a métodos para evitar la ingesta de comida, pues quiere bajar de peso a como dé lugar, la anorexia nerviosa se clasifica de las siguientes maneras; los subtipos que describe el DSM-IV son:

- “Restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- Compulsivo/purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones y purgas (o ambos)”. (APA; 2002; 554-555).

Es un trastorno que suele presentarse mayormente en la población femenina, pero los casos de hombres que la padecen, van en aumento.

La población joven es la más propensa a desarrollar un caso de anorexia nerviosa, se estima que una gran cantidad de mujeres presenta conductas alimenticias anormales y un gran deseo por bajar de peso y mantener la figura, al tiempo que están muy influenciadas por los mensajes sobre la cultura del cuerpo “perfecto” de los medios de comunicación.

El DSM-IV (APA; 2002) enlista una serie de criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, los cuales son, en resumen:

- A. Rechazo a mantener un peso corporal mayor o, al menos, en el valor mínimo normal en función a la talla y edad.
- B. Miedo excesivo e intenso a ganar peso o presentar obesidad, incluso cuando la persona ya está por debajo del peso adecuado o normal.
- C. La percepción del peso y silueta se ven distorsionadas, se exagera la importancia en la autoevaluación, además de la negación del peligro que conlleva un bajo peso.
- D. Amenorrea en las mujeres pospuberales.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia es una condición que se caracteriza por llevar una alimentación anormal, realizando un episodio conocido como atracón; según el DSM-IV, un atracón es la ingesta de alimentos en medidas muy superiores a la que las personas normalmente comerían en periodos cortos de tiempo (2002), “para después realizar métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso” (APA; 2002: 559).

La mayoría de las veces, estos episodios tienen como consecuencia que “el sujeto se sienta malhumorado, triste, con sentimiento de menosprecio y autocompasión” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

“Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más discretamente posible” (DSM-IV; 2002: 559). Además, según Jarne y Talarn, varían de frecuencia

en función del estado de ánimo del sujeto y disponibilidad, y los alimentos ingeridos no obedecen a preferencias específicas (2000).

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, en promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Entre las medidas compensatorias más comunes, se encuentran:

- Provocación del vómito después de la ingesta de alimentos.
- Uso excesivo de laxantes, diuréticos y otros fármacos que ayuden a acelerar y/o limpiar el metabolismo.
- Ayuno por periodos largos de tiempo.
- Práctica excesiva de ejercicios físicos.

Existen dos tipos del síndrome bulímico:

- Purgativo: Durante un episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa algún tipo de fármaco, como laxantes, diuréticos o enemas excesivos.
- No purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo hace uso de la conducta compensatoria inadecuada, como ayunar por periodos largos o el ejercicio excesivo, en este caso, no recurre a provocarse el vómito ni a tomar algún tipo de fármaco (APA; 2002).

2.2.3 Obesidad

La obesidad, desde hace unos años, es tema de interés en el ámbito de la salud. Investigaciones realizadas en la epidemiología de la obesidad, coinciden en que puede causar complicaciones de salud considerables.

Además de los problemas físicos, Jarne y Talarn agregan: “algunos de estos modelos establecen que las personas obesas presentan problemas de personalidad que compensan comiendo en exceso” (2000: 174). Se piensa que la sobrealimentación es una respuesta a tensiones y/o problemas emocionales no específicos, tales como situaciones intolerables o una simple adicción a la comida.

El vínculo que existe entre los aspectos de personalidad y la obesidad, es más que una relación de causa y efecto, no se ha podido determinar claramente si existen rasgos característicos de la obesidad. Con base en diferentes investigaciones, Jarne y Talarn (2000) mencionan que se pueden encontrar diferencias entre niños y jóvenes obesos y no obesos: se pueden observar niveles bajos de autoestima y niveles altos de ansiedad en la población obesa, además, se ha encontrado que presentan problemas familiares y sociales.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Este fenómeno, también conocido como “obesidad reactiva” se caracteriza, según afirman Jarne y Talarn (2000), por la ingesta excesiva o no de alimentos por

causa de acontecimientos estresantes y que dan paso a que el individuo pueda sufrir de obesidad.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

A este padecimiento, Castillo y León (2005) lo describen también como “vómitos psicógenos”, pueden parecer vómitos repetidos, no provocados en cuadros disociativos, como uno de varios síntomas que se pueden presentar.

También son frecuentes en el embarazo, donde los factores emocionales pueden favorecer su aparición.

Entre los padecimientos manejados como alteración psicológica, está el trastorno por atracón, el cual se compone de ingesta excesiva de comida en un periodo corto de tiempo, el cual aparece tras una pérdida de peso considerable que se haya logrado a raíz de una dieta, lo que desata un sentimiento de frustración y culpabilidad.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Se trata de comportamientos problemáticos que tienen presencia en la infancia, excluyendo alguna anomalía de tipo orgánico, ante los cuales los padres se sienten desesperados y pueden recurrir a diversas soluciones que fracasan, dando

como resultado un comportamiento que era fácil de modificar en un principio y ahora se ha consolidado con la resistencia del infante.

Se consideran como trastornos en la infancia a los comportamientos disruptivos durante la comida y los hábitos alimenticios inadecuados por parte del niño, tales como: levantarse de la mesa durante la comida, lentitud, jugar con la comida, ser escrupulosos y delicados con el alimento, entre otros. En este paréntesis surgen otros comportamientos disruptivos y hábitos inadecuados específicos:

- Comer de pie o levantarse de la silla, negándose a acatar indicaciones de hacer lo contrario.
- Comer solamente bajo ciertas condiciones, por ejemplo, acompañado de los padres, mientras juega y solamente si lo alimentan en la boca (cuando ya tiene edad para hacerlo por sí mismo).
- Rechazo hacia cierto tipo de comida.
- Negación a comer alimentos sólidos o prolongar por mucho tiempo la transición entre leche, papillas o triturados a comida sólida.
- Comer solamente aquello que se presenta de cierta forma, como los niños que solamente comen si le ponen salsa de tomate a todo.
- Falta de apetito, cuando es muy recurrente.
- Vómitos.

- Pica: Se trata de un trastorno de la conducta alimenticia, en el que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, como la tierra o restos de pintura.
- Rumiación o mericismo: Es un trastorno poco frecuente que aparece comúnmente entre los 3 y los 12 meses, consiste en la regurgitación repetida de la comida ya ingerida.
- Potomanía: Es una alteración que no pertenece a ninguna de las dos clasificaciones sobre enfermedades mentales existentes. Consiste en una ingesta excesiva de líquidos, generalmente, agua (Jiménez; 1997).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

La llamada esfera oroalimenticia está comprendida como las zonas que rodean el orificio bucal, como los labios, mucosa intrabucal y lengua. Es un espacio biológico que está destinado principalmente a la alimentación, pero por medio de ella también se dan interacciones con el medio y las demás personas.

Desde temprana edad, el reflejo oroalimenticio surge de manera automática por medio de la succión y la deglución.

Los reflejos oroalimenticios se dirigen hacia una fuente de excitación o estimulación, por ejemplo, cuando la madre alimenta al bebé (ya sea dándole pecho o alimentándolo con biberón), ella se convierte en un objeto que es interpretado por

el niño como la fuente de alimento (madre-alimento), iniciando así una relación que va evolucionando a medida que el niño crece.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Previamente se habló de los reflejos oroalimenticios, entendiéndose estos como una de las primeras formas de relación con el mundo exterior y los objetos.

Gracias a la actividad oral, le es posible al infante obtener alimentación y satisfacer su hambre y necesidad de nutrición. Además, es un medio de contacto para apropiarse e internalizar los objetos por medio del juego de tomar y dejar, de mordiscos, ingurgitación y regurgitación.

La actividad oral que en un principio solamente involucraba el acto de comer, se torna en una fuente de satisfacción y placer cuando el niño descubre que la estimulación de la boca le produce una sensación agradable y placentera, aun si no está involucrado el acto de comer, lo cual puede desencadenarse en conductas como la succión del dedo pulgar.

Para Klein, el bebé recién nacido conoce de manera inconsciente el pecho materno, así como la existencia de un objeto bueno que le otorgará el máximo bienestar (citada por Ajuriaguerra; 1997).

Las experiencias que se dan al momento de la alimentación, son fundamentales en la vida emocional del individuo. Cuando existen experiencias positivas y gratificantes, el niño puede asociar a su madre como un objeto favorable, apreciando tanto al alimento como a la fuente que se lo proporciona. Por el contrario, cuando surgen situaciones de rechazo, desapego o cuestiones negativas por parte materna, el niño la considerará como pecho malo, provocando que pueda asociar de manera negativa o dañina al alimento, lo cual en un futuro puede explicar que la persona presente conductas de rechazo o ansiedad ante la comida.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

En el apartado previo, se relató la importancia de la esfera oroalimenticia para el infante, así como la generación de experiencias y asociaciones con el alimento que resulten positivas y gratas para el infante, puesto que en esta etapa se pueden determinar las condiciones que regirán a la persona con el pasar de los años. Sin embargo, las alteraciones o problemáticas también pueden presentarse en esta etapa. Entre ellas, se consideran:

- Anorexia esencial precoz: Aparece en las primeras semanas de vida, se identifica por la pasividad del infante ante los alimentos y la posterior negación a comer. “En opinión de J. Levesque, es la auténtica anorexia del recién nacido, muestra de una especial constitución neuropática: se da en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

- Anorexia del segundo semestre: Surge entre el quinto y el octavo mes, cuando el infante pasa por la fase en la que hace el cambio de alimentación de leche a elementos sólidos y más variados; dependiendo del comportamiento del niño ante la comida que se describen dos tipos de anorexia: si el infante no tiene iniciativa de comer y no ingiere la leche, la derrama o vomita la que pudo beber, se habla de anorexia inerte, mientras que en caso de que el niño reaccione de manera más evidente, con llanto, agitación, rechazo o vómitos, se considera como anorexia de oposición.

