



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y
COMPETENCIAS EMOCIONALES EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Estefanía Guadalupe García Jiménez

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 22 de agosto de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Hipótesis	6
Justificación	8
Marco de referencia	10

Capítulo 1. Competencias emocionales.

1.1 Marco conceptual	14
1.1.1 Las emociones	15
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	22
1.2 Clasificación de las competencias	24
1.3 Desarrollo de las competencias emocionales	27
1.4 Las competencias emocionales en la vida actual	29
1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral	30
1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar	31
1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos	32
1.5 Evaluación de las competencias emocionales	33

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación	37
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios .	38
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	45
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	49
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	51
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	53
2.5 Causas del trastorno alimenticio	55
2.5.1 Factores predisponentes individuales	56
2.5.2 Factores predisponentes familiares	58
2.5.3 Factores socioculturales	60
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	62
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	64
2.8 Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios . .	65
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	66

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Metodología	69
3.1.1 Enfoque cuantitativo	69
3.1.2 Investigación no experimental	71
3.1.3 Estudio transversal	71
3.1.4 Diseño correlacional-causal	72
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	73
3.2 Población y muestra	75
3.2.1 Descripción de la población.	76
3.2.2 Descripción del tipo de muestreo	76
3.3 Descripción del proceso de investigación	77
3.4 Análisis e interpretación de resultados	79
3.4.1 Las competencias emocionales en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, de Gildardo Magaña	80
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada	84
3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	89
Conclusiones	95
Bibliografía	97
Mesografía	99
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente apartado, se exponen los aspectos fundamentales referidos a lo que se conoce como el proyecto de investigación.

En primer lugar, se describen las definiciones conceptuales que se abordaran en la presente indagación, comenzando con factores psicológicos de los trastornos alimentarios; en segundo lugar, las competencias emocionales, haciendo referencia a investigaciones realizadas en otros ámbitos sobre tales fenómenos psicológicos; asimismo, se presentan algunas apreciaciones con respecto a la presencia de ambas variables en el escenario donde se realizó el trabajo.

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

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

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

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

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

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

Antecedentes

De acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007) las competencias emocionales se entienden como un subconjunto de las competencias personales. A estas las integran la conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social, habilidades de vida y bienestar.

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

Continuando con la definición de variables, el DSM-5 (APA) asevera que “los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (2014: 329).

Por su parte, García (1993: 10) define la anorexia nerviosa como la “fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de

la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social”.

En este sentido, Toro y Vilardell (referidos por Zagalaz y cols.; 1989) establecen que quienes padecen de bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia, son comedores compulsivos, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

Una de las investigaciones encontradas relacionadas con una de las variables con las cuales se trabajó, es la de Zavala y López (2012), llevando por nombre “Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional?”, en la cual se tuvo como objetivo analizar el papel de la inteligencia emocional percibida y sus componentes en la disposición hacia conductas de riesgo psicosocial. La población estuvo conformada por 829 adolescentes mexicanos de las escuelas secundarias públicas situadas en zonas de bajos recursos económicos, con una edad de entre 13 y 15 años.

Para esto, se utilizó el “Inventario de coeficiente emocional de Bar-On: versión juvenil” (Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth versión, Bar-On EQ.i: YV; Bar-On y Parker, 2004) y el “Inventario clínico para adolescentes de Millon” (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI; Millon, 2004), encontrando como resultado correlaciones negativas entre la IEP (Inteligencia Emocional Percibida) y sus componentes con los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias, la predisposición a la delincuencia, la propensión a la impulsividad, los sentimientos de

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

En cuanto a investigaciones sobre trastornos alimentarios, Ruiz y cols. (2004) realizaron una investigación llamada “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”; dicho estudio fue de tipo transversal y descriptivo, su población de estudio fue de dos grupos de 25 hombres y 25 mujeres cada uno; en total 100 adolescentes entre los 15 a 20 años de edad. El primer grupo realizaba la práctica deportiva aeróbica perteneciente al servicio de rehabilitación, y el segundo, no. Se les aplicó el Inventario de Trastornos de Alimentación, con 33 reactivos.

En dicha investigación los resultados se obtuvieron de acuerdo con tres categorías: la práctica de trastorno alimentario sobre anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario conocido como conducta alimentaria, el cual cumple con todas las características de la anorexia, excepto la pérdida de la menstruación.

De acuerdo con estas tres categorías, los resultados arrojaron que no existen diferencias significativas en el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas.

Planteamiento del problema

El estudio de los trastornos alimentarios en la actualidad es de suma importancia, ya que estos padecimientos afectan la salud de los individuos, tanto física como mentalmente; en este último aspecto, mediante pensamientos distorsionados sobre su cuerpo, que los van afectando progresivamente. Aunque estos padecimientos se manifiestan a través de la conducta alimentaria, se ven reflejados en diferentes síntomas, como el excesivo temor de subir de peso.

La mayor influencia que tienen los individuos que desarrollan estos trastornos, son los estereotipos que presenta la sociedad en los comerciales sobre una imagen o cuerpo modelo.

Por otra parte, cuando se habla de competencia emocional, se hace alusión a la comprensión, expresión e identificación de las propias emociones y de los otros individuos, también se basa en la capacidad para mantener un control de estas; hay que tener en cuenta que es necesario ser capaz de entender las emociones personales de los sujetos antes de valorar las emociones de otras personas.

Aunque se han hecho varias investigaciones sobre la competencia emocional, aún no se ha profundizado lo suficiente, ya que el tema ha surgido solo por moda y la mayoría de los individuos no se dan a la tarea de indagar sobre este.

Se cree que los trastornos alimentarios en los adolescentes tienen mucho peso, ya que están en la edad donde los comentarios o críticas hacia su físico, por parte de terceras personas, les afectan o los influyen en gran medida.

Cabe mencionar que los profesores y directivos de la escuela han observado cambios en los adolescentes, que antes no se veían de manera notoria, puesto que ahora se preocupan más por su apariencia física y no es de la manera adecuada.

La pregunta que guio la presente investigación es: ¿Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán?

Objetivos

A continuación, se establecen los objetivos que se pretendieron alcanzar con este estudio, partiendo de lo general a lo específico.

Objetivo general

Determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en los alumnos de 1°

y 2° grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de competencia emocional.
2. Identificar las competencias emocionales.
3. Analizar los principales avances teóricos relacionados con las competencias emocionales.
4. Conocer la relación entre competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios.
5. Conceptualizar los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios.
6. Identificar los tipos de trastornos alimentarios.
7. Examinar los principales avances teóricos asociados con los trastornos alimentarios.
8. Medir las competencias emocionales de los adolescentes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37.
9. Evaluar los factores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios de los estudiantes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37.

Hipótesis

Enseguida se presentan las explicaciones tentativas acerca de la realidad examinada. Dichas afirmaciones tuvieron como base la bibliografía disponible inicialmente.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en los adolescentes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en los adolescentes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, Michoacán.

Operacionalización de variables

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) es importante describir los procedimientos y actividades que se desarrollan para medir las variables en esta investigación, mencionando las pruebas utilizadas en el estudio.

Para la variable de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se utilizó la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2), del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los

principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En otro orden de ideas, para medir la variable competencias emocionales, se aplicó el Test de Coeficiente Emocional de Bar-On. La adaptación de este test de coeficiente emocional es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades emocionales y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos.

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

Esta 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.

Justificación

La presente investigación es muy importante, porque beneficiará a la psicología, ya que enriquecerá el campo de conocimientos de esta ciencia y será de ayuda para posibles futuras investigaciones.

Este estudio va específicamente por la línea de la psicología, ya que una de las variables de estudio son las competencias emocionales, relacionadas con los

factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la escuela ya mencionada anteriormente.

También será de gran ayuda para la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ya que brindará apoyo para resolver el problema existente sobre los factores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan algunos de los alumnos y tomar medidas de prevención sobre dicho tema. De manera particular:

- Al arrojar los resultados de las encuestas, se podrá trabajar de manera más específica con los alumnos que salgan con un porcentaje significativo en las variables a investigar.
- Se podrán implementar talleres o pláticas para los padres e hijos, con el fin de resolver la situación presentada.
- La información obtenida puede servir para apoyar, desarrollar o revisar alguna posible investigación similar en un futuro.

Los resultados del estudio ayudarán a crear una mayor conciencia tanto de los padres, como profesores y del mismo alumno, para no dejar a un lado o minimizar el problema que se ha estado presentando con mucha frecuencia en la sociedad, saber cómo enfrentarlo y de qué manera evitar que se siga dando este fenómeno.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela Secundaria Técnica N° 37, la cual es una institución pública de nivel básico y se encuentra ubicada en el kilómetro 2.5, carretera Los Reyes - Peribán, en el Ejido de Gildardo Magaña, municipio de Peribán de Ramos, Michoacán.

La institución se fundó en el año de 1974, dando inicio de clases el 24 de octubre del mismo año. En su inicio, las labores educativas se impartieron en la Escuela Primaria Justo Sierra, de la misma comunidad de Gildardo Magaña.

En el año de 1975 logró ocupar las instalaciones actuales, pues se recibió el edificio que se encuentra ubicado actualmente, a 700 m. de dicha comunidad y a 2.5 km. de la ciudad de Los Reyes, por la carretera Los Reyes- Peribán, Michoacán.

Los alumnos que vienen de las diferentes poblaciones de esa región (Los Reyes, Peribán, Huatarillo y Gildardo Magaña), y esta población estudiantil cuenta con un nivel económico alto, medio y bajo.

Es importante mencionar que esta secundaria trabaja con los lineamientos, planes y programas de la Reforma Educativa.

La Escuela Secundaria Técnica No. 37, está construida sobre una extensión de 30,000 metros cuadrados. Cuenta con 6 naves principales que en conjunto albergan espacio para la dirección, prefectura, biblioteca, laboratorio de Ciencias, 16

aulas, talleres (carpintería, informática e industrias rurales), una pequeña bodega para los implementos de la tecnología de agricultura; área para la tecnología de ganadería, compuesta por la sección para la crianza de ganado porcino, dos galeras para la crianza de aves, dos autobuses, dos canchas deportivas, desayunador, amplias áreas verdes, estacionamiento, dos bloques de sanitarios separados para varones y mujeres, plaza cívica techada y una parcela escolar con un extensión de 10 hectáreas.

Esta institución educativa ofrece a los alumnos capacitación en cinco tecnologías: computación, agricultura, ganadería, industrias rurales y carpintería.

La planta laboral de la institución se encuentra conformada 46 personas, de ellos por dos directivos, dos coordinadores, 24 docentes, una trabajadora social, tres prefectos, una contralora, una asistente del aula de medios, cinco secretarios, cinco intendentes y dos choferes. Del personal que labora en el plantel, 26 son varones y 20 son mujeres.

