



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación N° 8727-25 a la

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE LAS COMPETENCIAS
EMOCIONALES CON LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN ALUMNOS DEL C.C.H.**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Sandra Lizeth Martínez García

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 02 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

A Dios por permitirme llegar hasta este momento.

A mis padres, Sandra y Arnoldo por el esfuerzo y apoyo incondicional brindado a lo largo de mi existencia; por ser fuente de admiración e inspiración en mi vida.

A mi hijo Damián, por ser esa inigualable motivación. El impulso para ver cumplidos cada uno de mis proyectos.

A mi compañero de vida Jaime, porque llegamos a la primera de muchas metas juntos.

A mis hermanos Arnoldo y Gael, por ser una pieza fundamental en mi familia y mi desarrollo.

A mí cuñada Guivi y mis suegros Estela y Jaime, por el apoyo otorgado durante esta etapa.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación	9
Marco de referencia	11

Capítulo 1. Competencias emocionales.

1.1 Marco conceptual	13
1.1.1 Las emociones	14
1.1.1.1 El afecto	15
1.1.1.2 El estado de ánimo	15
1.1.1.3 El sentimiento	16
1.1.1.4 Emoción como descriptor emocional	17
1.1.2 El concepto de competencias	18
1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional	21
1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales	23
1.1.5 Clasificación de las competencias emocionales	24
1.1.6 Clasificación de las competencias emocionales	28

1.2 Las competencias emocionales en la vida actual	31
1.2.1 Las competencias emocionales en la vida laboral	31
1.2.2 Las competencias emocionales en la vida escolar	32
1.2.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos	34
1.3 Evaluación de las competencias emocionales	35
1.3.1 Evaluación basada en cuestionarios, escalas y autoinformes	35
1.3.2 Evaluación basada en observadores externos	36
1.3.3 Evaluación basada en tareas de ejecución	36

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación	38
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	39
2.2.1 Anorexia nerviosa	39
2.2.2 Bulimia nerviosa	41
2.2.3. Obesidad	43
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	44
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	44
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	45
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	48
2.3.1 Organización oroalimenticia	48
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	49
2.4 Perfil de la persona con trastornos con trastornos de alimentación	50
2.5 Causas del trastorno alimenticio	52
2.5.1 Factores predisponentes individuales	52

2.5.2. Factores predisponentes familiares	55
2.5.3. Factores socioculturales	57
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	58
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	60
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	61
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	63

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	66
3.1.1 Enfoque cuantitativo	66
3.1.2. Investigación no experimental	68
3.1.3 Diseño transversal	69
3.1.4 Alcance correlacional	69
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.2 Población y muestra	73
3.2.1 Descripción de la población.	73
3.2.2 Descripción tipo de muestreo	73
3.3 Descripción del proceso de investigación	74
3.4 Análisis e interpretación de resultados	77
3.4.1 Las competencias emocionales	77
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada	82
3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	88

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan las variables denominadas competencias emocionales y trastornos alimentarios. La finalidad del estudio consiste en examinar su correlación en una escuela preparatoria. A continuación, se retoman los antecedentes investigados, con la finalidad de conocer si ya se ha indagado en dicho contexto; de igual manera, resulta importante destacar la finalidad del estudio en esa institución, adentrándose un poco a conocer más sobre ella, así como las problemáticas con esta temática actual; más adelante se plantean objetivos a los cuales se pretendió llegar, así como las posibles respuestas a encontrar al finalizar la investigación. Finalmente, se encuentra la teoría revisada para la elaboración de la investigación y los resultados a los que se pudo llegar.

Antecedentes

Para adentrarse en el estudio de las competencias emocionales, es necesario conocer que este constructo es un derivado de la inteligencia emocional que, según Mayer y Salovey, es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (citados por Extremera y Fernández; 2004: 2).

Al respecto, Bisquerra y Pérez (2007) señalan que las competencias emocionales son el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales.

Por lo tanto, el constructo psicológico de las emociones pasa a ser un tema de estudio relevante en el escenario científico de las ciencias sociales y humanas. De esta manera, se pone en evidencia que las emociones desempeñan un papel importante para el bienestar de los individuos, ya que son consideradas como un factor decisivo para que la persona afronte los retos diarios, y así interaccione con su medio de manera adecuada.

El primer antecedente revisado fue una tesis realizada por Alexandre (2016), de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, en donde se investigó la relación entre las competencias emocionales y el nivel de autoestima en adolescentes. Para esta investigación, se utilizó la adaptación del Test de Coeficiente Emocional de Bar-On, el cual está diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional en adolescentes y adultos. Incluyen las escalas: inteligencia intrapersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo.

La población de dicho estudio fue conformada por alumnos de una secundaria y sus edades oscilan entre los 14 y 15 años. Los resultados presentados confirman que existe una relación significativa entre las habilidades emocionales y el nivel de

autoestima en los adolescentes de esa secundaria, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, México.

Los trastornos alimentarios, por otra parte, se caracterizan por ser una enfermedad que causa graves perturbaciones en las dietas diarias, tales como comer cantidades muy pequeñas o hacerlo en exceso.

De acuerdo con Cancrini y la Rosa (citados por Árciga; 2013), los trastornos alimenticios son todas aquellas emociones, actitudes y conductas irregulares de alimentación, que tienen como objetivo una reducción en el peso. Son enfermedades de carácter mental que tienen un fuerte impacto en la salud física de la persona, ya que esta presenta una preocupación excesiva por su peso e imagen corporal, por lo que altera sus hábitos comunes de alimentación.

La American Psychological Association (referida por Árciga; 2013) especifica que el término anorexia es incorrecto, ya que es rara la pérdida de apetito, por ello, este trastorno es llamado anorexia nerviosa y entre sus principales características, se encuentra que la persona mantiene un rechazo para ingerir alimento con el objetivo de no ganar peso, y mantenerlo así en el mínimo; se presenta también una alteración significativa en la percepción corporal, es decir, las personas que presentan este trastorno no tienen una idea real de la forma o tamaño de su cuerpo.

Entre las investigaciones recientemente realizadas en el tema de los trastornos alimenticios, se encontró una tesis realizada por Árciga (2013), en la Universidad Don

Vasco, de Uruapan, Michoacán, la cual examinó la relación entre los trastornos alimentarios y rasgos de personalidad. Para esta investigación se utilizó la prueba Inventario de Conducta Alimentaria (EDI-2) de Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios. La población fueron alumnos de preparatoria entre los 15 y 16 años. Los resultados encontrados confirman que existe una relación significativa entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios.

Otra investigación fue realizada por Garrido (2000), en Barcelona, en la cual se estudió el desarrollo de competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario. La población fue un grupo de 320 adolescentes. Los resultados de dicha investigación indicaron que más de un cuarto de la población se encuentra en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, asimismo, se encontró que las relaciones familiares negativas, son un factor importante para aumentar el padecimiento de un trastorno alimenticio.

Finalmente, al indagar en el Colegio de Ciencias y Humanidades respecto al tema a investigar, se encontró que la población más afectada son los alumnos de primer ingreso, es decir, los que se encuentran cursando el primer y segundo semestre de la preparatoria, ya que según reportan los directivos, estos educandos se encuentran en un cambio significativo y buscan encajar en los nuevos grupos sociales y asumirse pertenecientes a ellos.

Planteamiento del problema

En la actualidad, el estudio de las emociones resulta complejo de entender, ya que en ocasiones hay la costumbre de no expresarlas de manera adecuada. Por lo tanto, es relevante destacar que las competencias emocionales son tema muy recurrente en el ámbito psicopedagógico.

La competencia emocional hace referencia a la capacidad que tienen los individuos de expresar sus propias emociones con total libertad, este concepto se derivada de la inteligencia emocional que se entiende cuando una persona identifica sus propias emociones.

De igual manera, el tema de los trastornos alimentarios es muy comentado actualmente en diferentes ámbitos, por ello, es necesario conocer si existe relación o no con el eficaz manejo de las emociones y el padecimiento de algún factor asociado a los trastornos antes mencionados.

Por otra parte, se conoce que la adolescencia es una etapa del desarrollo donde no se está exento de cambios significativos; quienes se encuentran en esta etapa, difícilmente se saben expresar y con quien hacerlo, debido a lo anterior, es necesario efectuar el estudio en dicha población, ya que pudiese ser la más vulnerable a estas problemáticas.

En función a lo anterior, se pretende en esta investigación dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios están relacionados significativamente con las competencias emocionales en los alumnos del CCH de la Universidad Don Vasco, del ciclo escolar 2016-2017?

Objetivos

Existe, para toda investigación, un conjunto de lineamientos que encauzan las diversas tareas inherentes a dicho ejercicio. Para el presente estudio, se formularon los siguientes.

Objetivo general

Determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Preparatoria CCH de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, México.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de competencia emocional.
2. Describir las principales competencias emocionales.
3. Analizar las principales aportaciones teóricas de las competencias emocionales.

4. Conocer la relación existente entre competencia emocional y los factores asociados a los trastornos alimentarios.
5. Conceptualizar los principales trastornos alimentarios.
6. Examinar los principales avances teóricos relacionados con los trastornos alimentarios
7. Medir las competencias emocionales de los alumnos del CCH de la Universidad Don Vasco, A.C.
8. Evaluar los factores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios en los alumnos del CCH de la Universidad Don Vasco, A.C.

Hipótesis

El objetivo general planteado para el presente caso, junto con la información documental disponible, permitieron enunciar las siguientes explicaciones tentativas al respecto de la realidad a examinar.

Hipótesis de trabajo

Los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios están relacionados significativamente con las competencias emocionales de los alumnos de Preparatoria del CCH, del ciclo escolar 2016-2017, de la Universidad Don Vasco.

Hipótesis nula

Los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no están relacionados significativamente con las competencias emocionales de los alumnos de Preparatoria del CCH, del ciclo escolar 2016-2017 de la Universidad Don Vasco.

Operacionalización de las variables

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), las definiciones de las variables no pueden ser vinculadas directamente con la realidad o el fenómeno en su contexto natural, por ello, los científicos e investigadores deben indagar a profundidad, llegando a la comprobación y contextualización de las variables estudiadas, lo que se conoce como definiciones operacionales.

Por lo tanto, para los fines de esta investigación, se midió la variable competencias emociones, obteniendo como resultado los puntajes de los sujetos estudiados por medio del Test de Coeficiente Emocional de Bar-On, adaptado al perfil de competencias emocionales.

La adaptación del Test de Coeficiente Emocional de Bar-On es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos (Ugarriza; 2001).

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

La escala fue diseñada por Reuven Bar-On y traducida al español por Nelly Ugarriza (2005). Adicionalmente, se realizó una estandarización en la Universidad Don Vasco en el año 2015.

Para la medición de la segunda variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios correspondiente a la recolección de datos se utilizó la Escala de Trastornos alimentarios (EDI-2) diseñada por David M. Garner (1998). Dicho instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

Los trastornos alimentarios son una realidad ineludible, con los que se está expuesto constantemente. La presente investigación puede considerarse como un marco inicial en cuanto al tema se refiere, ya que es novedoso y no se han hecho investigaciones que examinen las competencias emocionales en relación con los trastornos alimentarios en adolescentes.

Cabe destacar que será de utilidad para profesionistas del área de la salud como psicólogos, médicos, nutriólogos comprometidos y personas afines al tema, que

se sientan interesadas por el mismo; ya que, por medio de esta investigación, obtendrán información acerca de la manera en que los adolescentes conciben los trastornos alimentarios, para poder intervenir en ellos objetivamente de ser necesario, y brindarles un trato adecuado a las necesidades que presenten.

La información obtenida en la investigación, será fructífera principalmente para psicólogos del área clínica, ya que, al presentarse información general de la percepción de dicho tema en los adolescentes, asimismo, se pretende el acercamiento al tema de competencias emocionales, ya que se tienen pocas herramientas para ser tratadas, y los profesionistas relacionados estarán más capacitados en cómo abordarla.

Independientemente el área de psicología en la que se esté interesado, se podrán estudiar los resultados de esta investigación como punto de partida para un trabajo subsecuente.

Se pretende sensibilizar a los trabajadores sociales, médicos y personal del área de la salud, para que humanicen su trato hacia pacientes con problemáticas similares, ya que no siempre se atienden sus necesidades y tienden a ser déspotas o inconscientes con dicho tópico.

Finalmente, se dejan abiertas posibilidades de profundizar en futuras investigaciones para la intervención con adolescentes en cuanto respecta al tema de

la relación entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Universidad Don Vasco, específicamente en el Colegio de Ciencias y Humanidades, incorporada a la UNAM con clave 7727. Dicha institución se rige por una disciplina social cristiana.

La Universidad Don Vasco surgió como una escuela secundaria en el año 1964, con el lema “Integración y Superación” estaba localizada donde hoy se encuentra el Hotel “El Tarasco”, de esta ciudad; se pudo llevar a cabo su apertura gracias al Señor Cura José Luis Sahagún De La Parra y el Señor Pbro. Gonzalo Gutiérrez Guzmán, junto con ellos, el Licenciado Rafael Anaya González; actualmente, la institución cuenta con servicios de secundaria, preparatoria y diez licenciaturas.

Dicho campus cuenta con siete edificios conformados por diversas oficinas, sesenta aulas aproximadamente, baños y espacios tipo taller con equipos para audio y video. Tiene dos puertas de acceso, cada una de estas con caseta de vigilancia, canchas de basquetbol, volibol y futbol, laboratorios, cuatro estacionamientos, dos cafeterías, capilla y amplios jardines. Para las actividades académico-culturales, la institución cuenta con un auditorio.

El Colegio de Ciencias y Humanidades es una modalidad de bachillerato que a diferencia de una preparatoria tradicional, los alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, tienen una participación más activa, esto para lograr un mejor aprovechamiento. En el presente ciclo escolar cuenta con 332 alumnos.