Para complementar, Kreisler (referido por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia dentro del primer año (segundo semestre) del infante:

- Simple: Aparece ante el cambio de alimentación o un incidente de carácter serio, el cual causa una anorexia pasajera orgánica que origina una reacción entre la madre, quien quiere imponerse ante el infante, y este, quien se opone a ella.
- Compleja: En este tipo de anorexia, el niño demuestra de manera clara y directa su rechazo por la comida y se resiste a los tratamientos habituales, puede pensarse que ha ocurrido alguna alteración a nivel biológico que haya alterado el apetito del niño.

Tanto los casos graves de anorexia simple como de la modalidad compleja, derivan de conflictos relativos a la madre. Es común que un niño que presenta

alteraciones en sus hábitos alimenticios, también se atrase en el desarrollo de control de esfínteres, descontrol en los ciclos de sueño y un temperamento complicado.

Otra de las alteraciones importantes de mencionar, dada la población de estudio de esta investigación, es la anorexia mental esencial de los adolescentes. Esta usualmente surge a inicios de la pubertad o en la adolescencia, principalmente en el género femenino, en jóvenes que viven en medios elevados; suelen ser hijas únicas y muy mimadas por los padres, quienes suelen ser muy dominantes.

Este trastorno surge por acción de un conflicto psicológico o un choque emocional. La persona opta por reducir la comida voluntariamente, primero evitando la comida que no le gusta o reduciendo cantidades de ingesta, no es raro que se queje de afectaciones digestivas. Con el curso del tiempo, la joven avanza en el régimen adelgazante y le resta importancia a la delgadez extrema, argumenta no sentir hambre y sentirse bien, lo cual parece cierto, puesto que la actividad aumenta en vez de cesar, pero sí hay comportamientos anómalos, conductas defensivas e introvertidas que dificultan las relaciones interpersonales (Ajuriaguerra; 1973).

Al ser confrontada, es posible que la afectada acepte que se priva del alimento, pero no acepta la problemática; ante la presión familiar, busca la manera de continuar su régimen sin dejar de atender las demandas de sus allegados; pueden recurrir a tirar la comida en vez de consumirla, proporcionar falsa información sobre su peso, tener horarios irregulares para comer, recurrir a purgantes y diuréticos, incluso vomitar a escondidas.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

En la etapa prepuberal y la adolescencia, los individuos pasan por situaciones llenas de cambios que, en un primer momento, son físicos y hormonales, psicológicos propios de la edad, cambios de índole social, interpersonal e familiar, entre otros. Todas estas problemáticas llevan a la persona a un desequilibrio que puede afectarla de diversas maneras, en este caso, puede llevarla al padecimiento de un trastorno alimentario. A continuación se destacan ciertos patrones conductuales y situacionales que pueden fungir como desencadenantes de una problemática de índole alimentaria.

- Problemáticas con la autonomía: La dificultad de algunas personas para conducirse de manera individual y encarar las diversas situaciones cotidianas, excluyendo el elemento familiar, social y ambiental-externo. Costin menciona que “para la persona, la obligación de ser siempre adecuada les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento” (2003: 72).

El empeño en basar la seguridad en los factores externos y cumplir con lo que los demás espera, inevitablemente ocasiona una sensación de ineficacia personal.

- Déficit de autoestima: “El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuanto menos parecido a lo que la persona

considere como ideal es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima” (Costin; 2003: 74).

La autoestima está relacionada con la imagen que se proyecta al exterior para cumplir con las expectativas de los demás, generalmente las mujeres establecen su autoconcepto con base en la imagen externa y la aprobación.

Una persona con alta autoestima no tiene necesidad de afirmarlo, mientras que los individuos con bulimia o anorexia, suelen encubrir su baja autoaceptación con alardes positivos sobre su imagen y la negativa de la problemática que padecen.

- Orientación a la búsqueda de la perfección y el autocontrol: El perfeccionismo es un rasgo común en la anorexia y la bulimia, esto lleva a que la persona sea muy exigente consigo misma y sienta que nada de lo que hace es lo suficientemente efectivo. La sensación de ineficacia también se aplica al tema del peso corporal, las anoréxicas o bulímicas buscan bajar de peso para llegar a un cuerpo ideal, que consideran perfecto. Se podría creer que esto las hará sentirse seguras, pero ocurre lo contrario, pues se refuerza la sensación de inseguridad.

Estas personas pasan por fases de desequilibrio y quieren tener el control, piensan que al manipular su peso corporal, se compensa su sesión de impotencia ante las situaciones.

- Temor a la madurez: Los problemas alimentarios suelen aparecer durante la etapa de desarrollo de la pubertad y adolescencia, en la cual, como ya se ha

dicho, ocurren cambios físicos como el aumento de peso, para algunas personas les es difícil aceptar y lidiar con estos cambios, pues indican que se ha dejado la etapa de la infancia; a nivel social, esto viene a representar la llegada de obligaciones y nuevos roles.

- “Generalmente, estas jóvenes están muy estancadas en la niñez y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que esto implica” (Costin; 2003: 78).

Algo que es importante mencionar, es que las personas que sufrieron algún tipo de abuso o problema con su sexualidad, se muestran reacias a la idea de crecer o madurar, pues lo asocian con sentimientos de negatividad, culpa y temor a ser foco de atención.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Un trastorno alimentario “no es solamente un problema vinculado a la comida o peso, sino que se debe, en gran medida, al intento desviado de responder a dificultades o conflictos de distintos órdenes” (Rausch; 1997: 9).

En primera instancia, no hay un componente que pueda considerarse como detonante, ya que se manejan ciertos factores predisponentes para la aparición de un trastorno alimentario, por lo que se habla de una multideterminación, en la que ningún rasgo individual o una característica del medio ambiente produce un episodio de bulimia o anorexia, es más justo pensar que para la génesis de una problemática alimentaria, se da una interacción y síntesis entre una serie de factores situacionales.

Enseguida se describen los factores individuales, familiares y socioculturales, que son aquellos elementos influyentes.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Se relacionan con el aprendizaje y las interacciones. El primer núcleo donde se aprende es la familia, de manera que la persona internaliza aquellas ideas que se le imponen o que observa, en este caso, lo que aprende acerca del peso y la imagen corporal; es posible que quien se desarrolla con la idea de que la obesidad es algo inaceptable o negativo, evitará lo más que pueda el estar pasada de peso.

En los factores individuales también está presente la constitución psicofisiológica. Por naturaleza, cada cuerpo está constituido de manera única, hay quienes tienen complexión delgada y quienes son de fisonomía gruesa. Es más común que personas con este último tipo de complexión, puedan desarrollar un trastorno alimentario, de igual manera, si una persona que ya es delgada, tiene ideas de sentirse gorda y bajar más de peso, puede pensarse que presenta un problema alimentario.

Para cada persona, la comida puede tener un significado único, representa aspectos de identidad del sujeto en cuanto a su sexualidad, rol de género y conflictos. Dentro de este panorama se encuentra la clasificación de la comida que propone Ogden (2005):

- Comida frente a no comida: Aquello que la gente percibe como comida y lo que no, por ejemplo, para alguien, una ensalada no es comida, en cambio un platillo completo de sopa, verdura y carne, sí lo percibe como comida.
- Comidas sagradas frente a profanas: Lo que es aceptable para el consumo y lo que no.
- Clasificación de comidas paralelas: Se consideran los alimentos saludables contra los que no lo son.
- Comida como medicina: Alimentos a los que se les atribuyen propiedades curativas.
- Comidas sociales: Como se relató en un principio, se le ha dado un calificativo social a la comida, lo más común es que para las personas, las reuniones, fiestas y celebraciones incluyan comidas.

Cada individuo le atribuye un significado a la comida, a través de la relación con el alimento, la persona comunica sus conflictos internos y su sexualidad. Se utiliza incluso para representar negación e inconformidad, como cuando se usa como elemento punitivo, a la comida considerada como placentera (la poco saludable) se le atribuye un sentimiento de culpa y remordimiento ante su consumo. El alimento representa identidad cultural y religiosa.

Para cerrar este apartado, otro de los factores individuales es el significado que se le atribuye a la delgadez; en general, se le atribuyen cualidades de control,

libertad y éxito a una persona delgada, por el contrario, a las personas con obesidad se les percibe como personas descuidadas y que no tienen control ni de su cuerpo.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

La familia es el núcleo donde usualmente nace la persona y se desarrolla por un tiempo considerable. La teoría sostiene que las personas dentro de ciertos ambientes familiares son más vulnerables ante el desarrollo de una problemática con la comida.

“En las mujeres, los trastornos de la conducta alimentaria están más asociados a la presión social que en los varones, en quienes las variables familiares parecen desempeñar un papel más importante” (Rausch; 1997: 43).

Considerando lo anterior, se ilustra que las personas más propensas son aquellas que provienen de familias con comunicación efectiva escasa, incapacidad para la resolución de conflictos (asociada a la baja tolerancia e incapacidad para reconocer un problema), rigidez y falta de flexibilidad para el abordaje de situaciones nuevas y diferentes.

Está presente también la sobreprotección por parte de los padres y la tensión que les transmiten a sus hijos por medio de las altas expectativas para con ellos, de igual manera, está presente la falta de límites generacionales, y la persona se ve

envuelta entre las opiniones de los padres, los hermanos, tíos, abuelos y otros familiares.

