



UNIVERSIDAD  
DON VASCO, A. C.

**UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.**

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

*COMPETENCIAS EMOCIONALES E INDICADORES PSICOLÓGICOS  
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA 76 DEL  
IMSS, EN URUAPAN*

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Diana Laura Ceras Moreno**

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 21 de noviembre de 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes . . . . .	1
Planteamiento del problema . . . . .	4
Objetivos . . . . .	6
Hipótesis . . . . .	7
Operacionalización de las variables . . . . .	8
Justificación . . . . .	9
Marco de referencia . . . . .	10

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

1.1 Marco conceptual. . . . .	12
1.1.1 Las emociones. . . . .	12
1.1.2 El concepto de competencias. . . . .	19
1.1.3 De la inteligencia cognitiva a la inteligencia emocional. . . . .	22
1.1.4 Conceptualización de las competencias emocionales. . . . .	24
1.2 Clasificación de las competencias emocionales. . . . .	26
1.3 La educación emocional. . . . .	32
1.3.1 Concepto de educación emocional. . . . .	32
1.3.2 La pedagogía y la educación emocional. . . . .	33
1.3.3 La educación emocional en el contexto familiar. . . . .	34
1.3.4 La educación emocional en el contexto comunitario. . . . .	35

1.3.5	La educación emocional en el contexto curricular.	35
1.4	Las competencias emocionales en la vida actual.	36
1.4.1	Las competencias emocionales en la dimensión laboral	37
1.4.2	Las competencias emocionales en la dimensión escolar.	38
1.4.3	Las competencias emocionales en la dimensión personal.	39
1.4.4	Las competencias emocionales en la dimensión social.	41
1.5	Evaluación de las competencias emocionales.	42
1.5.1	Cuestionarios escalas y auto-informes.	43
1.5.2	Evaluación a través de los observadores externos.	45
1.5.3	Evaluación a través de las tareas de ejecución.	46
<b>Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.</b>		
2.1	Antecedentes históricos	47
2.2	Trastornos de la conducta alimentaria	49
2.2.1	Anorexia nerviosa	49
2.2.2	Bulimia nerviosa	50
2.2.3	Obesidad.	52
2.2.4	Hiperfagia psicógena.	53
2.2.5	Vómitos en alteraciones psicológicas.	53
2.2.6	Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	54
2.3	Esfera oroalimenticia en el infante.	57
2.3.1	Organización oroalimenticia.	57
2.3.2	Las alteraciones oroalimenticias.	61
2.4	Perfil de las personas con trastornos de alimentación.	62

2.5 Causas del trastorno alimenticio. . . . .	66
2.5.1 Factores predisponentes individuales. . . . .	67
2.5.2 Factores predisponentes familiares. . . . .	68
2.5.3 Factores predisponentes socioculturales. . . . .	69
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio. . . . .	70
2.7 Factores que mantienen el trastorno alimenticio. . . . .	73
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios. . . . .	76
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios. . . . .	77

**Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.**

3.1 Descripción metodológica . . . . .	84
3.1.1 Enfoque cuantitativo . . . . .	85
3.1.2 Investigación no experimental. . . . .	86
3.1.3 Diseño transversal. . . . .	87
3.1.4 Alcance correlacional. . . . .	88
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos. . . . .	89
3.2 Población y muestra. . . . .	93
3.2.1 Descripción de la población. . . . .	94
3.2.2 Descripción del tipo de muestreo. . . . .	95
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	96
3.4 Análisis e interpretación de resultados . . . . .	98
3.4.1 Las competencias emocionales en los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social . . . . .	98

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada . . . . .	102
3.4.3 Relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios . . . . .	108
Conclusiones . . . . .	112
Bibliografía . . . . .	114
Mesografía . . . . .	116
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como finalidad dar a conocer cómo las competencias emocionales están relacionadas con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán, por lo que se describirán algunas investigaciones sobre las variables con las que se trabajará.

## **Antecedentes**

Para la presente investigación, es necesario que se tenga en cuenta el concepto de las dos variables a estudiar. Una de ellas es la inteligencia emocional, que Goleman define al hacer referencia a las habilidades tales como “ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones: controlar impulsos y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanzas” (2007: 54).

La característica mencionada se refiere a la habilidad para percibir, expresar y valorar emociones, así como la facilidad que un individuo tiene para acceder o generar sentimientos que propicien el pensamiento; implica la habilidad para regular y comprender las emociones (Bisquerra y Pérez; 2007).

Por otra parte, Mandal define los trastornos alimentarios como padecimientos mentales que causan desbalance serio en la dieta diaria de una persona (citado por Huerta; 2015).

En el consumo anormal, existe un trasfondo de asistencia y preocupación corporal y la aceptación. Coexisten frecuentemente con otras patologías tales como la depresión, abuso de sustancias o ansiedad, refiere la página electrónica [www.news-medical.net](http://www.news-medical.net) (citada por Huerta; 2015).

Un trastorno hace referencias a un conjunto de síntomas, conductas de riesgos y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad: no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida.

Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estructura y ritmo de vida ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx), referida por Huerta; 2015).

En lo que concierne a estudios que anteceden al del presente documento, se llevaron a cabo algunas investigaciones en 2012 por Garrido, sobre la relación de competencias emocionales e indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en Cornella, España, donde se señala que los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud que daña a los adolescentes, en especial a los que pertenecen al grupo de países desarrollados, por lo cual se utilizaron las formas correspondientes de

análisis con el uso de metodología cuantitativa con instrumentos como el EAT-40, EQUI y SCLD.

En el primer estudio se identificó los porcentajes de riesgo de trastornos de conducta alimentaria; el segundo, estableció la asociación de la conducción de riesgo ante competencias socioemocionales y la adecuación del autoconcepto; el tercero, analizó la relación entre el riesgo de TCA y la presencia de dimensiones psicopatológicas.

Los resultados obtenidos de estas investigaciones arrojan que entre un 23 y un 29% de la población adolescente escolarizada, presenta una relación significativa entre trastornos de conducta alimentaria, con dificultades en la gestión del estrés y la inadecuación del autoconcepto y la presencia de las dimensiones psicopatológicas estudiadas.

En uno de los estudios pudo observarse una marcada mayoría de chicas dentro de los grupos de riesgo de TCA, sin embargo, en el otro subgrupo poblacional se mostró un marcado incremento de número de chicos en peligro de contraer el trastorno.

Los niveles más altos de competencia emocional generan menos riesgo de TCA, haciendo menos probables la estructuración del trastorno. Los componentes de la gestión del estrés, se presentan con la falta de la competencia de hacer frente a situaciones potencialmente estresantes, que constituyen los aspectos

socioemocionales más fuertemente relacionados con la condición de riesgo de conducta alimentaria.

Los problemas de inadecuación y autoconcepto, se relacionan con la etapa del desarrollo, y se asocian con el riesgo de TCA y con el índice operacional de estructuración de trastorno alimentario.

El grupo de adolescentes en riesgo de sufrir TCA tiene niveles significativamente superiores en todas las dimensiones psicopatológicas, mientras que los indicadores de análisis de regresión indican que el 32.3% de la variabilidad de riesgo de TCA es explicado por las diferentes dimensiones psicopatológicas del Test SCLD, y que el trastorno alimentario puede ser explicado por la presencia de síntomas, solo en un 25%. Los componentes que contribuyen a la explicación incluyen la ansiedad fóbica y la sensibilidad interpersonal de forma significativa, la somatización y la depresión en sentido negativo.

Este fenómeno es de carácter multifactorial, por lo que el análisis de diferentes aspectos se debe realizar desde el contexto de la multicasualidad que envuelve a los trastornos, mediante un enfoque dinámico e integrador.

### **Planteamiento del problema**

De acuerdo con distintas investigaciones, se ha observado que, actualmente, las competencias emocionales están significativamente relacionadas con los

indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, por lo cual se investigará si esta relación es significativa en pacientes que acuden a la Clínica 76 del IMSS de Uruapan, Michoacán.

En la actualidad, la sociedad cuenta con un ritmo de vida muy apresurado, por lo que la salud de las personas se ha visto significativamente afectada en varios aspectos, esto se debe, entre otras consecuencias, a la alimentación inadecuada, trabajo en exceso, problemas de sueño, estrés, dificultades económicas, realizar las actividades cotidianas muy aprisa; todo lo anterior propicia que ciertas necesidades se cumplan de manera inadecuada y se vean afectados los procesos psicológicos y físicos, provocando enfermedades.

En el presente apartado se muestra la pregunta de investigación en la donde se busca clarificar las ideas y darle una orientación y limitación a la investigación el perfil psicológico del paciente de la Clínica 76, en lo relativo a las competencias emocionales e indicadores psicológicos relacionados con los trastornos alimenticios. Por ello, se plantea:

¿Cuál es la relación que hay, en la actualidad, entre competencias emocionales y los trastornos alimenticios de los pacientes de la Clínica 76 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Con base en esta pregunta, se llevará a cabo una serie de procesos metodológicos para identificar cuáles son las relaciones que existen entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios.

## **Objetivos**

En esta sección se encuentra el objetivo general de la investigación, al igual que los particulares que guiaron al estudio.

### **Objetivo general**

Corroborar la relación entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y las competencias emocionales en los pacientes que acuden a la Clínica 76 del IMSS, en Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de competencias emocionales.
2. Conocer los tipos de competencias emocionales.
3. Describir el desarrollo histórico del concepto de competencias emocionales.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Conocer las principales características de los trastornos alimentarios.
6. Identificar los principales factores que influyen en los trastornos alimentarios.

7. Medir las competencias emocionales de los sujetos que acuden a la Clínica 76 del IMSS, en Uruapan, Michoacán.
8. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en la población de estudio.

## **Hipótesis**

A partir de la información bibliográfica disponible y la estructura del presente estudio, se plantearon las siguientes explicaciones tentativas; una de ellas será corroborada al final del documento.

### **Hipótesis de trabajo**

Las competencias emocionales en los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán, están relacionadas significativamente con los indicadores asociados a los trastornos alimentarios que presentan.

### **Hipótesis nula**

Las competencias emocionales de los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social, no están relacionadas significativamente con los indicadores asociados a los trastornos alimentarios que presentan.

## **Operacionalización de las variables**

Se define la operacionalización de las variables como “las actividades u operaciones que deben realizarse para medir una variable e interpretar los datos obtenidos” (Hernández y cols.; 2014: 120).

Las competencias emocionales se definen operacionalmente como el resultado obtenido por los sujetos de investigación en el Perfil de Competencias Emocionales. Este es un instrumento que permite evaluar las competencias y el coeficiente emocional de adolescentes y adultos. El perfil evalúa las escalas de Inteligencia Intrapersonal, Inteligencia Interpersonal, Manejo de Estrés, Adaptabilidad y Estado de Animo, lo cual en conjunto conforman el coeficiente emocional (EQ) (Ugarriza; 2001).

El instrumento fue diseñado por Reuven Bar-on, traducido al español por Ugarriza en 2001; posteriormente, se llevó a cabo una adaptación y estandarización en la Universidad Don Vasco, en el año de 2015.

Por otra parte, se desea conocer operacionalmente los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, para lo cual se utilizó la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI2). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Garner; 1998).

En esta escala de investigación, diseñada por David M. Garner, en 1998, se consideran los puntajes de la variable obtenidos por el sujeto en el inventario sobre trastornos de la conducta alimentaria (EDI2).

## **Justificación**

La presente investigación se relaciona directamente con la psicología, ya que se intenta comprender la relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán.

Es importante tomar en cuenta que es un problema que está avanzando cada vez más y que incluso ahora está afectando a personas mucho más jóvenes. Es un tema de interés para la sociedad, ya que debe estar informada sobre lo que está ocurriendo, no solamente en cuanto a las afecciones de manera física, sino las consecuencias que trae consigo de manera psicológica.

El poco desarrollo de competencias emocionales en relación con los trastornos alimenticios, para la psicología clínica, aportaría conocimientos sobre cómo se encuentra esta sección de la población, ya que hasta el momento no se han realizado investigaciones al respecto en la unidad de medicina familiar antes mencionada, por lo cual sería importante conocer cómo se presenta este fenómeno, además, aportaría conocimientos para futuras investigaciones. De igual manera, le proporcionará el conocimiento a la institución acerca de cómo se encuentra el sector de la población

que atiende, para buscar alternativas encaminadas a proporcionarles herramientas para mejorar estos aspectos en el sector salud.

### **Marco de referencia**

El lugar donde se realizó la investigación fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Unidad de Medicina Familiar 76, ubicada en donde anteriormente se realizaba la Expo-feria del Aguacate, al oriente de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Esta institución se dedica a prestar servicios de salubridad, ya que fomenta la salud de la población trabajadora asegurada, de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes, de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales previstas en la Ley de Seguro Social.

La Unidad de Medicina Familiar número 76 recibe una gran cantidad de pacientes con diversos padecimientos referentes a la salud, algunos de los que más se presentan son: la diabetes, la hipertensión y los problemas renales; también es frecuente la atención a mujeres embarazadas.

Con anterioridad, la clínica se encontraba frente al hospital general número 8; posteriormente, cambiaría de locación a Valle Dorado, donde se encuentra la Clínica

81, para después cambiarse a la locación actual para brindar una mejor atención a los pacientes que acuden a la clínica.

La Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició funciones el 25 de octubre de 2016 en sus nuevas instalaciones, ubicadas en la calle Veracruzana y Camino a Las Huertas, en la colonia Nuevo Paricutín; gracias a esto, los derechohabientes pueden recibir una mejor atención y servicios para el cuidado de su salud y bienestar.

La clínica dispone de diez consultorios, cuenta con personal en las áreas de salud, médico familiar, enfermería, dentista, epidemiólogo; de igual manera, existen asistentes médicas para cada consultorio, farmaceutas, personal administrativo, laboratoristas y radiólogos, los cuales son encargados de brindar los mejores servicios a los pacientes pertenecientes a la institución.

El instituto tiene establecida la siguiente filosofía: su misión radica en ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y trabajadoras y sus familias. Su visión está orientada a lograr un México con más y mejor seguridad social.

# **CAPÍTULO 1**

## **COMPETENCIAS EMOCIONALES**

En el presente capítulo se muestra el concepto de competencias emocionales. Es de gran importancia conocer dicha noción en la investigación, ya que se refiere a una de las variables de estudio.

### **1.1 Marco conceptual**

Existe cierta confusión entre la inteligencia emocional, competencias emocionales y la educación emocional, por lo cual en este apartado se definirá la diferencia entre estos conceptos.

La inteligencia emocional, conocida por algunos trabajos de Emotional Intelligence (inteligencia emocional) o Emotional Quotient (Cociente Emocional), es un constructo hipotético propio del campo de la psicología y ha sido defendido por Salovey y Mayer (citados por Palmero y cols.; 2002).

#### **1.1.1 Las emociones**

La definición de emoción, a pesar de ser el principal sistema de evolución y adaptación de las criaturas inteligentes, es uno de los procesos psicológicos menos conocidos.

“Casi todo el mundo piensa que sabe que es una emoción hasta que intenta definirla” (Wenger y cols., citados por Palmero y cols.; 2002).

Tradicionalmente, se le ha definido como un estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gesto, actitudes u otras formas de expresión (Pinillos, referido por Palmero y cols.; 2002), por lo cual las definiciones no establecen la multidimensionalidad del proceso psicológico que, en términos generales, se refiere a “mover”.

La definición de emoción es una cuestión abierta no resuelta satisfactoriamente, puesto que cada una de las categorías y definiciones está sustentada por el marco teórico desde el que la formula (Reeve, citado por Palmero y cols.; 2002).

Por ello, se ha tomado el concepto de multidimensionalidad, propuesto por Lang (citado por Palmero y cols.; 2002), quien propone que el conjunto de tres sistemas de respuesta claramente definidos, es causante de las diversas emociones, ellos son: el neurofisiológico-bioquímico, el motor conductual o expresivo y el cognitivo o experimental-subjetivo. Para poder definirlas y comprenderlas, se ha de estudiar en conjunto los tres sistemas de respuesta, ya que cada componente solo refleja una dimensión parcial de la emoción.

Las emociones son procesos episódicos que, por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente relevante, es capaz de producir un desequilibrio en el organismo, esto da lugar a una

serie de cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, lo cual indica que está relacionado con la adaptación del organismo a las condiciones específicas del medio ambiente que se encuentra en constante cambio (Palmero y cols.; 2002).

El afecto, en relación con la diversidad de enfoques e intereses de la psicología de la emoción, se añade la dificultad para definirse por completo, lo cual provoca que se presenten problemas fundamentales.

Los descriptores afectivos y emocionales se han clasificado sobre la base de distintos criterios que atienden a su duración, intensidad, origen y referencia, con acontecimientos particulares para poder describir las emociones que se resumen en las principales características afectivas-emocionales. A continuación, se describe cada uno.

El primer descriptor emocional es el afecto, el cual está relacionado con la valoración que hace una persona en distintas situaciones a las que se enfrenta constantemente en su vida. Se considera que existe una tendencia innata hacia el afecto positivo, por lo cual es generalmente hedonismo, lo cual consiste meramente en la obtención de placer. (Diener y Larsen, citados por Palmero y cols.; 2002).

En la mayoría de las investigaciones existen dos dimensiones afectivas básicas unipolares: positiva (placer), negativa (displacer); algunos autores mencionan que solo existe una dimensión, cuyos extremos representarían el continuo placer-displacer,

(Gilboa y Revelle, 1994). Lang, en 1995, propone la existencia de registros de la respuesta emocional, los cuales arrojan la existencia de la dimensión de activación o intensidad. (referidos por Palmero y cols.; 2002).

El segundo descriptor es el humor o estado de ánimo, el cual es una forma específica del estado afectivo, que implica la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene el sujeto de experimentar placer o dolor en el futuro; se estima que la duración es de hasta varios días, originado normalmente por una causa que aparece remota en el tiempo.

El humor se distingue usualmente de las emociones sobre la base de criterios por poseer una mayor duración y una menor intensidad, así como poseer un carácter difuso o global (Isen, 1984; Morris, 1989). Frijda, en 1994, define el estado de ánimo como un estado afectivo no intencional, lo cual implica que no tiene por qué existir un objeto que lo provoque, como en la emoción (citados por Palmero y cols.; 2002).

La función primaria del humor es modular o influir en la cognición un argumento establecido por Davidson, en 1993, el cual recalca su papel como mecanismo primario que altera las prioridades y cambia las formas de procesamiento de información, acentuando o atenuando la accesibilidad de contenidos cognitivos y redes semánticas: así, mientras que el estado de ánimo de vacilaciones se presenta de manera inmediata (mencionado por Palmero y cols.; 2002).

El estado de ánimo también se ve influido por una gran variedad de factores, la mayoría de ellos se presenta de manera exógena, es decir, a causa de las situaciones que se manifiestan en el entorno; al igual, se presentan de manera endógena, esto quiere decir que se generan por cuestiones orgánicas, por ejemplo, el ritmo cardíaco y las funciones orgánicas del cuerpo humano, que no pueden controlarse; los rasgos de personalidad y el temperamento también son elementos del estado de ánimo (Watson y Clark, retomados por Palmero y cols.; 2002).

El humor y la emoción interactúan dinámicamente: las emociones pueden conducir a un humor determinado y, a la vez, el humor puede conducir y alterar la probabilidad de que se presente o desencadene una emoción en particular.

El humor puede ser producido por cambios hormonales, o bien, por una experiencia emocional con una alta intensidad cuya expresión emocional se ha inhibido, por lo que la probabilidad de generar humor específico aumenta.

La emoción y el estado de ánimo se diferencian en el grado de activación fisiológica y cortical que provocan, de esta manera, la emoción provoca la activación fisiológica que conduce al organismo hacia una acción inmediata de manera física.

El estado de ánimo se da de manera sostenida y de menor intensidad, y es más responsivo ante la estimulación y la activación tónica (Pankseep, referido por Palmero y cols.; 2002).

Por otra parte, la emoción es el tercer descriptor; en psicología puede utilizarse de tres maneras diferentes, a saber: síndrome emocional, estado emocional y reacción emocional.

Un síndrome emocional es lo que comúnmente se experimenta durante la emoción; el síndrome describe y prescribe que la persona puede o debe experimentarla cuando esta atraída o disgustada. Cuando se refiere a un estado, se hace referencia a una forma breve, es decir, esporádica; al referirse a la reacción emocional, es el conjunto actual de respuestas manifestadas por lo emocional y es por cuestiones de cambios fisiológicos, conductas manifiestas y experiencias subjetivas.

La emoción es una forma concreta de afecto que incluye entre sus componentes, el sentimiento; tiene una menor duración que el humor, siendo el futuro de la relación concreta de la persona con el ambiente, caracterizado como un fenómeno de manera intencional, ya que es la relación entre el sujeto y el objeto una descripción descrita por Frijda (citado por Palmero y cols.; 2002)

Por último, el cuarto descriptor es el sentimiento, el cual se construye de la experiencia subjetiva del sujeto y se refiere a la evaluación que se realiza tras un suceso emocional.

Los sentimientos son también llamados actitudes emocionales y son las disposiciones a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos,

disposición de hacer atribuciones afectivas y su propensión a responder afectivamente (Frijda, citado por Palmero y cols.; 2002).

Un sentimiento propicia la emoción de dos maneras: la primera consiste en una disposición cognitiva a valorar un objeto de una manera en particular, mientras la valoración produce un sentimiento como conjunto de esquemas cognitivos en torno a la información sobre las valoraciones, por otra parte, los sentimientos son disposiciones que favorecen que un objeto se canalice de manera rápida frente a una emoción, y constituyen motivaciones latentes que pueden mostrarse mediante la evitación anticipada de un objeto.

Las funciones de la emoción, consisten principalmente en la adaptación, valorando su origen fisiogenético, de una manera biológica que en gran medida se presenta en la orientación cognitiva como formas de conducta en la adaptación.

Scherer (citado por Palmero y cols.; 2002) propone la función de las emociones como la detección y preparación de los sistemas de respuesta en la especie y organismos que pueden percibir y evaluar un amplio rango de estímulos ambientales y que disponen de un extenso repertorio de respuestas conductuales alternativas, es decir, que la emoción descodifica los estímulos y respuestas y, de esta manera, entre la evaluación de los estímulos y la reacción, la función de los cambios neurofisiológicos y endocrinos posibilita la adaptación a nivel fisiológico y conceder la intensidad de la emoción, lo cual favorece al sujeto para conocer el estado emocional que presenta ante determinada situación.

A nivel social, la función de la expresión del comportamiento emocional comenzó a ser destacada desde el siglo pasado por Darwin, defendiendo la función de supervivencia a los gestos, posturas y expresiones faciales al funcionar como un medio de transmisión de información de un animal a otro, posteriormente, las funciones adaptativas de la expresión de las emociones han sido destacadas por otros teóricos del *feedback* somático. Izard, en 1972 (citado por Palmero y cols.; 2002), defiende que las emociones constituyen el principal sistema motivacional humano, determinando y organizando la conducta.

La emoción puede ser conceptualizada como un proceso psicológico constituido por cambios que pueden repercutir en el sujeto a nivel cognitivo, fisiológico y social, posibilitando acciones organizadas y adaptativas, cuando su intensidad es adecuada, o una desorganización de las acciones cuando es inadecuada (Palmero y cols.; 2002).

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

Las diversas acepciones del término competencia, ya sea en el contacto emocional o profesional, están vinculadas con la formación y captación de los conocimientos, actitudes y habilidades de las personas.

De manera general, se consideran las competencias como la habilidad de encontrar solución a las exigencias o llevar a cabo tareas con éxito, considerando las dimensiones tanto cognitivas como no cognitivas.

En cuanto a la palabra competencia, en 2002, Nolinier y Turning coinciden en que la traducción de otra palabra inglesa, *skill*, que significa capacidad perfeccionada, también hace referencia a la actividad que, mediante la formación o ejercicio, se ha automatizado, es decir, que se pueden desarrollar las competencias sin necesidad de un control constante por la conciencia, mientras que la palabra capacidad, que también es tomada de la palabra inglesa *ability*, hace referencia a las condiciones necesarias para el ejercicio de una determinada actividad, las cuales son cualidades complejas que se adquieren a lo largo de la vida o procesos biológicos que permiten controlar la realización de la actividad (citados por Palmero y cols.; 2002).

Levy Leboyer, en 1997, clasifica las competencias en genéricas y transversales. Las primeras indican que hay un mayor grado de transferencia de unas actividades profesionales a otras, mientras que las segundas son propias de una profesión concreta. Para Mertens, en 1998, las competencias genéricas son las que presentan una mayor conexión con su multifuncionalidad o polivalencia y, por lo tanto, están más en consonancia con las competencias generales (retomados por Palmero y cols.; 2002). Otros autores señalan que dentro de las capacidades genéricas que pueden distinguir los siguientes elementos: aptitudes o capacidades cognitivas de los conocimientos adquiridos y prácticos; actitudes o tendencias de comportamiento de los valores y rasgos de personalidad, así como habilidades y destrezas.

La necesidad de formar profesionales en general y docentes en particular adecuados a las demandas reales y cambiantes de la actual sociedad, exige una atención sobre las nuevas competencias, como son las habilidades de relación con los

conocimientos básicos y sociales, las capacidades de adaptación y resolución de conflictos (ISFOL, referida por Palmero y cols.; 2002).

A estas competencias se les denomina genéricas, claves o transversales y aplicables en diversos contextos profesionales, actividades o emocionales, según Anta (citado por Palmero y cols.; 2002).

En el sistema inglés, las competencias genéricas se denominan *key skills* y se aplican en varios contextos, en el sistema alemán se refieren a conocimientos y habilidades para desarrollar funciones y afrontar cambios en la vida.

Buunk, en 1994 (mencionado por Palmero y cols.; 2002), considera cuatro competencias que son técnicas, las cuales se presentan como el dominio en realización de tareas y trabajos, y son las siguientes:

- Sociales: Competencias que presenta el individuo para la relación con el otro yo, se presenta la comunicación y la negociación.
- Metodológicas: son aquellos procedimientos adecuados a las tareas y funciones propias de la profesión de una manera autónoma, como vías de solución.
- Participativas: Competencias que cuentan con la capacidad de implicación y participación en los diferentes contextos laborales, familiares y sociales.

Prácticamente, en estas competencias se incluyen los elementos de manera cognitiva y de orden motivacional se exponen a través de las denominadas: competencias instrumentales, personales, sistemáticas y específicas.