CAPÍTULO 1

COMPETENCIAS EMOCIONALES

En este primer capítulo, se abordará la información más relevante en relación con las competencias emocionales, para el entendimiento de la investigación. Se presenta el término desde la perspectiva de varios autores, también sus clasificaciones, para explicar cómo están presentes en la vida actual y la manera en que se desarrollan en los individuos.

1.1 Marco conceptual

En la actualidad, existe cierta confusión entre inteligencia emocional, competencia emocional y educación emocional. De acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007), no se pone en duda la importancia y capacidad de adquirir ciertas competencias emocionales y desarrollarlas paulatinamente en la experiencia diaria, ya que el contar con ellas hará una persona integral.

Por lo tanto, se apoya la idea de que la educación emocional sea aplicada como tal, es decir, como un proceso educativo continuo y que perdure; por lo tanto, la persona que ha desarrollado sus potencialidades respecto a las competencias emocionales, se irá capacitando para la vida.

Finalmente, se destaca que el término inteligencia emocional es un concepto el cual está en controversia para los psicólogos, sin embargo, la educación emocional tiene como objetivo el desarrollo de las competencias emocionales.

1.1.1 Las emociones

A lo largo del tiempo, se han presentado ciertas problemáticas para poder definir la palabra emoción, una de ellas es la dificultad para definirla, las múltiples de entenderla, las diferentes formas y aplicaciones de estudiarla. Existen cientos de conceptos para la misma, por lo tanto, se considera que dicha palabra expresa una carencia en su significado, así como los límites para poder concretarla.

Según Pinillos, la emoción es un “estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión” (citado por Palmero y cols.; 2002).

Por otro lado, Izard “defiende que las emociones constituyen el principal sistema motivacional humano, determinando y organizando la conducta” (citado por Garrido; 2000: 76).

Asimismo, Plutchik expresa que las emociones cumplen funciones adaptativas, con esto se permite a los seres humanos la supervivencia en los ámbitos donde se desarrollen; además de presentar una teoría general psicoevolutiva, donde se habla

de cómo está relacionada la emoción, cognición y acción, dependiendo de la evaluación del sujeto en el ambiente (referido por Garrido; 2000).

1.1.1.1 El afecto

La importancia de diferenciar entre descriptores afectivos y emocionales, se da porque se enfrenta una a una gran diversidad terminológica y conceptual, ya que se utilizan varios términos para nombrar los estados afectivos y el no estar especificados, se puede generar un problema.

El afecto se refiere a la valoración que hace la persona de las distintas situaciones a las que se enfrenta, es decir, tiene una connotación más particular con cada individuo, y se ha investigado de la existencia de dos principales dimensiones afectivas básicas: la positiva (placer) y negativa (displacer). Como seres humanos se tiene la tendencia innata un afecto placentero, también llamado hedonismo (Palmero y cols.; 2002).

1.1.1.2 El estado de ánimo

El estado de ánimo es una forma específica que implica la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene el sujeto de experimentar placer o dolor en un futuro, donde se estima que su duración puede ser de varios días y aparecer normalmente por una causa remota en el tiempo, sin tener que estar presente (Palmero y cols.; 2002).

Isen y Morris hablan acerca del estado de ánimo que se distingue de las emociones por tres criterios específicos: poseer una mayor duración, ser de menor intensidad y tener un carácter difuso o global; asimismo, implica no saber la causa u objeto específico por el que se encuentra el individuo de ese humor (referido por Palmero y cols.; 2002)

Por último, es necesario conocer que el humor puede ser producido por cambios hormonales, o bien, por una experiencia emocional de muy alta intensidad, cuya expresión emocional se ha inhibido, por lo que la probabilidad de generar un humor específico, aumenta.

1.1.1.3 El sentimiento

Se le llama sentimiento a la experiencia subjetiva de la emoción, es decir, la manera en que los sujetos hacen ciertas evaluaciones tras un evento emocional. Dichos sentimientos ayudan a determinar la relación con otras personas.

Frijda (retomado por Palmero y cols.; 2002) menciona que los sentimientos, también llamados actitudes emocionales, son disposiciones a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos; dicho de otro modo, es la disposición a hacer atribuciones afectivas y su propensión a responder afectivamente.

Un sentimiento propicia la emoción de dos maneras: 1) Un sentimiento consiste en una disposición cognitiva a valorar un objeto de una manera particular, de modo

que la valoración se produce de manera similar a como se hace durante una emoción, y 2) Los sentimientos son disposiciones que favorecen que un objeto se canalice de manera rápida durante una emoción (referido por Palmero y cols.; 2002).

1.1.1.4 Emoción como descriptor emocional

Según Palmero y cols. (2002), el concepto de emoción es utilizado en psicología teórica al menos de tres formas distintas: la primera es para referirse al síndrome emocional; la segunda, a un estado emocional y la tercera, a una reacción emocional. Un síndrome emocional es lo que comúnmente se experimenta durante una emoción: ira, tristeza, miedo, por citar algunos ejemplos.

En lo referente a la lectura, Frijda señala que “la emoción es una forma concreta de afecto, que incluye entre sus componentes el sentimiento, tiene una menor duración que el humor, siendo el fruto de la relación concreta de la persona con el ambiente; en otras palabras, son fenómenos que pueden caracterizarse como intencionales, puesto que suponen una relación sujeto-objeto (citado por Palmero y cols.; 2002: 22).

Finalmente, la importancia de definir a la emoción radica en la dificultad de entenderla o saberla expresar; no es algo sencillo, ya que se carece de una definición consensuada. De este modo, Wenger y sus colaboradores expresan: “Casi todo mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En este momento prácticamente nadie afirma poder entenderla” (citado por Palmero y cols.; 2002: 18).

1.1.2 El concepto de competencias

Resulta complejo el tratar de definir el término competencia, puesto que existen distintas visiones sobre el término: desde lo psicológico, pedagógico, lingüístico, entre otros. A lo largo de los años, el término se ha venido desarrollando de múltiples maneras, ya que como se mencionó, dicho término tiene un sinnúmero de aplicaciones.

De este modo, las han dividido por categorías según sus elementos constitutivos, que se mencionan a continuación.

La primera categoría engloba competencias por habilidades, según conductas o aptitudes, acciones y saberes. En la siguiente categoría se agrupan según aplicabilidad y utilidad, en donde destacan las competencias por conjunto y la capacidad con la que cada individuo cuenta.

Tejada menciona que, “las competencias son un conjunto de conocimientos, procedimientos y aptitudes combinados, coordinados e integrados en la acción, adquiridos a través de la experiencia (formativa y no formativa –profesional-) que permite al individuo resolver problemas específicos de forma autónoma y flexible en contextos singulares” (referido por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Por otro lado, Valverde aporta que es “la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizando los conocimientos, destrezas y comprensión

necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone. El trabajo competente incluye la movilización de atributos de los trabajadores como base para facilitar su capacidad para solucionar situaciones contingentes y problemas que surgen durante el ejercicio del trabajo” (referido por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Asimismo, Lévy-Leboyer afirma que las competencias, “son comportamientos observables en la realidad cotidiana del trabajo e igualmente, en situaciones test. Ponen en práctica de forma integrada, aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos adquiridos (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Finalmente, Le Boterf aporta: “El saber combinatorio cada competencia es el producto de una combinación de recursos. Para construir sus competencias el profesional utiliza un doble equipamiento: el equipamiento incorporado a su persona (saberes, saberes hacer, cualidades, experiencia) y el equipamiento de sus experiencias (medios, red relacional, red de información). Las competencias producidas con recursos se encarnan en actividades y conductas profesionales adaptadas a contextos singulares” (referido por Bisquerra y Pérez; 2007: 2).

Spencer y Spencer consideran que las competencias se caracterizan por ser peculiaridades inherentes al ser, las cuales incluyen la motivación, los rasgos psicofísicos, las formas de comportamiento, el auto concepto, los conocimientos, las destrezas motoras y las destrezas cognitivas (citados por Correa; 2007).

Bunk (mencionado por Correa; 2007: 22) desarrolla una categorización en que distingue cuatro tipos de competencias:

- La primera es la competencia técnica: “Implica el dominio como experto de las tareas y contenidos de su ámbito de trabajo, así como los conocimientos y destrezas necesarios para su desempeño”.
- La competencia metodológica “implica la capacidad de reacción al aplicar el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten. Quien posee este tipo de competencia encuentra de forma independiente vías de solución y las transfiere adecuadamente las experiencias adquiridas a otros problemas de trabajo.”
- La competencia social “implica saber colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, y muestra un comportamiento orientado al grupo, así como un entendimiento interpersonal.
- La competencia participativa “implica saber participaren la organización de su puesto de trabajo y también en su entorno de trabajo. Es capaz de decidir y de asumir responsabilidades (Correa; 2007: 22).

Es válido considerar que las competencias se evidencian en la acción, ya que son el resultado de la conducta humana. Es decir, la competencia no reside solamente en los recursos (capacidades) sino en la movilización adecuada de los mismos, a lo que se le conoce como “acción apropiada”. Para ser competente es necesario poner

en juego una serie de recursos cognitivos y motores; donde se pone en evidencia el potencial con el que cuenta cada ser humano.

Finalmente, se puede concluir que las competencias son un conjunto de conocimientos, actitudes y capacidades que el individuo debe de saber aplicar de forma integrada ante situaciones que demanden dicha actividad en determinado contexto, de la manera más adecuada posible.

1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional

Al conceptualizar el término inteligencia, se encuentra con la dificultad de incluir distintos argumentos semánticos, es decir, que no se cuenta con un criterio claro sobre qué desempeños son representativos o no de la inteligencia.

Vernon (1982) define que “la inteligencia se refiere a las habilidades más generalizadas, las estrategias del pensamiento, y el nivel conceptual general, que se aplican en un rango amplio de actividades cognoscitivas o en nuevos aprendizajes, y que se constituyen primordialmente mediante la interacción con las experiencias ambientales cotidianas en el hogar o en las recreaciones y solo de modo secundario mediante la estimulación en la escuela” (52).

Siendo así, dicho autor considera que la influencia de los factores genéticos sobre el desempeño escolar, es más baja que una inteligencia emocional, en donde

se incluyen casos con discrepancias, respecto a la motivación que presenta, una enseñanza ineficaz o un ambiente que no proporciona ningún respaldo en el hogar.

El autor Thorndike asegura “que la inteligencia social es distinta de las capacidades académicas y, al mismo tiempo, es una parte clave de lo que hace que la gente le vaya bien en el aspecto práctico en la vida (Goleman; 2007: 63).

Sin embargo, en los últimos años se ha llegado a conclusiones más específicas que como lo plantea Gardner, los antiguos conceptos de inteligencia giraban únicamente en torno a las habilidades lingüísticas y matemáticas, por lo que se ha adoptado una visión más amplia de la inteligencia, considerando el término de inteligencia emocional incluyendo cinco distintas capacidades; 1. Conocerlas propias emociones, teniendo conciencia de unos mismo para reconocer los sentimientos, 2. Manejar las emociones, para que estas sean las adecuadas en todos los ámbitos, 3. La propia motivación, las personas con esta cualidad son más productivas y eficaces en cualquier tarea, 4. Reconocer las emociones de los demás, el ser empático en el aspecto social y, 5. Manejar las relaciones, es el poder interactuar de manera serena con los demás (citado por Goleman; 2007).

Con lo anterior se llega al término inteligencia emocional, que BarOn define 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. Como tal, nuestra inteligencia no cognitiva es un factor importante

en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional” (citado por Ugarriza; 2001: 131).

1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales

De esta manera, con el concepto de competencia, la delimitación del constructo de competencia emocional sigue siendo tema de debate en el cual todavía no existe un acuerdo establecido entre los expertos para denominar dicho concepto. La dificultad radica en que el constructo de competencia emocional incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias, elaborándose diversas propuestas para poder describirla.

Salovey y Sluyter, presentan cinco dimensiones básicas que se incluyen en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y finalmente, autocontrol. Dichas dimensiones coinciden con el concepto de inteligencia emocional, que Goleman ha definido con cinco dominios propios de la persona, autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales, que además incluyen otras veinticinco competencias existentes (referido por Bisquerra y Pérez; 2007: 5).

Para el autor Saami, la competencia emocional está muy relacionada con la autoeficacia, esto al expresar emociones en los distintos contextos sociales. Dicho autor define la autoeficacia como la capacidad y las habilidades que poseen los

individuos para cumplir objetivos deseados, asimismo, para que pueda presentar la autoeficacia como tal, se deben conocer las propias emociones y la capacidad para regularlas (mencionado por Bisquerra y Pérez; 2007).

Se entiende a las competencias emocionales como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra y Pérez; 2007: 8).

Los beneficios que genera el desarrollo de las competencias emocionales en las personas, son muy significativos, ya que se habla de un autoconocimiento para actuar de manera adecuada ante cualquier situación sin que esta última sobrepase los límites con los que cuenta el sujeto. Además de saber intervenir en las situaciones, resulta conveniente al influir en las demás personas, para que el ambiente en el que se esté interactuando sea más agradable.

1.1.5 Clasificación de las competencias emocionales

Existen diferentes formas y enfoques al momento de clasificar a las competencias emocionales, esto depende de los autores que se estén abordando. A continuación, se presentarán dos autores y la manera en que cada uno ha clasificado la información.

El autor Bisquerra (2003: 9), realiza cinco bloques para hablar de las competencias emocionales, incluyendo en cada uno de estos, información más detallada en cuanto a lo que se refiere.