De manera más específica, el grado de formación profesional de los docentes es el que se menciona a continuación:

Ingenieros en Sistemas Computacionales, Ingenieros Agrónomos, Ingeniero Civil, Profesores de Español (Normal Superior), Odontólogo, Profesores de Ciencias Sociales (Normalistas) y Lic. en Trabajo Social, Profesores de Inglés (Normalistas), Lic. en Educación Física, Lic. en Educación Artística, Veterinario, Prof. Técnico en

Informática, Ingeniero en Sistemas Computacionales, Prof. Téc. Agropecuario, Prof. Téc. en Carpintería y Prof. Técnico en Industrias Rurales.

La Escuela Secundaria Técnica N° 37, cuenta con la misión de lograr el desarrollo integral del educando con base en sus capacidades, intereses, amor patriótico, sentido de responsabilidad, actitudes y destrezas de los educandos; bases para lograr una igualdad de oportunidades.

Este plantel cuenta también con una visión: tener un plantel educativo de excelencia, que forje a jóvenes comprometidos con el estudio, reconocido por su liderazgo en la formación de individuos productivos para la sociedad, a través de la capacitación constante del personal para responder a las necesidades de la sociedad.

En su filosofía se propone actuar siempre con el compromiso del trabajo en equipo y la capacitación continua del personal, para lograr alcanzar su misión.

Algunas de las situaciones que posiblemente son desencadenantes del problema alimentario en los alumnos de esta institución son: la desintegración familiar, el acoso escolar, los cambios emocionales en la adolescencia, el escasa atención por parte de los padres en la alimentación de los niños, la falta de cultura sobre la nutrición adecuada en las familias, la situación económica, los estereotipos promovidos por los medios de comunicación, la vida sedentaria al tener poca actividad física, la poca convivencia familiar, la alta promoción de los mensajes

orientados al consumo de los alimentos con bajo valor nutritivo y la disponibilidad de alimentos en la región.

CAPÍTULO 1

COMPETENCIAS EMOCIONALES

En el presente capítulo se abordan a detalle las competencias emocionales, se conceptualizan las emociones y las competencias por separado para comenzar a comprender detalladamente el tema, enseguida se desarrolla entonces el concepto de competencias emocionales como tal, también se hace una explicación sobre estas en la vida actual, en el ámbito laboral, escolar y otros que también son de suma importancia.

1.1 Marco conceptual

En este capítulo se toman en consideración las competencias emocionales, aportando por varios autores su definición y el cómo se aplican en el entorno laboral, salud y en la educación.

De acuerdo con Bisquerra y Pérez (2007), el constructo de inteligencia emocional está en debate, sin embargo, lo que no está en duda son las competencias emocionales, ya que estas ponen el énfasis en la interacción entre persona y ambiente, y esto trae como consecuencia más importancia al aprendizaje y desarrollo.

El componente humano que se encarga de potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, teniendo la finalidad de capacitarle para la vida, es la educación emocional, entendida como un proceso educativo, continuo y permanente.

En la actualidad, sobre la inteligencia emocional aún no se tiene una definición exacta. La educación emocional tiene como objetivo contribuir al desarrollo de esta.

1.1.1 Las emociones

El tema de las emociones ha sido un tanto complejo de explicar, debido a que actualmente se carece de una definición consensuada del término emoción. Esta, a pesar de ser el principal sistema de evolución y adaptación de las criaturas inteligentes, es el menos conocido de los procesos psicológicos básicos. Para la mayoría de los autores la emoción se manifiesta mediante una tríada reactiva: activación fisiológica, conducta expresiva y sentimientos subjetivos.

Cuando a la mayoría de las personas se les pregunta qué entienden por emoción, al momento de tratar explicarla o definirla, se dan cuenta que les cuesta trabajo, debido a que cada uno tiene un concepto o una perspectiva diferente de esta.

De acuerdo con Pinillos (citado por Palmero y cols.; 2002), la emoción se la ha definido como un estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas

o recuerdos que, con frecuencia, se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión, sin embargo, estas definiciones no incluyen en su totalidad la multidimensionalidad de este proceso psicológico, ya que es un término que hace referencia a “mover”.

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

Ahora bien, se hablará sobre algunos de los descriptores emocionales, quienes se han clasificado habitualmente sobre la base de diferentes criterios que atienden a su duración, intensidad, origen y su referencia con eventos particulares.

El descriptor emocional afecto, tiene que ver con la valoración que hace un individuo de las diferentes situaciones a las que se enfrenta en la vida diaria, considerando que existe una inclinación innata hacia el afecto positivo, de tal manera que la finalidad de toda persona es, generalmente, el hedonismo, esto es, adquirir placer.

Se afirma que el estado de ánimo, es una forma precisa de estado afectivo, que conlleva la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene una persona de experimentar placer o dolor en el futuro, es decir, de notar el afecto positivo o negativo teniendo una duración de hasta varios días, generado por una causa que aparece relativamente remota en el tiempo.

En términos teóricos, Frijda (citada por Palmero y cols.; 2002) define el estado de ánimo, como un estado afectivo no intencional, es decir, que no tiene por qué existir un objeto que lo active, como en la emoción.

Cabe mencionar que el estado de ánimo se ve influido por una gran diversidad de factores, principalmente: exógenos (situacionales), endógenos (ritmos circadianos), rasgos de personalidad y el temperamento.

Otro de los descriptores emocionales es la emoción, la cual se utiliza en la psicología teórica de, al menos, tres maneras distintas: 1) síndrome emocional, 2) estado emocional y 3) reacción emocional. Un síndrome emocional es lo que comúnmente se experimenta durante una emoción: ira, tristeza o miedo, por ejemplo.

Por lo tanto, la emoción es una forma específica de afecto, que engloba entre sus componentes el sentimiento, teniendo una menos duración que el humor, siendo el fruto de la relación concreta del individuo con el ambiente, es decir, son fenómenos que pueden caracterizarse como “intencionales”, puesto que suponen una relación sujeto-objeto.

Sin embargo, al hablar del término sentimiento, se hace referencia a la evaluación que un sujeto realiza tras un evento emocional; los sentimientos también son llamados como “actitudes emocionales”, siendo las disposiciones a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos; dicho de otra manera, es la disposición a hacer atribuciones afectivas y su predisposición a responder afectivamente.

Averill (mencionado por Palmero y cols.; 2002), sostiene que los sentimientos en la emoción son algo comparable a cuando “se escuchan” voces sin la certeza del quién o qué las expresa, esta experiencia no puede considerarse real sin que se haya producido un estímulo real que provoque la emoción. Existe un concepto llamado regulación emocional, el cual es un proceso adquirido a lo largo del desarrollo evolutivo.

Por lo tanto, según los autores Dodge y Garber, actualmente se conceptualiza la emoción como un proceso psicológico constituido por cambios que pueden repercutir en el individuo a nivel cognitivo, fisiológico y social, propiciando acciones organizadas y adaptativas, cuando su intensidad es adecuada, o una desorganización de las acciones, cuando es inadecuada (citados por Garrido; 2000).

1.1.2 El concepto de competencias

En las últimas dos décadas se ha tenido un gran interés por conceptualizar el término competencia. Ello responde a un intento de desafiar el riesgo de

desacuerdos favorecidos por los numerosos significados que tiene el concepto. Algunas de las definiciones que se han venido aportando al concepto competencias es la expresada por Bunk (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 62), quien la puntualiza como “el conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible y ser capaz de colaborar con el entorno profesional y en la organización del trabajo”.

Por otra parte, Valverde (citado por Bisquerra y Pérez; 2007: 62) define las competencias como “la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizand o los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone”. 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.

En el mismo sentido, las características que conforman a las competencias son las siguientes:

- Es aplicable a las personas.
- Implica unos conocimientos “saberes”, unas habilidades “saber-hacer”, y unas actitudes y conductas “saber estar” y “saber ser” integrados entre sí.

- Incluye las capacidades informales y de procedimiento además de las formales.
- Es indisociable de la noción de desarrollo y de aprendizaje continuo, unido a la experiencia.
- Constituye un capital o potencial de actuación, vinculado a la capacidad de movilizarse o ponerse en acción.
- Se inscribe en un contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad (Bisquerra y Pérez; 2007).

Al estudiar las competencias, se ha podido comprobar que hay numerosas clasificaciones, estas son divididas en dos dimensiones: las competencias de desarrollo técnico-profesional y las competencias de desarrollo socio-personal.

Las primeras, también denominadas funcionales, se limitan alrededor de conocimientos y procedimientos en relación con un determinado ámbito profesional o especialización. Se relaciona con el “saber” y el “saber hacer” necesarios para el desempeño experto de una actividad laboral; en esta dimensión, algunas de las competencias que se incluyen son: la motivación, autoconfianza, autocontrol, paciencia, autocrítica, autonomía, control de estrés, asertividad, responsabilidad, capacidad de toma de decisiones, empatía, capacidad de toma de prevención y solución de conflictos, espíritu de equipo y altruismo, entre otras.

Por otra parte, las competencias de desarrollo socio-personal, incluyen competencias de naturaleza personal e interpersonal, la cuales incluyen el dominio de los conocimientos básicos y especializados, dominio de las tareas y destrezas requeridas en la profesión, dominio de las técnicas necesarias en la profesión, capacidad de organización, coordinación, de gestión del entorno, de trabajo en red, de adaptación e innovación. (Citado por Bisquerra y Pérez; 2007).

A partir de lo que se ha ido revisando, se concibe la competencia actualmente como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia.

1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional.

Varios de los autores que se han dedicado a investigar sobre la inteligencia, critican que no existe ninguna teoría clara sobre esta, sin embargo, la inteligencia comprende un conjunto de habilidades muy variadas, y no una entidad claramente definida.

Se afirma 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.

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

1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales

Alguna de las dificultades para el concepto de competencia emocional, es la delimitación que tiene el constructo apareciendo aún como tema de debate, en el que todavía no existe un acuerdo acorde entre los investigadores, por lo tanto, mientras algunos autores se refieren a la competencia emocional, otros utilizan el término competencia socio-emocional; otros lo hacen de forma plural: competencias emocionales o socio-emocionales.

Para las competencias emocionales existe un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias.

Los autores Salovey y Sluyter identifican cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Por otro lado, Goleman plantea también cinco dominios: autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales

que, a su vez, incluían la existencia de veinticinco competencias (citados por Bisquerra y Pérez; 2007).

La competencia emocional según Saarni (citado por Bisquerra y Pérez; 2007) se relaciona con la autoeficacia, al expresar emociones en las transacciones sociales. Este autor define la autoeficacia como la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr los objetivos deseados. Para que exista la autoeficacia, se necesita el conocimiento de las propias emociones y capacidad para regularlas hacia los resultados deseados, estos generalmente dependen de los principios morales que cada individuo posee, influyendo entonces los valores éticos y el carácter moral en las respuestas emocionales de cara, al promover la integridad personal.

Es de suma importancia el contexto, ya que el espacio y el tiempo son condicionantes de la competencia emocional. Por otro lado, también suele experimentarse la incompetencia emocional en un momento o lugar determinado, por motivo de que no se encuentra preparado el individuo para cierta situación.

En relación con lo anterior, para Bisquerra y Pérez (2007: 8), las competencias emocionales son entendidas como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales”.