La presencia de casos de alcoholismo, adicciones, depresión e incluso algún trastorno alimentario, influyen mucho en el sujeto, lo mismo si hay registro de casos de abuso sexual y/o físico contra algún miembro de la familia.

2.5.3 Factores socioculturales

Actualmente, los seres humanos se ven más bombardeados y rodeados de ideas y mensajes que premian la delgadez e incitan a la búsqueda del cuerpo delgado y “perfecto”, la misma sociedad ha desarrollado prejuicios y juicios negativos contra la gordura y obesidad.

Aquellas personas que están en constante autoafirmación, que apenas van desarrollando su identidad y quienes establecen su autoconcepto con base en lo que dicte el ambiente, son quienes resultan más vulnerables ante estímulos externos.

Esto ilustra la gran influencia que tiene la sociedad en las personas, que le atribuyen el éxito profesional y personal a la delgadez, atribuyendo negatividad a las personas obesas, sobre las que se piensa que comen mucho y sin control, que tienen más problemas psicológicos, aumento en la mortalidad, poco éxito profesional y personal.

Si bien alguna de estas afirmaciones no está muy lejana a la realidad, no todas son verdaderas, ya que tanto una persona obesa como una delgada, deberían tener las mismas aptitudes y capacidades para triunfar en cualquier aspecto.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Tanto el comer, como el no hacerlo, traen como resultado alteraciones en la forma y tamaño corporales; la preocupación por estos cambios resulta en una preocupación desmedida por el cuerpo y una insatisfacción al no percibir el cuerpo que se tiene como el adecuado o deseado.

Ogden cita a Schilder para definir la imagen corporal como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (2005: 97).

La medida de la insatisfacción corporal consta de tres perspectivas, que son:

- Imagen corporal deformada: Generalmente, las personas se consideran más anchas de lo que son; muchos estudios han demostrado que las anoréxicas sobreestiman su tamaño y peso corporal, creyendo y afirmando que son obesas, aun cuando están muy por debajo del peso normal y saludable.
- Discrepancia del ideal: En general, las personas desean ser más delgadas de lo que son, es el caso de quienes tienen anorexia o bulimia nerviosa.

- Respuestas negativas al cuerpo: Sentimientos de disconformidad con el volumen y forma corporal.

Para quienes no lo padecen, es difícil entender cómo es que una persona con anorexia que raya en la delgadez extrema, puede pensar que está obesa y negar que su estado de salud esté severamente afectado. El estado psicológico es el principal afectado, pues de ahí provienen aquellas ideas erróneas y alteradas, es por eso que resulta difícil la intervención médica y psicológica, dado que hay que hacer que la persona elimine las ideas prejuiciosas sobre la alimentación y vea su cuerpo como realmente es y no como quisiera que fuera.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

El vocablo perpetuar se refiere a “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” (Costin; 2003: 52).

Podría pensarse que el problema de una persona anoréxica se soluciona comiendo mucho, el de una bulímica, dejando de vomitar y el de un obeso, dejando de comer; pero la solución no es tan sencilla como parece, hay diversos motivos de peso que propician que el trastorno sea perpetuo y que hacen que sea tan complicado volver a la normalidad.

Ente los factores que ocasionan la persistencia y perpetuidad del fenómeno manejado como una segunda variable e este estudio, están:

- Persistencia en las dietas.
- Estado psicológico alterado: Transformaciones anímicas, ideas erróneas acerca de la comida y el cuerpo.
- Estado cognitivo alterado: Falta de concentración, comprensión y estado de alerta.
- Alteración de carácter social: Aislamiento, incomodidad e inseguridad que impiden la interacción con otras personas.
- Alteración de orden fisiológico: Dolores de cabeza, hipersensibilidades a la luz y ruido, molestias gastrointestinales, problemas auditivos y de visión, calambres y pérdida de cabello. Si la ingesta de comida es menor a la necesaria para el funcionamiento del organismo, el cuerpo quema menos calorías y la baja de peso se detiene.

Aquí se incluye el estado en que el cuerpo se encuentra en las fases más extremas de delgadez, donde el problema no se soluciona simplemente comiendo mucho, sino que radica en que el cuerpo ya no responde positivamente ante los alimentos.

- Deprivación alimenticia: Las personas bajo restricción alimenticia severa, desarrollan hábitos negativos y formas de vincularse con la comida a los que se arraigan y de los que es difícil salir.

Para las personas que no están familiarizadas con el estudio de los trastornos de la alimentación, es difícil comprender en primera instancia la razón por la que

alguien desarrolla un problema de índole alimentaria, así como el motivo por el que somete su cuerpo a daños tan severos en nombre de la apariencia.

Las razones por las que la persona es incapaz de salir de ese estado dañino y recuperar el control de su cuerpo y su vida, son muy diversas, hay que entender que las presiones sociales, así como la manera en que las personas interpretan y/o perciben las situaciones, son diferentes. Podría ser que para una persona que está ya inmersa en una problemática de índole alimentaria, le sea difícil darse cuenta que tiene un problema de este tipo o percibir su estado como nocivo, por ello, la manera y el grado en que se ven afectados es variable de un sujeto a otro.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Un elemento a considerar con respecto a los trastornos alimentarios, es la comorbilidad, que se entiende, en el área de la medicina, como la “coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionados.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española; 2016: s/p).

A menudo, el trastorno de la alimentación se relaciona con otras complicaciones de corte psicológico. Previamente se mencionó su relación con problemáticas fisiológicas, ahora se aborda el tema de los problemas psiquiátricos que se asocian con los alimenticios; es menester agregar que los trastornos alimentarios están presentes en mayor o menor grado en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos, aparecen de manera fugaz y se ligan a la enfermedad

de base, por lo que existe una comorbilidad entre trastornos. Entre los ejemplos de dicha comorbilidad, se encuentran:

- Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia: Se presentan en las primeras evoluciones y últimas fases de la esquizofrenia, tanto en la negativa a comer de los pacientes catatónicos, como la negativa de quienes presentan ideas delirantes de envenenamiento y perjurio. Durante la esquizofrenia cronicada pueden ocurrir alteraciones como la coprofagia o ingesta de elementos no alimentarios, como tierra y cabello.
- Trastorno de la alimentación en las depresiones: Ya sea por exceso o falta de comida, estos son comunes en los trastornos afectivos. En la mayoría de los casos se disminuye la ingesta, como ilustración está que en la depresión mayor con melancolía, suele presentarse la anorexia.
- Trastornos de la alimentación en la manía: Durante la fase maniaca aguda, la persona es capaz de pasar mucho tiempo sin sentir deseos o necesidad de alimentarse o puede pedir grandes cantidades de comida, comiendo un poco de cada porción, sin terminar ningún plato, lo que se traduce en alimentación desordenada; este patrón conductual es propio de las actividades del paciente con manía.
- Trastornos de la alimentación en las fobias: Hay gran variedad de fobias, pero en general no se relacionan con algún trastorno de la alimentación, salvo aquellas relacionadas especialmente con los alimentos o la deglución. Comúnmente hay fobia hacia algún alimento en concreto; en casos más extremos, el miedo

irracional se presenta contra los líquidos, lo que pone en severos problemas al organismo.

- Trastornos de la alimentación en la ansiedad: No hay un trastorno alimenticio asociado al síndrome ansioso, se maneja que el trastorno agudo suele cursar pérdida del apetito de moderada intensidad; en los de curso crónico, también hay pérdida menor, pero perdurable.
- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo: El fenómeno obsesivo-compulsivo no necesariamente comparte comorbilidad con los alimentarios, a menos que la patología se conecte con la comida, el paciente se muestra excesivamente lento en su ingesta, es meticuloso y pueden añadirse ideas de contaminación y suciedad que modifican los hábitos alimentarios.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Es necesario entender que un trastorno alimenticio no es un asunto que se resuelva simplemente volviendo a comer o cesando el vómito, aunque pareciera que esta es la solución más sencilla. Es necesario indagar más allá para conocer la etiología del trastorno y desarrollar un plan que ayude a la persona a superar la problemática. Este último segmento del capítulo se enfoca en repasar los tratamientos y modelos psicológicos más efectivos en el tratamiento de un trastorno de índole alimentaria.

2.9.1 Tratamiento en la anorexia nerviosa

El tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando así lo hace el peso. Entre las opciones de tratamiento propuestas por Jarne y Talam (2000), se encuentran:

- Recuperación ponderal: Lograr establecer un equilibrio físico y fisiológico del paciente, por medio de la rehabilitación nutricional y normalización de la dieta, para corregir la desnutrición. Es importante mencionar que a menudo las secuelas psicológicas persisten aún tras lograr el equilibrio en cuanto a la ingesta.
- Tratamiento dietético: No hay un consenso general acerca de la manera de abordar la alimentación, se proponen tanto la alimentación en bajas calorías como la normal. En pacientes con rechazo persistente e intenso a la comida, se sugiere la alimentación con sonda, la cual puede funcionar como refuerzo negativo ante las actitudes de rechazo.
- Tratamiento psicológico (individual y/o grupal): Se considera como la base de los programas terapéuticos contra la anorexia nerviosa. En pacientes que se encuentran en las fases más avanzadas de los trastornos alimenticios, la psicoterapia resulta poco efectiva, en estos casos se recurre a la psicoterapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, que ayudan a

que el paciente no piense que el programa de intervención no es solamente para que gane peso.

- Tratamiento farmacológico: Indicado como apoyo de los programas psicológicos, así como para tratar la psicopatología asociada, como la depresión.