1. “Conciencia emocional: Se le llama de esta forma a la capacidad que se tiene de ser conscientes de las propias emociones y de los demás; esto incluye la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. Para ello se debe ser capaz de percibir con precisión los propios sentimientos y emociones, identificarlos y etiquetarlos de manera correcta, esto incluye dar el nombre adecuado al cómo se está sintiendo. Por ejemplo, es común que las personas expresen su tristeza con irritabilidad o furia, ya que resulta más sencillo, decir: -Estoy enojado; a decir –me siento triste.
2. Regulación emocional: Este bloque hace alusión a la forma de canalizar las emociones de manera correcta. Manejar y expresar las emociones de acuerdo con cómo se estén sintiendo, sin tener que llegar al estrés o ansiedad; tener claro que existe una interacción cercana entre la emoción, cognición y comportamiento para poder afrontar situaciones inesperadas mediante la utilización de estrategias de autorregulación. Que lleve a los individuos al bienestar propio y mejorar su calidad de vida.
3. Autonomía emocional: Este apartado incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal. El tener una sana autoestima implica tener una imagen positiva y estar satisfecho consigo mismo; la automotivación y la actitud positiva se refiere a implicarse emocionalmente en actividades diversas de la vida, siempre con una actitud de optimismo. Finalmente,

al ser responsable y crítico de las normas sociales se evaluará el propio comportamiento en la sociedad, tratando que sea seguro, saludable y ético.

4. Competencia social: Se le llama así a la capacidad para mantener sanas relaciones con otras personas. Está ligado al dominio de las habilidades sociales básicas, o lo que comúnmente conocemos como valores, estos incluyen escuchar, saludar, pedir disculpas, respetar a los demás y sus diferencias, practicar el dominio de la comunicación receptiva y expresiva, ser asertivos, es decir tener un comportamiento equilibrado entre la agresividad y pasividad, en conclusión, evitar conflictos innecesarios y poder gestionar diversas situaciones emocionales.
5. Competencias para la vida y el bienestar: Se denomina así a la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar de manera satisfactoria los desafíos diarios de la vida. La toma de decisiones juega un papel importante en para llevar una vida plena, se señala el hacerlo de manera responsable y segura, así como la fijación de objetivos, tratar que sean lo más realistas. Al enunciar el bienestar subjetivo se refiere a estar optimista ante cualquier situación, para contagiar a las demás personas, es decir, tener la capacidad de no amargarse y transmitir la felicidad que cada uno está viviendo”.

Por otro lado, BarOn (citado por Ugarriza; 2001: 131), presenta cinco principales componentes conceptuales, para la descripción de lo que él llamó inteligencia emocional o inteligencia no cognitiva.

1. “Componente intrapersonal: Se refiere a la capacidad para percatarse, comprender y expresar los sentimientos y emociones de sí mismo, defendiendo

nuestros derechos e ideales de manera no destructiva y sin dañar a terceros. En lo que concierne a la autorrealización e independencia, se habla de saber auto dirigirse de manera confiada e independiente, es decir, realizar lo que realmente se puede y quiere, con el mismo objetivo, disfrutar.

2. Componente interpersonal: En este apartado se destaca la empatía, la cual se entiende como la habilidad de percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás, sin dejar de lado el establecimiento de relaciones mutuas satisfactorias con las personas que se interactúa diariamente, cooperando y contribuyendo como miembro constructivo de algún grupo social.
3. Componente de adaptabilidad: Dicho componente incluye la solución de problemas, donde resulta indispensable identificar y definir las situaciones a las que se está enfrentando para la implementación de estrategias efectivas. Asimismo, hablar de adaptabilidad no se puede dejar de lado la palabra flexibilidad, que se refiere a realizar un ajuste adecuado a las emociones, pensamientos y conductas a situaciones específicas en situaciones cambiantes.
4. Componente del manejo del estrés: La tolerancia al estrés se refiere a la manera en que las personas soportan eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones, sin dejar de lado su integridad como individuo. Una persona que enfrenta de manera positiva el estrés no se paraliza ante un grave problema, de modo contrario, busca soluciones que lo lleven a salir exento de tal cosa; controlando impulsos que seguramente otra persona con menor tolerancia, actuaría de manera negativa, dejando que determinada situación lo supere como persona.

5. Componente del estado de ánimo en general: En este componente se habla de la felicidad, que se describe como la habilidad para sentirse satisfecho con la vida, ser positivo y sentirse satisfecho para disfrutar cada instante, así como el ser optimista tiene que ver con ver el aspecto más brillante de la vida a pesar de la adversidad.”

Con lo anterior, se puede concluir que la información de ambos autores coincide en las explicaciones de cada una de las competencias emocionales, difiriendo un poco en la manera de denominarlas, por lo tanto, se sabe que las competencias emocionales pueden ser desarrolladas por las personas en el transcurso de sus vidas, es decir, no un don con el que se haya nacido y el cual no pueda ser modificado con el paso del tiempo.

1.1.6 Clasificación de las competencias emocionales

Existe una pregunta que continuamente se hacen las personas al adentrarse a la información de las competencias emocionales: ¿Dichas competencias son parte de la personalidad o pueden ser desarrolladas por cualquier persona?

La inteligencia emocional, como habilidad, no se puede entender tampoco como un rasgo de personalidad o parte del “carácter” de una persona (Fernández y Extremera; 2002). Por ejemplo, existen personas que como característica de personalidad tienden a ser más extrovertidos que otros, en este caso, no puede ser predicho el grado de inteligencia o competencia emocional que posee. Lo que sí puede llegar a suceder, es que para esta persona le resulte más sencillo desarrollarla, o

hacerlo con mayor rapidez, con esto no significa que una persona de personalidad introvertida no pueda igualar.

Para comenzar, si se quiere destacar en las competencias emocionales, es necesario que el individuo cuente con un satisfactorio dominio en el reconocimiento de cómo se siente, debe establecer una base para que posteriormente aprenda a controlarse, moderar sus reacciones y no dejarse arrastrar por sus impulsos o pasiones exaltadas. Es decir, “para poder desarrollar la percepción y expresión emocional, es indispensable que se evalúe el grado de conciencia emocional, el cual siempre está ligado a la capacidad de poder describir los sentimientos, expresarlos con palabras y darle una etiqueta verbal correcta, mediante gestos, conductas y palabras” (referido por Fernández y Extremera; 2002: 3).

Siglos atrás, filósofos y científicos han dudado de la interacción y ayuda recíproca entre la razón y pasión, ya que son vistos como aspectos opuestos en la vida diaria. Ahora bien, “las emociones y los pensamientos se encuentran fusionados sólidamente y, si sabemos utilizar las emociones al servicio del pensamiento, nos ayudan a razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones” (citado por Fernández y Extremera; 2002: 3).

Para llegar a la comprensión emocional, es imprescindible que la persona entienda los sentimientos de los demás, empezando por los suyos, así como las sus necesidades y deseos, qué eventos, situaciones o individuos causan determinados sentimientos, el hacer evidente qué pensamientos generan tales emociones, cómo se

afecta y qué consecuencias y reacciones se pueden provocar. Una vez que se es empático consigo mismo, resulta más sencillo entender a los demás, comprendiendo que no todos experimentan situaciones semejantes y mucho menos ante las mismas personas, la individualidad orienta las vidas de cada uno, teniendo distintos miedos, necesidades, deseos y odios.

Se sabe con certeza que el dominar la regulación de los estados emocionales, es una habilidad sumamente complicada, la cual consiste en manejar de manera correcta situaciones intensas, ya sean positivas o negativas. La dificultad de realizarlo de manera correcta, radica en que existe una delgada línea entre sentir una emoción y dejarse llevar por ella; para llevar a cabo tal regulación, es indispensable percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo que se está llevando a cabo, sin ser agobiado por el mismo.

Para finalizar, si se pretende desarrollar las competencias emociones, es primordial educarse de manera correcta, así como lo exponen Fernández y Extremera (2002: 5), “la enseñanza de las emociones inteligentes depende de la práctica, el entrenamiento y su perfeccionamiento y, no tanto, de la instrucción verbal. Ante una redacción emocional des adaptativa de poco sirve el sermón o la amenaza verbal de <<no lo vuelvas a hacer>>”. Lo esencial es ejercitar y practicar las capacidades emocionales desglosadas en el artículo y convertirlas en una parte más del repertorio.

1.2 Las competencias emocionales en la vida actual

En primera instancia, se sabe que las competencias integran una serie de formas de actuar complejas propias de la condición humana, ya que están íntimamente integrados aspectos cognitivos, emocionales y biológicos, de la misma manera que los aspectos cognitivos y sociales interactuando en un contexto de manera multidimensional. A continuación, se muestra cómo las competencias emocionales están presentes en todos los ámbitos de la vida, ya que a medida que las personas van adquiriéndolas, pueden ser observadas las consecuencias de estas en su comportamiento cotidiano.

1.2.1 Las competencias emocionales en la vida laboral

El interés por las competencias emocionales en el área emocional ha ido en aumento, a partir de observar cómo las empresas se han desarrollado mejor al momento de tener personas que cumplen con estas características.

Las emociones son fuertemente contagiosas dentro de una empresa, por ello, de ese estado de ánimo que se difunde por la empresa depende una parte considerable de su éxito o fracaso. Por ende, actualmente muchas organizaciones empresariales están invirtiendo la su formación en estos temas.

“La aptitud emocional es importante sobre todo en el liderazgo, papel cuya esencia es lograr que otros ejecuten sus respectivos trabajos con más efectividad. La

ineptitud de los líderes reduce el desempeño de todos: hace que se malgaste el tiempo, crea asperezas, corroe la motivación y la dedicación al trabajo, acumula hostilidad y apatía” (Goleman; 2007: 64).

En el mismo sentido, Weisinger afirma que “invertir en el desarrollo de las competencias emocionales de los trabajadores de una organización, da como fruto consecuencias altamente positivas en múltiples situaciones, como lo es resolver eficazmente situaciones delicadas con un compañero, contribuir a la mejora entre la relación empresa-cliente, afrontar de manera adecuada las críticas de jefes y/o compañeros, ser perseverantes en sus tareas hasta concluir las, enfrentar retos constantes óptimamente, entre otros” (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 14).

1.2.2 Las competencias emocionales en la vida escolar

Al considerar la importancia que tienen las emociones en la vida personal y social, también es necesario hacerlo en la educación. Esta consideración indica que se tiene que intervenir en las estrategias adecuadas para integrar las emociones a las dimensiones cognitivas para poder conseguir el máximo provecho de todos los potenciales de cada alumno. Dichos potenciales incluyen la habilidad de sentir y entender las emociones y los sentimientos que cada uno posee y de los demás, así como utilizar la información que proporcionan para orientar la acción.

Esta competencia está basada en la autorregulación personal interna, la regulación del encuentro con el o los otros, tener una competencia emocional

intrapersonal, influye sobre la salud mental de los estudiantes y este último, está en relación con un equilibrio psicológico, que al final de cuentas, afecta al rendimiento académico final.

Asimismo, se han realizado múltiples investigaciones en donde se examinó la relación entre las competencias emocionales y el rendimiento académico, las cuales están significativamente vinculadas. Es decir, un alumno que ha sido educado de manera íntegra respecto al control de sus emociones, obtendrá mejores notas en su desempeño escolar, ya que sabrá actuar de manera más eficaz si se le presentan problemáticas. Ya que las emociones en torno a las relaciones también tienen sus efectos sobre los aprendizajes. La ansiedad que produce el desamor, la pelea, el rencor, provoca secuestros emocionales que impiden el eficiente funcionamiento de los procesos cognitivos.

Finalmente, Extremera y Berrocal (2002) afirman que los alumnos emocionalmente inteligentes, como norma general, poseen mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, presentan una mayor calidad y cantidad de redes interpersonales y de apoyo social, son menos propensos a realizar comportamientos disruptivos, agresivos o violentos; pueden llegar a obtener un mayor rendimiento escolar al enfrentarse a las situaciones de estrés con mayor facilidad y consumen menor cantidad de sustancias adictivas.

1.2.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos

Las condiciones de la vida moderna conducen a las personas hacia camino de aparente bienestar, y estos a la vez que conllevan riesgos en el equilibrio personal y social como lo son la ansiedad, depresión, dependencias o pérdida del sentido de vida.

Varios autores se han preocupado por analizar científicamente las diferencias en la capacidad de expresión emocional entre hombres y mujeres, los cuales los han denominado competencias para la vida y que permiten organizar la propia vida de forma sana y equilibrada, facilitando experiencias de satisfacción o bienestar (citado por Bisquerra y Pérez; 2007).

Asimismo, Ader y cols. aseguran que “el desarrollo emocional tiene cierta influencia sobre la salud y aceptan la existencia de un vínculo físico entre en sistema nervioso e inmunológico, por ello, las emociones negativas debilitan el último sistema, en cambio, las emociones positivas como lo es el buen humor, el optimismo y la esperanza, contribuyen a sobrellevar una mejor enfermedad y facilitar el proceso de recuperación” (referidos por Bisquerra y Pérez; 2007: 15).

Finalmente, se puede concluir que es de suma importancia que llevar a cabo la educación emocional para aplicarse a las competencias para la vida y el bienestar. Ya que la capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean personales, profesionales, familiares, sociales, de tiempo libre, y el desarrollo y ejecución

dependen de cada individuo y su capacidad para hacer frente a las situaciones que se le vayan presentando, obteniendo como resultado el goce de una vida más feliz.

1.3 Evaluación de las competencias emocionales

Existen muchos estudios psicométricos para la valoración de rasgos de personalidad; muchos de ellos no han sido estandarizados para países de habla hispana. Varias de estas pruebas psicológicas carecen de validez teórica, especialmente al momento de realizar el muestreo, por lo que es necesario que cada una de estas aplicaciones se haga de manera rigurosa para que tienda a ser altamente confiable. En el ámbito educativo, los autores Extremera y Fernández (2004) han empleado tres enfoques para evaluar la inteligencia emocional, cada uno descrito a continuación.