El saber dominar las competencias emocionales genera ciertos beneficios en las personas, potencia una mejor adaptación al contexto y favorece un afrontamiento a las circunstancias de la vida con mayor probabilidad de éxito.

También algunos de los aspectos que se ven favorecidos por estas, están los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo, entre otros.

1.2 Clasificación de las competencias emocionales

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

- 1) El componente intrapersonal: hace referencia a las habilidades que tiene un individuo para la identificación de las emociones en uno mismo, esta área contiene algunos componentes, como son: la autocomprensión, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia.
- 2) El componente interpersonal: comprende a su vez la capacidad de identificar y comprender las emociones de las otras personas, lo que hace referencia la empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social.
- 3) Componente de adaptabilidad: se refiere a la capacidad para la solución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad.
- 4) Componente del manejo de estrés: agrupa dos elementos, uno de ellos es la tolerancia al estrés, que es la habilidad para soportar eventos adversos,

situaciones estresantes sin “desmoronarse”; mientras que para el control de impulsos debe haber resistencia para postergar un impulso o tentaciones para actuar o controlar las emociones.

- 5) Componente del estado de ánimo: integrado por el componente de la felicidad, el cual obtiene el individuo por medio de pensamientos positivos, expresar los mismos y la tener la habilidad de sentirse satisfecho con la propia vida; por otro lado, el componente llamado optimismo es aquella habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva, a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos.

Por otro lado, Bisquerra y Pérez (2007) clasifican las competencias de la siguiente manera:

Conciencia emocional: considerando que es la capacidad para tomar conciencia de las emociones propias y las de los demás y en esta hay tres componentes. El primero es la toma de conciencia de las propias emociones, que hace referencia a la capacidad de identificar etiquetar y percibir con precisión los propios sentimientos o los de terceras personas; el segundo, dar nombre a las emociones, es decir, saber el vocabulario adecuado para nombrar a determinada emoción; el tercero es la comprensión de las emociones de los demás, tener la aptitud de percibir con precisión las emociones e implicarse empáticamente en sus vivencias emocionales.

Regulación emocional: entendiendo que es la capacidad del manejo de las emociones de forma apropiada. Esta área destaca cinco componentes:

- Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento.
- Expresión emocional: manifestar las emociones de forma adecuada.
- Regulación emocional: controlar la impulsividad y la tolerancia a la frustración, para prevenir estados emocionales negativos.
- Habilidades de afrontamiento: capacidad de afrontar emociones negativas mediante estrategias que regulen la intensidad de tal estado emocional.
- Competencia para autogenerar emociones positivas: experimentar de forma voluntaria y consciente emociones positivas y disfrutar de la vida.

Autonomía emocional: incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, automotivación, actitud positiva, responsabilidad, autoeficacia emocional, análisis crítico de normas sociales y resiliencia.

Competencia social: se refiere a la capacidad de mantener sanas relaciones con otros individuos, esto implica dominar las habilidades sociales, tener capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, prevención y solución de conflictos.

Competencias para la vida y el bienestar: es la capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente las situaciones o desafíos de la vida diaria, en los cuales están fijar objetivos adaptativos, toma de decisiones, buscar ayuda y recursos, ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida, bienestar subjetivo y fluir.

1.3 Desarrollo de las competencias emocionales

Una de las cuestiones que se hace sobre las competencias emocionales es si estas son parte de la personalidad o pueden ser desarrolladas por cualquier persona; cabe mencionar es de suma importancia saber que no son un rasgo propio o permanente en un individuo, sino que son producto de las experiencias y aprendizaje que va teniendo a lo largo de su vida, de tal forma cualquier persona puede desarrollarlas cuando se involucra en su proceso intencional para el desarrollo de sus competencias emocionales, tal como lo afirman Fernández y Extremera (2002).

Por ello, la percepción y expresión emocional se pueden desarrollar a partir del dominio que tiene cada individuo de comprender los propios estados emocionales, es decir, ser capaces de dar un nombre a cada estado emocional que se va experimentando y a partir de ahí, poder comunicarlo a los demás a través de distintas formas, palabras, gestos, conductas y con acercamientos o alejamientos.

Las emociones y los pensamientos se encuentran unidos sólidamente y si se saben utilizar de manera adecuada las emociones al servicio del pensamiento, se facilita razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones.

Lo anterior implica que un adecuado manejo de las emociones, en el cual se hacen conscientes; puede permitir a su vez que a través del pensamiento, se puedan generar también emociones positivas, es decir, pensar en las emociones permite generar experiencias emocionales más positivas, y esto tiene efectos en múltiples áreas de la vida, el cómo se siente la persona, guiará sus pensamientos posteriores, influirá en la creatividad en el trabajo, dirigirá la forma de razonar y favorecerá su capacidad diaria de deducción lógica.

En el mismo sentido, una vez que se es capaz de comprenderse a sí misma, la persona podrá comenzar a entender y comprender empáticamente las emociones y sentimientos de lo demás, en muchas ocasiones, esto se logra gracias a experiencias ya vividas, sin embargo, no es requisito haber vivido tal experiencia para poder comprender.

Existen dificultades para poder dominar los estados emocionales, una de ellas, la más complicada, es la regulación, la cual es la habilidad para moderar o manejar la propia reacción emocional ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas.

Un experto emocional selecciona bien los pensamientos a los que va a prestar su atención, con la finalidad de no dejarse llevar por su primer impulso e incluso, aprende a originar pensamientos alternativos adaptativos para controlar probables alteraciones emocionales.

Para desarrollar las competencias emocionales en la escuela, se necesita de la práctica, el entrenamiento y perfeccionamiento, y no tanto de la instrucción verbal. No sirve de nada la amenaza de “no lo vuelvas hacer”, lo correcto es ejercitar y practicar las capacidades emocionales.

En este contexto, los maestros son los principales líderes emocionales de los alumnos, las capacidades de captar, comprender y regular las emociones, son el mejor índice del equilibrio emocional de su clase.

1.4 Las competencias emocionales en la vida actual

El estudio científico de las competencias emocionales es reciente, hasta el momento no se tiene una delimitación total de las etapas o fases del desarrollo emocional, aunque cabe mencionar que sí se han dado algunas propuestas.

La influencia positiva de un satisfactorio nivel de desarrollo de las competencias emocionales, en abundantes circunstancias de la vida, es un hecho comprobado por un creciente volumen de investigaciones que pretenden aportar evidencias acerca de sus consecuencias.

1.4.1 Las competencias emocionales en la vida laboral

Las aplicaciones prácticas a la educación son un tema actual de investigación y difusión, por lo tanto, el reto que se plantea es cómo va a incidir la competencia emocional en la educación para la ciudadanía.

La competencia emocional en la dimensión laboral, ha tenido auge en el interés de los investigadores, formadores, empresarios y técnicos en desarrollo en el área de recursos humanos.

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

Es decir, invertir en el desarrollo de tales competencias de los trabajadores, tiene resultados altamente positivos en varias situaciones, como lo son: el permitir resolver eficazmente situaciones delicadas con un compañero de trabajo, mejorar la relación con los clientes, aprender a afrontar las críticas de los jefes o concluir una tarea.

De lo contrario, las consecuencias de omitir el perfeccionamiento de las competencias emocionales, minan el desarrollo y el éxito tanto de los individuos que laboran ahí como de la empresa, en general (Bisquerra y Pérez; 2007).

1.4.2 Las competencias emocionales en la vida escolar

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

Posteriormente, los resultados de Newsome, Day y Catano (citados por Extremera y Fernández; 2004), no avalaron las relaciones positivas entre IE medida con el EQ-i y el rendimiento académico en estudiantes universitarios canadienses. Ni la puntuación tal del cuestionario ni sus subescalas fueron predictores de las notas al finalizar el curso.

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

En este sentido, los resultados indican que en los grupos más vulnerables la inteligencia emocional podría actuar como un moderador de los efectos de las habilidades cognitivas sobre el rendimiento académico.

1.4.3 Las competencias emocionales en otros ámbitos

La magnitud personal de la vida no escapa en lo absoluto a los efectos positivos de un adecuado desarrollo de las competencias emocionales. En este sentido, comienzan a surgir algunas contribuciones acerca de la importancia de sus aplicaciones en el ámbito familiar, en la vida en pareja y en el establecimiento de una red de relaciones sociales satisfactorias.

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

La incidencia del desarrollo emocional sobre la salud es otro de los aspectos que ha generado abundante literatura y es motivo de atención preferente de la psiconeuroinmunología a partir de 1983 por Ader y otros (citados por Bisquerra y Pérez; 2007).

Por lo tanto, en estos estudios se reconoce que las emociones tienen cierta influencia en la salud y se acepta la presencia de un vínculo físico entre el sistema nervioso y el inmunológico.

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

Por otro lado, las personas emocionalmente inteligentes no solamente serán más hábiles para percibir, comprender y manejar sus propias emociones, sino también serán más capaces de extrapolar sus habilidades de percepción, comprensión y manejo a las emociones de los demás.

Ahora bien, las habilidades sociales tienden a ser recíprocas, de tal manera que la persona que desarrolla y posee unas competencias sociales adecuadas con los demás, es más probable que reciba una buena consideración y un buen trato por la otra parte, sin olvidar que el apoyo social ayuda a regular el impacto negativo de los estresores cotidianos.

1.5 Evaluación de las competencias emocionales

Desde las teorías de la inteligencia emocional, se resalta que las capacidades de percepción, comprensión y regulación emocional son de suma importancia para la adaptación del individuo al entorno y contribuyen sustancialmente al bienestar psicológico y al desarrollo personal, independientemente del nivel cognitivo o el rendimiento académico del alumnado (Salovey y Mayer, citados por Extremera y Fernández; 2004).

En este sentido, la evaluación de la inteligencia emocional en el aula arroja una valiosa información para el docente, referido al conocimiento del desarrollo afectivo de los alumnos e implica la obtención de datos verídicos, que marquen el punto de inicio en la enseñanza transversal.

Específicamente, en el ámbito educativo se han empleado tres enfoques evaluativos de la inteligencia emocional.

El primer grupo incluye los instrumentos clásicos de evaluación de inteligencia emocional: cuestionarios, escalas y auto-informes; este método de evaluación ha sido el más habitual y utilizado en el campo de la psicología. A través de los cuestionarios se puede obtener los perfiles de personalidad como extraversión o neuroticismo, se evalúan aspectos emocionales como la empatía o autoestima y se obtienen medidas sobre factores cognitivos como pensamiento constructivo o estrategias de afrontamiento.

Los cuestionarios, en este grupo, están conformados por enunciados verbales cortos en los que el alumno evalúa su inteligencia emocional mediante la propia estimación de sus niveles en determinadas habilidades emocionales, a través de una escala Likert.

Esta evaluación de la inteligencia emocional a través de cuestionarios, es muy útil en aquellos casos en los que el docente quiere obtener un índice del ajuste

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

El segundo grupo reúne medidas de evaluación de observadores externos, basadas en cuestionarios que son rellenados por compañeros del alumno o el propio docente, el cual parte de un presupuesto básico: si la inteligencia emocional implica la capacidad para manejar y comprender las emociones de las personas que están alrededor, es importante cuestionar a estas personas sobre cómo perciben ellos las reacciones que tiene la persona sobre sucesos de la vida cotidiana ante el público.