2.9.2 Tratamiento en la bulimia nerviosa

Los tratamientos para los pacientes con bulimia nerviosa, según Jarne y Talarn (2000), tienen como objetivo lograr:

- Restablecer pautas nutricionales normales.
- Recuperación física: Conseguir una estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica.
- Corrección de anomalías físicas: Que el paciente se recupere de situaciones inherentes a la bulimia, como el reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, erosión del esmalte dental e inflamación parótida, lo anterior por causa de los frecuentes vómitos.
- Normalización del estado mental: Mejorar el estado de ánimo del paciente, diagnosticar y tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar el abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo.

- Restablecer relaciones familiares adecuadas: Fomentar y aumentar la participación y comunicación en la familia, establecer pautas y roles, así como evitar sentimientos de fracaso.
- Corregir pautas de interacción social alteradas: Lograr que el paciente acepte su trastorno, afrontar los fracasos, aceptar responsabilidades, vencer los sentimientos de impotencia y evitar marcos sociales que denigren a la persona (Jarne y Talarn; 2000).

2.9.3 Modelos más eficaces en el tratamiento de los trastornos alimentarios

Entre las opciones de tratamiento, la fundamentación teórica tiene como bases los siguientes modelos:

- Cognitivo conductual: Esta terapia es la más efectiva como tratamiento, este modelo considera que la anorexia es resultado de conductas reforzadas por el ambiente, además de estímulos aversivos que causan ansiedad, se entiende entonces que una persona anoréxica no come para evitar la ansiedad ante la idea del aumento de peso (Jarne y Talarn; 2000).
- Terapia familiar: Rausch (1997) sostiene que cuando una persona padece de anorexia nerviosa, no es la única que padece sus consecuencias, también resultan afectadas las personas a su alrededor. Este enfoque ve a la familia como un sistema biopsicosocial, una entidad que resulta de la sumatoria de

cada miembro de la misma; la familia tiene metas y objetivos pautados, el funcionamiento se evalúa con base en dichos objetivos y la interacción de los integrantes, en este organismo se le provee al individuo de herramientas para su desarrollo en otros ambientes, en suma, el comportamiento de cada miembro afecta a otro. Este modelo aplicado en la solución de los trastornos alimenticios, busca comprobar la manera en que la familia promueve la autonomía de sus miembros, también se enfoca en lograr que los encargados de la familia, quienes son generalmente los padres, pongan en práctica la supervisión en vez del control absoluto de sus hijos.

Con estos planteamientos se da por concluido el presente capítulo y, con ello, el marco teórico. En las páginas restantes se exponen las características metodológicas consideradas en la recolección y tratamiento de los resultados.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En los capítulos anteriores se vio desarrollada la información teórica relacionada con las variables que atañen al actual estudio. Los estudios de tipo científico exigen ser elaborados siguiendo un proceso sistemático, formal y empírico.

Este último capítulo tiene como finalidad, presentar al lector la manera en que fue realizado el proceso investigativo, ilustrando la descripción de la metodología en cuanto a enfoque, diseño y alcance. Del mismo modo, se presenta la información técnica de las pruebas seleccionadas para la recolección de datos.

Se describe la población y muestra, abarcando las definiciones de las mismas y se incluye una descripción más detallada del proceso de investigación.

También está presente el análisis y la interpretación de los resultados de la medición de cada variable y su correlación. Por último, se incluye una sección dedicada a las conclusiones y notas finales sobre el proyecto.

3.1 Descripción Metodológica

Para Hernández y cols. (2014: 4), “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o

problema”. Este apartado está dedicado a la descripción y detallado del aspecto técnico y metodológico que rige y da forma al presente estudio. Las aproximaciones principales en la investigación son el enfoque cuantitativo y cualitativo, ambos hacen uso de procesos metódicos y empíricos con el fin de crear conocimiento y así contribuir a la ciencia.

3.1.1 El enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo rige a la presente investigación. Este método usa la recolección de datos para comprobar hipótesis con base en una medición numérica y un análisis estadístico, con esto busca establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández y cols.; 2014).

Los estudios cuantitativos son secuenciales y probatorios, son de naturaleza ordenada y rigurosa. Parten de una idea que tiende a delimitarse, derivando en objetivos y preguntas de investigación; después construyen un marco teórico con la revisión de la literatura. Posteriormente, se establecen hipótesis y se denominan las variables, tras lo cual se elabora un plan para su comprobación; dentro de dicho plan se da una medición dentro de un contexto y población definido. Por último, se analizan dichas mediciones con el método estadístico y se arrojan conclusiones.

Entre las características del método cuantitativo se destacan:

- Miden y estiman la magnitud de fenómenos y problemas de investigación.

- Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto acerca del fenómeno en observación.
- Se construye un marco teórico que guía el estudio y da pie a hipótesis que se someten a prueba.
- Fundamenta la recolección de datos en la medición, la cual se da con ayuda de procedimientos estandarizados y confiables.
- Las investigaciones cuantitativas buscan la máxima objetividad posible.
- Intentan generalizar los resultados encontrados en una muestra a una población mayor (Hernández y cols.; 2014).

3.1.2 Investigación no experimental

Las investigaciones no experimentales se definen como “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (Hernández y cols.; 2014: 152).

En este tipo de estudios se seleccionan variables libres ya establecidas, los fenómenos se observan tal como se dan de manera natural, con el fin de analizar su curso y acción sobre el grupo elegido como población.

La labor del investigador al desarrollar una investigación no experimental, es observar las situaciones que ya existen, sin provocarlas de alguna manera o

alterarlas. Es posible que el estudioso pueda causar alguna alteración por el hecho de estar presente, pero no tiene control directo sobre las variables.

Una de las diferencias entre los estudios no experimentales y los experimentales, es que en estos últimos el investigador construye el contexto y provoca la aparición de una variable para observarla. En el caso de los estudios no experimentales, no se crea el ambiente ni se manipulan las variables, puesto que ya han sucedido (Hernández y cols.; 2014).

La presente tesis corresponde a una investigación no experimental, pues las variables como los trastornos alimentarios y las competencias emocionales no se generaron de manera intencional. De la misma manera, el campo elegido para la evaluación y los sujetos de investigación no fueron condicionados de alguna manera para obtener un resultado que no fuera el real.

3.1.3 Diseño transversal

“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (Liu y Tucker, citados por Hernández y cols.; 2014: 154).

El objetivo de estos estudios es describir las variables en cuanto a su efecto e interrelación en un momento específico, a diferencia de los estudios longitudinales, que siguen las variables por un periodo establecido.

Se entiende que esta investigación es de corte transversal, porque se eligió una recolección de datos única y en un solo momento, sin tomar en cuenta para el análisis lo sucedido antes o lo que pasará después con la población y las variables.

3.1.4 Alcance correlacional

Los estudios correlacionales “asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2014: 93).

Las investigaciones de este tipo buscan conocer la relación que hay entre dos o más variables, así como el grado en que están asociadas dentro de una población y un contexto establecido. Usualmente se analiza la relación entre dos fenómenos, pero también puede existir un enlace entre tres o más variables.

Las mencionadas correlaciones son sustentadas por el autor de la investigación, quien propone una hipótesis, la somete a prueba en el momento en que acude al contexto que eligió e indaga sobre la realidad.

Es muy importante afirmar que, para que se considere que dos o más variables están relacionadas, ambas deben actuar en la misma población e igual contexto.

Los estudios correlacionales ilustran la manera en que se comporta una variable al conocer el comportamiento de otras que se le vinculan.

La correlación puede ser de tres tipos: positiva, negativa y ausente. Una correlación positiva indica que los valores altos en una variable, lo serán igual en la otra variable y viceversa, es decir, los valores bajos serán bajos en la otra variable.

Una correlación de tipo negativa se considera si una variable tiene una puntuación menor y en la otra variable resulta mayor, lo mismo en sentido inverso, si una variable tiene un puntaje mayor y en la otra es menor.

En el último caso, si no se muestra un patrón común entre variables y no hay correlación entre ellas, hay correlación ausente (Hernández y cols.; 2014).

En este trabajo se espera una correlación negativa, ya que se rige bajo la suposición de que un sujeto emocionalmente competente, presentará baja predisposición a presentar algún trastorno alimentario.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con la finalidad de que en los estudios cuantitativos estén dotados de una mayor objetividad, la prescripción metodológica hace especial énfasis en que los instrumentos elegidos para la recolección de información de datos posean dos propiedades indispensables: la confiabilidad y validez.

Hernández y cols. (2014) describe la confiabilidad como el “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (200). De manera que la

confiabilidad de una prueba se evidencia en el momento en que arroja resultados iguales o similares si se aplica repetidamente a un mismo sujeto.

Por validez se entiende, según los autores ya referidos, como el “grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir” (Hernández y cols.; 2014: 200). Entonces un instrumento válido es aquel que arroja resultados sobre el fenómeno que promete medir.

Enseguida se expone una descripción de la naturaleza psicométrica de los dos instrumentos empleados en esta investigación para la obtención de datos.

Para la medición de la variable de competencias emocionales, se destinó el instrumento llamado Perfil de Competencias Emocionales, que es una prueba diseñada para la evaluación de las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y personas adultas.

El instrumento incluye las escalas de inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo. La síntesis de las primeras cuatro escalas conforman el coeficiente emocional o EQ.

Este instrumento se basa en la escala de Reuver Bar-On, fue adaptado y traducido al español por Ugarriza (2001), aplicado en una muestra de 3,375 niños y

jóvenes de 7 a 18 años, residentes de Lima. También se llevó a cabo una estandarización del mismo en la Universidad Don Vasco, en el año 2015.

Respecto a la validez del instrumento, conviene aclarar que fue analizada por Bar-On, usando métodos de contenido, de constructo y validez convergente y de contrastación con grupo criterio, con lo cual confirma ser un instrumento válido.