1.3.1 Evaluación basada en cuestionarios, escalas y autoinformes

Este método de evaluación ha sido el más tradicional y utilizado en el campo de la psicología. Su aplicación se lleva a cabo mediante la aplicación de cuestionarios para la obtención de perfiles en variables de personalidad, lo anterior se realiza a través de una escala Likert que varía desde *nunca* hasta muy *frecuente*; para conocer las creencias y expectativas de las personas.

Inventario EQ-i de BarOn: Con este instrumento se obtiene una amplia gama de habilidades emocionales y sociales. Contiene 133 ítems que están compuestos por

cinco factores generales, que se descomponen en un total de 15 sub-escalas: 1) Inteligencia intrapersonal, 2) Inteligencia interpersonal, 3) Adaptación, 4) Gestión de estrés, y 5) Humor general; integrada por las subescalas de felicidad y optimismo. Además, el inventario incluye cuatro indicadores de validez que miden el grado con que los sujetos responden.

1.3.2 Evaluación basada en observadores externos

La inteligencia emocional implica la capacidad para manejar y comprender las emociones de las personas que nos rodean, por lo tanto, resulta significativo preguntar a personas cercanas a los individuos la manera en que manejan sus emociones y cómo afrontan situaciones cotidianas. Estos últimos son llamados instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°, e indican el nivel de habilidad emocional percibida por los demás.

A través de la evaluación por observadores externos, se obtiene información que es de gran utilidad para evaluar destrezas relacionadas con habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y los niveles de impulsividad y de manejo emocional en situaciones de conflicto social.

1.3.3 Evaluación basada en tareas de ejecución

Esta última forma de evaluación se lleva a cabo para cubrir la oblicuidad que las dos anteriores pudiesen presentar. Su principal objetivo es el de evitar la falsificación

de respuestas que los propios sujetos expresen, con la finalidad de dar una imagen más positiva de ellos mismos. Si se desea evaluar a una persona para conocer su habilidad en algún ámbito, más que preguntar si puede realizarlo o no, se pone a prueba, para la comprobación de sus habilidades. Un ejemplo de esto es el siguiente: al estar visualizando candidatos para una selección de basquetbol, no se realiza mediante un cuestionario escrito donde se indague el tiempo que tenga jugando, su experiencia y si es hábil o no en dicho deporte; por el contrario, se lleva a cabo una prueba práctica en donde los participantes demuestran las habilidades con las que cuentan.

Finalmente, las medidas de habilidad, según Mayer, consisten en un conjunto de tareas emocionales, más novedosas en su procedimiento y formato, que evalúan el estilo en que un estudiante resuelve determinados problemas emocionales, comparando sus respuestas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos (referido por Extremera y Fernández; 2004).

Como ya se mencionó con anterioridad, hablar de competencias emocionales es un tema relativamente nuevo, ya que el estudio de las mismas implica una investigación multidisciplinaria para el sujeto que quiere desarrollarlas. Se considera que el eficaz manejo de las mismas dará un mejor resultado en cualquier ámbito en el que las personas se desempeñen, por lo tanto, el implementarlas como una filosofía de vida, puede llegar a ser algo sumamente benéfico.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo, se abordarán los factores relevantes de los trastornos alimentarios, donde se incluye una breve reseña histórica, las definiciones de cada uno con sus características y sus causas, así como el tratamiento para los mismos.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde tiempos remotos se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. En los banquetes que se solían organizar, se comía de forma desmesurada; dichos banquetes eran de carácter social por una demostración de poder, es decir, los reyes o personas acomodadas, tenían acceso a los mejores manjares. Asimismo, la restricción alimentaria estuvo asociada a un simbolismo religioso, se practicaba el ayuno como una penitencia, expresión del rechazo al mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado (referido por Jarne y Talam; 2000).

En 1667 una joven llamada Marthe Taylor despertó la curiosidad de médicos, nobles y clérigos, por un cuadro de inanición, donde la paciente pasó más de un año subsistiendo con bebidas azucaradas, presentando amenorrea, por lo que restringió todavía más su alimentación y vomitaba lo poco que comía.

Finalmente, Russell, en 1979 describe un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, donde consideró que estaba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas llegaban a evolucionar en su trastorno, la cual denominó anorexia nerviosa (referido por Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

Se conoce a los trastornos alimentarios por ser conductas anómalas en la ingestión de alimentos. Su característica principal radica que en dichos trastornos se pierde el control al estar ingiriendo comida, así como la alteración de la percepción de forma y peso corporales.

2.2.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario de los más comunes junto con la bulimia nerviosa. De acuerdo con la APA (2002), dicho trastorno se caracteriza por:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales.

Habitualmente la alteración se puede iniciar a partir de recibir una crítica de forma directa o indirectamente, siendo así que se comience con una restricción de la ingesta, ya sea conforme a la calidad o a la cantidad en el consumo de alimentos (referido por Belloch y cols.; 1995).

Existen otras formas de que las personas con este trastorno lleguen a perder peso: el uso inadecuado de laxantes y diuréticos o mediante purgas, por ejemplo, o vómitos provocados. Generalmente, los individuos que padecen este trastorno tienen poca conciencia de su alteración, la niegan y llegan a explicar historias muy inusuales.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA; 2002), existen dos subtipos para la anorexia nerviosa:

1. Restringido: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no se empeña en realizar atracones o conductas purgantes.
2. Compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre de manera regular a los atracones o purgas.

Finalmente, la anorexia tiene un curso crónico y se acompaña de una serie de complicaciones adicionales, tanto de comorbilidad como de mortalidad. En caso de realizarse una intervención o que esta no sea la más efectiva, el paciente seguirá un curso de desnutrición progresivo.

2.2.2 Bulimia nerviosa

El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal por medio de los llamados atracones; para posteriormente realizar métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

La APA (2002) define un atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo, de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían.

Para diagnosticar adecuadamente el trastorno, debe contar con los siguientes criterios:

1. Presencia de atracones: un atracón se caracteriza por:

- A) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- B) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
 3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
 4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Así como en la anorexia nerviosa, en este trastorno existen del mismo modo dos subtipos:

- Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- No purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o

practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (citado por la APA; 2002).

2.2.3 Obesidad

Se conoce a la obesidad por ser una acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud.

La obesidad puede causar problemas de salud considerables, que a su vez se anexan otras enfermedades como hipertensión, trastornos pulmonares y cardiovasculares, dolores de espalda, en articulaciones, entre otros (referido por Jarne y Talam; 2000).

Asimismo, otras personas obesas presentan problemas de personalidad que compensan o alivian comiendo en exceso, otro factor determinante es la ansiedad; por otra parte, se puede afirmar que la asociación entre personalidad y obesidad frecuentemente ha generado aportaciones y modelos explicativos confusos y contradictorios, aunque algunos trabajos apuntan hacia la presencia de ciertas características y rasgos propios de la obesidad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

El CIE-10 refiere que se trata de la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad” (citado por Castillo y León; 2005: 225).

Estos acontecimientos pueden ser desde accidentes, alguna operación quirúrgica, pérdidas significativas (duelos), y situaciones altamente estresantes que pueden desembocar en lo que se llama <<obesidad reactiva>>, principalmente en pacientes predispuestos a subir de peso de manera más fácil. Es común que las personas al estar pasando por algún acontecimiento de los mencionados anteriormente, busquen refugiarse en la comida, resulta una manera más fácil de controlar la situación por medio del alimento.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También son llamados como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Generalmente, aparecen vómitos constantes, no autoprovocados, en cuadros disociativos, son más usuales en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales como biológicos pueden facilitar su presencia, tanto de vómitos o nauseas recurrentes. Estos vómitos se dan de manera aislada a partir de otras situaciones, como lo son el estrés o la ansiedad (referido por Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia se refieren a las conductas donde el infante rechaza el alimento o ingiere sustancias poco comunes, en ocasiones son considerados normales, por la etapa del desarrollo. Para ser diagnosticados es necesario descartar que se deba a una enfermedad orgánica. Se realizó una división de dos categorías de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia; en la primera, llamada problemas alimentarios menores, estos no son considerados de riesgo para la salud, la segunda división abarca los problemas alimentarios mayores

La primera categoría se incluyen los trastornos descritos a continuación, disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, estos se refieren a la costumbre que tienen los infantes a comer parados, o estarse levantando de la mesa continuamente, comer con un adulto de compañía, comer si está jugando, no utilizar cubiertos cuando se requieren o no querer comer solamente cuando ya se tiene edad para hacerlo, en general son todos aquellos comportamientos inadecuados a la hora de la comida.

En el rechazo de alguna clase de comida, como su nombre lo indica, el niño de manera frecuente no quiere comer determinada comida, comúnmente se da con los vegetales; esto se vuelve una dificultad cuando llega a ser nocivo para la salud del niño, ya que, al no poder sustituirse dentro de la dieta, pierde los nutrientes requeridos para su desarrollo.

En la negación a tomar alimentos sólidos, es un comportamiento muy frecuente, los niños solo quiere tomar alimentos líquidos o lo menos solidos posible. En la mayoría de los casos, el peso y desarrollo del niño evolucionan de manera normal pero, el prolongar dicho comportamiento causa anormalidades para dientes o encías.

En la ingesta de comida mezclada, se trata de comer solamente aquellos alimentos que estén revueltos y con una mezcla de sabores. Al igual que los anteriores, no parece ser un problema de manera inmediata, estos vienen posteriormente, cuando el infante no tenga edad para ingerir la comida sin esfuerzo alguno, además de que, al querer dar los alimentos por separado, difícilmente los acepte, por la conducta a la que ya se ha acostumbrado.

La falta de apetito y problemas de alimentación en el infante, son considerados normales a los tres o cuatro años de vida; la mayoría de las veces no existe un problema grave, solo se necesita intervenir para tranquilizar a los padres en cuanto a información adecuada para que emplee los alimentos.

El tiempo de comida excesivo es el problema más frecuente, ya que se considera normal que los niños tarden más que los adultos, pero cuando esa lentitud excede generalmente, se debe a rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, no querer pasar la comida, o la existencia de distractores a su alrededor.

Finalmente, los vómitos son un problema que se da en la infancia, principalmente se debe descartar que los esté produciendo una causa física. El acto

de vomitar indica que el niño rechaza totalmente la comida, o lo hace como medio de escape de alguna situación, es algo que debe ser indagado previamente (referido por Jiménez; 1997).

En la segunda categoría se enuncia trastorno llamado pica o alotriofagia, el cual consiste en que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, como puede ser pegamento o arena. Es considerada una conducta anormal cuando se lleva a cabo por niños mayores a los 18 meses. En niños, se presenta como un síntoma de un trastorno psiquiátrico grave como el autismo, sin embargo, también es observable en niños pequeños con inteligencia normal, y se erradica en la adolescencia.

La rumiación, en cambio, se trata de un trastorno menos frecuente que el anterior y aparece entre los tres y doce meses; se trata de regurgitar de manera repetida la comida que ya se ingirió. Existen complicaciones ya que se comienza a perder peso ya que la comida es expulsada generalmente. Asimismo, puede aparecer en niños con retraso mental o algún trastorno generalizado del desarrollo.

Para Castillo y León (2005: 227) “la potomanía es una alteración no recogida en ninguna de las dos clasificaciones que sobre enfermedades mentales existen. Se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua.” En la potomanía se puede encontrar con pacientes con estructuras de carácter histérico. Además de realizarle a los pacientes un diagnóstico diferencial de diabetes insípida.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

En la serie de reflejos humanos, el llamado reflejo de succión y de deglución aparece anticipado de manera automatizada. La reacción oral es una de las primeras formas con las que el infante encuentra relación con el mundo externo; la madre es vista como alimento, más que como el objeto amado (referido por Ajuriaguerra; 1973).

De este modo, la conducta infantil ante el pecho materno pasa por distintas fases; cuando tiene una semana de nacido, responde a señales de equilibrio al querer ser alimentado de la forma habitual con la que se lleva a cabo; al segundo y tercer mes de vida conoce la señal de comida y reacciona llorando o inquietándose ante la presencia de un adulto cuando tiene hambre, finalmente, antes de los cuatro meses el niño reacciona al tomar biberón con cambios motores o con movimientos de succión.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Se sabe que la actividad oral es fuente de satisfacción y necesidad biológica de nutrición, así como también, una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, es decir si se realiza adecuadamente este lazo desde la infancia, posiblemente los problemas a presentar en un futuro sean menores; ya que no solo se le satisface el niño su hambre sino todas sus necesidades, va más allá de un acto nutritivo, es una entrega misma de la madre, no por el pecho que da, sino por la actitud con lo que lo hace (referido por Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Asimismo, no puede dejarse sin mencionar la manera en qué se presentan alteraciones desde los primeros días de nacidos, a continuación, se presentan las alteraciones más relevantes que pueden ser presentadas por los infantes.

1. Anorexia del recién nacido: La llamada anorexia esencial precoz se presenta de manera escasa. Si se llegara a presentar, ocurre en los primeros días o semanas de vida, regularmente aparece en niños de poco peso, nerviosos o muy despiertos, dichos niños presentan una pasividad ante la comida.
2. Anorexia del segundo semestre: Aparece entre el quinto y el octavo mes de nacido, se considera más frecuente que la anterior, su principal característica es que debido a los cambios que se llevan en estos meses en cuanto a la diversificación del alimento, el apetito puede presentarse escaso.
3. Anorexia inerte: Se refiere a cuando el infante no presenta iniciativa ni coopera al momento de alimentarlo, en ocasiones saca la leche o simplemente no la ingiere.
4. Anorexia de oposición: Es un enfrentamiento a la hora de comer, se caracteriza por chillidos, vómitos y rechazo a comer, es una auténtica lucha.
5. Anorexia compleja: En esta última, el niño manifiesta que la comida no le interesa, y presenta resistencia al momento de la comida.