El procedimiento anterior es un medio eficaz para evaluar la inteligencia emocional interpersonal, es decir, indica el nivel de habilidad emocional percibida por los demás, a estos se les denomina comúnmente instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°. En ellos, se pide a los compañeros de clase o el docente que explique de qué manera reacciona cierta persona para resolver algún conflicto o la interacción que tiene con los demás (Extremera y Fernández; 2004).

Por lo tanto, este tipo de evaluación es muy eficaz, puesto que es de gran utilidad para evaluar destrezas relacionadas con las habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y los niveles de impulsividad y de manejo emocional, en situaciones de conflicto social como, por ejemplo, una pelea entre dos alumnos.

Y por último, el tercer grupo agrupa las llamadas medidas de habilidad de la inteligencia emocional basadas en tareas de ejecución compuesta por diversas labores emocionales que el alumno debe resolver.

El objetivo es, por una parte, evitar la alteración de las respuestas por los propios sujetos en situaciones donde una imagen positiva es deseable y, por otra, reducir los sesgos perceptivos y situacionales provocados por los observadores externos. La lógica es, por sentido común, aplastante: para comprobar si una persona es hábil o no en algún ámbito, la forma más adecuada de hacerlo es poniendo en práctica sus habilidades.

Por ello, la mayor parte de estudios psicométricos están referidos a la adaptación y estandarización de pruebas psicológicas extranjeras y muy pocos a la elaboración de nuevos instrumentos de medición. Son muy escasos los que tratan de confirmar los presupuestos teóricos o modelos que los fundamentan. Es importante mencionar que la mayoría de estos estudios se enfocan más en la evaluación de aspectos cognitivos y, en algunos casos, rasgos de personalidad, ansiedad, cólera y depresión y habilidades sociales como la autoestima, asertividad, locus de control y soporte social (Ugarriza; 2001).

Se espera que con el paso del tiempo y de las nuevas investigaciones sobre las competencias emocionales, se logre tener un concepto claro de lo que estas son.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Para continuar, en el presente capítulo se abordan a detalle los trastornos alimenticios, primeramente hablando sobre los antecedentes de estos, enseguida se mencionan las características clínicas y su respectiva definición, especificando los dos tipos de trastorno por separado: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, para comenzar a comprender detalladamente el tema.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde años atrás, en la historia de distintas culturas se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. En las ocasiones donde había banquetes y se comía de forma desmesurada y exageradamente, esto tenía un carácter social de demostración de poder y en otras circunstancias, un marcado simbolismo sagrado; durante estos banquetes, lo usual para poder volver a comer era provocarse el vómito.

Por otro lado, en la cultura cristiana, la restricción alimentaria estuvo asociada, también, a un simbolismo religioso. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, expresión del rechazo al mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

Del siglo XVII se conservan documentos escritos donde se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos, aunque la información aparece dispersa y muchos comentarios proceden de terceras personas, que no habían conocido directamente a los pacientes implicados.

En otros momentos históricos, la obesidad se consideraba como un signo de belleza, salud y posición social, lo que en la actualidad es totalmente contrario. Las consecuencias físicas de esta son importantes, ya que los individuos que tienen sobrepeso son más propensos a padecer alteraciones médicas como hipertensión, diabetes, insuficiencia respiratoria y otro tipo de complicaciones, como las tumorales.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

La anorexia nerviosa, según Jarne y Talam (2000), se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal, que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad.

Algunas de las características clínicas que posee esta enfermedad son: el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal; en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

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

Para el DSM-IV (APA; 2002), los criterios diagnósticos de la bulimia incluyen: la presencia de atracones, los cuales se caracterizan por ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, también en estos episodios hay una sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, uno de ellos es la anorexia nerviosa.

Según el DSM-IV (APA; 2002), las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque haya pasado la menarquia, sufren amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida, puede haber falta de aumento de peso.

Generalmente, el individuo que posee esta enfermedad, pierde peso mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que la mayoría empieza por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos; en algunas ocasiones utilizan las purgas.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa, los cuales pueden utilizarse para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- Restringido: en este, la pérdida de peso se consigue a través de dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso; durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- Compulsivo/purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, o bien, a ambos.

Cabe mencionar que la anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales.

Los estudios sobre la prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han relevado un porcentaje del 0.5 al 1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa.

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Las características que determinan la bulimia nerviosa según el DSM-IV (APA; 2002), consisten en atracones y en medios compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse, al menos, un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

Es necesario definir el término atracón, que el cual se entiende 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.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico, estos se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, la más habitual es provocarse el vómito. Quienes padecen el trastorno puede estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones.

También en este trastorno de la alimentación hay dos subtipos que determinan la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones.

- 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 describe que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha recurrido a laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa, es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo. Esta enfermedad se inicia

generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje, aunque se desconoce la evolución a largo plazo.

2.2.3 Obesidad

La obesidad es, desde hace unos años, un tema de enorme interés para muchas disciplinas de la salud.

A diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, la obesidad no se considera un trastorno psicopatológico, sino más bien un problema que puede comportar alteraciones médicas importantes y que, por tanto, supone un riesgo para la salud del individuo.

En general, se acepta que los obesos comen de forma excesiva; al respecto, la psicología ha intentado elaborar modelos explicativos de esa conducta de sobreingesta. Por tanto, se piensa que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables, como síntoma de enfermedad mental subyacente y como adicción a la comida.

Las consecuencias de orden psicosocial de la obesidad, a diferencia de las complicaciones físicas, no son inevitables: derivan del prejuicio social que contempla

a la gente obesa como fea y poco saludable. Así pues, la gente obesa es un grupo contra el cual se dirige el menosprecio social.

Es importante saber que, a lo largo de la historia, la valoración social del peso corporal se ha ido modificando. Los ideales estéticos que en épocas anteriores han prevalecido no tienen nada que ver con los que existen actualmente.

Por lo tanto, hay que saber diferenciar claramente cuándo la obesidad es una enfermedad, un problema médico que requiere un tratamiento concreto; cuándo está relacionada con déficits psicológicos, falta de habilidades y recursos que también requieren una intervención específica y cuándo se está hablando meramente de cuestiones estéticas, tomando en cuenta que sea cual sea el caso, se debe corregir la inadecuación, pero aceptando el propio cuerpo.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

La hiperfagia se trata de un término recogido por el CIE-10 que se refiere a “la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una “obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (citado por Castillo y León; 2005: 225).

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

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

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

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Generalmente, los problemas de la alimentación en los niños, son problemas de conducta que suelen darse en el momento de la comida. Desde niños que comen excesivamente lento entreteniéndose con cualquier situación; niños que se resisten a aprender hábitos de conducta apropiados para su edad y tienen que comer rodeados de juguetes o, simplemente, se niegan a comer; algunos otros toman la comida como un medio para conseguir algo, normalmente “atención”.

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

Es importante que, para poder diagnosticarse este trastorno, el sujeto cuidador del infante debe descartar que se trate de una enfermedad orgánica.

El rechazo a tomar algún tipo de alimento es un comportamiento frecuente en la infancia, así lo expresa Bernal (citado por Jiménez; 1997). Puede ser incluso considerado como un comportamiento normal, ya que todos en algún momento rechazan o se niegan a ingerir algún tipo de comida.

La mayor o menor gravedad de este problema radica en si el rechazo del niño es solo en algún alimento concreto que puede ser sustituido por otro de características similares.

Existe otro tipo de rechazo que también es muy frecuente: el que suele darse hacia los alimentos sólidos; el niño tan solo accede a ingerir alimentos líquidos, pasados o semipasados, negándose a tomar todos aquellos de constitución sólida; se niega a realizar el esfuerzo de masticar y prefiere que le den el alimento triturado.

Por otro lado, la pica o alotriofagia se trata de un trastorno en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo, la tierra o escamas de pintura, entre otros.

Otro trastorno es el llamado rumiación o mericismo, el cual es poco frecuente y aparece entre los tres y los doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida.

Este se presenta en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo, algunos autores atribuyen el origen del cuadro a una grave alteración de la relación materno-infantil.

Una clasificación más es la de la ingesta de comida mezclada, se trata de comer solamente aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores. Cuando el niño es lento para comer o se niega a tomar alimentos sólidos, el adulto encuentra una solución rápida y efectiva a simple vista: tritura y mezcla los alimentos que se cree que requiere el niño.

Ahora bien, el tiempo de comida en exceso es el tipo de problema más frecuente; es normal que los niños empleen más tiempo que los adultos en comer, pero cuando este tiempo es excesivo, se puede decir que existe un problema que requiere intervención de los adultos.

Los motivos en general, pueden resumirse en el rechazo a ingerir alimentos que se le ha preparado, negación a pasar de la comida triturada a la comida sólida, rechazo a tomar toda la comida que los padres quieren que coma o excesivos estímulos distractores a su alrededor, que favorecen su falta de atención al acto de comer.

Por último, los vómitos son quizá el problema que más alarma a los padres cuando se da, normalmente estos lo relacionan con un problema físico; como se menciona en los párrafos anteriores, es necesario descartar cualquier causa física que produzca dichos vómitos.

Una vez que ha sido descartado cualquier problema físico o reacción alérgica, es necesario indagar en dos direcciones concretas: el vómito está relacionado con la comida en sí misma, o es un medio de escape de alguna situación desagradable para el infante y que no está relacionado con la comida.

2.3 Esfera oroalimeticia en el infante

La reacción oral aparece como una de las primeras formas de relación que tiene el infante con el mundo externo, aunque todavía no sea una autentica relación objetal, es decir, la madre aun no es un objeto amado para este, sino una dependencia infantil.

Según señala Spitz (citado por Ajuriaguerra; 1973) la conducta infantil ante el pecho materno pasa por diversas fases, que se explican a continuación:

A los ocho días, el niño, cuando es tomado por los brazos, ya sea de un hombre o de una mujer, tiende a buscar el pecho de la persona; después, en el segundo mes el niño conoce la señal de la comida únicamente cuando tiene hambre.

Cuando este va a cumplir los tres meses, reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca cuando llora por hambre, poco después, el menor fija la mirada ante los ojos de la madre al estar mamando, por lo tanto, el objeto que le satisface y la persona que le consigue su satisfacción están íntimamente unidos.

Por último, hacia los tres meses el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión.

Por ello, la actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición, es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

2.3.1 Organización oroalimentaria

La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlo a cabo se siente como una

obligación, y su aceptación, es un regalo para los padres. El comer significa varias situaciones: alimentarse, sentir un placer y un acto cuya finalidad es crecer.

Cuando la madre da alimento a un niño, no solo es un simple acto nutritivo, darle algo por vía oral, sino una entrega de sí misma, no solo por el pecho que da, sino por su actitud. En ese momento, no solo satisface el hambre del infante, sino todas sus necesidades.