La estandarización del test en México, se realizó en una muestra de 315 estudiantes de bachillerato, resultando una media de 122 puntos y una desviación estándar de 16 para el puntaje total, desde este punto se instalan los parámetros en puntajes T para cada una de las subescalas y puntaje CE para el puntaje total. En este último se establece la media en el puntaje 100, y cada desviación estándar en 20 puntos.

En la aplicación mexicana, el estudio de confiabilidad se obtuvo mediante el método de división por mitades, resultando un coeficiente de 0.91.

Por otra parte, el instrumento destinado a recolectar datos sobre la variable de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria o EDI-2, creado por David M. Garner en 1998.

Tiene once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

El EDI-2 está estandarizado para personas de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización se realizaron diversos procesos en distintos grupos, en individuos con bulimia y con anorexia nerviosa, así como en personas que no padecen trastorno alimentario alguno. En esta investigación se usó un baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos alimenticios.

Esta prueba tiene una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo.

3.2 Población y muestra

Según Hernández y cols. (2014) se entiende por población “un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (174).

A su vez, según los autores referidos, la muestra es “un subgrupo de la población. Un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características” (Hernández y cols.; 2014: 175).

Por su parte, la unidad de muestro es definida como un sujeto perteneciente a la muestra de una población de estudio en evaluación.

3.2.1 Descripción de la población

La población objeto de análisis del presente estudio, se conforma por la comunidad estudiantil del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Son personas cuyo nivel socio-económico oscila entre el medio-alto y el alto, en su mayoría solamente se dedican al estudio. Ellos asisten a clases en el turno matutino.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo

Las muestras se categorizan en dos ramas: probabilísticas y no probabilísticas. Dentro de las primeras, todos los sujetos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionados para el análisis, para su elección puede hacerse una selección aleatoria o mecánica.

Por otro lado, los muestreos no probabilísticos implican un proceso de selección orientado de acuerdo con las características de la investigación.

Para el desarrollo del presente estudio, se hace un muestreo no probabilístico intencionado a juicio de la investigadora, puesto que se consideraron estudiantes del segundo y tercer grado de secundaria, bajo el supuesto de que los fenómenos de estudio pueden presentarse principalmente en los jóvenes de esa edad y con la finalidad de tener acceso a una cantidad adecuada de sujetos.

La ventaja de los muestreos no probabilísticos, según Hernández y cols. (2014: 190), “es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”.

3.3 Descripción del proceso de investigación

La inspiración para el desarrollo del presente estudio, surge de primera mano, en el interés de la investigadora por las variables desarrolladas, además de la intención de indagar más acerca de las competencias emocionales y los trastornos alimentarios, así como la actualización del conocimiento sobre ellos.

Tras la elección de las variables a estudiar, se construyó un proyecto de investigación, donde se buscaron antecedentes y estudios previos relacionados con las variables seleccionadas, se planteó un problema de investigación, se establecieron objetivos a cumplir (general y particulares), se justificó el estudio y se establecieron hipótesis (de trabajo y nula); de la misma manera, se seleccionó el marco de referencia con la población en la cual se aplicaron los instrumentos para recolectar los datos necesarios.

En una segunda fase, se elaboró el marco teórico que sustenta la información sobre las variables de estudio, a cada una se le dedicó un capítulo, cada uno contiene subtemas que profundizan al respecto de las variables.

Durante el periodo destinado para la aplicación de los instrumentos seleccionados para la recolección de datos, la investigadora se reunió con las autoridades del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. La licenciada Adela Naranjo, quien labora en la institución como directora del área de secundaria, dio su aprobación para el acceso a los estudiantes del tercer y segundo grado de secundaria, tras lo cual se designaron las fechas y horarios para las aplicaciones de pruebas.

Fueron necesarios tres días para la administración de las pruebas a los grupos asignados, los cuales fueron 3° A, 3° B, 3° C y el grupo de 2° B; se tuvo acceso a un total de 123 alumnos durante el horario de clases, se acudió a las aulas correspondientes de cada grupo, tras informársele al profesor en curso.

La investigadora decidió hacer la aplicación en grupo, por lo que a cada alumno se le entregó un cuadernillo con los test necesarios. El primer test a contestar fue el EDI-2 para la medición de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios; se informó de manera general sobre las instrucciones de los cuestionarios y se permitió que cada quien lo contestara de manera personal, se les pidió comunicaran si se presentaba alguna duda sobre las preguntas o las instrucciones. Al finalizar dicho test, se procedió a lo mismo con el Perfil de Competencias emocionales de Bar-On. A cada grupo le tomó un aproximado de 45 minutos responder ambos cuestionarios.

La actitud que predominó en los grupos fue de cooperación, hubo sujetos que solicitaron un informe de sus resultados personales y algunos casos que se negaron a responder; durante la aplicación, hubo diversas reacciones ante los ítems planteados, desde exclamaciones y risas o comentarios entre alumnos, estas actitudes se observaron más durante el cuestionario EDI-2. El grupo que representó mayor dificultad fue el de segundo grado, se mostraron demasiado inquietos, además de que fue el grupo donde hubo casos que no quisieron responder los cuestionarios, posiblemente porque es el grupo más joven de los estudiados.

Posteriormente, se calificaron los instrumentos, obteniendo los puntajes estandarizados de cada uno; en el caso de las competencias emocionales, se obtuvo el coeficiente emocional y puntajes T de cada sujeto, mientras que para los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se manejaron los percentiles. Todos los datos, incluidos el nombre, edad, género y puntajes de cada sujeto, fueron vaciados en una matriz en una hoja de cálculo de Excel para su análisis estadístico e interpretación.

En el análisis estadístico, se obtuvieron las medias de tendencia central y una desviación estándar de cada variable, posteriormente, el cálculo del coeficiente de correlación (r) y la varianza de factores comunes (r^2), expresada como el porcentaje de la relación entre variables. Para finalizar, se redactó un informe con las conclusiones de la investigación y los resultados, al cual se tiene acceso a continuación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Este apartado tiene como finalidad la presentación de los resultados arrojados por las pruebas EDI-2 para la medición de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el Perfil de Competencias Emocionales de Bar-On para la medición de las competencias emocionales, al ser aplicados a la población seleccionada para el estudio.

El actual análisis de resultados está organizado en tres categorías: en la primera aparecen los resultados obtenidos referentes a la variable competencias emocionales; la segunda, describe los descubrimientos sobre la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios; en la tercer y última categoría se rinden cuentas sobre los hallazgos respecto a la correlación de las dos variables que atañen a este estudio.

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

3.4.1 Las competencias emocionales

Se retoman las definiciones presentadas en capítulos anteriores para describir a esta variable. En primera instancia se utilizaba el concepto inteligencia emocional,

el cual posteriormente evolucionó hasta considerarse como competencia emocional. Bar-On define la inteligencia emocional como un “conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio” (citado por Ugarriza; 2001: 131).

Por otra parte, el concepto de competencias emocionales lo define Ugarriza como “un conjunto de conocimientos, capacidades, actitudes y habilidades necesarias para la comprensión, expresión y la regulación apropiada ante cada fenómeno emocional” (referida por Bisquerra y Pérez; 2007).

Respecto a los resultados obtenidos con la aplicación del perfil de competencias emocionales, se muestran en puntajes T las escalas y coeficiente emocional.

La media es entendida como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007). La media en la escala de inteligencia intrapersonal fue de 49.

De igual modo se obtuvo la mediana de 49 en esta escala, la mediana se comprende como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007).

Según el mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En la escala de inteligencia intrapersonal se obtuvo una moda de 49.

También se tiene una medida de dispersión, en específico, de desviación estándar, concebida 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 en esta escala fue de 9.3.

La inteligencia intrapersonal incluye la medición de la autocomprensión de sí mismo, la asertividad y la habilidad de la autovisualización positiva (Ugarriza; 2001).

El puntaje en la escala de inteligencia interpersonal arrojó una media de 46, una mediana de 47 y una moda representativa de 52, así como una desviación estándar de 9.6.

En la escala de inteligencia interpersonal se engloban destrezas de empatía, responsabilidad social, relaciones interpersonales satisfactorias, la habilidad de saber escuchar, comprender y apreciar los sentimientos ajenos (Ugarriza; 2001).

La escala de adaptabilidad encontró una media de 46, una mediana también de 46 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 10.

Esta escala incluye la habilidad para la resolución de problemas y la prueba de la realidad, ser flexible, realista y efectivo en cuanto al manejo de los cambios, así como la eficacia para el enfrentamiento de problemáticas cotidianas (Ugarriza; 2001).

La escala manejo del estrés mostró una media de 47, una mediana de 48 y una moda de 48, con una desviación estándar de 11.

La escala de manejo del estrés contiene la tolerancia al estrés y control de los impulsos, el ser el sujeto generalmente calmado y saber trabajar efectivamente aun bajo situaciones de presión, el ser rara vez impulsivo y reaccionar a eventos estresantes sin desmoronarse en cuanto a lo emocional (Ugarriza; 2001).

En la escala del estado de ánimo se obtuvieron los puntajes de una media de 44, una mediana de 44, una moda de 36 y una desviación estándar de 10.

Bajo esta escala se alojan la felicidad y el optimismo, así como la apreciación positiva de los eventos y la actitud placentera ante ellos (Ugarriza; 2001).

En la última escala, destinada a medir el coeficiente emocional, se obtuvo una media de 92, una mediana de 92 y una moda de 86. La desviación estándar resultó de 21.

Con el coeficiente emocional total se hace un panorama de cómo se afrontan en general las demandas cotidianas en el terreno afectivo (Ugarriza; 2001).