Finalmente, la anorexia infantil no se presenta mediante síntomas, ni debe ser tratada mediante la forma de comer, generalmente, debe ser tratada desde el círculo

social en el que el infante vive, principalmente llevar a cabo una indagación en la relación con la madre.

2.4 Perfil de la persona con trastornos con trastornos de alimentación

Resulta importante conocer el perfil que presenta una persona que padece trastornos alimentarios, o que es vulnerable a padecerlos y tratar de corregirse antes de que dicho trastorno avance. A continuación, se desarrollan características individuales y familiares más comunes en personas afectadas por los trastornos de la alimentación.

- 1) Problemas con la autonomía: Se refiere a la dificultad que presentan algunas personas para funcionar de manera discriminada de la familia o de otros patrones externos. Frecuentemente viven pendientes de lo que otros esperan de ellos, de satisfacer a terceros o cumplir con los ideales esperados. El estar pensando constantemente en el no decepcionar a las personas les da como resultado poca seguridad en sí mismos y se presenta ineficacia personal.

- 2) Déficit en la autoestima: La autoestima es conocida como el grado en el que el individuo se acepta a sí mismo. En personas con trastornos de alimentación tiende a bajar su autoestima si la persona que ellas consideran como ideal, es poco parecido a lo que son. Asimismo, esta sensación de baja autoestima se experimenta a partir de juzgarse a sí mismas desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso.

- 3) Camino a la perfección y el autocontrol: En los trastornos del comer no es nada inusual que las jóvenes busquen el perfeccionismo. “El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno”, es decir, si creen que lo que quieren obtener no lo harán a la perfección, prefieren mejor no intentarlo (citado por Costin; 2003: 75). Asimismo, es común que las chicas con trastornos alimentarios cuenten con una tendencia muy marcada por querer controlar todo en sus vidas, donde va implícito el control de su cuerpo, al manipular su peso.

- 4) Miedo a madurar: Como se sabe, los trastornos de la alimentación se desarrollan generalmente, en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta llegar a la juventud, este periodo va acompañado de otros cambios tanto físicos, sexuales, emocionales e inclusive cambios sociales. Y con algunos jóvenes que son menos habilidosos para enfrentar estos, o no cuentan con recursos para enfrentarlo se convierte en una intolerancia ante esa realidad que está viviendo.

En esta etapa se encuentran dos de las situaciones más comunes por las cuales se vuelve un factor precipitante; la primera es que las jóvenes están muy estancadas en la niñez y el crecer y ser independientes les genera un temor inexplicable; y en la segunda se presenta el temor por parte de los padres, esto quiere decir, que ellos creen que sus hijas no están preparadas para entrar al “mundo de los adultos”.

Finalmente, el que unas adolescentes estén más vulnerables a desarrollar un trastorno del comer, indiscutiblemente tiene que ver con la estabilidad emocional con la que cuenta. Por lo tanto, se recomienda a los padres, ser el principal apoyo cuando se encuentran en una etapa tan complicada como lo es el cambio de niño a adolescente. Para que el enfrentar las múltiples situaciones le resulte menos complejo (referido por Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Por otra parte, conocer de donde se originó el trastorno alimentario que se está padeciendo, es de suma importancia para dar inicio al tratamiento del mismo; a continuación, se explican los tres principales factores predisponentes de la enfermedad.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Los factores individuales que influyen para poseer una conducta de comer, pueden ser distintas, y aparecer o no dependiendo del paciente, estos factores van desde el aprendizaje, las creencias y actitudes, como también lo es su propia constitución psicofisiológica, es decir, la manera que las personas conciben la comida y todas las conductas hacia la misma. En los siguientes apartados se abordan las distintas formas en que los representan el alimento.

Helman, destaca cinco sistemas de clasificación de las comidas, la primera se denomina, comida frente a no comida, se trata de una delimitación de lo que puede ser comido o no; comidas sagradas frente a comidas profanas, se trata de una distinción entre comidas que con validas por unas creencias religiosas y las que no lo son; clasificación de las comidas paralelas, se les llama así por ser calientes o frías, no por su temperatura, sino el uso que se les da, como las calientes para una enfermedad en específico (p. ej. Caldos o consomés); en la comida como medicina, medicina como comida, se describe la separación y el solapamiento entre ambas y finalmente, las comidas sociales, describen la función de estas, se entiende como forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar status y crear identidad (referido por Ogden; 2005).

La comida como afirmación del yo, es facilitadora de información sobre la identidad personal y actúa como comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. La comida y sexualidad, está íntimamente ligada a la idea de ser mujer, particularmente la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol. La frase comer frente a la negación, se refiere a muchos conflictos intrapersonales, como el mensaje dirigido a las mujeres: "Piensa constantemente en la comida pero mantente delgada". Culpabilidad frente al placer, indica que tanto la comida como el sexo son, al mismo tiempo actividades placenteras y que generan sentimientos de culpabilidad. Asimismo, es bien sabido que la comida representa el autocontrol o la pérdida de control, la dieta es una vía indicada para el mismo control que las personas necesitan ejercer.

“La comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia. Con frecuencia, el comedor es el único lugar en que se esta se reúne y la comida familiar puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias de la jornada.” (citado por Ogden; 2005: 73).

Se denomina la comida como amor, ya que los alimentos sanos y ricos son signos de amor familiar y en ocasiones son preparados como medio de agradecimiento y satisfacción para algunos miembros de la familia.

Así también, la comida puede reflejar relaciones de poder dentro de la familia; por las costumbres ya arraigas, como el que la mujer le sirva al hombre, o en el reparto de la misma, se da la mejor parte al padre o a los hijos, dejándose la madre para el final.

Para la comida como identidad religiosa, es bien sabido que los alimentos y las comidas familiares desempeñan un papel central para crearla, estas comidas incluyen símbolos y distintos ritos para su preparación. Las personas poderosas comen bien y son mejor alimentadas que otros, el rechazo a comida no deseada sirve como recuperación de control en el mundo social.

Finalmente, en la cultura frente a la naturaleza, la comida significa relación entre gente y naturaleza, el hecho de comer carne simboliza la civilización de los seres humanos, las personas llegan a civilizarse cuando se separan del mundo natural y alcanzan el poder sobre el mismo.

El análisis realizado anteriormente apunta a contemplar la comida como un medio a través del cual se comunican una serie de significados, “No obstante, la mayor parte de las investigaciones ha destacado el carácter de la comida como acto comunicativo, y examinado los significados que esta puede comunicar, particularmente la comida trasmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural.” (citado por Ogden; 2005: 65).

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Con frecuencia, las familias de personas con un trastorno alimentario se cuestionan acerca si son víctimas o causantes del mismo, lo que bien es cierto es que los demás integrantes de la familia están implicados por la manera en que influyen en las situaciones conflictivas o la forma de responder a la sintomatología del paciente (referido por Costin; 2003).

Resulta complejo diferenciar cuales son los factores característicos de las familias, antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación; sin embargo, a continuación, se enlistan distintas peculiaridades de familias en las que se ha padecido dichas enfermedades.

1. No existen diferencias entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y la población en general con respecto a las variables, padres separados u orden de nacimiento.

2. Suele haber mayor presencia de trastorno afectivo (tendencia a la depresión y alcoholismo en antecedentes familiares).
3. Las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad.
4. Se considera factor de riesgo cuando alguno de sus miembros ya ha padecido trastornos de alimentación.
5. Las pacientes anoréxicas ven al padre, en general, menos empático y abierto que la madre.
6. Ambos progenitores del grupo de pacientes, son las exigentes y hacen comparaciones entre los hermanos.
7. Mayor tensión entre la familia (padres e hijos).
8. Las madres tienen para sus hijas mayores expectativas de éxito social y académico.
9. Los padres muestran depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.
10. La relación con los hermanos, parece haber una fuerte rivalidad especialmente en las familias.
11. Generalmente, los padres están guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad, aspecto físico, una preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control.
12. Rigidez en las reglas familiares, o reglas difusas.
13. Incapacidad para expresar los sentimientos, y jerarquías alteradas.

Como se mencionó con anterioridad, resulta complejo que las familias encajen con todas y cada una de las características. Sin embargo, si se es consciente que varias de ellas se están presentando de manera constante, se recomienda buscar ayuda de un profesional para que no se llegue al padecimiento de algún trastorno alimenticio (referido por Rausch; 1996).

2.5.3. Factores socioculturales

La valoración del peso corporal se ha ido modificando con el paso de los años; hace algunas décadas, la figura ideal tenía que ver con mujeres de piernas y caderas anchas, sin embargo, años atrás se hablaba de la figura perfecta, la cual estaba íntimamente ligada a la delgadez, en la actualidad, gracias a varios estereotipos presentados por la sociedad y mayor expresión de la misma, se ha logrado la inclusión de una figura más “gruesa”.

Para conocer lo que sucede con la sociedad y una paciente con conductas alimentarias inapropiadas, es necesario conocer los aspectos culturales en los que se ha desarrollado, su apariencia física y la presión social que ejercen las personas sobre su desajuste emocional, los estresores de la adolescencia, la vivencia de la sexualidad o el estilo de sus relaciones familiares (referido por Jarne y Talarn; 2000).

La presión social, en la mayoría de los casos, es la clave para que se persista en el problema, o pueda retirarse; la sociedad espera que la mujer se desempeñe con un cuerpo perfecto, una carrera brillante, debe tener un matrimonio y ser la madre

perfecta; en los anuncios de televisión las muestran, delgadas, saludables, sensuales, hermosas y triunfadoras, lo que origina como consecuencia la culpa de no poder cumplir con el estereotipo deseado.

Para finalizar, se debe destacar que las ideas expuestas anteriormente son aceptadas de forma multidimensional, es decir, intervienen tanto factores biológicos, familiares, culturales e individuales, para la generación de un trastorno alimentario, como ya se mencionó, no se puede establecer de manera certeza, cuál fue el detonante de dicha enfermedad, pero tratarla más de cerca, resulta indispensable para la misma recuperación.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Se conoce a la insatisfacción corporal como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es y respuestas negativas hacia el propio cuerpo (referido por Odgen; 2005).

Generalmente, poblaciones jóvenes de estudiantes han presentado esta insatisfacción, junto a sentimientos de tristeza y depresión por no poder obtener el cuerpo deseado; se consideran muy poco o nada atractivos, las personas que padecen anorexia se ven a sí mismos con repugnancia y generalmente, cuentan con una autoestima baja.

Como ya se habló anteriormente, la influencia de los medios sociales ha desencadenado sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo; los medios de comunicación, la cultura y la familia se consideran representaciones de que las mujeres ideales son delgadas; por lo tanto, la consecuencia más común de esta insatisfacción corporal, es el sometimiento a diversos regímenes alimenticios, los cuales la mayoría de las veces no son supervisados por un profesional.

Por otro lado, los investigadores de la salud están preocupados e intentan fomentar que la práctica ejercicio o algún deporte en específico, aporta beneficios para la salud, sin embargo, las personas que realizan actividades deportivas, más que hacerlo por la razón anterior, acuden a instalaciones únicamente para obtener una disminución de grasa y peso corporal.

A manera de conclusión, las personas que padecen algún trastorno alimentario, tienen una percepción corporal equívoca. Las pacientes se perciben con un mayor volumen corporal del que en realidad tienen. Esta alteración de la percepción corporal se denomina distorsión de la imagen corporal, la cual no es un trastorno de la sensación visual propiamente, sino que corresponde principalmente a la imagen del cuerpo que la paciente imagina tener.

No existe una estadística que determine de manera general el cómo se perciben las pacientes, ya que la diversidad es la que predomina en la mayoría de estos casos de manera distinta y muy significativa con cada paciente (referido por Ogden; 2005).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

También conocidos como factores perpetuanes, se refiere a que alguna circunstancia o situación perdure, es decir, que se mantenga con una larga duración. En los trastornos alimentarios, se conoce que lo adictivo no es precisamente la comida, sino el mantenerse en dieta para controlar la vida misma de las pacientes.

El padecimiento de conductas alimentarias inadecuadas trae consigo importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales, de las cuales se relatan a continuación (Costin; 2003).

El peso tiene un significado importante en la autoestima y felicidad de las mujeres, el no conseguir en peso ideal se ve reflejado en una visión pesimista sobre sí mismas, además de signos claros de intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor. Por otro lado, el aislamiento social es uno de los factores más irreversibles, generalmente, se debe a que se tiene un grado de conciencia en el cual se sabe que los amigos, familiares o sociedad, está en desacuerdo con la conducta que se está realizando.

Otros factores que resultan indispensables destacar, son las consecuencias de la inanición, esta última palabra se refiere a un estado biológico que es producido por la carencia de nutrientes, los cuales son recibidos por medio de la comida. El cabello de las personas que lo padecen tiene un aspecto de resequead y se cae fácilmente, la piel pierde elasticidad y color, en mujeres se presenta la amenorrea, y menor libido,

cefaleas, disminución del ritmo cardiaco y temperatura corporal, y con frecuencia se encuentran en un estado de apatía.

Y finalmente, pero no menos importante, otro factor común es la iatrogenia, la cual se refiere a los daños producidos por actos médicos, en este caso debe ser descartada la negligencia, ya que, en la mayoría de los casos, dichos daños son auto realizados por las personas con trastornos alimentarios, por las actividades que llevan a cabo y en ocasiones, quedan afectadas de por vida o en el mejor de los casos puede ser reversible con una intervención quirúrgica.