Por lo tanto, el destete produce una ruptura cuando el niño todavía no está maduro. Durante este acto o al disminuir el número de comidas, es cuando el niño comienza a chuparse el dedo.

Las primeras formas de relaciones madre-hijo van íntimamente unidas a actos de comer, así lo señala Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973). El placer narcisista que a ciertas madres les produce el verlo comer sin complicación, ellas rápidamente liberadas y mutuamente satisfechos, puede modificar favorablemente la relación inicial; el niño gordito y tragón la alivia, la libera de culpas y le confiere un nuevo valor al ofrecérsele esa función materna que siempre temiera no ser capaz de desempeñar.

Por otro lado, el niño que es poco comedor, desespera a la madre ansiosa y acarrea la agresividad de una progenitora inconscientemente hostil, es por esto que aquellas hiperansiosas, superprotectoras o rígidas, son quienes modelan paradójicamente la personalidad de su hijo al alimentarlos inadecuadamente.

Se afirma que el acto de succión es la actividad motriz oral más importante. La succión es muy frecuente, normalmente disminuye con la edad y es importante hasta el segundo año.

Por lo tanto, la succión infantil se produce en diversas situaciones, como descarga de tensión o como placer rítmico; la succión de la lengua es un fenómeno más raro y se da preferentemente en los retrasados, de manera específica, en los mongólicos.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimeticia

A continuación, se presentan los diferentes tipos de anorexias, comenzando por la anorexia del recién nacido.

En ella viene incluida la anorexia esencial precoz, la cual es relativamente rara. Podrá aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día. Según Levesque (citado por Ajuriaguerra; 1973), es la auténtica anorexia del recién nacido, muestra de una especial constitución neuropática. Se da en un terreno especial: en niños de bajo peso, nerviosos y muy despiertos.

Otro subtipo es la anorexia del segundo semestre, que es más frecuente; aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia:

- La anorexia inerte, cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.
- La anorexia de oposición, en la que el niño reacciona ante la comida con chillidos, agitación e intensa rotación tónica, no quiere comer, muestra rechazo, vómitos y métodos de que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres, una lucha donde este sale victorioso y el adulto, siempre agotado.

Por otro lado, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia en el segundo semestre:

- La simple, que al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interacción entre la madre, empeñada a imponerse, y el niño en franca oposición.
- El segundo tipo es la compleja, caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales. Al niño los alimentos no le interesan en lo absoluto.

En este sentido, la anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar. Es una oposición a la rigidez paterna, o bien, una elección caprichosa de la comida, con indicios fóbicos.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

No existe un perfil determinado para las personas que padecen un trastorno de la alimentación, sin embargo, para poder diferenciar al bulímico o anoréxico, es necesario observarlos a partir de que el trastorno ya está instalado.

Los trastornos de la alimentación afectan tanto la personalidad, que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se instala en el trastorno del comer.

A continuación, se mencionan y explican algunas de las características individuales y familiares más comunes de las personas afectadas por este trastorno.

- 1) Los problemas con la autonomía: son una posible predisposición a los trastornos de la alimentación, ya que muchas de las personas tienen dificultad para funcionar de manera independiente, dejando a un lado la familia u otros factores externos, como los amigos. Los afectados están muy pendientes de lo que los demás esperan de ellos, por lo tanto, la obligación

de ser siempre “adecuados” les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento.

Cuando la seguridad está expuesta al exterior y se hace lo posible por cumplir lo que se supone debería esperarse de cada individuo, es probable que se tenga cierta sensación de ineficiencia personal y se termina dudando siempre de sí mismo.

- 2) Déficit en la autoestima: todas las personas tienen la capacidad de desarrollar una imagen de sí mismas y fabrican su autoconcepto. Se le llama autoestima al grado en que una persona se acepta a sí mismo. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos: en la mujer de esta sociedad, en general, la autoestima está basada en los factores como la apariencia, aprobación del otro o con cumplir las expectativas de los demás.

- 3) Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia estar perfectas es algo muy común entre las jóvenes con trastornos en la alimentación, esta enfermedad las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente eficaz. Si creen que no tendrán perfección en lo que se proponen, ni siquiera lo intentan; según ellas, para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.

Por lo tanto, el perfeccionismo es una trampa, ya que nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable, esto es, el perfeccionismo no permite ser humanos. A pesar de que la persona con trastornos de la alimentación siempre trata de tener todo bajo su control, nunca consigue tenerlo, aunque luche hasta lo posible por conseguirlo.

- 4) Miedo a madurar: como ya se había mencionado anteriormente, los trastornos de la alimentación se desarrollan, por lo general, en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud, debido a los numerosos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social.

Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras circunstancias, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de “mujer”. Generalmente, estas jóvenes están muy estancadas en la niñez, y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica.

Por lo anterior, para ellas es mucho más fácil mantenerse en esta etapa de niñas y conservar un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno-malo, todo-nada y obeso-delgado.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Es importante destacar que ningún rasgo individual o características familiares en sí mismos, son causa o producen un trastorno de la alimentación, pero sí

predisponen a eso. Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita un trastorno de la alimentación.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Existen diferentes factores que contribuyen para que alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos en sí mismo es suficiente. Está claro que se necesita de una combinación de los distintos factores existentes, esto adquiere características particulares en cada caso.

Más que pensarse como factores distintivos que ocasionan un trastorno de la alimentación es favorable percibirlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno alimenticio cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, o sea, un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura.

Pero la perpetuación del trastorno, además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso, está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.

Los factores individuales que influyen en la conducta de comer, son el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. La selección de la comida no solo es un producto del contenido nutricional del alimento de que se trate, sino que esta se produce dentro de una red de significados sociales.

Helman (citado por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida: delimita las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificaciones de comidas paralelas: indican que los alimentos pueden clasificarse como “calientes” o “fríos”, culturalmente hablando.
- Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina, ya que algunos alimentos se utilizan o evitan en ciertos estados de salud y se emplean como remedio de problemas.
- Comidas sociales: describe la función social de la comida, dado que esta puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones; simbolizar estatus, ofreciendo platos raros, caros o deliciosos y crear la identidad del

grupo mediante patrones tradicionales de comidas, como el desayuno, la comida y la cena.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Como anteriormente se explicó, resulta complejo diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno alimentario, frente a los que se pretenden una vez que el mismo se ha instalado.

Se afirma que las familias con poca comunicación entre sí y con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de estos trastornos en alguno de sus miembros; aunque es considerable que el hecho de que una familia tenga una crisis, no necesariamente implica que sea una familia patológica.

Estas son algunas de las características que pueden predisponer a alguien a tener un trastorno alimentario, no obstante, es la combinación especial de esas características con los rasgos de personalidad del individuo y la incidencia de los factores socioculturales lo que dará como resultado una persona con un trastorno de la alimentación.

Las familias con los rasgos presentados a continuación, no necesariamente van a producir un trastorno en alguno de sus miembros, pero son las que usualmente se han manifestado en la mayoría de quienes han padecido la enfermedad.

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

Cuando un miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes. Nadie del hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y, por lo tanto, no es el enfermo el único miembro de la familia que tiene problemas.

Por otro lado, cuanto más tiempo se mantenga crónico un trastorno alimentario, mayor será el desajuste que produzca en la personalidad de quien lo padece, así como en la vida familiar.

2.5.3 Factores socioculturales

Los medios de comunicación prometen a las mujeres de figura esbelta y bajo peso, una vida sofisticada, de gran aceptación y éxito.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura; aunque esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando se habla de un “cuerpo ideal o espectacular” se hace referencia no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos de la alimentación son propios de la clase media y alta, es poco común que personas de clase baja tengan este tipo de problema, pero los que se ven afectados son porque su trabajo se encuentra inmerso en un ambiente de clase media o alta, donde se toman esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable adoptar cierta apariencia.

El resultado es que, entre el modelo ideal y la realidad posible, hay cada vez más disparidad. Esto redundará en la mayoría de las mujeres, quienes están inconformes con su forma corporal y se disponen a llevar dietas muy estrictas.

La persona que sufre este trastorno llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien

y mucho menos si tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un adecuado desempeño en su actividad laboral, escolar y social.

Aunque, por otro lado, muchas jóvenes se convencen de lo contrario y se valoran a sí mismas como personas solamente a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo para los demás.

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, mientras que los medios perpetúan y refuerzan esta idea, sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal, ya que a diferencia de los siglos XVII y XVIII, hoy la delgadez es sinónimo de estatus social.

Para terminar con los factores socioculturales es conveniente plantear algunos de los prejuicios que, sin dudar, son parte de lo que induce a la confusión con el control del peso.

Para empezar, se tiene idea de que los obesos lo son porque comen más que los no obesos, cuando en realidad las investigaciones demuestran que no es así (Wooley, citado por Costin; 2003).

También, se piensa que el tener tratamientos prolongados con dieta, son satisfactorios, y la realidad es que en ese momento la probabilidad de perder peso es

alta, pero en varios seguimientos a largo plazo llega a ser un fracaso, ya que no es posible mantener ese peso deseado y obtenido por tales dietas por 2 o más años.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Una de las características psicopatológicas que se observa en los enfermos diagnosticados de trastorno de la alimentación, es la presencia de trastornos de la imagen corporal.

Estos manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, que se suele asociar con una baja autoestima, la obsesión por obtener un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez.

Ahora bien, Jarne y Talarn (2000) definen la imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo con la conciencia. Esta definición está complementada con otra que hace hincapié en los aspectos emocionales, los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Así, se observan dos formas diferentes de expresión: la primera es perceptual y hace referencia al grado de exactitud o en este caso, de no exactitud con la que el paciente ve sus dimensiones corporales. La segunda implica el componente afectivo o emocional, se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente, al grado de satisfacción o insatisfacción con este.

Otra definición de imagen corporal dada por Shilder (citado por Ogden; 2005: 123) es “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”.

La insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas diferentes:

- 1) Estimación deformada del tamaño corporal: se ha demostrado de forma consistente que las personas con trastornos alimentarios clínicamente definidos, muestran una deformación perceptiva mayor que los sujetos no diagnosticados.
- 2) Discrepancia del ideal: esta perspectiva no conlleva la comparación con el volumen real de la persona.
- 3) Respuestas negativas al cuerpo: es la forma más frecuente de entender la insatisfacción corporal y se manifiesta por sentimientos y cogniciones negativas acerca del cuerpo.

En este sentido, las preocupaciones por el peso y la forma corporales se asocian más con las mujeres; la mayoría desea estar más delgada y las partes con las que generalmente están inconformes ellas, son: el estómago, las caderas, los muslos y los glúteos; mientras que, por otro lado, los hombres prefieren que sus brazos, pecho y espalda fuesen más voluminosos y que su estómago y el cuerpo en general lo fuesen menos.

Las investigaciones que estudian la influencia de los factores sociales en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal, señalan, en especial, el papel que desempeñan los medios de comunicación, la cultura y la familia.

2.7 Factores que mantienen a los trastornos alimenticios

Anteriormente se mencionaron los factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimenticia, los cuales son los predisponentes y precipitantes, ahora se mencionaran los que se denominan factores perpetuantes.