En el Anexo 1 se ilustran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas previamente enunciadas.

Con la aplicación del instrumento, puede interpretarse que los sujetos se encuentran dentro de un nivel normal, de acuerdo con el baremo establecido para esta prueba, ya que las subescalas entran en el rango de 40 a 60 en el puntaje T. En lo relativo al puntaje del coeficiente emocional, de acuerdo con la media, los sujetos están dentro de un rango normal, ya que se ubican entre 80 a 120 en puntaje T.

Asimismo, se observa homogeneidad en los resultados, evidenciada por una desviación estándar para el caso de las subescalas entre 9.3 y 11, y en el caso del coeficiente emocional, en 21.

Desde la perspectiva anterior, se puede interpretar que los sujetos de la muestra evaluada, tienen un manejo normal y funcional de sus emociones.

Con el objetivo de presentar un análisis más detallado, se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en cada subescala.

En la escala de inteligencia intrapersonal, el 15% de los sujetos está ubicado por debajo de T 40; en la escala de inteligencia interpersonal, el porcentaje es de 20%; mientras que en la escala de adaptabilidad es de 28%; el porcentaje de sujetos con puntajes bajos en la escala manejo del estrés es de 22% y en la escala de estado de ánimo es de 39%. Por último, las personas que obtienen un puntaje bajo

en coeficiente emocional (debajo de 80), son un 21%. Tales resultados aparecen de manera gráfica en el Anexo 2.

Con los porcentajes anteriores, se interpreta que la escala donde aparece un mayor porcentaje y resulta preocupante, es la de estado de ánimo, con un 39%.

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

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002:553), “los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”. Se consideran dos trastornos específicos:

- La anorexia nerviosa: Entendida como el “rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales”.
- La bulimia nerviosa: “Caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos, el ayuno y/o ejercicio excesivo” (APA; 2002; 553).

Con la aplicación del instrumento EDI-2, salieron a flote datos interesantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, son los siguientes:

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 57, una mediana de 58, una moda de 72 y una desviación estándar de 23.6. Según Garner, la escala de obsesión por la delgadez proporciona información sobre el manifiesto clínico 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 (1998).

En la escala de bulimia se tuvo una media de 61, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.2. La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia a presentar pensamientos o darse comilonas y 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).

Otra de las escalas evaluadas es la insatisfacción corporal: se obtuvo una media de 53, una mediana de 53, una moda de 63 y una desviación estándar de 23. La insatisfacción corporal es considerada como uno de los elementos de la alteración de la imagen corporal, un aspecto característico de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

La escala de ineficacia obtuvo una media de 6, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 92.9. Esta escala evalúa sentimientos de

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

En la escala del perfeccionismo se mide el grado en que el sujeto piensa que sus resultados personales deberían ser mejores (Garner; 1998); en el análisis de datos aparece una media de 63, una mediana de 68, una moda de 59 y una desviación estándar de 26.5

En la escala dedicada a la medición de la desconfianza interpersonal, se obtuvo una media de 67, una mediana de 66, una moda de 52 y una desviación estándar de 22.9. Aquí se evalúa el sentimiento general de alienación de la persona y su desinterés por establecer relaciones íntimas, también la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Garner; 1998).

En la escala de conciencia introceptiva, se obtuvieron una media y una mediana de 57, una moda de 39 y una desviación estándar de 24.8. Con esta escala se mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder de manera adecuada a los estados emocionales. También se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Garner; 1998).

Respecto a la escala de miedo a la madurez, aparece una media de 53, una mediana de 56, una moda de 65 y una desviación estándar de 27.7. La escala evalúa el deseo de regresar 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).

La escala del ascetismo 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). Se obtuvo una media de 50, una mediana de 48, una moda de 32 y una desviación estándar de 27.2.

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 66, una mediana de 60, una moda de 14 y una desviación estándar de 94.9. De acuerdo con Garner, esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, agitación, autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (1998).

Por otra parte, una media de 67, una mediana de 75, una moda de 33 y una desviación estándar de 24.5, fueron los resultados obtenidos en la escala de inseguridad social, en la que se mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias, incómodas y de escasa calidad en general (Garner; 1998).

En el Anexo 3 aparecen gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas previamente.

A partir de los datos enlistados, puede interpretarse que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada se muestran dentro del rango normal, considerado en el rango del percentil 30 al 70. Sin embargo, se observan ciertas escalas cuya media aritmética se ubica cercana al percentil 70.

A continuación se enlistan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala (por arriba del percentil 70). Se ubican aquellas con mayor incidencia de casos preocupantes acerca de la problemática de los trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 36% de sujetos está por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje es de 34; en insatisfacción corporal, el 19%; en la ineficacia el 34%; en la escala que mide el perfeccionismo, el 42%; en la que involucra desconfianza interpersonal, un 50%; en la de conciencia introceptiva, un 32%; el porcentaje del miedo a la madurez, resultó un 32; en la escala de ascetismo, 28%; en la de impulsividad 39% y, por último, en la escala de inseguridad social, el porcentaje es de 52. Todos esos datos aparecen de manera visual en el Anexo 4.

Con base en los datos anteriores, se afirma que hay un porcentaje alto de alumnos que presentan niveles preocupantes en varios de los indicadores analizados, destacando las escalas de inseguridad social y desconfianza interpersonal, donde la mitad de los alumnos presentan altos puntajes.

3.4.3 Descripción de la correlación entre variables

Diversos autores sostienen la existencia de una relación entre las competencias emocionales y los trastornos alimentarios, entre ellos Costin (2003), quien acerca de la etiología de los trastornos alimentarios, menciona que entre las características comunes de las personas afectadas por un trastorno alimentario, está la dificultad para encarar situaciones de cambio y resolverlas, esto hace que la persona tienda a desarrollar un trastorno alimentario que convierte su cuerpo en un medio de control, eficacia y autonomía.

En la presente investigación, llevada a cabo con los alumnos del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio la Paz, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez, existe una correlación de -0.08 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto afirma que no existe una correlación de acuerdo, con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2014).

Para correlacionar la escala del coeficiente emocional y la obsesión por la delgadez, se tuvo una varianza de factores comunes (r^2), donde por medio de un porcentaje es indicado el grado en que las variables están 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 0.01, lo que da una relación del 1%.

Por otra lado, entre el coeficiente emocional y la escala que mide la bulimia, existe una correlación de -0.22, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, hay una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, significando que entre ambas escalas hay una relación del 5%.

Entre la escala de coeficiente emocional y la insatisfacción corporal hay un coeficiente de correlación de -0.24, traducida como una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que habla de una relación del 6% entre las escalas.

Adicionalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay un coeficiente de correlación de -0.25 según la “r” de Pearson. Esto denota que existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay un 6% de relación.

Otra de las escalas analizadas en cuanto a su relación, fueron el coeficiente emocional y el perfeccionismo, donde hay un coeficiente de correlación de -0.13 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. El análisis mostró una correlación negativa

débil, se tuvo un resultado de la varianza de factores comunes de 0.02, con una relación del 2% entre escalas.

También se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente correlacional de -0.34 según la “r” de Pearson, significando esto una correlación negativa media, cuyo resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, con un 11% de relación entre escalas.

De la misma forma, se supo que entre el coeficiente emocional y a escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.35, con una correlación negativa media. Aparece el puntaje de 0.12 como resultado de la varianza de factores comunes, demostrándose una correlación entre escalas del 12%.

Se calculó que entre el coeficiente emocional y el miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de -0.13 en concordancia con la prueba “r” de Pearson, siendo esa una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, siendo un porcentaje del 2% en la relación de las escalas.

Entre el coeficiente emocional y el ascetismo, hay una correlación negativa débil, de -0.17. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.03, dando una relación del 3% entre escalas.

También se analizó la relación entre las escalas del coeficiente emocional y la impulsividad, cuyos resultados arrojaron una correlación de -0.10, lo cual indica una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, traducido en una baja correlación del 1% entre las escalas.

Por último, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.32, según la prueba “r” de Pearson se entiende como una correlación negativa media, con resultados en la varianza de factores comunes de 0.01, dando como resultado una relación del 10% entre las escalas.

Los resultados obtenidos respecto a los niveles de correlación entre escalas están en el Anexo 5.

Tras lo anterior se puede afirmar que el coeficiente emocional se relaciona e forma significativa con las escalas de:

- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.
- Inseguridad social.

Por el contrario, no se encontró una relación significativa entre el coeficiente emocional y las escalas de:

- Obsesión por la delgadez.
- Insatisfacción corporal.
- Ineficacia.
- Perfeccionismo.
- Miedo a la madurez.
- Ascetismo.
- Impulsividad.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en adolescentes del segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz, para las escalas de:

- Coeficiente emocional – Desconfianza interpersonal.
- Coeficiente emocional – Conciencia introceptiva.
- Coeficiente emocional – Inseguridad social.

De modo complementario, se confirma la hipótesis nula para las escalas de:

- Coeficiente emocional – Obsesión por la delgadez.
- Coeficiente emocional – Bulimia.
- Coeficiente emocional – Insatisfacción corporal.

- Coeficiente emocional – Ineficacia.
- Coeficiente emocional – Perfeccionismo.
- Coeficiente emocional – Miedo a la madurez.
- Coeficiente emocional – Ascetismo.
- Coeficiente emocional – Impulsividad.

CONCLUSIONES

A manera de cierre, se puede afirmar que en el actual estudio se lograron los objetivos particulares de naturaleza conceptual, referidos a la variable de competencias emocionales, en el desarrollo del capítulo 1. En dicha parte, se presentaron los aspectos más relevantes referidos a este fenómeno, abordado desde la perspectiva psicológica.