La recuperación de los trastornos alimentarios, específicamente de la anorexia y bulimia nerviosa, pueden ser más extensos que en otras enfermedades, ya que además de causar un daño físico, es decir, tener que regresar a un peso ideal, les resulta sumamente complicado, ya que además de estar habituadas a la manera de comer, en cuanto a cantidad y contenido calórico, la adicción a estar en constante dieta se vuelve incontrolable. Asimismo, los daños emocionales causados son difícil de sobrellevar, generalmente, se presentan miedos e inseguridades al tener que interactuar de manera normal, pero es posible si se cuenta con el apoyo necesario y hay constancia por parte de la paciente y sus familiares.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Generalmente, conocida como comorbilidad, hace referencia a la presencia de una o más enfermedades o trastornos, además del que ya estaba originalmente.

En las conductas alimentarias no adecuadas existen otros factores los cuales se hacen presentes casi de manera simultánea; estas anormalidades neuroendocrinas son atribuibles al estado de inanición que se experimenta (Belloch y cols.; 1995)

En los siguientes párrafos se explica la manera en que se asocian los trastornos alimenticios con otros trastornos. “La presencia de alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas” (citado por Jarne y Talarn; 2000: 145). En la esquizofrenia aguda se observa un rechazo absoluto de la alimentación, por ideaciones delirantes de envenenamiento. Por su parte en la esquizofrenia crónica existen alteraciones alimentarias aberrantes, como la ingesta de productos no alimentarios, tales como madre, tierra o cabellos.

El trastorno más común asociado a las alteraciones alimentarias es la depresión; estos van desde depresiones menores, hasta los síndromes de Cottard e hipocondría: dichos trastornos se deben a la pérdida de control que experimentan, sentimientos de culpa y formas atípicas de melancolía. Pueden observarse dos conductas contrarias, la disminución parcial o total de la ingesta, o consumir mayor cantidad de alimentos en determinado periodo.

Por otra parte, “en la fase de manía aguda de manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin la necesidad de alimentarse; y en fases hipomaniacas puede haber una alimentación excesiva, tanto en cantidad como en preferencias alimentarias” (Jarne y Talarn; 2000: 147).

Los trastornos de la alimentación en las fobias, se presentan debido a que el sujeto a partir de una experiencia traumática con algún alimento, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen conductas de evitación y ansiedad anticipatoria, así como las fobias a comer, por miedo a asfixias o muerte. En los trastornos de alimentación en la ansiedad, está presente una pérdida de apetito de moderada intensidad, la cual si persiste puede llegar a considerarse de riesgo para el sujeto.

En el trastorno obsesivo compulsivo, se observa una forma de alimentación particularmente lenta, los alimentos son escogidos de manera meticulosa; sin dejar de lado las ideas de contaminación y suciedad; todas estas conductas pueden modificar los hábitos alimentarios de manera significativa (referido por Jarne y Talarn; 2000).

Por ello, se debe ser cuidadoso al momento de diagnosticar o establecer conclusiones respecto a los trastornos alimentarios y los trastornos asociados, ya que pueden ser causados o estimulados por características que ya estaban presentes en las pacientes (referido por Butcher y cols.; 2007).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

Para intervenir eficazmente en una alteración de las conductas alimentarias, se sugiere un tratamiento multidisciplinario; es decir, que se esté realizando un trabajo integral, con la paciente, así como su familia si se desea obtener resultados en un periodo de tiempo más corto.

En la recuperación ponderal, el principal objetivo es que la paciente se rehabilite en cuanto a su nutrición, ir corrigiendo las secuelas que la enfermedad ha dejado, ya que se considera un impacto fuerte cuando se ha logrado percibir tal y como se encuentra, física y psicológicamente.

El tratamiento dietético hace alusión a un acuerdo que se lleva a cabo con la paciente; partirá con contenidos calóricos normales, excesivos, o irlos aumentando gradualmente; otro de los tratamientos más importantes para la recuperación de un trastorno alimentario es el psicológico; este último dependerá del programa terapéutico que utilice cada profesional, sin embargo, varios autores destacan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual; dadas las circunstancias por las que pasa la paciente; se lleva a cabo mediante la reeducación de conductas sanas y el hacer evidentes los estímulos aversivos que provocan ideas sin sentido.

Por otra parte, el tratamiento farmacológico se lleva a cabo, sin embargo, más que ser utilizado como generador de apetito, su uso está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas asociadas, especialmente en la depresión.

Asimismo, otro factor importante que influye de manera directa en el tratamiento de la anorexia o bulimia nerviosa, es el trabajo con la familia; ya que como se sabe, todos los integrantes están inmersos en un sistema, de los cuales con la mínima intención sale afectados en algún momento, por el avance que se va teniendo, o simplemente porque las cosas no han salido conforme lo planeado.

Finalmente, otro tratamiento considerado más radical es el tratamiento en hospitalización, el cual se lleva a cabo en pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, algún trastorno psiquiátrico asociado o un ambiente familiar muy poco favorable (referido por Jarne y Talarn; 2000).

A manera de conclusión, el padecimiento de un trastorno alimentario, o convivir de cerca con alguien que lo mantiene, resulta complejo de sobrellevar, más aún cuando no se acepta la ayuda por parte de la paciente afectada, por lo tanto, es recomendable conocer acerca de este tema que, aunque su aparición es desde tiempos remotos, actualmente sigue presentándose, ahora con más intensidad por la sociedad en la que se está viviendo, donde todos están inmersos en sus ocupaciones, y no se cuenta con tiempo para observar a su alrededor y darse cuenta de lo que realmente sucede.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los pasos realizados para el cumplimiento de los objetivos planteados al principio. Se explica de manera detallada la metodología usada, los resultados obtenidos en el estudio, así como como el análisis e interpretación de los mismos, todo lo anterior con la finalidad del establecimiento de una conclusión que acepte cualquiera de las dos hipótesis realizadas, de trabajo o nula.

3.1 Descripción metodológica

En cualquier estudio científico, es indispensable seguir una metodología, es decir, llevar a cabo un plan de investigación que permita cumplir los objetivos planteados, estos últimos se realizan por medio de procedimientos específicos para llegar a conocer eficazmente una realidad social. A continuación, se plantea la metodología utilizada en la presente investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Todo trabajo de investigación se sustenta en dos enfoques principales: el cuantitativo o el cualitativo, los cuales de manera conjunta forman un tercero, el mixto. Esto significa que en cualquier enfoque se encuentra un conocimiento preexistente, en

conjunto con la interpretación de problemas, objetivos y una colección de métodos a seguir para llegar a lo establecido (Hernández y cols.; 2014).

Para esta investigación fue utilizado el enfoque cuantitativo, el cual “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández y cols. 2014: 4).

Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad objetiva; su principal intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales, con la finalidad de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias.

A continuación, se enuncian las características más relevantes del enfoque mencionado:

1. Se refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, es decir, con qué frecuencia y magnitud ocurren determinados acontecimientos.
2. El investigador se plantea un problema de estudio delimitado y concreto, del cual se cuestionan distintas dudas específicas.
3. En este estudio, se plantean hipótesis antes de la recolección de datos, las cuales se aceptarán o rechazarán con la información obtenida.

4. La recolección de los datos se fundamenta en la medición, esta recolección se realiza al usar los procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
5. Los datos obtenidos son producto de mediciones, representados por cantidades previamente analizadas por métodos estadísticos.
6. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales, o sea, las hipótesis y sus estudios previos, en este caso, la teoría.
7. La interpretación de los enfoques cuantitativos constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.

3.1.2. Investigación no experimental

Se conoce como diseño de investigación, al plan de trabajo a seguir para la recolección de respuestas a las interrogantes o la comprobación de la o las hipótesis de investigación. Existen tres tipos de diseño: experimental, no experimental y cuasi experimental.

En la investigación no experimental, los “estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2014: 152).

Por lo tanto, surge la inquietud de estudiar los fenómenos de manera natural, sin llegar a provocar una alteración en su forma de sentir, actuar o pensar. Lo anterior mediante la cuantificación de fenómenos ya existentes.

3.1.3 Diseño transversal

El tipo de estudio se refiere al marco estratégico que da una secuencia y sentido práctico a todas las actividades, en las cuales se buscan respuestas al problema y objetivos planteados.

Existen dos tipos de estudio: el longitudinal y el transversal. El proceso de esta investigación es transversal, donde “se recopilan datos en un momento único” (Hernández y cols.; 2014: 154).

El principal propósito es describir variables y analizarlas en un momento dado, radica en la inversión de tiempo que se ha empleado en el estudio, no por ello significa que el o los resultados obtenidos, tendrán menos valor.

3.1.4 Alcance correlacional

Según Hernández y cols. (2014), los alcances resultan de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio, ya que dependen de los objetivos del investigador para combinar sus elementos en el mismo, esto quiere decir que se estima tentativamente cuál será el alcance final de la investigación.

Los alcances correlacionales tienen la finalidad de conocer la relación o el grado de asociación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular. “En otras ocasiones solamente se analiza la relación

entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres o más variables” (Hernández y cols.; 2014: 93).

La utilidad principal de los estudios correlacionales es conocer el comportamiento de las variables en relación con otras, es decir, tratar de predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable.

“La correlación se presenta de dos formas; positiva o negativa. Si es positiva, significa que los valores altos de una variable, tenderán también a mostrar valores elevados en la otra variable, por otro lado, si es negativa, significa que los valores elevados en una variable, tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable.” (citado por Hernández y cols.; 2014: 94).

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para lograr mayor objetividad en los estudios cuantitativos, la prescripción metodológica indica que los instrumentos empleados para la recolección de los datos de campo deben poseer dos propiedades: la confiabilidad y validez.

Por confiabilidad se entiende, según Hernández y cols. (2014: 200) “como el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”. Por validez se refiere según el autor mencionado más arriba como el “grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”.

A continuación, se describe la naturaleza psicométrica de los instrumentos empleados en el presente estudio. Para la variable competencias emocionales, se empleó el instrumento denominado Perfil de Competencias Emocionales, el cual está diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos.

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

Este instrumento está basado en la escala diseñada por Reuven Bar-On y traducida y adaptada al español por Ugarriza (2005) en una muestra de 3,375 niños y adolescentes de 7 a 18 años de Lima metropolitana. Adicionalmente, se realizó una estandarización en la Universidad Don Vasco, en el año 2015.

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

La estandarización en México se realizó en una muestra de 315 estudiantes de bachillerato en el año 2015, obteniendo en esta aplicación una media de 122 puntos y una desviación estándar de 16 para el puntaje total. A partir de ahí, se establecen los parámetros en puntaje T para cada una de las subescalas y puntaje CE para el puntaje

total. Este último establece la media en el puntaje 100 y cada desviación estándar en 20 puntos.

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

En cuanto a la variable de trastornos alimentarios concierne, fueron medidos por la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) fue elaborada por David M. Garner, en 1998.

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

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

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

3.2 Población y muestra

Según Hernández y cols. (2014: 174) se entiende por población “al conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones, a su vez, según el mismo autor, se entiende por muestra un subgrupo de la población que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características”.

Asimismo, por unidad de muestreo se define como un sujeto que pertenece a la muestra de la población de estudio que será evaluada.

3.2.1 Descripción de la población

La población que se determinó para el presente estudio, está conformada por la comunidad estudiantil del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco, en Uruapan, Michoacán. Son alumnos que cursan la preparatoria del primero al sexto semestre y sus edades oscilan entre los 15 a 19 años, inscritos en el ciclo escolar 2016-2017, de clase media a alta; asisten a sus estudios por la mañana, son hijos de empleados o de empresarios de pequeñas a medianas industrias.

3.2.2 Descripción tipo de muestreo

El tipo de muestra que se realizó fue una no probabilística, que según Hernández y col (2014), son también llamadas dirigidas, las cuales llevan a cabo un

procedimiento de selección orientado por las características de la investigación. La muestra se seleccionó de manera intencionada y a juicio de la investigadora.

Se asume el supuesto de que los trastornos alimentarios tienen una mayor presencia cuando hay cambios en la forma de vida de las personas, es decir, cuando la rutina, el modo de vida y las condiciones medioambientales sufren una modificación. En el presente estudio se toma como unidades de muestra a estudiantes que están cursando un nivel educativo cualitativamente y cuantitativamente distinto al anterior, es decir, que pasan de un nivel básico a uno medio superior.

Para dicho estudio, se tomó la muestra de 120 estudiantes del primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán, donde sus edades oscilan entre los 15 a 17 años, pertenecientes a un extracto social medio a alto, hijos de padres empresarios de la mediana empresa, maestros o empleados de gobierno, quienes en su mayoría realizan distintas actividades por las tardes, como la práctica algún deporte, o clases particulares de idiomas.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Las investigaciones que se realizan bajo el método científico, deben seguir estrictamente una serie de pasos, es por ello, que a continuación, se describe como se llevó a cabo el proceso seguido.

Como primera instancia, surge la idea de conocer si existe o no la relación entre las competencias emocionales, y los trastornos alimentarios, por lo tanto, se buscó una población en la cual se obtuvieran resultados enriquecedores, ya que ambas variables pueden considerarse contemporáneas para la población estudiada.

Asimismo, se procedió a fijar una serie de objetivos particulares y uno de manera general, el cual se basa en determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco. Después se crearon dos hipótesis: una de trabajo, en donde se afirma que ambas variables están relacionadas; y otra nula, es decir, no existe la relación mencionada.

Posterior a esto, se elaboró una justificación para fundamentar la importancia del estudio, en los antecedentes del estudio se presentan indagaciones previas al estudio con temas un tanto similares; en los capítulos teóricos se sustentan las variables estudiadas.

Para la aplicación de los instrumentos de medición, se solicitó la autorización con el director del plantel; una vez que se contaba con los requerimientos necesarios para dicha aplicación, se otorgó a la investigadora una sesión de 50 minutos con cada uno de los tres grupos estudiados. Dichas aplicaciones se llevaron a cabo de manera colectiva, las cuales duraban de 30 a 40 minutos, los alumnos se mostraban participativos y atentos con las indicaciones dadas en un ambiente armonioso.