La dieta es el factor perpetuante por excelencia, ya que el cuerpo que está subalimentado causa el malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Ahora bien, las importantes transformaciones físicas que se evidencian durante el período de semiinanición, son las siguientes:

Cefaleas; hipersensibilidad a la luz y a los ruidos; molestias gastrointestinales como acidez, constipación o diarrea; problemas de visión y auditivos; adormecimiento de miembros; calambres, pérdida de cabello y debilidad muscular, entre otros.

Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías por medio de la disminución del

metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras el individuo descansa.

Si se toma desde el punto de vista de las personas que se someten a severas dietas para adelgazar, se encuentran en la paradójica situación de que cuanto menos comen, menos adelgazan, porque las calorías son quemadas más lentamente como un modo de preservar la energía y de utilizar todo lo que entra para el mantenimiento de los procesos físicos básicos necesarios para sobrevivir.

Por ello, el trastorno se perpetúa, porque el organismo deja o guarda nutrientes para cuando no los recibe, en este caso, para cuando la persona deja de comer o se somete a sus dietas rigurosas y no se da cuenta que entre menos alimento consume, más lenta será su digestión.

2.8 Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos. Los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir también los criterios de depresión clínica, también se manifiesta en los pacientes con bulimia.

Es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad comórbida a las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Quienes sufren el tipo restrictivo de la anorexia nerviosa, suelen mostrar trastornos de personalidad del grupo ansioso-atemorizado.

Por el contrario, los trastornos de la conducta alimentaria del tipo compulsivo-purgativo están asociados con el trastorno de personalidad límite, según lo asevera la APA (citado por Butcher y cols.; 2007).

Otra relación interesante es la que se establece con diversos trastornos de personalidad. Hudson y cols. (citados por Belloch y cols.; 1995) encontraron que el 32% de pacientes con bulimia y anorexia tipo bulímico, podía cumplir los criterios del DSM-III de alguno de estos trastornos de personalidad: histriónico, antisocial o límite.

Es importante reiterar que, en la mayoría de las ocasiones, los trastornos de la conducta alimentaria vendrán acompañados de otros, que cabe la posibilidad de que desencadenen a los primeros.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

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

El tratamiento psicológico es la piedra angular de un eficaz programa terapéutico de la anorexia nerviosa. Las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad y difícilmente se observan cambios comunicativos, hasta que no se ha recuperado un determinado peso.

En este sentido, se aplica la psicoterapia de refuerzo y las técnicas de relajación facilitaran que la paciente no vea el programa conductual como excesivamente coercitivo, pensando únicamente que está ahí para ganar peso.

Por otro lado, el tratamiento farmacológico en la anorexia nerviosa está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.

Mientras que, en la terapia familiar, al principio se mantenía a la familia fuera del tratamiento de las personas con anorexia, por lo que ahora se ha ido implicando a la familia en los programas de tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como en régimen de hospitalización. Por ello, la familia debe tener una información exhaustiva de la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de las pacientes (Jarne y Talarn; 2000).

Cuando se opta por el tratamiento de hospitalización, es porque ya son pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastornos psiquiátricos asociados y un ambiente familiar poco colaborador; también es obligado el ingreso cuando hay pérdidas del 25 al 30% del peso correspondiente en aquel momento, según la edad y la altura (Jarne y Talarn; 2000).

En este sentido, cuando se elige la terapia familiar es necesario saber que el punto de partida es el concepto de familia como sistema biopsicosocial. La familia es un organismo en sí mismo, cuya identidad es formada por cada uno de sus

miembros. Esta es un regulador privilegiado de los contactos con el mundo exterior, por lo tanto, es el ámbito ideal para trabajar esta problemática.

Cuando se trabaja este problema con el médico nutricionista y el terapeuta familiar sistémico, el médico tiene la obligación de aportar observaciones y comentarios desde su percepción de la familia en la consulta clínica, así se amalgaman los dos profesionistas esperando resultados favorables por el trabajo en conjunto (Jarne y Talarn; 2000).

Por ello, se considera importante el tratamiento en familia cuando alguno de los miembros presenta un trastorno de la alimentación, ya que como se mencionó anteriormente, no solo se altera el individuo, sino el núcleo familiar.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente y último capítulo se divide en dos apartados: el primero está referido a la investigación metodológica y el segundo, al análisis e interpretación de los resultados. Se comienza por realizar una pequeña descripción del enfoque que determina la línea de trabajo y que responde a las necesidades del objeto de estudio, además de detallar la muestra y selección de la población o sujetos del proceso de la investigación.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado, se revisarán las características metodológicas que enmarcan esta investigación, con el propósito de explicar los pasos y las técnicas que se utilizaron para obtener y recopilar los datos de la investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

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

1. Se realizó la medición y estimación de los fenómenos de la presente investigación.
2. Se planteó un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno.
3. Una vez que se planteó el problema de estudio, se consideró lo que ya se ha investigado anteriormente y se construyó un marco teórico, del cual se derivaron varias hipótesis; posteriormente, estas se sometieron a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
4. Se denominaron ciertas hipótesis para posteriormente recolectar y analizar los datos.
5. La recolección que se hizo de los datos se llevó a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
6. En este enfoque se utilizaron los métodos estadísticos.
7. Esta investigación es lo más objetiva posible, los fenómenos observados no se afectan por el investigador, es decir, este no influye en ellos. Se evitó que los temores, creencias, deseos y tendencias influyeran en los resultados de dicho estudio.
8. Fue necesario seguir rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos que se generaron poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.

3.1.2 Investigación no experimental

La investigación realizada en el presente estudio, es de tipo no experimental, ya que no se construye el contexto ni se manipulan de manera intencional las variables, sino que se analizan resultados sobresalientes de un suceso ya existente.

Según Hernández y cols. (2014) la investigación no experimental, es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se trata de estudios en los que no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos. No se genera ninguna situación, sino que se observan aquellas ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por el autor, es decir, no se tiene control sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron al igual que sus efectos.

3.1.3 Diseño transversal

Dentro de los diseños no experimentales, se consideran dos subtipos: transversal y longitudinal. Fue necesario efectuar la investigación con un estudio transversal, ya que se considera el más adecuado para la realización de la misma,

puesto que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

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

3.1.4 Alcance correlacional

El principal objetivo de los estudios correlacionales es dar respuesta a preguntas de investigación y evaluar la relación que existe entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular. A la vez, miden y evalúan el grado de esta relación.

Para poder evaluar este grado de relación, es importante medir primeramente cada una de las variables de estudio; después cuantificarlas, analizarlas y establecer así las vinculaciones. Estas correlaciones se sustentan en hipótesis que se someten a prueba.

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

La correlación puede ser positiva o negativa. Si es el primer caso, significa que si una variable muestra puntajes altos, entonces también la otra variable mostrará lo mismo, pero si es negativa, una de las variables tendrá puntajes altos mientras que la otra será con una puntuación baja.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

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

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

Por validez se refiere según los mismos autores, como el grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir.

A continuación, se describe la esencia psicométrica de los instrumentos empleados en este estudio realizado.

Para la variable de competencias emocionales, se utilizó 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. La sumatoria de las primeras cuatro escalas conforma 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, validez convergente y de contrastación con grupo de criterio, confirmando que es un instrumento válido.

La estandarización en México se realizó en una muestra 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 puntajes T para cada una de las subescalas; para el coeficiente emocional, se estableció un puntaje 100 como media esperada y cada desviación estándar en 20 puntos.

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

Ahora se describe la naturaleza psicométrica del instrumento utilizado para la variable de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) el cual fue elaborado 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.

Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad de 0.83 mediante el índice alfa de Cronbach y validez de contenido, concurrente, de criterio y 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 social.

3.2 Población y muestra

Según Hernández y cols. (2014: 174) se entiende por población como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Estos autores señalan que la muestra es, en esencia, un subgrupo de la población,

es decir, un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población.

A su vez, 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 en el presente estudio, está conformada por los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, Michoacán.

Son adolescentes entre 12 y 14 años de edad, de ambos sexos, quienes cursan primer y segundo año, inscritos en el ciclo escolar 2016. Esta población estudiantil cuenta con un nivel económico alto, medio y bajo.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo

La presente investigación utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, el cual Hernández y cols. (2014), lo llama también como muestra dirigida, que supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización.

Este muestreo fue intencionado y a juicio del investigador; la ventaja de una muestra no probabilística según los autores mencionado anteriormente, es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

3.3 Descripción del proceso de investigación

La validez de una investigación se sustenta en varios aspectos como los instrumentos utilizados, la metodología y los procedimientos llevado a cabo para recabar la información.

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

Primeramente, para llevar a cabo dicha investigación, se acudió a fuentes bibliográficas para así obtener información valiosa y verídica que le diera el sustento que se necesitaba a ambas variables: competencias emocionales y factores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Para la primera variable se utilizó el Test de Competencias Emocionales, mientras que para la segunda se utilizó la prueba EDI-2.

Asimismo, para la aplicación de dichos instrumentos, se necesitó de la autorización del director del plantel y apoyo de los maestros, para utilizar sus horas de clase. Todo este proceso se realizó en un solo día, el martes 25 de octubre de 2016. Se tomaron solamente tres grupos, aclarando que fueron los que tuvieron autorización de los maestros para dar sus horas de trabajo.

Se llevaron aproximadamente 4 horas en dicha aplicación, no hubo complicación alguna, puesto que los alumnos estaban en la mejor disposición posible.

Posteriormente, se calificaron las pruebas, para así obtener la información estadística de los adolescentes.

Enseguida se realizó una base de datos en una hoja de cálculo, donde se encontraba el nombre del alumno y las respuestas de cada una de las pruebas. Para el Test de Competencias emocionales, se capturaron los puntajes directos y puntajes T, mientras que para la prueba EDI-2, únicamente se capturaron los percentiles que cada alumno tuvo como resultado.

Por último, se realizó el análisis e interpretación de resultados con el apoyo de la estadística y la metodología adecuada.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de las pruebas que fueron aplicadas a la población de estudio, para las mediciones de la variable competencias emocionales, se utilizó el Perfil de Competencias Emocionales, en tanto que para la variable de factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, fue utilizada la prueba de EDI-2.

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

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

3.4.1 Las competencias emocionales en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, de Gildardo Magaña.

La variable competencias emocionales surge del concepto que originalmente se manejó como inteligencia emocional, el cual, Bar-On define 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 por Bisquerra y Pérez (2007: 8), como “el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales”.

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

La media en el nivel de inteligencia intrapersonal fue de 48. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas, según lo señala Elorza (2007). Este valor fue de 49.

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 49.

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

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

Se obtuvo además el puntaje de la escala de inteligencia interpersonal, encontrando una media de 46, una mediana de 45 y una moda representativa de 45. La desviación estándar fue de 9.4.

La inteligencia interpersonal incluye destrezas como la empatía y la responsabilidad social, el mantenimiento de 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 49, una mediana de 49 y una moda de 52. La desviación estándar fue de 8.9.

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 entender los problemas cotidianos (Ugarriza; 2001).