- 1) Las primeras se refieren al orden metodológico o procedimiento de análisis y síntesis, organización y planificación.
- 2) Las segundas, que son las personales, se orientan a la capacidad de trabajo en equipo, así como al manejo de las relaciones interpersonales.
- 3) Las competencias sistemáticas se refieren al aprendizaje de manera autónoma y a la adaptación a situaciones de la vida.
- 4) Finalmente, las específicas se presentan dependiendo de las titulaciones que forman el mapa profesional de cada país.

La definición de competencias, según Bisquerra y Pérez (2007: 3), es “la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y aptitudes necesarias para realizar actividades diversas con cierto nivel de calidad y eficacia”.

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

La inteligencia comprende un conjunto de habilidades muy variadas y no una entidad claramente definida.

La inteligencia se refiere a las habilidades más generalizadas, las estrategias del pensamiento y a nivel conceptual general, que aplica un rango amplio de actividades cognoscitivas 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 manera secundaria por la estimulación de la escuela; por otra parte, las realizaciones son más específicas y dependen de modo más directo de la naturaleza de la instrucción propiciada en la escuela (Vernon; 1982).

La inteligencia es el conjunto de las habilidades cognitivas o intelectuales necesarias para obtener conocimientos y utilizarlos de forma correcta, con el fin de resolver problemas que tengan un objetivo y una meta bien descritos.

La definición anterior es muy acertada, sobre todo cuando se refiere a la inteligencia cognitiva, que es aquella que tiene que ver con diversas capacidades del ser humano como son la memoria, la atención o el lenguaje. Este tipo de inteligencia ha sido la que, tradicionalmente, ha sido tomada más en cuenta por la mayoría de sistemas académicos y educativos; suele medirse en términos de Coeficiente Intelectual (CI).

La mezcla de CI e inteligencia emocional está presente en diversos grados, pero ofrece una visión instructiva de lo que cada una de estas dimensiones agrega separadamente a las cualidades de una persona; en la medida en que esta posee inteligencia cognitiva e inteligencia emocional y se funden en una misma, conforman las cualidades humanas.

BarOn 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 demandas y presiones del medio. Como tal, nuestra inteligencia no cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional” (citado por Ugarriza; 2001: 131).

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

La competencia emocional es un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias. Salovey y Sluyter identifican cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Goleman definió cinco dominios: autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía y habilidades sociales, que a su vez incluían la existencia de 25 competencias (referidos por Bisquerra y Pérez; 2007).

Goleman, Boyatzis y Mxkee (retomados por Bisquerra y Pérez; 2007) proponen cuatro dominios: conciencia de uno mismo, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones, así como dieciocho competencias.

Saarni considera la competencia emocional relacionada con la demostración de autoeficacia al expresar emociones en las transacciones sociales, y define la autoeficacia como la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr sus

objetivos deseados, y que para lograrlos se requiere conocimiento de las emociones mismas y la capacidad para controlarlas hacia los resultados deseados (citados por Bisquerra y Pérez; 2007).

Desde esta perspectiva, es de gran relevancia la importancia del espacio y el tiempo, ya que son elementos de condicionantes de la competencia emocional.

También pueden presentarse incompetencias emocionales en ciertas circunstancias, al no sentirse preparados para esa situación. Cabe destacar que debe haber conciencia del estado emocional, que incluye la posibilidad de estar experimentando múltiples emociones; se considera que, a mayor madurez, hay mayor conocimiento de que uno no puede ser consciente de los propios sentimientos debido a la inatención selectiva o dinámicas inconscientes.

Entre los elementos involucrados en las competencias emocionales, se consideran (Bisquerra y Pérez; 2007):

- La habilidad para discernir las habilidades de los demás con base en claves situacionales y expresivas que tienen un cierto grado de consenso cultural para el significado emocional.
- La habilidad para utilizar el vocabulario emocional y los términos expresivos habitualmente disponibles en la cultura, como las relaciones de la emoción con los roles sociales, al igual que implicarse empáticamente en las experiencias emocionales de los demás.

- La habilidad para comprender que el estado emocional interno no necesita corresponder a la expresión externa, tanto en uno mismo como en los demás, en los niveles que, en una mayor madurez emocional, la comprensión que la propia expresión emocional puede impactar en otros y esto se toma en cuenta en la forma de presentarse a sí mismo.
- La capacidad de enfrentarse a emociones negativas mediante la utilización de estrategias de autocontrol.
- Conciencia de la estructura de naturaleza de las relaciones, que vienen definidas por el grado de inmediatez emocional o sinceridad expresiva, el grado de reciprocidad o simetría en la relación.

Entonces, se entienden las competencias emocionales como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Bisquerra y Pérez; 2007).

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

A lo largo del tiempo, numerosos estudios permiten constatar que se han efectuado diferentes clasificaciones de competencias:

- Las competencias de desarrollo técnico profesional también denominadas funcionales, que se relacionan con un determinado ámbito profesional o

especialización, y se relacionan con el “saber” y el “saber hacer” necesarios para el desempeño experto de una actividad laboral.

- Las competencias de desarrollo socio-personal, las cuales incluyen a su vez competencias de índole personal e interpersonal.

Las competencias emocionales se pueden expresar en diversos términos, con base en estudios realizados por Bisquerra (2003):

La conciencia emocional, que es entendida como la capacidad para tomar conciencia de las emociones propias e identificar incluso las emociones de los demás en varios contextos, dándole nombre a las emociones que se presentan durante el mismo, al igual que comprender las emociones presentadas de manera precisa y tomando en cuenta las perspectivas de los demás, como una capacidad de percibir empáticamente las vivencias emocionales.

Lo anterior se relaciona con tomar conciencia de la interacción entre la emoción, cognición y comportamiento y como estos elementos se regulan mediante el razonamiento y la conciencia.

La importancia de la expresión emocional como la capacidad para expresar emociones de forma apropiada, para comprender que el estado emocional interno no necesita corresponder con la expresión, es decir, que la expresión emocional sea coherente con la emoción que se presenta.

Es de igual importancia la regulación emocional de los propios sentimientos, ya que se incluyen, entre otros aspectos, la regulación de la impulsividad, ira y violencia, en el caso de los comportamientos de riesgo; por otra parte, tolerancia a la frustración para prevenir los estados emocionales negativos como la ira, estrés, ansiedad y depresión.

Otra característica fundamental es la capacidad para diferir recompensas inmediatas a favor de otras más a largo plazo (Bisquerra; 2003), al igual que las habilidades de afrontamiento frente a la vida y la capacidad para enfrentar emociones negativas mediante la utilización de estrategias de regulaciones, las cuales mejoran la intensidad y duración de los estados emocionales negativos.

No todo son habilidades emocionales para regular estados negativos, existe la competencia para autorregular emociones positivas, para poder experimentar de forma voluntaria y consciente las emociones positivas como alegría, amor y humor. Es una capacidad para gestionar el propio bienestar subjetivo en busca de una mejor calidad de vida.

También se presenta la autonomía emocional, la cual incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, en ellas se encuentra la autoestima, la actitud positiva ante la vida, la responsabilidad, la capacidad de analizar críticamente las normas sociales, la capacidad de buscar ayuda y recursos, así como la autoeficacia emocional, brindando así la imagen positiva de uno mismo, la capacidad de auto-motivarse en varios ámbitos, ya sean personales,

sociales o laborales, tener una actitud positiva frente a las situaciones que se presenten, teniendo comportamientos seguros, saludables y éticos para, de esa manera, llegar a sentirse como se desea.

El modelo de inventario de BarOn (I-CE) señala que la inteligencia no cognitiva puede ser vista desde dos perspectivas sistémica y topográfica.

Por otra parte, los cinco principales componentes conceptuales de la inteligencia emocional y social que involucran los 15 factores medidos por el BarOn EQ-I (mencionado por Ugarriza; 2001), son los siguientes:

- 1) Componente intrapersonal (CIA): Área que reúne los siguientes componentes: comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia.
  - Comprensión emocional de sí mismo (CM): La habilidad para percatarse y comprender sentimientos y emociones.
  - Asertividad (AS): Habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender derechos de manera no destructiva.
  - Autoconcepto (AC): Habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo en aspectos positivos y negativos, aceptando limitaciones y posibilidades.

- Autorrealización (AR): La habilidad para realizar lo que realmente se quiere hacer y se disfruta de ello.
  - Independencia (IN): Habilidad para autodirigirse y sentirse seguro de sí mismo en pensamientos y acciones para la toma de decisiones.
- 2) Componente interpersonal (CIE): Área que reúne los siguientes componentes: empatía, responsabilidad social y relación interpersonal.
- Empatía (EM): La habilidad de percibirse, comprender y aprender los sentimientos de los demás.
  - Relaciones interpersonales (RI): La habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias, que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.
  - Responsabilidad social (RS): La habilidad para demostrarse a sí mismo cómo una persona que coopera contribuye y es un miembro constructivo del grupo social.
- 3) Componente de adaptabilidad (CAD): Área que reúne los siguientes componentes: prueba de la realidad, flexibilidad y solución de problemas.
- Solución de problemas (SP): La habilidad para identificar y definir los problemas, como también para identificar y definir los problemas como la implementación de solución de problemas de manera efectiva.
  - Prueba de realidad (PR): La habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que se experimenta (subjetivo) y lo que en realidad existe (objetivo).

- Flexibilidad (FL): La habilidad para realizar un ajuste adecuado de las propias emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.
- 4) Componente del manejo del estrés (CME): Área que reúne los siguientes componentes: Tolerancia al estrés y control de impulsos.
- Tolerancia al estrés (TE): La habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones, enfrentando activa y positivamente el estrés.
  - Control de Impulsos (CI): Habilidad para resistir o postergar el impulso.
- 5) Componente del estado de ánimo en general (CAG): Área que reúne los siguientes componentes:
- Felicidad (FE): Habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar se sí mismo y de otros, al igual que expresar sentimientos positivos.
  - Optimismo (OP): La habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva, a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos.

El enfoque topográfico, por otra parte, organiza los componentes de la inteligencia no cognitiva de acuerdo con un orden de rangos, distinguiendo “factores centrales” FC (o primarios) relacionados con los “factores resultantes”, FR (o de más alto orden), y que están conectados por un grupo de “factores soporte”, FS (apoyo, secundarios o auxiliares).

Los tres factores centrales más importantes de la inteligencia emocional son: la comprensión de sí mismo, la asertividad y la empatía. Los otros dos factores sociales son: La prueba de la realidad y el control de impulsos.

Estos elementos son resultantes de contar con habilidades que permiten sentirse satisfecho consigo mismo, con los demás y disfrutar la vida (Ugarriza; 2001).

### **1.3 La educación emocional**

A continuación, se presenta el concepto de educación emocional, así como su relación con la pedagogía en diversos contextos: sociales, laborales, familiares, curriculares y de la vida actual.

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

La educación emocional se entiende como un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida.

En ese contexto, la educación emocional es el desarrollo de competencias emocionales (Bisquerra; 2003).

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

Bisquerra, en el 2000 (citado por Vivas; 2003), define la educación emocional como un proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, construyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.

La educación emocional, desde la pedagogía, ha mostrado una gran preocupación por la incorporación de las habilidades sociales y emocionales en la educación, por tal motivo, numerosos pedagogos han abogado por su inclusión (Vivas; 2003).

Flores destaca que en la indagación teórica centrada en la formación, se han encontrado ciertos principios pedagógicos que continúan vigentes en el discurso contemporáneo. Uno de esos principios pedagógicos es el afecto, el cual lo explica de la siguiente manera: La primera matriz de formación humana es el afecto materno, cuyo suplemento y relevo posterior en la sociedad moderna es la comprensión afectuosa del maestro. La afectividad consciente, la motivación, el interés y la buena disposición, los estímulos positivos y la empatía, son variaciones pedagógicas del principio que articula la cabeza con el corazón, la razón con el sentimiento y lo cognitivo con lo afectivo, como lo plantearon Comenio y Pestalozzi (referidos por Vivas; 2003).

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

El desarrollo de las habilidades implicadas en la inteligencia emocional comienza en el hogar, principalmente a través de las interacciones adecuadas entre padres, hijos y hermanos. Esto ocurre a través del modelaje de los padres y de las interacciones entre padres e hijos. A partir de sus respuestas a las situaciones de la vida, los padres enseñan a sus hijos como identificar y manejar sus emociones apropiada o equivocadamente (Bisquerra; 2003).

La familia es la primera escuela de aprendizaje emocional y el impacto que tiene este temprano aprendizaje es profundo, puesto que el cerebro del niño tiene su máxima plasticidad en los primeros años de vida. (Goleman, citado por Bisquerra; 2003).

Bach (citado por Bisquerra; 2003) afirma que, en el entorno familiar, el niño descubre por primera vez sus sentimientos, las reacciones de los demás ante sus sentimientos y sus posibilidades de respuesta ante ambas circunstancias. Además, argumenta la autora que los niños dejarán de expresar e incluso de sentir aquellas emociones que no sean captadas, aceptadas o correspondidas por sus padres, lo que empobrecerá y restringirá su registro emocional. En consecuencia, es importante que los padres sean capaces de estar en sintonía con las emociones de sus hijos, pues la manera en que los progenitores manejen sus propias emociones y reacciones ante la de sus hijos, determinará en gran medida las competencias emocionales de sus hijos (Bisquerra; 2003).