Una vez terminadas las aplicaciones, se prosiguió a la calificación de los test administrados. Para el Inventario de Trastornos alimentarios (EDI-2), fue utilizada la plantilla correspondiente, para después convertir los puntajes brutos a percentiles; en lo que respecta a la calificación de las competencias emocionales, se basó en el baremo indicado para la población de estudio.

Finalmente, el total de resultados fue vaciada en una hoja del Programa Excel, con la finalidad de determinar las medidas de tendencia central, desviación estándar y porcentajes, para poder realizar el análisis de resultados de cada una de las escalas con su correlación, descrita en el siguiente apartado.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En el presente apartado se muestran los resultados obtenidos, a partir de las pruebas aplicadas a la población de estudio; para la medición de competencias emocionales se utilizó el Test de coeficiente emocional de Bar-On, y el instrumento EDI-2 para la medición de los trastornos alimentarios.

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

Para el análisis de las dos variables se efectuaron dos procedimientos: en el primero se trabajó con tres medidas de tendencia central (media, 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

La variable competencias emocionales surge del concepto originalmente llamado inteligencia emocional, el cual es definido por Bar-On en 1997 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 otro lado, el concepto específico de competencias emocionales es definido como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (Bisquerra y Pérez; 2007: 8).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Bar-On EQ Test (Test de Coeficiente Emocional de Bar-On), se muestran en puntajes T las escalas y el coeficiente emocional.

La media en el nivel de inteligencia intrapersonal fue de 50. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas. Este valor fue de 50.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 46.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de inteligencia intrapersonal es de 9.6.

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

Se obtuvo también el puntaje de la escala de inteligencia interpersonal, encontrando una media de 48, una mediana de 49 y una moda representativa de 42. La desviación estándar fue de 10.3.

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

Asimismo, en la escala de adaptabilidad se encontró una media de 46, una mediana de 46 y una moda de 35. La desviación estándar fue de 10.5.

La escala de adaptabilidad incluye la habilidad para resolver los problemas y la prueba de la realidad, ser flexibles, realistas y efectivos en el manejo de los cambios y ser eficaces para enfrentar los problemas cotidianos (Ugarriza; 2001).

En la escala de manejo del estrés se obtuvo una media de 49, una mediana de 49 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 9.8.

La escala de manejo del estrés incluye la tolerancia al estrés y el control de los impulsos, ser por lo general calmado y trabajar bien bajo presión, ser rara vez impulsivo y responder a eventos estresantes sin desmoronarse emocionalmente (Ugarriza; 2001).

Por otra parte, en la escala de estado de ánimo se obtuvo una media de 44, una mediana de 46 y una moda de 53. La desviación estándar fue de 11.9.

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

Finalmente, como puntaje sintetizador en coeficiente emocional se obtuvo una media de 97, una mediana de 97 y una moda de 92. La desviación estándar fue de 21.9.

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

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que la media de las cinco subescalas se encuentra dentro del rango normal, de acuerdo con el baremo establecido para esta prueba, que va de 40 a 60, en puntajes T. A su vez, el coeficiente emocional tiene como media un puntaje T ubicado en el rango también considerado como normal, que va de 80 a 120.

En lo que respecta a la dispersión de los datos obtenidos, se puede interpretar, a partir de la desviación estándar encontrada para el coeficiente emocional que fue de 21.9, que se aprecia una tendencia a la homogeneidad, es decir, los puntajes obtenidos se encuentran cercanos a la media obtenida, que fue de 97.

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

En la escala de inteligencia intrapersonal, el 14% de los sujetos se ubican por debajo del T 40; en la escala de inteligencia interpersonal el porcentaje de sujetos es de 17; mientras que en la escala de adaptabilidad es de 31; el porcentaje de sujetos con puntajes bajos en la escala manejo del estrés es de 17 y en la escala de estado de ánimo, es de 34; finalmente, los sujetos que obtienen un puntaje bajo en coeficiente emocional, es decir, un coeficiente por debajo de 80, son un 22. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente son preocupantes en dos subescalas: adaptabilidad (31%) y estado de ánimo (34%), porque el porcentaje rebasa el 30.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada

Tal como se menciona en el capítulo dos, los trastornos alimentarios son conductas anómalas en la ingestión de alimentos. Su característica principal hace alusión a la falta de control al estar ingiriendo comida, asimismo, está presente la alteración de la percepción de forma y peso corporales en las personas que los padecen.

De acuerdo con la APA, la anorexia nerviosa puede ser definida como una alteración de la percepción de la silueta corporal, su principal característica es el rechazo a mantener el peso normal considerando la edad y la talla; además de un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal (referida por Belloch y cols.; 1995).

Por otra parte, la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal por medio de los llamados atracones, para posteriormente realizar métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 62, una mediana de 62, una moda de 18 y una desviación estándar de 24.3.

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

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 60, una mediana de 50.5, una moda de 41 y una desviación estándar de 19.

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

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 55, una mediana de 56, una moda de 26 y una desviación estándar de 22.6.

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

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 64, una mediana de 58.5, una moda de 32 y una desviación estándar 52.9.

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

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 71, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 23.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 64, una mediana de 73, una moda de 75 y una desviación estándar de 27.

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

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 57, una mediana de 59, una moda de 27 y una desviación estándar de 28.

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

Particularmente, en la escala miedo a la madurez, se dio una media de 60, una mediana de 65, una moda de 39 y una desviación estándar de 27.7.

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

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 56, una mediana de 51, una moda de 48 y una desviación estándar de 29.3.

En la escala de ascetismo evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 64, una mediana de 66, una moda de 60 y una desviación estándar 25.2.

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

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 70, una mediana de 81, una moda de 33 y una desviación estándar de 24.5.

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

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

A partir de los datos presentados, se puede interpretar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada, se encuentran de acuerdo con la media, dentro de un rango normal establecido en los baremos del test administrado. Cabe destacar que la única media que rebasa tal rango es la que corresponde a la subescala denominada perfeccionismo, con 71 puntos percentilares.

En lo que se refiere a la dispersión de los puntajes obtenidos de la muestra estudiada, se puede interpretar, considerando la desviación estándar en las 11 subescalas del EDI-2, que existe una heterogeneidad importante, mayor de 10 en todos los casos.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 44% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 26; en la de insatisfacción corporal, el 27; en la de ineficacia, el 32; en la de perfeccionismo, el 59; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 49; en la confianza introceptiva, 37; respecto a la de miedo a la madurez, 44; en la de ascetismo, 34; en la de impulsividad, 44; finalmente, en la escala de inseguridad social, el 51. Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran altos en la mayoría de las subescalas en un porcentaje de 30 o más. Tal circunstancia es reveladora de que los sujetos evaluados están percibiendo la presencia de aspectos psicosomáticos asociados a algún tipo de trastorno de la alimentación. Sin embargo, es destacable el alto porcentaje que se presentan en las subescalas de perfeccionismo (59%) e inseguridad social (51%).

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

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

El que unas adolescentes estén más vulnerables a desarrollar un trastorno del comer, indiscutiblemente tiene que ver con la estabilidad emocional con la que cuenta, generalmente, en esta etapa se enfrenta a múltiples situaciones complejas. Dichas situaciones pueden ser problemas con la autonomía, déficit en la autoestima, buscar el camino hacia la perfección y el autocontrol y finalmente, está muy presente el miedo a madurar (Costin; 2003).

En la investigación realizada con los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez, existe una correlación -0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre coeficiente emocional y la escala indicada, existe una correlación negativa débil de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen Hernández y cols. (2014).

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

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 9%.

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

Asimismo, entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.31 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que, entre el coeficiente emocional y la escala indicada, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 9%.

Adicionalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.17 de acuerdo con la r^2 . Esto significa que entre el coeficiente emocional y esta escala existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que existe una relación del 3%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y dicha escala existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1%.

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

De igual manera, se pudo saber que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.33, de acuerdo con la “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y tal escala existe una correlación negativa media. El resultado de factores comunes fue de 0.11,

lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 11%.

Adicionalmente, se calculó que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.16 de acuerdo con la “r” de Pearson. Esto significa que, entre el coeficiente emocional y la escala referida, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre ambas variables hay una relación del 2%.

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

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.35, de acuerdo con la “r” de Pearson. Esto significa que, entre el coeficiente emocional y la escala señalada, existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad hay una relación del 12%.

Finalmente, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.52, a partir de la prueba

“r” de Pearson. Esto significa que entre ambas variables existe una correlación negativa fuerte. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.27, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de inseguridad hay una relación del 27%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el coeficiente emocional se relaciona de forma significativa con las escalas de desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el coeficiente emocional y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, se lograron los objetivos particulares de naturaleza conceptual referidos a la variable competencias emocionales en el desarrollo del capítulo 1. En tal parte, se presentaron los aspectos más relevantes referidos a este fenómeno, abordado en la disciplina psicológica.

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

Es oportuno mencionar que el objetivo referido a la medición de la variable competencias emocionales, en la muestra determinada, se logró mediante la administración del instrumento denominado Bar-On EQ Test (Test de Coeficiente Emocional de Bar-On).

A su vez, el objetivo de campo establecido para la segunda variable, factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se cubrió con solvencia al aplicar el test denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

De esta forma, con la consecución de la totalidad de los objetivos particulares, se logró cubrir el objetivo general del presente estudio, es decir, se consiguió

determinar la relación existente entre las competencias emocionales y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de la Preparatoria CCH de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, México.

Es necesario subrayar que se corroboró la hipótesis de trabajo en los casos de la relación de la escala competencias emocionales con las siguientes subescalas del EDI-2: desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se enfatiza que la hipótesis nula se corroboró en los casos en que se correlacionaron el coeficiente de competencias emocionales con las subescalas: obsesión por la madurez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo, de la prueba EDI-2.

Para la investigadora, resulta relevante el porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en las subescalas de adaptabilidad y estado de ánimo de competencias emocionales; en lo que respecta a los trastornos alimentarios destacar puntajes altos en las subescalas de obsesión por la delgadez, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Por lo anteriormente expuesto, se recomienda la impartición de talleres en los cuales los alumnos puedan expresar a profundidad sus inquietudes, dudas y temores respecto a los trastornos alimentarios, ya que los resultados presentan un problema

latente, que debe ser atendido a la brevedad. Adicional a esa recomendación, se invita a cada uno de los participantes en la investigación realizada, especialmente a los adolescentes con puntajes elevados, a acudir atención psicológica, ya sea de manera interna, la que se ofrece en la institución en la que estudian los alumnos, o de forma particular.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguera, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

Alejandro Rodríguez, Nancy. (2016)

Relación entre las competencias emocionales y el nivel de autoestima en adolescentes.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

American Psychiatric Association. (APA) (2002)

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

Árciga Cruz, María del Pilar (2013)

Relación entre los trastornos alimentarios y rasgos de personalidad de los alumnos del Colegio de Bachilleres de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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

Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.

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

Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.

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

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España

Costin, Carolyn. (2003)

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

Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.

Garner, David M. (1998)

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

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

Goleman, David. (2007)
La inteligencia emocional.
Editorial Vergara. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill México.

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

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

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

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

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

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

MESOGRAFÍA

Bisquerra Alzina, Rafael; Pérez Escoda, Nuria. (2007)
“Las competencias emocionales”.
Revista Educación XXI. No.10. Pp. 451-467.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70601005>

Correa Bautista, Jorge Enrique. (2007)
“Orígenes y desarrollo conceptual de la categoría de competencia en el contexto educativo”.
Recuperado de www.urosario.edu.com/urosario_files/b8/b8754809-11fa-4288-96a0-9d0-cf5651eda.pdf.

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

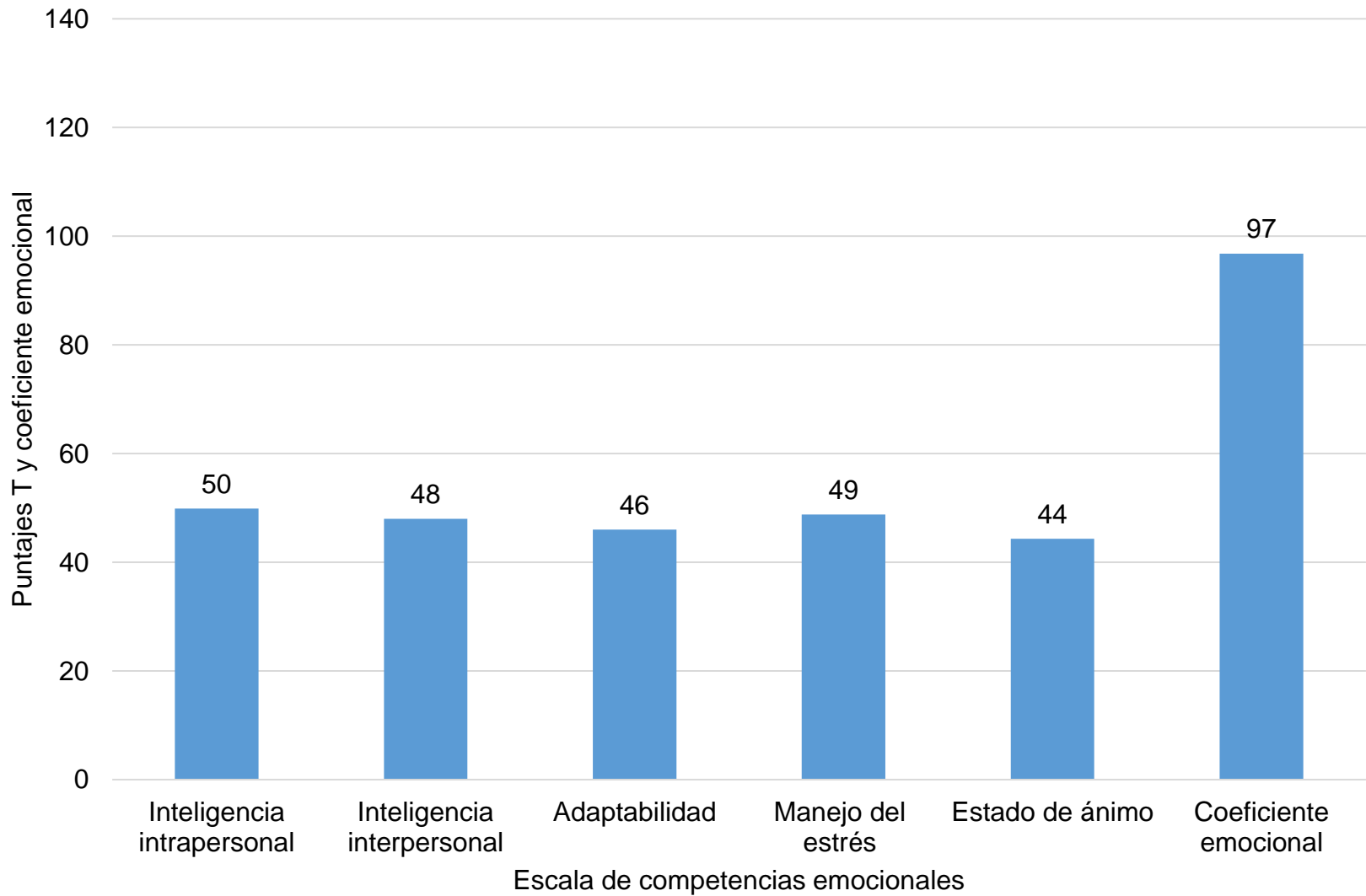
Extremera Pacheco, Natalio; Fernández Berrocal, Pablo. (2004)
“El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas.”
Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (2)
Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/105/1121>