Respecto a los objetivos particulares de tipo teórico, referidos a la variable llamada factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, es demostrable que se cubrieron de manera profunda con el contenido del capítulo 2, donde se abarca la conceptualización del constructo y su repercusión en la psicología.

Es destacable que el objetivo referido a la medición de la variable competencias emocionales en la muestra determinada, se cumplió mediante la administración del instrumento denominado Perfil de Competencias Emocionales de Bar-On.

Por su parte, el objetivo de campo correspondiente a la segunda variable, de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se cubrió al ser aplicado el test llamado EDI-2 para la medición de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

A través del desarrollo del actual estudio, se fueron cubriendo en su totalidad los objetivos particulares, de igual modo, se logró cubrir el objetivo general, es decir, fue posible determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los adolescentes que cursan el segundo y tercer grado de secundaria del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Se corroboró la hipótesis de trabajo para los casos de relación entre el coeficiente emocional y las escalas de: desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

La hipótesis nula fue corroborada en los casos en que se correlacionó el coeficiente intelectual con las subescalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

Para la investigadora, es relevante el porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes por arriba del 30%, esto se presenta en las escalas de:

- Obsesión por la delgadez.
- Bulimia.
- Ineficacia.
- Perfeccionismo.

- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.
- Miedo a la madurez.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.

Como se observa, los porcentajes preocupantes aparecen en casi todas las escalas. Por esto, se recomienda a la institución referida como el Colegio La Paz de Uruapan, el profundizar en las causas que determinan dichos resultados, así como implementar programas, talleres y comunicados que ayuden a reducir la problemática y le proporcionen al alumno herramientas para mejorar y mantener un estado psicológico funcional y equilibrado; también se sugiere dar seguimiento a la medición en dicha población, con el fin de averiguar si la realización de algún cambio en la dinámica, representa una reducción en los factores que arrojaron resultados preocupantes.

A manera de cierre, es importante retomar que la respuesta ante el planteamiento de este ensayo, es que las competencias emocionales juegan un papel importante en el desarrollo de algunos factores psicológicos predisponentes para un trastorno de índole alimentaria, pero no son significativos para todos los indicadores.

Queda abierta la propuesta de continuar investigando sobre el tema, ya sea en nuevas poblaciones o en similares, con el fin de mantener el conocimiento psicológico actualizado y libre de sesgos.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguera, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association. (APA) (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

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.

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

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

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)
Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw-Hill. España.

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

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

Rodríguez Ornelas, Laura. (2014)
Diferencia entre el nivel de inteligencia emocional de los alumnos y los egresados de psicología, de la Universidad Don Vasco.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

MESOGRAFÍA

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

“Las competencias emocionales”.

Revista Educación XXI. No.10. Pp. 451-467.

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

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (2016)

“Definición de comorbilidad”

<http://dle.rae.es/?id=9y1iZbl>

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

“La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula”.

Revista iberoamericana de Educación.

Recuperado de

https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimaciel06.pdf

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

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

Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (2)

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

Fernández Berrocal, Pablo; Extremera Pacheco, Natalio. (2002)

“La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela”.

Revista Iberoamericana de Educación.

Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/326Berrocal.pdf>

Iglesias Cortizas, María Josefa. (2009)

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

Revista de Investigación Educativa. Vol. 27. No. 2. Págs. 451-467.

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

Ugarriza, Nelly. (2001)

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

Persona, núm. 4, 2001, pp. 129-160. Universidad de Lima. Lima, Perú.

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

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago; Contreras Jordán, Onofre R. (2002).

“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

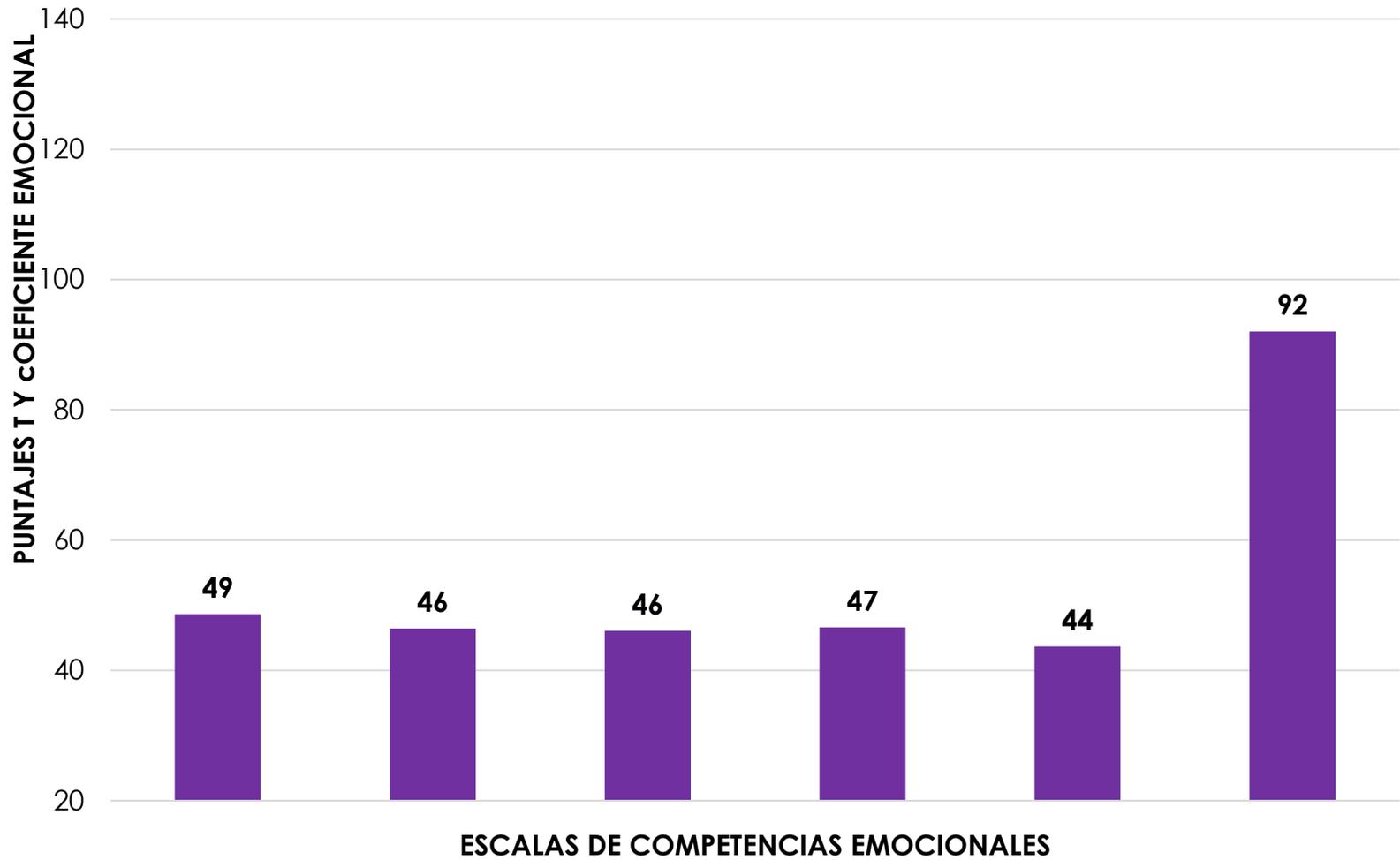
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

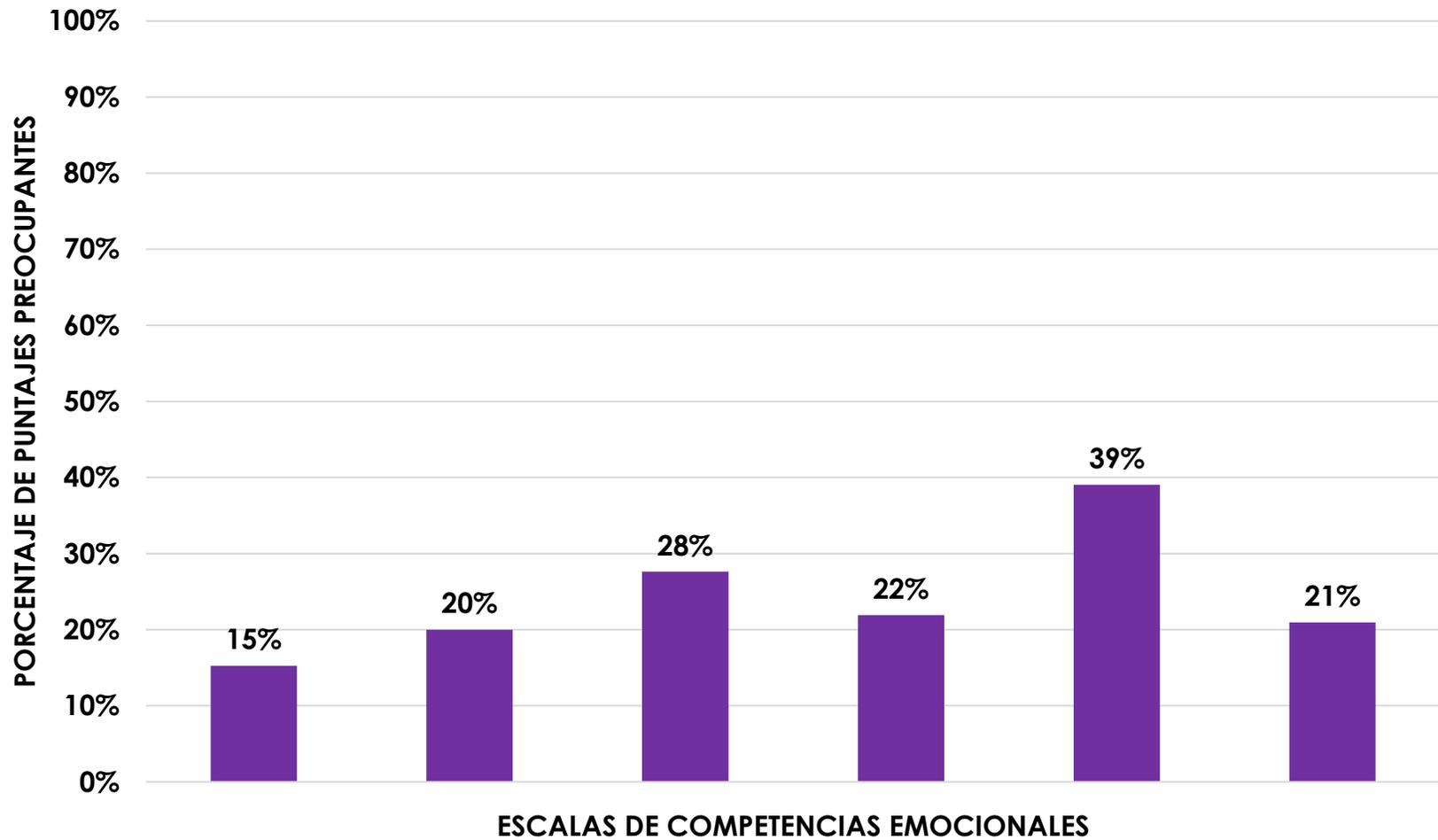
<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