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

Las relaciones sociales pueden ser una fuente de conflictos en todos los ámbitos donde se desarrolle una persona. Los conflictos afectan a los sentimientos, de tal forma que en ocasiones pueden llegar a producirse respuestas violentas e incontroladas. Se vive en una sociedad donde continuamente se reciben estímulos que producen tensión emocional y que conducen a una pérdida de la salud y de la calidad de vida. En esta sociedad de la información y de la comunicación de las masas, se corre el peligro que las relaciones interpersonales queden sustituidas por las tecnologías de la comunicación y ello puede provocar un aislamiento físico y emocional del individuo. (Bisquerra; 2003).

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

El contexto curricular ofrece múltiples situaciones que deben tenerse en cuenta sobre la importancia de las competencias emocionales, tales como el diseño curricular, la concepción de las organizaciones escolares y el papel del maestro.

Los diseños curriculares, con anterioridad, han estado centrados en el conocimiento científico y técnico y no en el conocimiento de las personas.

Las habilidades de la inteligencia emocional deben ser estimulantes desde el diseño curricular. El nuevo marco laboral, con su énfasis en la flexibilidad, la adaptación, el trabajo en equipo y la innovación, requiere de la formación de un

profesional con un alto nivel de competencias emocionales. Goleman (2007: 51-52) afirma que “las aptitudes emocionales tienen el doble de importancia que las aptitudes meramente técnicas o intelectuales” y expone que cerca de trescientos estudios patrocinados por empresas diferentes, subrayan que la excelencia de los trabajadores depende más de las competencias emocionales que las capacidades cognitivas.

La incorporación de estas capacidades como propósitos en los proyectos educativos es ya una realidad en muchos países del mundo y a todos los niveles de escolaridad.

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

En el presente apartado se muestran algunas de las características de las competencias emocionales en la vida actual, por lo cual será importante conocer cómo se presentan desde distintas dimensiones del ser humano.

La incidencia positiva de un adecuado nivel de desarrollo de las competencias emocionales en numerosas circunstancias de la vida, es un hecho constatado por un creciente volumen de investigaciones orientadas al estudio científico del desarrollo emocional.

En estos estudios se pone en relieve que, a medida que los niños y jóvenes van adquiriendo competencias emocionales, se observa en su comportamiento las consecuencias positivas que esto puede tener. Saarni (citado por Bisquerra; 2003)

destaca las consecuencias positivas de la competencia emocional, el bienestar subjetivo y la resiliencia.

Las aportaciones de estos estudios tienen gran relevancia para el diseño de intervenciones educativas destinadas a fomentar el desarrollo de las competencias emocionales, de manera que las aplicaciones prácticas a la educación son un tema actual de investigación y difusión.

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

En los últimos años del siglo XX, las competencias emocionales en el ámbito laboral han sido de gran interés para los investigadores, formadores, empresarios y técnicos en desarrollo de recursos humanos, ya que debido a las consecuencias económicas que aportan dichas características, se invierten más de 50 billones de dólares al año en la formación al interior de la empresa; este dato fue recopilado por Cherniss en el año 2000 (mencionado por Bisquerra; 2003).

La American Society for Training and Development ha considerado que la competencia emocional afecta de forma significativa en múltiples aspectos de la práctica profesional.

Las investigaciones que se han realizado, recalcan la importancia de la autoconciencia, la regulación emocional, la automotivación y el desarrollo de las

habilidades socioemocionales, que permiten una comunicación eficaz y una mayor cooperación.

En la investigación realizada por Cherniss (citado por Bisquerra; 2003) se presenta la revisión general de las investigaciones sobre el tema, el invertir en el desarrollo de las competencias emocionales de los trabajadores tiene consecuencias altamente positivas en múltiples situaciones, permite resolver eficazmente situaciones delicadas con un compañero; además, contribuye a mejorar la relación con los clientes, a afrontar las críticas de los jefes, a preservar en la tarea hasta complementarla y a enfrentar los retos que se plantean. Contrariamente, un bajo nivel de competencia emocional mina el desarrollo y el éxito tanto de los individuos como de la empresa (Weisinger, citado por Bisquerra; 2003).

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

El interés en el ámbito educativo con la educación emocional, se constituye como una vía para mejorar el desarrollo socioemocional de los alumnos, sobre la influencia positiva de la inteligencia emocional en el aula.

Se ha demostrado que las carencias en las habilidades de IE afectan a los estudiantes dentro y fuera del contexto escolar. (Ciarrichi y cols., referidos por Extremera y Fernández; 2004).

Los problemas del contexto educativo asociado a bajos niveles de IE, son cuatro:

1. Déficit en los niveles de bienestar y ajuste psicológico del alumnado.
2. Disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales.
3. Descenso del rendimiento académico.
4. Aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas.

En los últimos años, se han realizado trabajos empíricos para el estudio de la inteligencia emocional en el bienestar psicológico de los alumnos, por lo cual, dichos trabajos han seguido el marco teórico propuesto por Salovey y Mayer, quienes definen la inteligencia emocional con sus cuatro componentes: percepción, asimilación, comprensión y regulación, proporcionando un marco teórico para conocer los procesos emocionales básicos que subyacen al desarrollo de un adecuado equilibrio psicológico y, a la vez, ayudan a comprender mejor el rol mediador de ciertas variables emocionales de los alumnos y su influencia sobre su ajuste psicológico y bienestar personal (citados por Extremera y Fernández; 2004).

### **1.4.3 Las competencias emocionales en la dimensión personal**

La dimensión personal de la vida no escapa en lo absoluto a los efectos positivos de un adecuado desarrollo de las competencias emocionales, en este sentido empiezan a surgir algunas aportaciones acerca de la importancia de sus aplicaciones

en el ámbito familiar, en la vida de pareja y en el establecimiento de una red de relaciones sociales satisfactorias (Bisquerra; 2003).

Extremera y Fernández (citados por Bisquerra; 2003) realizan una revisión de algunos estudios que aportan evidencia acerca de la relación de una elevada inteligencia emocional y la calidad de las relaciones interpersonales.

Para Tannen (citado por Bisquerra; 2003) la clave de una sana relación de pareja reside en la comunicación y la capacidad empática de sus componentes.

Los trabajos posteriores estudian las competencias para la vida y las relacionan con los beneficios y el bienestar subjetivo felicidad, como conjunto de competencias que permiten organizar la vida de forma sana y equilibrada, facilitando experiencias de satisfacción y bienestar.

El estrés y ansiedad se consideran características definitorias del siglo XX, se consideran habilidades de afrontamiento a los esfuerzos que realiza una persona para regular o controlar una situación estresante. Diversas investigaciones se han dedicado a comprobar los efectos de competencias emocionales en la adaptación y en concreto a conocer como las habilidades de afrontamiento favorecen a superar situaciones de estrés y, por consiguiente, potenciar un mejor estado de salud y bienestar (Mattews y Zeidner, citados por Bisquerra; 2003).

El desarrollo emocional sobre la salud es otro de los aspectos importantes es motivo de atención preferente de la psiconeuroinmunología, iniciada a partir de 1983 por Ader y cols. (citados por Bisquerra; 2003).

En estos estudios se reconoce que las emociones tienen cierta influencia en la salud y se acepta la existencia de un vínculo físico entre el sistema nervioso y el inmunológico. Diversos estudios ponen en evidencia que este depende de aquel para su correcto funcionamiento. Las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico, en tanto que las positivas, especialmente el buen humor, el optimismo y la esperanza, contribuyen a sobrellevar mejor una enfermedad y facilitar el proceso de recuperación.

Desde la educación emocional, es importante contribuir al desarrollo de las competencias emocionales que, según se sabe, facilitan y predisponen a gozar de una vida más feliz.

#### **1.4.4 Las competencias emocionales en la dimensión social.**

La competencia social es la capacidad para mantener positivas relaciones con otras personas, esto implica dominar las habilidades sociales para tener una comunicación efectiva, con base en las actitudes pro-sociales. De igual manera, conlleva dominar las habilidades sociales básicas como el habla, la escucha, saludar, pedir un favor y manifestar un agradecimiento, manteniendo una actitud dialogante; el tener respeto por los demás, aceptando las diferencias individuales de cada persona.

Todo con el fin de generar un bienestar personal que será subjetivo para cada individuo, ya que cada uno cuenta con la capacidad de gozar de forma consiente el bienestar subjetivo y procurar trasmitirlo a las personas con las cuales interactúa y, de esa manera, generar experiencias óptimas en la vida profesional, personal y social. (Bisquerra y Pérez; 2007).

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

Diversos autores se han centrado en estudiar el papel de la inteligencia emocional en el bienestar psicológico de los alumnos; lo propuesto por Mayer y Salovey en 1997 (citados por Fernández y Extremera; 2002) proporciona un marco teórico prometedor para conocer los procesos emocionales básicos que subyacen al desarrollo de un adecuado equilibrio psicológico, ya que ayudan a comprender mejor el rol mediador de ciertas variables emocionales de los alumnos y su influencia sobre el ajuste psicológico y bienestar personal.

La evaluación de esos componentes de la IE se ha realizado mediante dos tipos de instrumentos a los que se hará referencia cuando se describan los diferentes estudios empíricos: autoinformes y medidas de habilidad.

“En nuestro medio, la mayor parte de estudios psicométricos están referidos a la adaptación y estandarización de pruebas psicológicas extranjeras y a la poca elaboración de nuevos instrumentos de medición. Por lo tanto, el mayor énfasis es puesto en la evaluación de aspectos cognitivos y en algunos casos, rasgos de

personalidad, expresiones emocionales aisladas, tales como la ansiedad rasgo-estado, cólera rasgo-estado y depresión; y habilidades sociales como autoestima, asertividad, locus de control y soporte social” (Ugarriza; 2001: 136).

En Perú, de Abanto, Higuera y Cueto tradujeron los aspectos principales del manual técnico del Inventario de Cociente Emocional; presentaron normas representadas en coeficiencias emocionales para la interpretación de puntajes directos del inventario.

“El interés del presente trabajo no solo es adaptar, estandarizar y determinar la confiabilidad y validez del inventario del cociente emocional y social de BarOn, el propósito es demostrar si el modelo de inteligencia emocional de BarOn se corrobora mediante el análisis factorial”. (Ugarriza; 2001: 136).

### **1.5.1 Cuestionarios escalas y auto-informes**

Los componentes de la IE incluyen las habilidades para percibir, comprender y manejar de forma adaptativa las propias emociones, y el propósito ha sido examinar si los alumnos con un mayor IE presentan niveles más elevados de salud mental, satisfacción y bienestar que aquellos con menor puntuación en estas habilidades.

La evaluación de estos componentes de la IE, se ha realizado mediante dos tipos de instrumentos a los que se hará referencia cuando se describan los diferentes estudios empíricos: autoinformes y medias de habilidad (Extremera y Fernández; 2003).

Los autoinformes son cuestionarios que el propio alumno contesta reflejando su percepción de sus propias habilidades. Uno de los cuestionarios más utilizados en la investigación ha sido el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) desarrollado por Salovey y Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995), del que existe una versión reducida y adaptada a la población española; el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) evalúa los niveles de inteligencia emocional intrapersonal mediante tres factores: atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación de los estados de ánimo. Las medidas de habilidad más utilizadas han sido el Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS), (Mayer y cols., citados por Fernández y Extremera; 2003).

Los estudios realizados en Estados Unidos han mostrado que los alumnos Universitarios con más IE evaluada con el TMMS informan menos número de síntomas físicos, menos ansiedad social y depresión, mejor autoestima y mayor satisfacción interpersonal, mayor utilización de estrategias de afrontamiento activo para solucionar sus problemas y menos rumiación.

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

La segunda forma para la evaluación de los niveles de IE parte de un presupuesto básico: la IE implica la capacidad para manejar y comprender las emociones de las personas, considerándose como un proceso medio eficaz para evaluar la inteligencia emocional interpersonal, ya que indica el nivel de habilidad emocional percibida por un agente externo. Comúnmente son llamados instrumentos basados en la observación externa o evaluación 360°. Esta forma de evaluación es complementaria al primer grupo de medidas y sirve de información adicional como medida para evitar posibles sesgos de deseabilidad social.

Algunos cuestionarios como EQ-I de BarOn (1997) incluye un instrumento de observación externa complementario al cuestionario que se debe complementar. En otras ocasiones se emplean técnicas sociométricas denominadas “Peer nominations” en las que el sujeto o evaluador valora al resto de los sujetos evaluados en diferentes adjetivos emocionales y estilos de comportamiento habituales (citado por Extremera y Fernández; 2004).

A través de la evaluación por observadores externos se obtiene información valiosa, ya que se percibe al sujeto desde la perspectiva de los demás a nivel socio-emocional y es de gran utilidad para evaluar destrezas relacionadas con las habilidades interpersonales, la falta de autocontrol y los niveles de impulsividad y manejo emocional en situaciones de conflicto social (Extremera y Fernández; 2004).

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

El objetivo de estos instrumentos es evitar la falsedad de las respuestas por los mismos sujetos en situaciones donde la imagen positiva es deseable y, por otra, disminuir los sesgos perceptivos y situacionales provocados por los observadores externos. La lógica de estos instrumentos de evaluación es de un sentido común: la mejor manera de evaluación es comprobar las habilidades de la persona, o sea, la prueba requiere que la persona demuestre sus habilidades.