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>

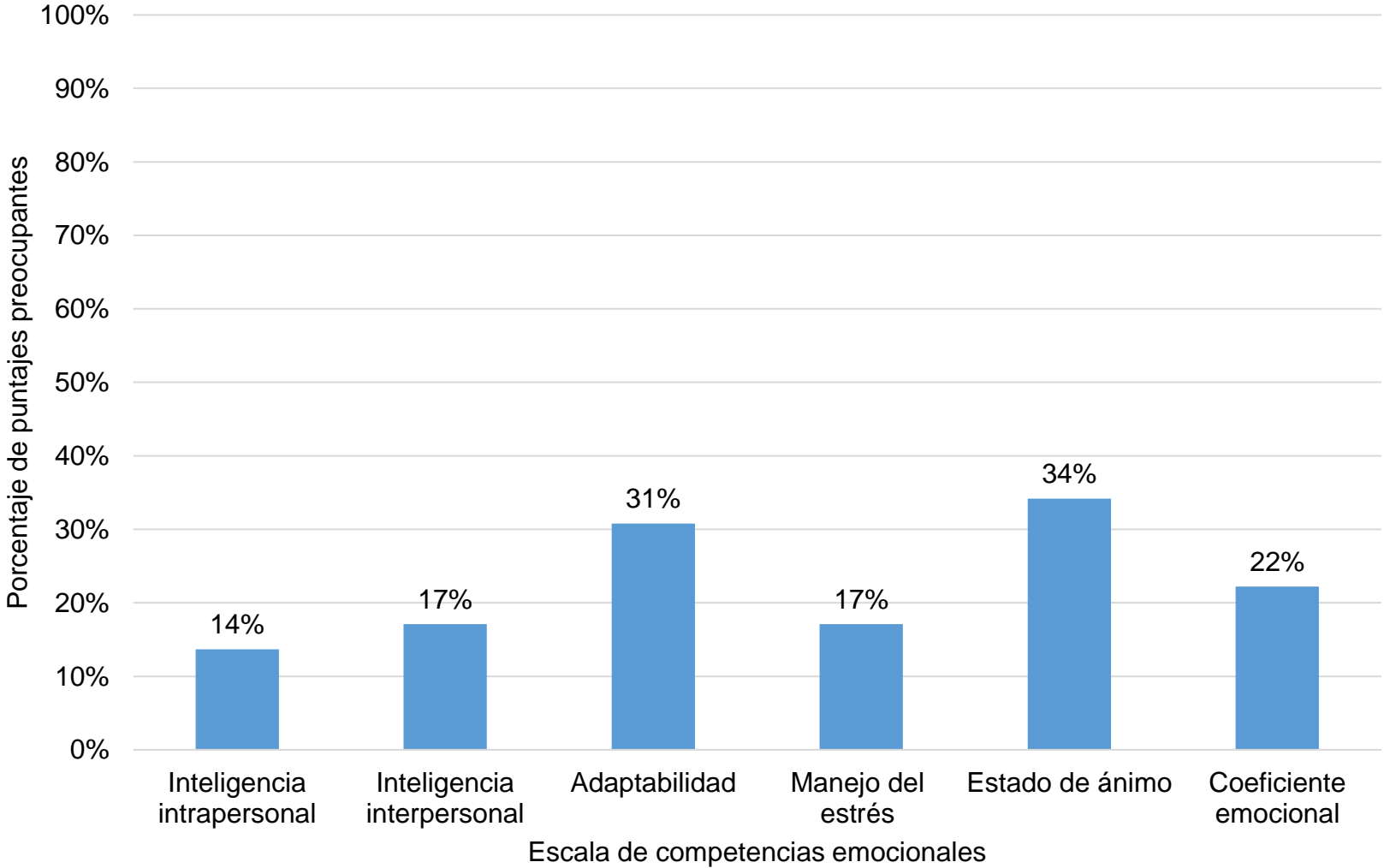
Ugarriza, Nelly. (2001)
“La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana.”
Persona, núm. 4, 2001, pp. 129-160. Universidad de Lima. Lima, Perú.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

ANEXO 1

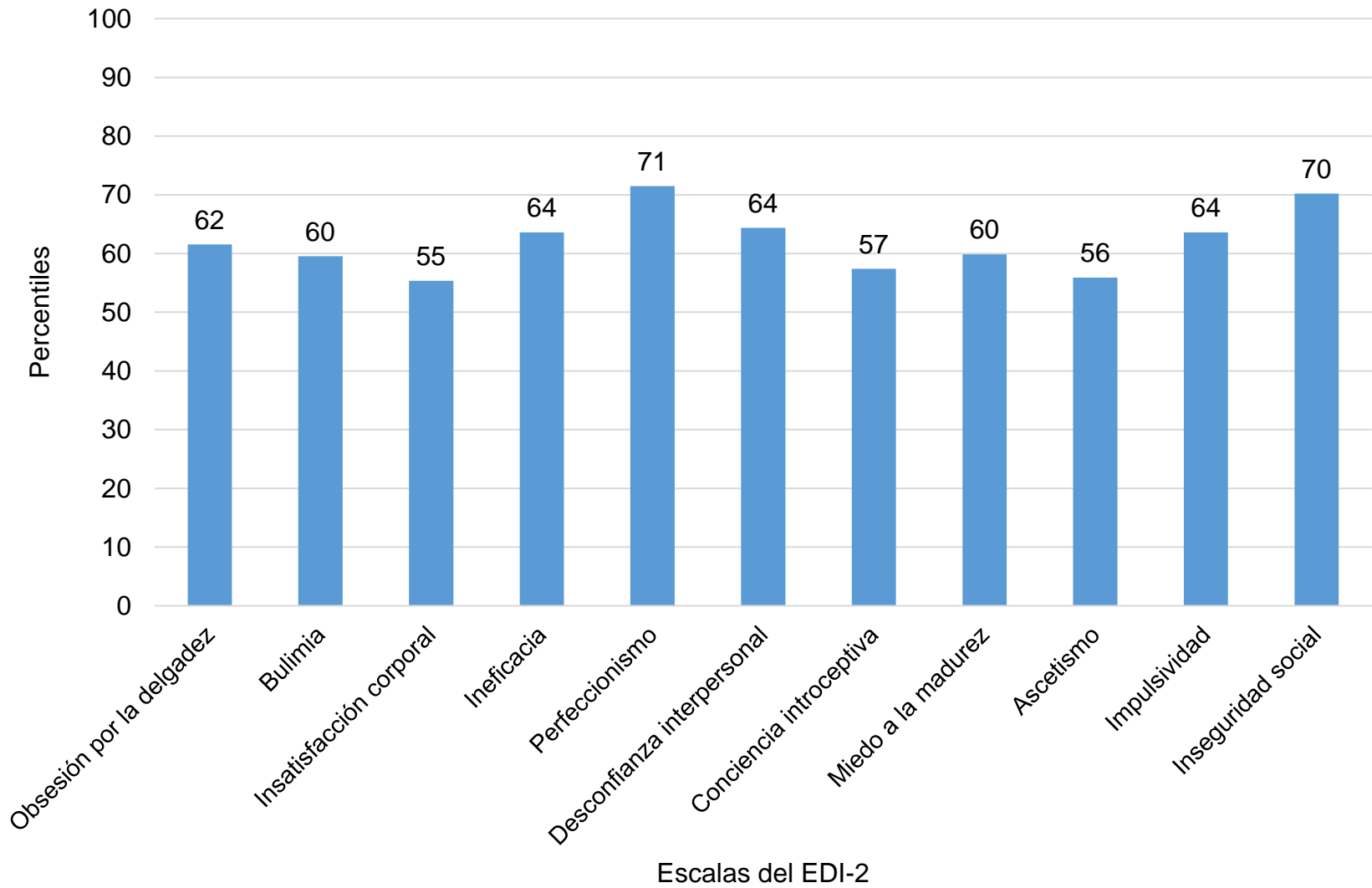
Media aritmética de las escalas de competencias emocionales



ANEXO 2
Porcentaje de puntajes preocupantes en las escalas de competencias emocionales

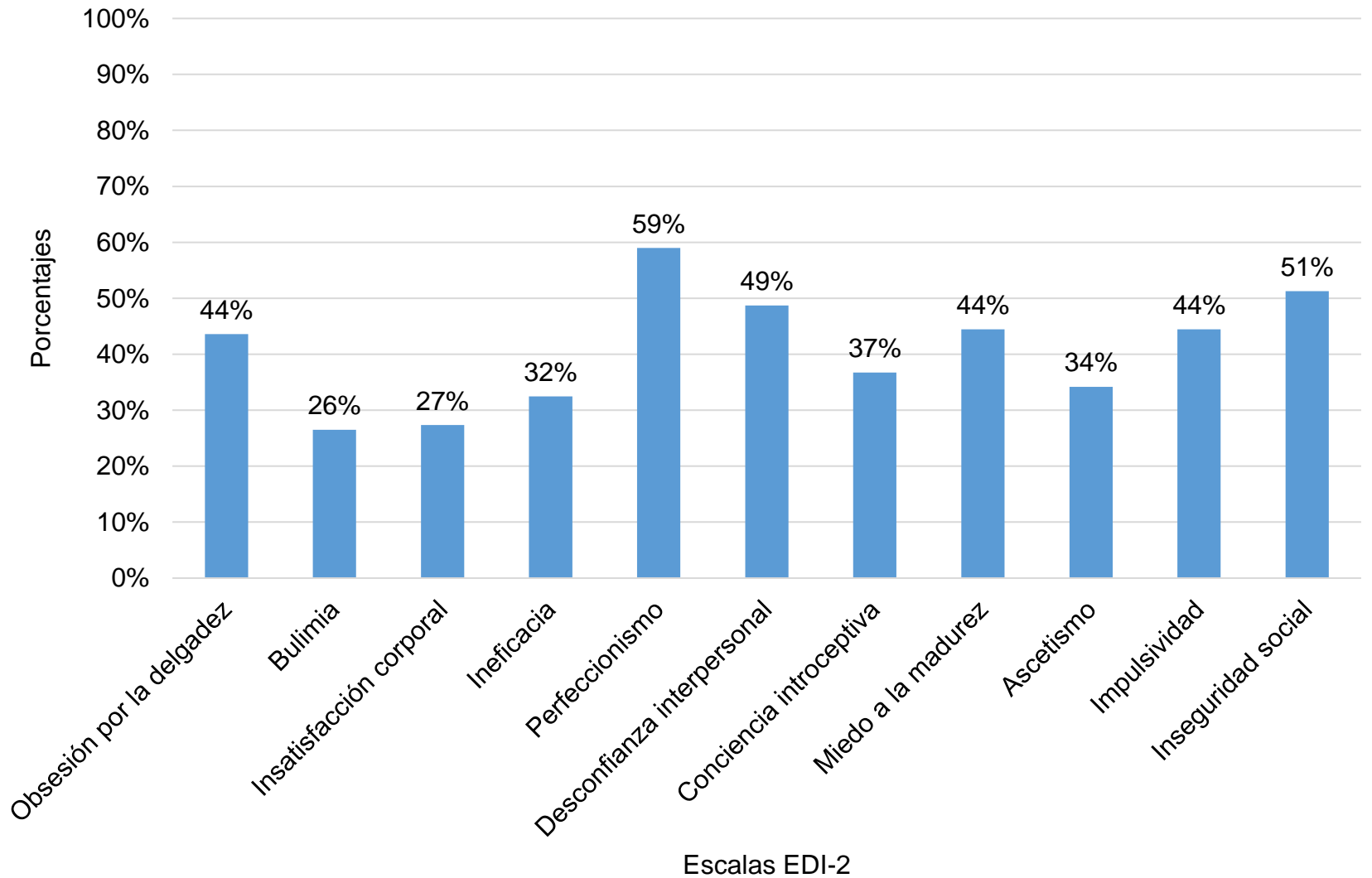


ANEXO 3
Media aritmética de las escalas de EDI-2



ANEXO 4

Porcentaje de puntajes preocupantes en los indicadores subjetivos del EDI-2



ANEXO 5

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