En la escala de manejo del estrés se obtuvo una media de 49, una mediana de 48 y una moda de 46. La desviación estándar fue de 8.9.

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

Por otra parte, en la escala de estado de ánimo se obtuvo una media de 48, una mediana de 48 y una moda de 46. La desviación estándar fue de 10.1.

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

Finalmente, como puntaje sintetizador en coeficiente emocional, se obtuvo una media de 94, una mediana de 92 y una moda de 88. La desviación estándar fue de 17.6.

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 pueden interpretar que la media de las cinco subescalas se encuentra dentro del rango normal, de acuerdo con 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 ubicado en el rango también considerado normal, que va de 80 a 120.

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 25% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la escala de inteligencia interpersonal, el porcentaje de sujetos es de 26; mientras que en la escala de adaptabilidad es de 15%; el porcentaje en la escala de manejo del estrés es de 18 y, por último, en la escala de estado de ánimo es de 19. Finalmente, es importante afirmar que ninguno de los sujetos obtuvo un puntaje por debajo de 80 en coeficiente emocional. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

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

De acuerdo con lo señalado por el DSM-V (APA; 2014), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, los principales son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa, según el DSM-V (APA; 2014), tiene como características esenciales el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque haya pasado la menarquia, sufren amenorrea.

Por otro lado, las características que determinan la bulimia nerviosa, según este mismo manual, consisten en atracones y en medios 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 58, una mediana de 58, una moda de 18 y una desviación estándar de 24.5.

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

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 62, una mediana de 51, una moda de 41 y una desviación estándar de 20.3.

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

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 52, una mediana de 49, una moda de 56 y una desviación estándar de 22.4.

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 ineficiencia se obtuvo una media de 60, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 23.5.

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

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 69, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 24.2.

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 71, una mediana de 80, una moda de 82 y una desviación estándar de 23.6.

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

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 58, una mediana de 63, una moda de 51 y una desviación estándar de 26.0.

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

Particularmente, en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 86, una mediana de 93, una moda de 98 y una desviación estándar de 18.2.

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

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 48, una mediana de 48, una moda de 40 y una desviación estándar de 24.6.

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 76, una mediana de 85, una moda de 98 y una desviación estándar de 23.9.

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 75, una mediana de 81, una moda de 94 y una desviación estándar de 21.3.

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

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

A partir de los datos presentados, se puede interpretar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada se muestran de acuerdo con la media, dentro de un rango alto establecido en los baremos del test administrado las subescalas de: perfeccionismo, con una media de 69; desconfianza interpersonal, con 71; miedo a la madurez, con 86; impulsividad, con 76 e inseguridad social, con 75.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 34% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de la bulimia, el porcentaje fue de 34; en la insatisfacción corporal, el 19%; en la de ineficacia, el 35%; en la de perfeccionismo, el 55%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 61%; en la de confianza

introceptiva, 42%; respecto a la de miedo a la madurez, 86%; en la de ascetismo, 24%; en la de impulsividad, 74% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, 64%. 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 con algún tipo de trastorno de la alimentación, sin embargo, es de destacar el alto porcentaje que se presenta en todas las subescalas, con excepción de la de ascetismo, con 24%.

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.

Las competencias emocionales son un aspecto importante para la conducta de todo individuo, puesto que estas evidencian el comportamiento que tiene ante situaciones de la vida diaria.

Por lo tanto, si en un individuo se encuentran con un porcentaje alto o adecuado las competencias emocionales, es decir, se adapta con facilidad a las

situaciones y/o personas nuevas, maneja los sucesos estresantes de manera adecuada y su estado de ánimo es estable; tiene menos probabilidad de padecer o desarrollar un trastorno alimentario, dado que puede aceptar tal cual es su cuerpo. Los resultados personales no los esperan perfectos, sino que se esfuerza por tener algo mejor siendo consciente de que puede no llegar al perfeccionismo. Por ello, se debe trabajar en dichas competencias.

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de -0.11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil de acuerdo con la clasificación 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 0.01, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.01 según 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 los factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, no existe una relación.

Asimismo, entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.23 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y tal escala, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 5%.

Adicionalmente, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.38 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala referida, existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de ineficacia hay una relación del 15%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.20 establecido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala en cuestión, existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo hay una relación del 4%.

Asimismo, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.39 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y esta escala existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 15%.

De igual manera, se pudo saber que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.23 cuantificado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 5%.

Adicionalmente, se calculó que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.12, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala señalada

existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%.

Entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo hay una ausencia total de correlación (0) de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.14, desde 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 0.02, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad hay una relación del 2%.

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

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 subescalas de ineficacia y desconfianza interpersonal.

A partir de estos datos, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en los adolescentes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, para las subescalas ineficacia y desconfianza interpersonal.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se lograron los objetivos particulares de naturaleza conceptual, referidos a la variable competencias emocionales, en el desarrollo del capítulo uno. 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 de factores psicológicos asociados con 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 como Perfil de Competencias Emocionales, de Bar-On (retomado por Ugarriza; 2001).

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

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

determinar la relación existente entre las competencias emocionales y los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en los alumnos de 1° y 2° grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, Michoacán.

Conviene subrayar que se corroboró la hipótesis de trabajo en dos casos, es decir, que existe una relación significativa entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, en los adolescentes de primer y segundo grado, de la Escuela Secundaria Técnica N° 37, ubicada en la comunidad de Gildardo Magaña, municipio de Peribán, para las escalas de competencias emocionales y las subescalas de ineficacia y desconfianza interpersonal de la prueba EDI-2.

Asimismo, se enfatiza que la hipótesis nula se corroboró en los casos en que no se correlacionó el coeficiente de competencias emocionales con las subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Para la investigadora, resulta relevante el porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes de la prueba EDI-2 en las siguientes subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014)
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-5).
Editorial Médica Panamericana. 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.

García Rodríguez, Fernando. (1993)
Las adoradoras de la delgadez.
Editorial Díaz de Santos. Madrid.

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

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.

MESOGRAFÍA

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

“Las competencias emocionales”.

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

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

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

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

Revista iberoamericana de Educación.

Recuperado de

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

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

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

Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (2)

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

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

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

Revista Iberoamericana de Educación.

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

Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas

Ramírez, Alberto; Díez, Ma. del Pilar. (2004)

“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al servicio de rehabilitación ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Año 2004, No. 1.

Recuperado de

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=483>

Ugarriza, Nelly. (2001)

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

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

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

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

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

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

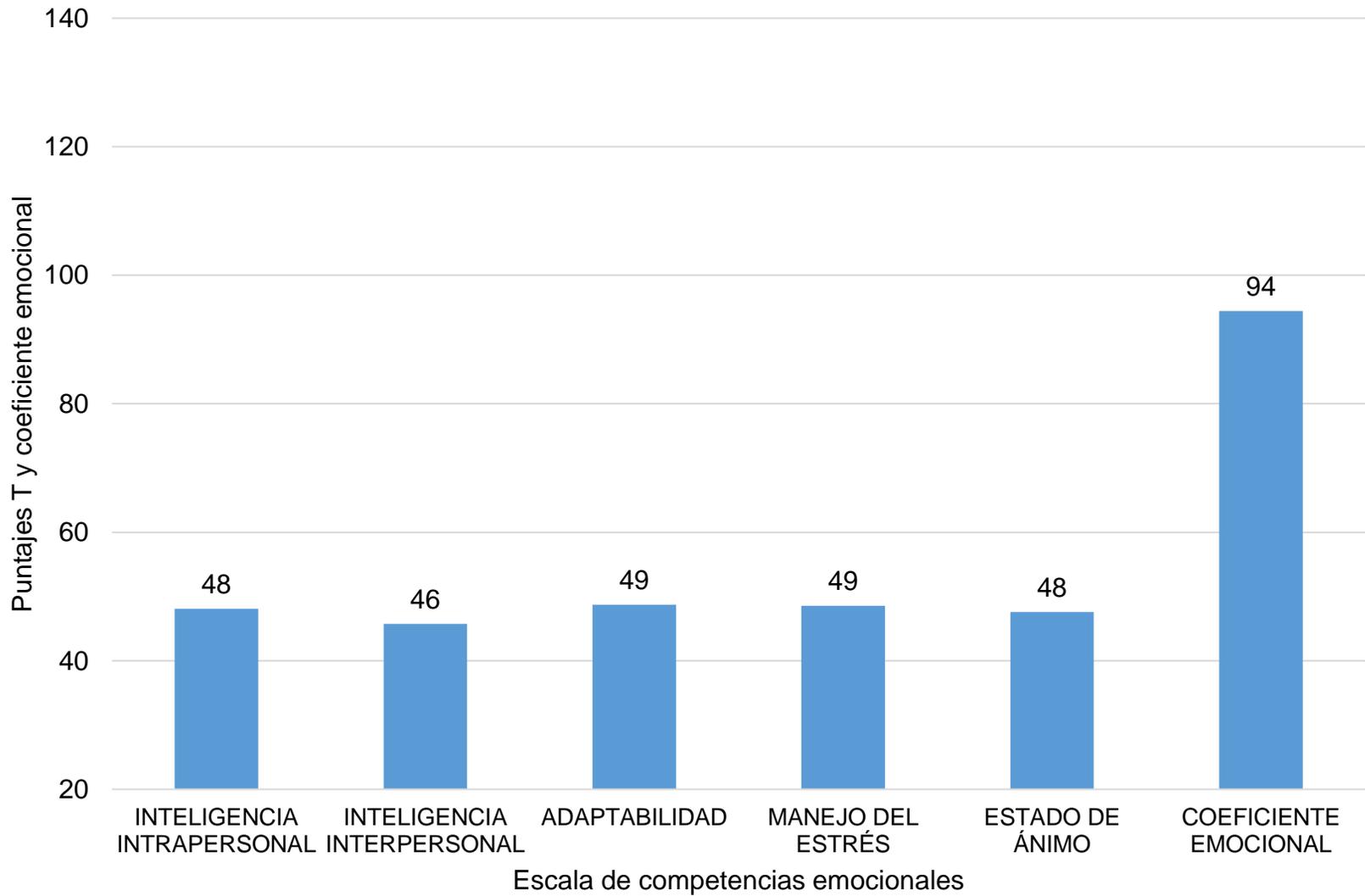
Universidad de Castilla-La Mancha, España.