En general, “las medidas de habilidad consisten en un conjunto de tareas emocionales, más novedosas en su procedimiento y formato que evalúan el estilo en que un estudiante resuelve determinados problemas emocionales comparando sus respuestas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos” (Mayer et al., citados por Extremera y Fernández; 2004: 5-6).

Las competencias emocionales tienen una gran importancia en el desarrollo de cada persona, ya que ayudan al ajuste y manejo del entorno donde la persona se desenvuelve; utilizar el conjunto de conocimientos y habilidades para la realización de diversas actividades con calidad y eficacia, le permiten una adaptación armónica en el entorno donde se desenvuelve, evitando problemas psicológicos causados por bajos niveles de competencias emocionales.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

En este capítulo se abordan las principales aportaciones teóricas sobre los trastornos alimentarios, partiendo de la definición y caracterización de los principales trastornos estudiados, como son anorexia y bulimia, así como las principales causas que se han encontrado.

#### **2.1 Antecedentes históricos**

La comida ha formado una parte importante en la vida de los humanos desde tiempos ancestrales, por ello, desde la antigüedad, en la historia de la cultura, se pueden encontrar registros de conductas alimentarias de manera descomunal, alimentación desmesurada y exagerada en los banquetes que representaban carácter social y demostración de poder.

Lo anterior proporcionaba un ritualismo y simbolismo a la alimentación en algunas culturas de manera religiosa, como el caso de los cristianos al llevar a cabo el ayuno como penitencia: expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado (Jarne y Talarn; 2000).

El caso de anorexia más famoso se presenta en la historia de Catalina de Siena en 1347; se narra que ella a la edad de 7 años, ella comenzó a rechazar la comida y desde la adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan.

Todos los casos relacionados con la anorexia en esa época se relacionaban con una vida en penitencia y sacrificio. En el siglo XVII se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos.

En 1666 se describe el caso de una joven de Derbyshire, en el cual, médicos, clérigos y nobles trataron de convencerla de abandonar el ayuno, el cual le provocó otros daños en su salud, como amenorrea, restringiendo más su alimentación, ya que al ingerir un poco de alimentos su cuerpo ya no podía recibirlos, provocando inmediatamente el vómito.

En 1873 Gull y Lassege realizaron una descripción sobre las personas que padecían anorexia, constatado como la inexistencia de patología orgánica que justificara la clínica anorexia y la explicación se inclinó desde el principio por una etiología psicógena.

Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituario, posteriormente, se formularon hipótesis psicológicas, principalmente con el enfoque psicoanalítico, considerando una génesis del trastorno como un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales. Se abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y la distorsión cognitiva.

Russel, en 1979, introduce el concepto de bulimia nerviosa, caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga vinculadas a la anorexia nerviosa. (Jarne y Talarn; 2000).

## **2.2 Trastornos de la conducta alimentaria**

En este apartado se describirán los trastornos de la conducta alimenticia y en qué consiste cada uno de ellos, de igual manera, se presentarán las diversas problemáticas que se presentan al padecer cada uno de los trastornos, se definirá el concepto de obesidad de manera breve y el análisis se enfocará en los trastornos de bulimia y anorexia.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, según la American Psychiatric Association (APA; 2002).

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por el rechazo mantener un peso corporal al mínimo normal, de igual manera, al miedo intenso a ganar peso. Las personas que padecen el trastorno mantienen su peso por debajo el nivel normal de edad y talla (APA; 2002).

La pérdida de peso se consigue mediante la disminución de la ingesta total, si la anorexia nerviosa se presenta durante la adolescencia y la niñez, puede traer

consecuencias en el peso durante desarrollo. En las mujeres pospuberales hay presencia de amenorrea, lo cual es que no se presenta la menstruación.

En la anorexia hay subtipos, los cuales se describirán a continuación (APA; 2002):

- **Restringido:** Se caracteriza por la descripción de cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue mediante la realización de dieta, ayuno o realización de ejercicio excesivo; durante la anorexia, los sujetos que lo presentan no recurren a atracones ni purgas.
- **Compulsivo/purgativo:** Se caracteriza por la utilización regular de atracones, purgas o ambos, la mayoría de los sujetos que pasan por episodios de atracones, recurren a purgas provocando el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva; existe el subtipo que no requiere de atracones y solo utiliza las purgas, incluso después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida. (APA; 2002).

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

Se definirán enseguida las características sobre bulimia nerviosa, así como el concepto de atracón.

Las características diagnosticas de la bulimia se presentan principalmente por la presencia de atracones recurrentes como métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas comerían en un periodo de tiempos similar en las mismas circunstancias. Se caracterizan más por la cantidad anormal de comida ingerida o por consumir con ansiedad un alimento determinado (APA; 2002).

Se presenta por lo menos de dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses. Existe una sensación de la pérdida de control, ya que el individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, principalmente en el inicio de la enfermedad, por lo cual los sujetos que padecen este trastorno se sienten muy avergonzados e intentan ocultar sus síntomas.

Al progreso de la bulimia existe una alteración del control para evitar y terminar los atracones, el más habitual es provocar el vómito, al igual que la utilización de purgas, ya que estos traen consigo efectos inmediatos, los cuales provocan la desaparición de malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso.

Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, inclusive hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Hay estados de ánimo disfórico, situaciones interpersonales estresantes y sentimientos relacionados con el peso, entre

lo que puede provocar esta conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero se provocan sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo. (APA; 2002).

Se pueden definir los siguientes subtipos de bulimia para determinar la presencia o la ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones.

- Purgativo: durante el periodo de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes diuréticos o enemas en exceso durante el episodio.
- No purgativo: emplea conductas como ayuno y ejercicio intenso, o bien, técnicas compensatorias inapropiadas durante el episodio.
- Bulimia nerviosa atípica: término utilizado para los casos de bulimia nerviosa que no cumplen todas las características, pueden fallar signos que generalmente caracterizan al trastorno. “Este trastorno se puede presentar en personas que tienen peso normal o superior a lo normal con presencia de ingesta excesiva seguida de vómito o purgas con presencia de síntomas depresivos.” (Castillo y León; 2005: 224).

### **2.2.3 Obesidad**

La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal (Jarne y Talarn; 2000). Al respecto, los datos históricos mencionan que en la antigüedad era

signo de poder y belleza, salud y posición social. Cabe destacar que en las últimas décadas se ha considerado como consecuencia y problemas para la salud, por cuestiones estéticas y sociales que pueden generar problemas psicológicos, pero se le adjudica más a los problemas médicos y de salud.

La obesidad debe trabajarse en conjunto de grupos multidisciplinarios, afecta más a mujeres y en las últimas décadas se ha dado un incremento considerable en el mundo occidental. (Jarne y Talarn; 2000).

#### **2.2.4 Hiperfagia psicógena**

El CIE10 lo refiere como la ingesta excesiva, “como reacción a acontecimientos estresantes dando lugar a la obesidad, dando respuesta a una obesidad reactiva, en especial a pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (Castillo y León; 2005: 225).

#### **2.2.5 Vómitos en alteraciones psicológicas**

También conocido como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, donde “se presentan vómitos repetidos no auto-provocado en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes” (Castillo y León; 2005: 225).

## 2.2.6 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

El CIE10 hace referencia a un trastorno caracterizado fundamentalmente por el rechazo del niño a los alimentos, presentándose conductas de capricho, alejándose de la conducta alimentaria normal. Los trastornos con los que se establecerá el diagnóstico diferencial son: si el niño tiene una tendencia marcada de ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, los niños comen bien con adultos distintos a su cuidador habitual, presencia de una enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida, anorexia y otros trastornos de conducta alimentaria, trastorno psiquiátrico más amplio, pica o trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

EL tiempo de comida excesivo, los vómitos, la pica, rumiación y potomanía son los trastornos alimenticios más comunes.

- La pica o alotriofagia: es un trastorno de conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo, la tierra o pintura, entre otros; aparece a los 18 meses; en el caso de los niños puede tratarse de un síntoma, más que de un trastorno psiquiátrico grave (Castillo y León; 2005).
- Rumiación: es un trastorno poco frecuente que aparece entre los 3 y los 12 meses, consiste en la regurgitación repetida de comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso e incapacidad para ganar peso para la edad del niño. (Castillo y León; 2005).

- Potomanía: la ingesta excesiva de líquidos, generalmente agua; se debe hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida.

Otra perturbación alimentaria es el trastorno por atracón, que implica la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el control de los mismos, utilizándolo como conductas compensatorias de una experiencia de malestar, implica una sensación de disgusto, culpa y depresión, generalmente, por comer sin hambre. Aparece después de una pérdida significativa de pesos lograda por una dieta. Han probado numerosas dietas y suelen comer a solas por vergüenza. (Castillo y León; 2005).

Los comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, consisten en comer de pie o levantarse continuamente de la silla, comer solo si al mismo tiempo el niño está jugando o únicamente si el adulto le mira, se niega a usar cubiertos y de igual manera, se niega a comer solo cuando ya tiene edad para ello.

El rechazo a alguna clase de comida, es un comportamiento frecuente en la infancia (Bernal, citado por Ajuriaguerra; 1973) puede ser considerada como un comportamiento normal; el problema en el niño radica si el rechazo del niño es solo de algún alimento concreto que puede ser sustituido por otro con características similares.

En la negación a tomar alimentos sólidos, el niño tan solo accede a ingerir alimentos líquidos o semipesados, negándose a tomar todos aquellos que tienen una

consistencia más sólida; el rechazo a estos alimentos puede ser a todos los alimentos o solo a algunos, este problema suele tener su momento de aparición cuando comienza el paso de las comidas propias de los bebés (papillas/biberones) a las comidas adultas, generalmente a partir de los 8 meses de edad o cuando comienzan a aparecer los primeros dientes (Christophersen y Hall; Moss y Moss, citados por (Ajuriaguerra; 1973).

En cuanto a la ingesta de comida mezclada, se trata de comer solo aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores, indican Godoy y Cobos. El infante se habitúa a la mezcla de sabores, de manera que, posteriormente, cuando se le intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor propio de cada comida. (Ajuriaguerra; 1973).

En lo referido a la falta de apetito, “el niño no come, o “come muy poco”, son frases con bastante frecuencia en consultas de pediatras y psicólogos, la relación a ello es que resulta importante conocer los aspectos que hay entre el desarrollo normal del niño, durante el primer año de vida; posteriormente al primer año el apetito del niño decrece de forma natural, por lo cual tendrá ganancia de peso de solo 2 kilos por año durante los 3 o 4 años siguientes (Schwartz y Smith, mencionados por Ajuriaguerra; 1973).

El tiempo de comida excesivo se presenta fundamentalmente con frecuencia y es resultado de la edad del niño y del momento de la comida; los motivos de la lentitud para comer son varios y depende de cada caso, pero principalmente, consiste en el

rechazo a ingerir alimento que se ha preparado, o bien, excesivos estímulos distractores, lo que favorece la falta de atención al acto de comer. (Ajuriaguerra; 1973).

Los vómitos pueden producirse por el rechazo a la comida, o para obtener alguna ganancia secundaria, como no acudir a la escuela o el rechazo a situaciones determinadas. Hay que descartar problemas físicos y alérgicos, corroborar si la causante del vómito es la comida o se trata de un medio de escape ante una situación desagradable para el infante. (Ajuriaguerra; 1973)

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

En este apartado se explica en qué consiste la esfera oroalimentaria en la etapa infantil, la organización que se da en esta fase del desarrollo, al igual que las alteraciones que pueden presentarse.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia**

El reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de relación con el mundo externo, comienza con la succión y deglución que aparece muy tempranamente desde el nacimiento (W.T Preyer, Andre Thomas, citados por Ajuriaguerra; 1973)

La actividad oral es la fuente de satisfacción y saciar la necesidad de nutrición, por consiguiente, desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación como reacción oral con el mundo, sin

presentarse aún una relación objetal, ya que la madre aún no es un objeto amado, sino una dependencia infantil; la madre es alimento, el niño únicamente realiza todo por repetición, generalmente más cuando tiene hambre que cuando está saciado. (Costin; 2003).

El infante ante el pecho materno pasa por diversas fases: a los ocho días, el niño responde a señales que son las de sensibilidad profunda y del equilibrio; hasta el segundo mes de vida el niño solo conoce la comida cuando tiene hambre.

Cuando va a cumplir los tres meses, reacciona ante la presencia del adulto que se acerca al llorar porque tiene hambre, comienza a responder a un estímulo externo como percepción introspectiva nacida por un impulso habitual; posteriormente, el niño fijará sus ojos en su madre mientras se alimenta, por lo cual el objeto que le satisface y la persona que consigue su satisfacción están íntimamente unidos por un vínculo. Dar alimento un niño no es un simple acto nutritivo es una entrega por parte de la madre. (Ajuriaguerra; 1973).

Hacia los tres meses el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores y movimientos de succión. Freud distingue dos satisfacciones distintas: la satisfacción de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. En cuanto al hambre en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria posteriormente la búsqueda de satisfacciones comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer. En la fase objetal llevará a su afecto hacia la madre que le

proporciona el alimento, y así a partir del segundo año distinguirá entre su madre y el alimento aun cuando subconscientemente exista la relación.

Las primeras formas de relaciones van unidas a los actos de comer, la comida es una institución social con un ritual y una participación de la comida.

K. Abraham (citado por Ajuriaguerra; 1973) divide el periodo oral en dos fases

Una fase pre ambivalente en la que subjetivamente todavía no existe objeto, en que únicamente se busca el placer de la succión.

M. Klein (mencionada por Ajuriaguerra; 1973) cree que desde nada más nacer se conoce inconscientemente al pecho, tal vez considerado como una herencia filogenética. El recién nacido percibe inconscientemente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que puede lograr el máximo bien y que ese objeto es el pecho materno. Es acertado suponer que los impulsos del bebé unidos a las sensaciones orales le orientan hacia el pecho materno, porque el objeto de los más elementales deseos impulsivos es el seno, y su finalidad, llegar a mamarlo. Desde la primera experiencia habida en la alimentación, el hecho de perder y recuperar el objeto querido, pecho bueno será fundamental en la vida emocional del niño, y en cuanto frustraciones será odiado y considerado como malo, la manifiesta dualidad entre pecho bueno y malo tiene por origen la no integración del yo y su entrecruzamiento dentro del yo y en su relación con el objeto. (Costin; 2003).

Para S. Freud, la base filogenética tiene mucha más importancia que la experiencia personal y la diferencia entre el niño que realmente ha mamado del pecho y el que se ha criado con biberón no es muy grande, pero que es posible que en el segundo caso la nostalgia del pecho sea mayor. M. Klein, S. Freud Considera, por lo tanto, que la falta de experiencia de amamantamiento con el pecho es sentida como una privación y la introyección del pecho bueno no es en absoluto la misma para los niños alimentados con pecho, con la condición que la cultura favorezca dicha relación (referidos por Ajuriaguerra;1973).

A. Freud señala que los rechazos alimenticios del deteste se manifestaran como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y no como querer descubrir nada nada nuevo en cuanto a comida, como falta de gusto en la zona oral. M. Klein considera que en el deteste se tiene una impresión de haber perdido el objeto amado, por lo que aumentan el temor de ser objeto de persecución y angustia depresiva. (Citadas por Ajuriaguerra; 1973).

De dichas observaciones se puede deducir que el comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil.

Sobre las necesidades e impulsos elementales, W.B Cannon menciona que el hambre está relacionada con las contracciones gástricas contradiciendo los determinados datos fisiológicos, el seleccionar los nervios del tubo digestivo no se suprime el hambre ni se impide sentirla, el hambre no depende de un fenómeno

localizado, como señala Boring, La sequedad de la boca, las contracciones estomacales son los primeros elementos en la cadena de estímulo respuesta para satisfacer la necesidad, la influencia de influencias endocrinas y metabólicas fundamentales del sistema nervioso. (Costin; 2003)

### **2.3.2 Las alteraciones oroalimenticias**

En esta sección se muestran algunas de las alteraciones oroalimenticias y sus características principales.

La anorexia esencial precoz no es muy común, aparece en las primeras semanas de vida o en el primer día, Levesque menciona que es la auténtica anorexia del recién nacido, donde se muestra una constitución neuropatía. Se presenta en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos, al principio muestra una pasividad ante la comida y pasados algunos meses se muestran reacios a comer (Costin; 2003).

La anorexia del segundo semestre se presenta del tercer al quinto mes y el niño poco a poco va perdiendo el apetito y hay oposición ante la madre. Según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia: inerte y de oposición.

- Anorexia inerte: el niño no tiene iniciativa, ni coopera por alimentarse, incluso vomita lo poco que ha ingerido para comer.

- Anorexia de oposición: el niño hace aceptación y rechazo ante la comida, el niño rechaza la comida, es rígido, reacciona llorando y agitándose. Provocando una lucha con los padres.

L. Kreisler distingue dos tipos de anorexia: simple y compleja, la primera consiste en una reacción de deteste ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una anorexia orgánica. La segunda consiste en la intensidad de síntomas por resistencia a tratamientos, la comida no le interesa al niño, se relaciona en que se responde a un conflicto en la relación con la madre, y hay presencia de problemas psicodinámicos. (Costin; 2003).

Hay que tener presente la existencia de adelgazamientos de origen orgánico durante la primera etapa, o síndrome de emaciación de encefálica del Russel por tumor en el hipotálamo.

## **2.4 Perfil de las personas con trastornos de alimentación**

En este apartado se muestran las características de las personas que padecen trastornos de la alimentación.

Se presentan problemas con la anatomía como principal predisposición a los trastornos de la alimentación, como la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos, es cumplir

con las expectativas de los demás, no plantearse los pensamientos personales distanciamientos temporalmente insatisfaciendo a terceras personas. (Ogden; 2005)

Cuando la seguridad está exclusivamente en el exterior, es adecuarse a la imagen que los otros pudiesen tener de uno, y no lo que uno realmente es, se presenta una gran dificultad para resolver las actividades apelando a recursos personales, ya que se duda si confieren a uno mismo. El cuerpo es símbolo de autonomía, control, eficacia personal e identidad, en dado caso que interpretando erróneamente la delgadez como un signo de ser especial y el hacer dieta y bajar de peso como indicadores de autocontrol. (Ogden; 2005).

Sobre el déficit de autoestima, las personas que desarrollan imágenes de sí, fabrican un concepto propio sobre quiénes son, y el grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima, al no presentarse la aceptación se presentara una mala o baja autoestima ya que el concepto de quien se es se encuentra distorsionado.

Los parámetros de autoestima varían en ambos sexos, en la mujer los parámetros de la sociedad están relacionados con la sociedad, fundamentalmente en factores externos como la imagen y cumplir con las expectativas y necesidades de los demás. La baja autoestima se presenta al juzgarse por la figura y apariencias que se desean obtener ante la sociedad. (Ogden; 2005).

En lo que concierne al camino a la perfección y al autocontrol, la tendencia al perfeccionamiento es bastante común en las personas que padecen algún trastorno alimenticio, el sentimiento de culpabilidad e ineficiencia provoca que las personas que padecen algún trastorno de la alimentación sean exigentes consigo mismos al extremo. El perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, al exigirse no fallar en lugar de afirmarse con los recursos que presenta el sujeto.

En lo referido al miedo a madurar, los trastornos de la alimentación se presentan por lo general en un periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud, ya que es un periodo de cambios a, varios niveles, tales como, físicos, sexuales, emocionales y sociales.

Los cambios físicos en los adolescentes vienen acompañados de un aumento natural del peso, lo que da al cuerpo una apariencia más de mujer para muchas jóvenes, que tienen trastornos de alimentación, puede ser un factor precipitante, intolerancia a la realidad como dificultad para aceptar el cuerpo, dejando atrás la infancia. Temor a crecer y mantenerse como niños.

En el área de los aspectos psicodinámicos, la organización de la personalidad en la anoréxica mental poca estabilidad emocional, no puede ser unívoca y en la elección del síntoma puede tener un valor distinto, pudiendo manifestarse la personalidad a través de la vía oroalimenticia. (Ogden; 2005).

Algunas personas desean adelgazar para parecerse a un tipo de ideal femenino, estéreo, romántico, como si el hecho de tener formas implicara el de ser deforme, se puede deber en ocasiones a una reacción frente a cierta obesidad adquirida por la madre en el periodo menopaúsico, pero lo más común se esconde en un rechazo a la feminidad, siendo un ideal el “plano”, por otra parte, en los casos de restricción de alimentos existe una vivencia simultánea de castigo y cierta purificación.

En otros casos, el no alimentarse no depende del querer adelgazar o del no querer desarrollarse, sino que hay una relación con el simbolismo oral primitivo. Frecuentemente el hecho de comer está ligado a las preocupaciones como en fantasías imaginarias de la anoréxica, constantemente la obesidad simbolizaría el embarazo o el problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: la incorporación del ceno como objeto ambivalente benéfico o malo, el comer como la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Las dos últimas formas son disóciales y responden a diversos tipos de organización de la personalidad lo que provoca que durante la época que se presenta se den modificaciones morfológicas y el despertar sexual hacen posible la reproducción de la vivencia.

H. Thomas (citado por Ogden; 2005) menciona que en la pubertad se presenta la enfermedad y el aspecto y el síntoma dependerán de la calidad y cantidad del contenido inconsciente que amenaza al Yo, así como la elección de mecanismos defensivos que entran en juego, considerando que el problema no radica en el instinto

sino en los impulsos, especialmente en la deformación del yo, dándose una regresión al estadio de satisfacción alucinatoria.

Las anoréxicas no se preocupan de la destrucción de su propio cuerpo, al depender pasivamente de Yo del hambre que se producen reacciones defensivas, el anoréxico teme la fuerza de los impulsos y a la realidad.

El esquema corporal de Yo idea femenino se asemejan a la de un muchacho, el cuerpo es objeto de tendencias agresivas y eróticas a un tiempo y las cualidades femeninas incompatibles al ideal del Yo.

M. Selvani Palazzoli (citado por Ogden; 2005) menciona que el rechazar la satisfacción oral, el hambre, significa adquirir seguridad y poder siendo sentida la satisfacción oral como incompatible con la necesidad de seguridad y de un ser autónomo y poderoso, el cuerpo es algo inaceptable, culpable y concreto, portador de la pasividad psíquica que siente la persona enferma, por lo cual se genera un sentimiento de impotencia y conflicto en relaciones interpersonales.

## **2.5 Causas del trastorno alimenticio**

Existen diferentes factores que inciden para que finalmente, alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero en sí, ninguno de ellos es en sí mismo suficiente, se necesita de una combinación de distintos factores que adquiere características

particulares en cada caso. Se describirán cuáles los factores predisponentes que son individuales, familiares y sociales causantes de los trastornos alimenticios.

Predisponer significa preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin, es decir, cuando se habla de factores predisponentes, se afirma que hay elementos en el contexto que influyen para la presencia de un trastorno.

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

Los problemas con la autonomía aparecen como una posible predisposición a los trastornos de la alimentación para funcionar de forma discriminada de la familia, o de otros patrones externos. (Costin; 2003).

En lo concerniente al déficit en la autoestima, las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas de manera inadecuada y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Entre menos parecido a lo que la persona considere como ideal es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima. (Costin; 2003).

El camino a la perfección y al autocontrol como la tendencia al perfeccionismo, es algo de lo que suele presentarse con mayor frecuencia con trastornos de comer, propicia la sensación de ineficacia, lo cual provoca que las personas que padecen el trastorno se vuelvan más exigentes, donde sienten que lo que hacen no es

suficientemente bueno. La búsqueda de la perfección se desplaza al peso corporal, lo que paradójicamente refuerza la sensación de inseguridad. (Costin; 2003).

El miedo a madurar cuando hay trastornos de la alimentación se desarrolla en el periodo de la pubertad pasando por la adolescencia hasta a la juventud ya que se presentan cambios en el ámbito físico, sexual, emocional y social. (Costin; 2003).

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares**

M. Selvini-Palazzoli (citado por Costin; 2003) ha estudiado a la familia de la anoréxica considerándola como un todo estructural de carácter obsesivo.

En la relación sadomasoquista entre los padres, la enferma está sometida a las necesidades de la madre e imposibilitada de toda relación con el padre que por su parte acepta y refuerza el aislamiento, el sistema establecido impide que la enferma se diferencie de la madre y consiga elaborar una experiencia edificadora sólida, este autor insiste también en que ninguno de los padres se ha liberado suficiente de los lazos que unen a su familia original, el marido se ha casado con una imagen materna idealizada de carácter oral, al igual que la madre ve en su marido bastantes características de su propia madre. (Costin; 2003)

Suele decirse que las familias con poca comunicación entre sí con una interrelación pobre son causantes del desarrollo de un trastorno del comer de uno de sus miembros, se sabe que un trastorno de este tipo termina generando una relación

muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo ansiedad y culpa. (Ogden; 2005).

### **2.5.3 Factores predisponentes socioculturales**

La presión social para ser una persona delgada, se refiere a que el peso tiene un significado importante de la autoestima y la felicidad de las personas, el contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene juicios hacia la gordura. El ideal de belleza ha sido cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y en la actualidad han comenzado en las del mundo oriental es posible asegurar que no afecta por igual a mujeres de otras latitudes. Tampoco afectan por igual a la diferente clase social, es propio de la clase media y alta. Las personas de clase baja afectadas por este problema son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta, donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva, pero en las últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso, cuantos más kilogramos, más logros.

Estudios realizados sobre los estereotipos femeninos de la revista Playboy entre 1959 y 1979 demuestran que la modelo de figura femenina se ha ido afinando y aligerando (Costin; 2003).

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y al comer que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en que estar bien mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente los medios perpetúan y refuerzan esto a través de la imagen corporal.

## **2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

La insatisfacción corporal, “se ha definido la imagen corporal como el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (Schilder, citado por Ogden; 2005: 97).

Pero también se ha utilizado la expresión para describir las recepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y percepción de las sensaciones corporales

La medida de la insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas diferentes: La primera consiste en la imagen corporal deformada, la cual explica que es la insatisfacción corporal y percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo

que en realidad es; la segunda consiste en la discrepancia del ideal, como enfoque de la insatisfacción corporal; y la tercera consiste en respuesta negativa al cuerpo, es la forma más frecuente de entender la insatisfacción corporal que se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.

Las preocupaciones por el peso y la forma corporal se asocian con las mujeres, (Fallon y Rozin, mencionados por Ogden; 2005).