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

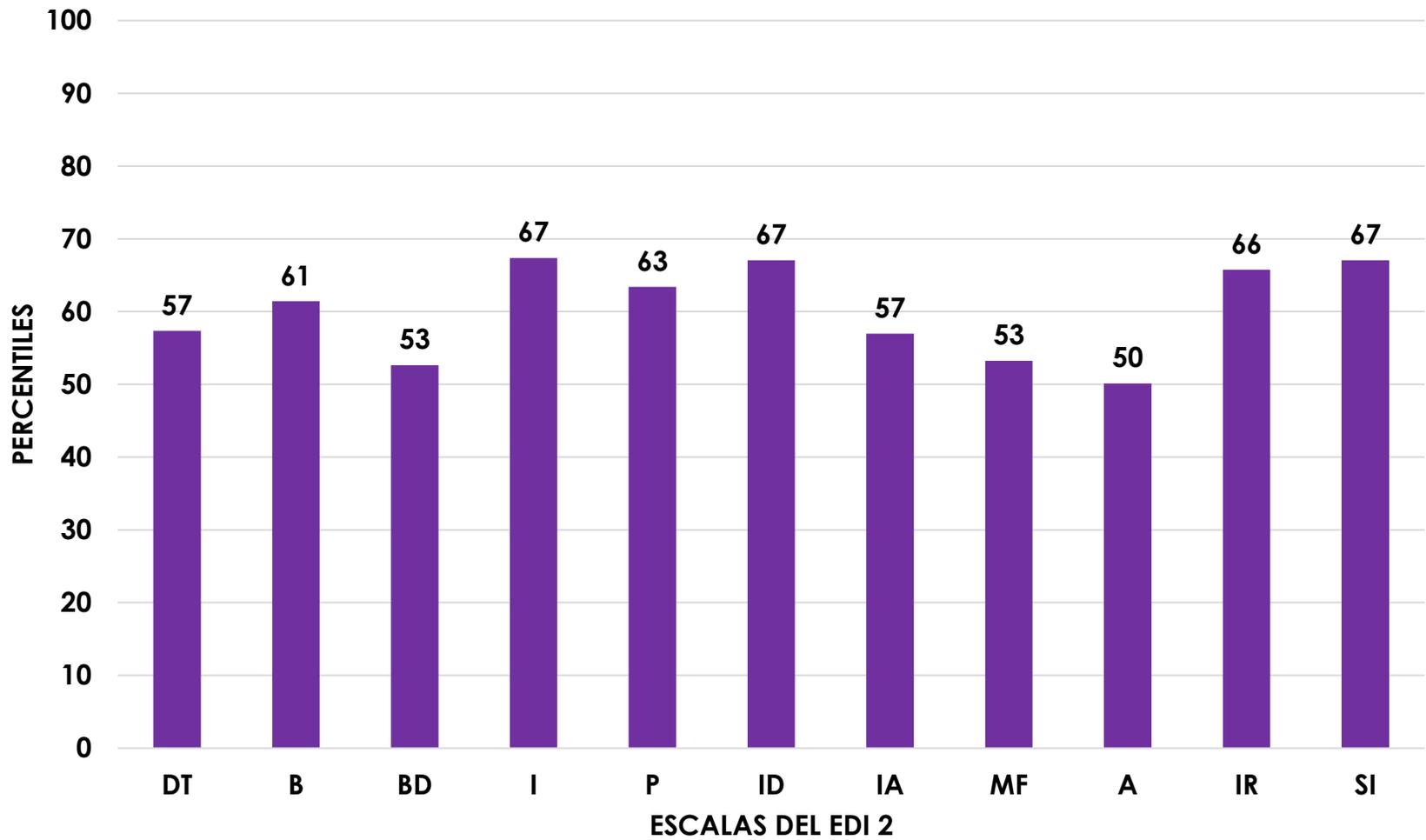
ANEXO 1
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE COMPETENCIAS EMOCIONALES



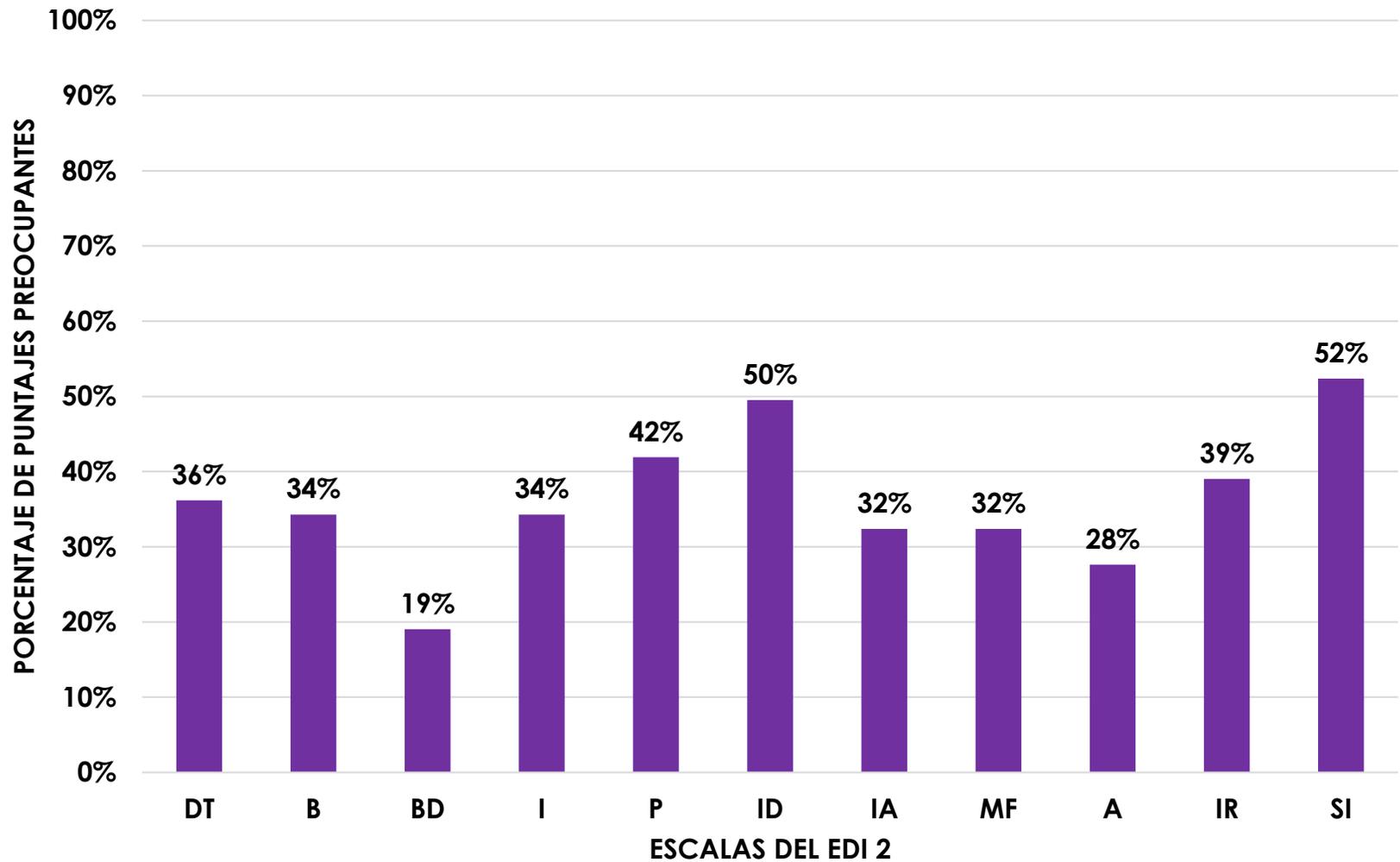
ANEXO 2
PORCENTAJE DE PUNTAJES PREOCUPANTES EN LAS ESCALAS DE
COMPETENCIAS EMOCIONALES



ANEXO 3
MEDIA ARITMÉTICA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 4 PORCENTAJE DE PUNTAJES PREOCUPANTES EN LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 5
CORRELACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES Y LOS
FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS