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

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

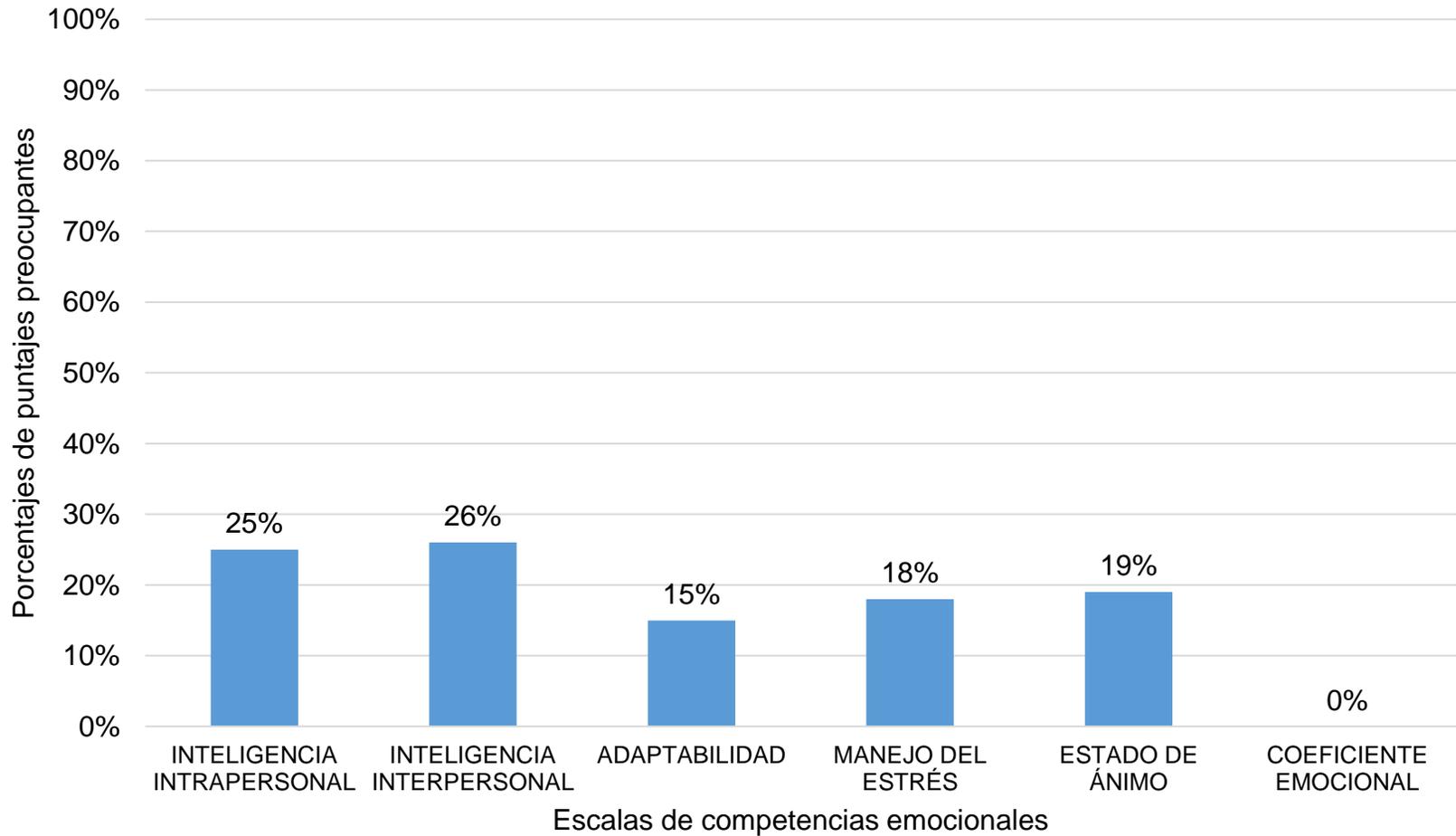
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de competencias emocionales



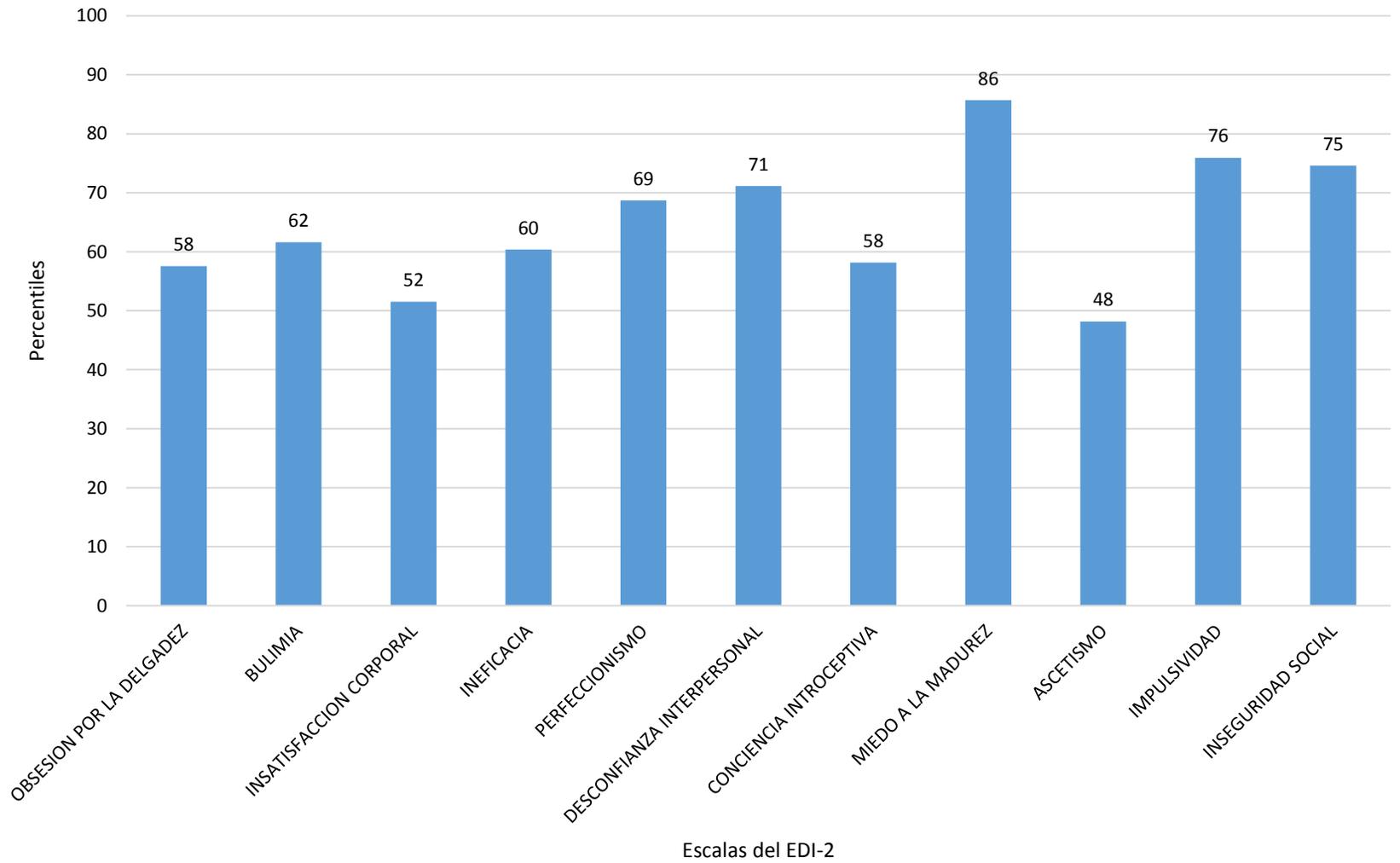
ANEXO 2

Porcentaje de puntajes preocupantes en las escalas de competencias emocionales



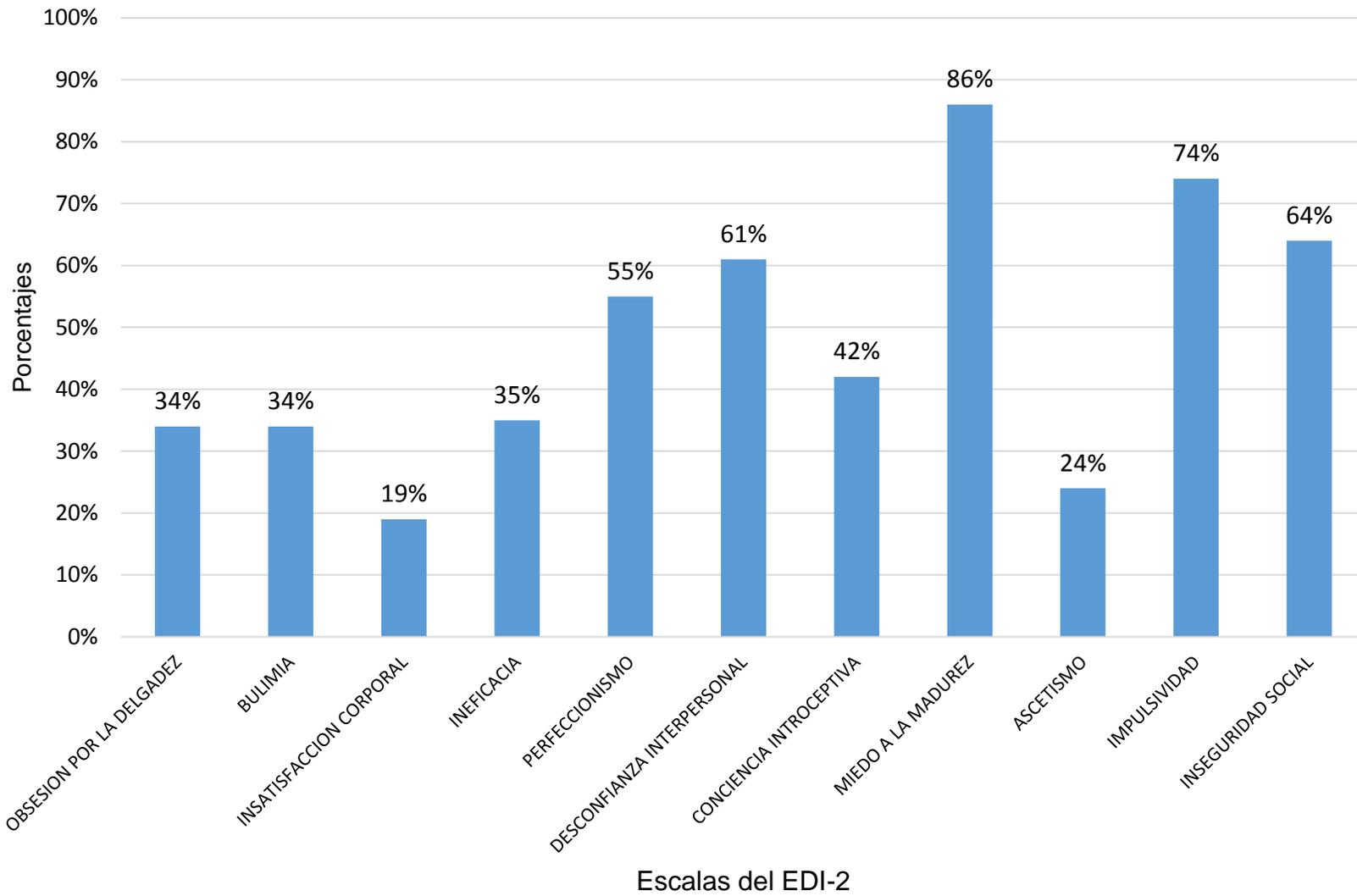
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de EDI-2



ANEXO 4

Porcentaje de puntajes preocupantes en las escalas del EDI-2



ANEXO 5

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