En general, las investigaciones indican que muchas mujeres muestran una discrepancia entre su peso real y su peso ideal y algunos programas de pérdida de peso suelen ser difíciles, por lo cual muchas deciden poner en práctica estrategias de restricción de comida, tanto seguras como peligrosas (Klesges y cols., citados por Ogden; 2005).

En los hombres en comparación a las mujeres, parece que la satisfacción corporal es alta, pero también ellos se muestran insatisfechos (Ogden; 2005); las investigaciones arrojaron que algunos hombres se someten a regímenes alimentarios, los cuales están conscientes de las normas culturales y atractivo masculino.

En la sexualidad la mayor parte de las investigaciones han arrojado que la insatisfacción corporal de las lesbianas y los homosexuales es diferente a la de los heterosexuales; Sierver, en 1994, comparó la valoración del aspecto de las lesbianas y las mujeres heterosexuales y concluyó que las lesbianas estaban más satisfechas con su cuerpo y daban menos importancia a su aspecto, asimismo, Gettelmann y

Thomson en 1993 informaron que las mujeres lesbianas se preocupaban menos por su aspecto; Grogan en 1999 señala que estos hallazgos dan lugar para la orientación de rol de género (referidos por Ogden; 2005).

La sexualidad puede relacionarse con la insatisfacción corporal. El carácter étnico de la insatisfacción corporal se ha considerado como un problema para las mujeres blancas, ya que se encontró valores superiores en diversas conductas relacionadas con la insatisfacción corporal, comparadas con las mujeres negras y las asiáticas, incluyendo conductas bulímicas (Gray y cols., citados por Ogden; 2005).

Las causas de la insatisfacción corporal destacan factores sociales y psicológicos, los medios de comunicación, la cultura y la familia son los principales elementos.

Los medios de comunicación promueven a las mujeres delgadas que se presentan en las revistas, en la televisión y en las redes sociales; estas pueden anunciar objetos relacionados con el volumen corporal, alimentos o ropa, impulsando a la delgadez como norma deseada.

La cultura relacionada con la insatisfacción corporal muestra mucha atención en el carácter étnico y clase social. Mumfor y cols., en 1991, señalan que el papel de la aculturación puede surgir de la insatisfacción corporal cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de un nuevo entorno (citado por Ogden; 2005).

En el aspecto familiar, la influencia en las investigaciones ha mostrado que las madres insatisfechas corporalmente comunican la misma sensación a sus hijas, lo que lleva a estas a su misma insatisfacción corporal. (Ogden; 2005).

Los factores psicológicos e insatisfacción personal pueden estar relacionados con los medios de comunicación, la clase social; el carácter étnico y el ambiente familiar, en conjunto de las creencias, pueden influir de manera importante en la persona y las creencias que presente.

Las consecuencias de la insatisfacción corporal son los sometimientos a regímenes alimenticios que pueden dañar la salud de las personas para la pérdida de peso, otra consecuencia son las cirugías estéticas para la pérdida de peso, esta ha incrementado en los últimos años. (Ogden; 2005).

## **2.7 Factores que mantienen el trastorno alimenticio**

Se ha demostrado que los problemas físicos y emocionales se asocian con la inadecuada alimentación.

Se llevó a cabo una investigación en Minnesota en Estados Unidos, en los años 40, que consistió en reducir el aporte calórico en la alimentación de un grupo de 36 jóvenes sanos y aparentemente psicológicamente normales, el experimento constó de tres etapas. (Costin; 2003).

Los primeros tres meses, cada uno recibió la alimentación a la que estaba acostumbrado, al mismo tiempo que estudiaban; su conducta, su personalidad y sus patrones alimenticios habituales

Durante los siguientes seis meses, su dieta fue restringida a la mitad, lo que ocasionó en mucho de ellos pérdidas cercanas al 25% de peso original.

En la tercera etapa siguió una rehabilitación de tres meses, durante la cual les fue administrada la dieta original anterior a la experiencia.

En las transformaciones anímicas, todas sufrieron importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales, presentándose un notorio cambio en el estado de ánimo, donde algunos de los integrantes llegaron a una situación de depresión anímica profunda, tomando una visión pesimista de sí mismos, sobre el futuro y las posibilidades de pensar o hacer algo diferente. (Costin; 2003).

De igual manera, se presentaron claros signos de intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos de humor, como consecuencia del nerviosismo que sentían, apareciendo nuevos hábitos como el fumar o comerse las uñas. El grado de apatía creció en algunos de ellos al punto de perder interés en todo lo que fuera, incluso el aspecto personal.

En test de personalidad reveló signos de hipocondría, histeria, desorganización general de la conducta, que no habían presentado en las pruebas aplicadas con

anterioridad, y los disturbios emocionales de irritabilidad, negativismo, posesividad perduraron en algunos sujetos después de la experimentación, incluso después de la alimentación y peso original. (Costin; 2003).

También se presenta desesperación sobre el futuro, la influencia sobre la manera de pensar, sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco de los hábitos alimenticios de los demás, dejar las actividades que antes se disfrutaban, pensamientos obsesivos, son algunas de las consecuencias sobre la reducción de alimentos. (Costin; 2003).

Las transformaciones físicas incluyen: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales, como acidez, constipación, diarrea, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros como pies o manos, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío, pérdida de la temperatura corporal, cambios cardiológicos, bradicardia, taquicardia, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación (Costin; 2003).

Cabe destacar 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, el cual es el que se ocupa de las funciones mientras descansa la persona. (Costin; 2003)

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

Los trastornos de la conducta alimentaria con otras formas de psicopatología, generalmente están relacionados con otros problemas psiquiátricos, lo cual tiene por consecuencia una elevada comorbilidad, ya que hay una relación con los criterios diagnósticos de algunas patologías. (Butcher y cols.; 2007).

Kaye y cols. 1993, observaron que algunos pacientes con anorexia cumplían los criterios de depresión clínica y de igual manera el trastorno obsesivo compulsivo (referidos por Butcher y cols.; 2007).

Son dos trastornos que también son frecuentes en los pacientes con bulimia, por otra parte, suelen aparecer trastornos por abuso de sustancia con la bulimia o subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa.

Se estima que más de un tercio de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria también realizan conductas auto-lesivas en algún momento de su vida (Paul et al., citados por Butcher y cols.; 2007)

También suele haber trastornos de la personalidad entre los pacientes con trastorno por atracones, donde se muestran ciertas evidencias que sugieren que este grupo se da menos el abuso del alcohol que en la modalidad obsesivo purgativo de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y que también se presenta menos comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos (Telch y Stice, citados por Butcher y cols.; 2007)

La investigación sugiere que algunos de los rasgos de personalidad de los pacientes con trastornos de la conducta alimenticia podrían ser previos a la aparición del problema incluso mantenerse una vez que haya remitido (Police et al., referidos por Butcher y cols.; 2007).

En la actualidad se sabe muy poco sobre el trastorno de atracón, porque la realidad es una categoría muy reciente, y un problema frecuente. Algunas estimaciones indican una prevalencia entre el 2 y 3 % entre la población en general y alrededor de 8% entre las personas obesas. (Grilo, citado por Butcher y cols.; 2007).

## **2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios**

El tratamiento de la anorexia necesita un equipo multidisciplinario para la cura de esta enfermedad ya que en ella convergen factores sociales, culturales y familiares de desarrollo individual y biológico. Se propone la epistemología sistemática para comprender y abordar terapéuticamente el trastorno. (Rausch; 1996).

Algunas de las situaciones con que más frecuentemente se ha relacionado la anorexia nerviosa son:

- a) Tendencias obsesivas y compulsivas vinculadas a preocupaciones acerca del peso.
- b) En respuesta a presiones sociales, cambios de roles y patrones de belleza
- c) Fantasías respecto del temor del embarazo oral

- d) Infantilización y haber sido tratado como objeto de sí mismo Self, parental
- e) Conflictos acerca de la madurez del desarrollo.
- f) Estar inserto en un sistema familiar que tiende a eludir la expresión abierta de conflictos, dando lugar a que uno de los padres sobreprotege a un hijo vulnerable. (Rausch; 1996).

El psicoanálisis desempeñaba un rol importante en la comprensión de los factores psicológicos, el hallazgo fundamental que era el de la anorexia nerviosa se relacionaba al déficit del desarrollo y solo en forma secundaria con los conflictos sexuales. El estímulo para reformular la observación de que el tratamiento con el psicoanálisis tradicional era ineficaz para la verdadera anorexia nerviosa. (Rausch; 1996).

Bruch desde el pensamiento neopsicodinámico, describe la anorexia nerviosa primaria aclarando que no es que los pacientes carezcan de apetito sin que deliberadamente restringen su ingesta y se embarcan en desgastes físicos con el objeto de que la delgadez extrema las proteja de terror a engordar. Dado que dudan de su capacidad de interpretar el hambre y temen perder el control sobre lo que comen (citado por Rausch; 1996).

La función de comer es utilizada con una pseudosolución a sus problemas de personalidad ya que la enfermedad no radica en el trastorno de apetito aun cuando las consecuencias psicológicas y fisiológicas de la desnutrición ocupan un lugar importante en la vida del sujeto.

Bruch menciona que el trastorno psicológico se vincula al difícil básico en el sentido de sí mismo, de la identidad y de la función autónoma. Por ello, la psicoterapia se orienta hacia los antecedentes de la enfermedad donde se encuentra un trastorno en el desarrollo citado por (Rausch; 1996).

Brush toma categorías piagetianas para referirse a los trastornos de pensamiento y asegura que en el estadio de la adolescencia es caracterizado por las operaciones formales y el pensamiento abstracto es deficiente o está ausente.

Todo reside de la relación de los padres y los hijos cuando los niños son pequeños, y el defecto central radica en que a pesar de que parece haber hipercuidado y atención en realidad estos se llevarían a cabo teniendo en cuenta las necesidades de los padres y no los deseos del niño, este vicio de relación se mantendría hasta el presente provocando un vicio que al reconstruir el desarrollo temprano de esos pacientes son los déficit en la codificación de las señales que emite el niño, así para los padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio. (Rausch; 1996).

La psicoterapia que en ella propone se ocupa de estos temas y tiene como objetivo ulterior el desarrollo de una nueva personalidad. La mayoría de los clínicos incluye alguna forma de terapia conductual en el tratamiento de un paciente anoréxico, que se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen Stunkard en 1972 lo describió como un tratamiento para los trastornos de alimentación y desde entonces varios investigadores han informado

resultados sorprendentes con el condicionamiento operante, ya que las técnicas que se orientan hacia la recuperación de peso, probablemente sean más eficaces que las que orientan hacia la conducta alimenticia. (Rausch; 1996).

Suele ser útil hacer que el paciente haga un registro de su peso, que se mida una o dos veces por semana. Se establecen refuerzo positivo contingente al aumento de peso que se refiere a mayor actividad física o social. Los refuerzos negativos que generalmente se utilizan son los de aislamiento en el dormitorio, por lo cual se recomienda un diseño personalizado de estos refuerzos teniendo unas cuantas variaciones individuales. (Rausch; 1996).

Pilla y Crisp introdujeron sesiones de entrenamiento de habilidades sociales como parte del programa de internación con el fin de reducir la ansiedad y como parte de programa de internación con el fin de reducir la ansiedad y depresión de los pacientes. Los resultados de complejidad de la anorexia nerviosa y al rescatar los beneficios de intervenciones auxiliares para recordar al mismo tiempo que por sí solas resultan parciales y estrechas.

Un desarrollo trascendente del anterior es el modelo cognitivo conductual cuyos representantes más destacados son Garner y Bemis y Bemis, Garfinkel y Garner, el enfoque relaciona pensamiento emoción y comportamiento manifiesto y el tratamiento consistente básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes son la atracción selectiva, la generalización, magnificación, pensamiento dicotómico,

personalización y pensamiento supersticioso, posteriormente se modifican los pensamientos y supuestos autónomos. (Rausch; 1996).

En cuanto al modelo sistemático, supuesto propone la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. Para modificar la estructura familiar disfuncional.

Los supuestos básicos que presenta el modelo de terapia individual es la relación terapéutica es instrumental y su objetivo es mejorar las relaciones personales del paciente fuera del ámbito terapéutico, que el tratamiento debe ser la incapacidad estratégica del paciente quien es atrapado en el juego familiar encubierto y posibilitado para manejarse con él. (Rausch; 1996).

También son de utilidad los grupos de autoayuda, organizados y facilitados por personas que han estado afectadas previamente de un trastorno alimentario, con la característica fundamental de que sus miembros compartan un problema en común, ya que son dependientes en cuanto a la comprensión empática y se ayudan entre sí para trabajar en pos de la recuperación.

Los grupos de apoyo admiten líderes profesionales que tienen como objetivo ofrecer apoyo a los individuos cuyos sistemas de soporte. (Rausch; 1996).

Sobre el tratamiento farmacológico, el empleo de fármacos en el tratamiento de la anorexia nerviosa tiene pocos efectos benéficos, por lo que se ha limitado su uso,

uno de los estimulantes de apetito que se han incluido en el tratamiento es la ciproheptadina, ya que es antagonista de la serotonina con efectos sedantes, los pacientes que consumen este medicamento incrementan significativamente de peso sin considerar el efecto a largo plazo.

Por otra parte, varios autores han resaltado la importancia que tiene se toma al concepto de familia como un sistema biopsicosocial y el funcionamiento de este puede evaluarse en función de la relación con los objetivos que se establecen. La familia provee apoyo y sentimiento de pertenencia a sus miembros y es, al mismo tiempo, el ámbito en el cual se promueve la diferenciación y adaptación en otros contextos. La familia como organización debe mantener la estabilidad que define su identidad y simultáneamente proveer cambio y crecimiento.

Minuchin desarrolló un modelo estructural de organización familiar para visualizar de qué modo la familia realiza los objetivos de mantener su integridad como unidad, para proveer desarrollo individual y asegurar la presencia de efecto intimidad y respeto mutuo. (Rausch; 1996).

En el tratamiento ambulatorio, la familia se constituye como fuente de recursos terapéuticos que se ponen en marcha cuando son creadas las condiciones adecuadas para la convicción basados en la experiencia, la internación por motivos estratégicos se realiza para la obtención de los objetivos planteados para la mejora del paciente.

Los aspectos clínicos del tratamiento, deben ser tratados por un grupo de profesionistas y los aspectos se integran en todo momento. Son pocas las enfermedades emocionales que comprometen con tanta intensidad la salud física, por ello, los psicoterapeutas no pueden trabajar aislados en el seguimiento de estos casos. (Rausch; 1996).

En la etapa final del tratamiento, en la medida que se va resolviendo, el terapeuta tendrá una relación sólida y confiable con cada uno de los integrantes con la ayuda de entrevistas, para ayudar al paciente a reconocer, aceptar y vincular los propios deseos sentimientos y opiniones.

En lo que concierne a la internación, en el contrato terapéutico se acuerdan con la familia las indicaciones y condiciones de la internación; aunque debe ser evitada no solamente para evitar un gasto, sino porque la muestra establece que los pacientes, al salir de la internación, vuelven a perder peso después de haberse recuperado.

Después de haber expuesto los referentes teóricos necesarios para explicar el problema de estudio, corresponde explicar los procesos de recolección y tratamiento de la información de campo, que hizo posible el logro de los objetivos.

## **CAPÍTULO 3**

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

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera de ellas se hará la descripción de la estrategia metodológica que permitió el logro del objetivo general del estudio. Tal encuadre incluye, en primer término, el enfoque o paradigma de la investigación, en seguida se caracteriza la naturaleza no experimental del presente estudio. Posteriormente se hablará acerca del diseño y del alcance de la investigación, más adelante, en esta primera parte, se describirán tanto las técnicas como los instrumentos empleados en la recolección de datos de campo. La metodología también incluye la población y muestra que ha determinado seleccionar el investigador, por ello, en esta parte también se hablará de ambos temas. Concluye este subtítulo con la descripción del proceso de investigación que se siguió.

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

#### **3.1 Descripción metodológica**

En este apartado se describe el plan metodológico seguido para recolectar y procesar los datos de campo.

### 3.1.1 Enfoque cuantitativo

La presente indagación es de corte hipotético/deductivo ya que, desde la perspectiva de Hernández y cols. (2014), un estudio de esta naturaleza posee las siguientes características, las cuales son compartidas con la presente investigación:

1. Es secuencial y probatorio, su orden es riguroso y se puede redefinir alguna fase, que va acotándose y una vez delimitada, derivan objetos y preguntas de investigación, construyendo un marco o perspectiva teórica.
2. Mide la presencia de dos variables, planteando un problema de estudio delimitándolo sobre el fenómeno que se presenta. Con base en el problema de estudio se deriva una o varias hipótesis, las cuales se someten a pruebas que pueden corroborarse o rechazarse; de aprobarse, son congruentes con la evidencia a favor del estudio; si se rechazan, se rechazan la hipótesis y la teoría. (Hernández y cols.; 2014)
3. La recolección de los datos se fundamenta en la medición, la cual se lleva a cabo por medio de los procedimientos estandarizados.
4. Los instrumentos utilizados son aceptados por la comunidad científica para que la investigación sea tangible.
5. El analizar con datos estadísticos es utilizado para tener el mayor control para la obtención de posibles explicaciones de la propuesta de estudio, al interpretarse se constituye una explicación como resultado en el conocimiento existente (Creswell, citado por Hernández y cols.; 2014).

6. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, los fenómenos presentes en la investigación no deben ser afectados por el investigados (Unrau, Grinnell y Williams, citados por Hernández y cols.; 2014).
7. Los estudios en una investigación cuantitativa llevan a cabo un proceso, siguiendo un patrón predecible y estructurado que debe estar presente en las decisiones antes de la recolección de datos, se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo una colectividad si el fenómeno se replicado hay cambio en ellos.
8. Los estudios pueden confirmar o predecir los fenómenos de investigación, buscando regularidades, y relaciones entre los elementos que pasan en el fenómeno, para la demostración de teorías (Hernández y cols.; 2014).

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

La investigación no experimental cuantitativa es aquella que se realiza sin manipular las variables, es decir, no se varían de forma intencional las variables independientes para ver el efecto sobre otras variables.

Se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para analizarlos (the SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, citado por Hernández y cols.; 2014).

La investigación no experimental es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las mediciones

de las variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal como se ha dado en su contexto natural. (Hernández y cols.; 2014).

Por lo tanto, en el presente trabajo se llevó a cabo la investigación no experimental, para conocer las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios de los pacientes de la Clínica 76, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su entorno natural, sin construir ni manipular el contexto para conocer cómo se relacionan las variables y como se presenta el fenómeno en esta parte de la población.

### **3.1.3 Diseño trasversal**

Los diseños no experimentales se pueden clasificar en transeccionales y longitudinales (Liu y Tucker, citados por Hernández y cols.; 2014).

El propósito del diseño trasversal es describir las variables y analizar los patrones, así como sus relaciones en un momento determinado.

En el caso de esta investigación se llevó a cabo con el diseño trasversal ya que la investigación se realizó con la recolección de datos en un solo momento para conocer la relación entre las variables de estudio.

### **3.1.4 Alcance correlacional**

El alcance correlacional tiene como finalidad conocer la relación o el grado de asociación que hay entre variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. (Hernández y cols.; 2014).

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables en los estudios correlacionales primero se miden las variables y posteriormente se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones, de tal manera que las hipótesis son sometidas a prueba.

La principal utilidad de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un elemento o variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas; para predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos con la variable a partir del valor que poseen las variables relacionadas. La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, significa que los valores altos en una variable tenderán también a mostrar valores elevados en otra, por otra parte, si la correlación que se presenta es negativa, significa que los sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en otra variable. (Hernández y cols.; 2014).

Si no hay correlación entre las variables, se indica que se presentan sin seguir un patrón sistemático común; si dos variables están correlacionadas y se conoce la

magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir con mayor o menor exactitud el valor aproximado que tendrá el grupo (Hernández y cols.; 2014).

La investigación correlacional tiene un valor explicativo, ya que el hecho de saber de qué dos variables se relacionan entre sí, aporta conocimientos, lo que proporciona explicación sobre los sucesos ante la interacción de determinados elementos. La explicación que se presenta es parcial ya que se encuentran presentes otros factores vinculados en la investigación.

Los riesgos que se pueden presentar ante las correlaciones son casos en que dos variables están aparentemente relacionadas, pero en realidad no hay vínculo alguno. La correlación espuria, cuya explicación no solo es parcial sino errónea, donde se requiere una investigación explicativa para saber cómo y porque las variables están relacionadas. (Hernández y cols.; 2014).

Por su parte, los estudios de alcance explicativos se centran en explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o se relacionas dos o más variables. (Hernández y cols.; 2014).

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

En este apartado se muestra que es un instrumento de recolección de datos y su función, de igual manera los requisitos que debe cumplir en la investigación.

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales, los cuales son: la confiabilidad, la validez y objetividad.

La confiabilidad es el grado en que el resultado de un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Hernández Sampieri et al, 20013; Kellster y Whitten, 2013; y Ward y Street, 2009) La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas.

La validez es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se desea medir, en términos generales. La validez es una cuestión compleja la cual debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica (Kerlinger, citado por Hernández y cols.; 2014).

El dominio de contenido de una variable normalmente está definido o establecido por la teoría, mientras que investigaciones exploratorias, en las que las fuentes previas son escasas, el investigador comienza a adentrarse en la problemática de estudio.

Por su parte, las pruebas e inventarios son instrumentos que ayudan a la recopilación de información, en las ciencias y disciplinas del siglo XXI; gran cantidad de estudios los utilizan para llevar a cabo las investigaciones.

Las pruebas e inventarios pueden dividirse fundamentalmente en dos tipos: estandarizados y no estandarizados.

Los instrumentos estandarizados se caracterizan por la uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como el desarrollo específico de reconfirmación, en el caso de la presente investigación se utilizó este tipo de instrumentos.

Los instrumentos no estandarizados se generan mediante un proceso menos riguroso y su aplicación es limitada, y deben irse validando en varios contextos hasta convertirse en pruebas estandarizadas.

Un inventario estandarizado puede aplicarse a cualquier persona del tipo para el cual fue elaborado (Mertens, citado por Hernández y cols.; 2014) y el tiempo que se brinda para contestarlo en ocasiones es flexible y en otras no, únicamente puede compararse los resultados entre grupos a los que se les administró la misma prueba.

Las pruebas que se utilizaron en la investigación son dos: el primero es el Perfil de Competencias Emocionales, diseñado por Reuven BarOn, traducido y adaptado por Ugarriza en 2001, en una muestra a 3375 niños y adolescentes de 7 a 18 años de Lima Metropolitana. Posteriormente se realizó la estandarización en la Universidad Don Vasco en el año 2015.

El Perfil es un instrumento diseñado para la evaluación de habilidades emocionales y coeficiente emocional de adolescentes y adultos. Incluye escalas de inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo, las cuales dan como sumatoria las cuatro primeras escalas que conforman el coeficiente emocional EQ.

La validez del instrumento se analizó originalmente por BarOn, con la utilización de diversos métodos, confirmando que es un instrumento válido.

La estandarización en México se realizó con una muestra de 315 estudiantes de bachillerato en el año 2015, obteniendo una media de 122 puntos y una desviación estándar de 16 en el puntaje total y se establecen los puntajes T para cada una de las subescalas y puntajes CE para el puntaje total, el cual establece la media en el puntaje 100 y cada desviación estándar en 20 puntos.

La confiabilidad del método de medición por mitades obtuvo un puntaje de 0.91.

El segundo instrumento para la investigación es la escala EDI2, la prueba de Inventarios de Trastornos de la Conducta Alimentaria. la cual fue elaborada por David M. Garner en 1998.

El EDI-2 esta estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para llevar a cabo el proceso de estandarización, se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa,

como en personas en las que no padecen estos mismos trastornos alimenticios. En la investigación se utilizó el baremo obtenido de la aplicación de hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

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

La prueba cuenta con once escalas de medición las cuales son: obsesión con la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza intrapersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

### **3.2 Población y muestra**

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificadores (Lepkowski, citado por Hernández y cols.; 2014).

La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos que van a definirse, delimitarse con precisión. Además de ser representativo de la población, los resultados obtenidos de la muestra se generalizarán o en la población y en esencia el muestreo cuantitativo puede esquematizarse para aportar conocimientos de la muestra investigada. (Hernández y cols.; 2014).

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

La población de estudio fueron pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El sistema de información de atención integral de la salud de la Clínica 76 proporcionó la información sobre la población adscrita al médico familiar por consultorio y turno, según el grupo de edad y sexo. Hay una población de 63,251 pacientes en total en la clínica, los pacientes que acuden a la clínica generalmente son trabajadores, pensionados y sus familias.

Los pacientes que acuden a la clínica muestran diversas características, en su mayoría se encuentran los pacientes de la tercera edad, que generalmente padecen enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes e hipertensión, pacientes de 20 a 59 años hombres y mujeres que padecen las mismas enfermedades. La mayoría de los pacientes presenta sobrepeso y menciona necesitar del medicamento controlado para la estabilidad de su salud, aunque de igual manera, comentan que están conscientes de su inadecuada alimentación, sin embargo, siguen con el mal hábito alimentario.

El nivel socioeconómico de los pacientes que acuden a la clínica es diverso, pero el que sobresale en la población de los pacientes es medio bajo. Algunos con nivel educativo bajo, y otros con profesión, la mayoría de las mujeres aseguradas por parte del trabajador, están dedicadas a ser amas de casa.

Se presentó el caso de pacientes sin estudios, que sabían leer y escribir, al igual que pacientes analfabetas que rechazaron la realización de las pruebas por el motivo de no saber leer ni escribir; en su mayoría pacientes de 40 y 50 años.

En cuanto a las características de estado de ánimo, los pacientes mostraron disposición para la colaboración de la prueba, aunque generalmente la gente que acude a la clínica, se presenta únicamente por su medicamento y atención, posteriormente se retira de la unidad rápidamente, por la distancia en donde se encuentra la clínica en referencia a la zona que corresponde: zona centro y alrededores de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El transporte público suele tardar mucho y son pocas unidades de transporte las que pasan constantemente, la gente prefiere tomar el camión urbano al taxi, ya que es más económico. Lo alejado de la unidad provoca inconformidad a los derechohabientes, por lo cual la mayoría de las veces se encuentran molestos y a la defensiva.

### **3.2.2 Descripción del tipo de muestreo**

Para efecto de agilidad y eficiencia en esta investigación, puesto que la cantidad de sujetos asciende a más de 60 000, se llevó a cabo el muestreo no probabilístico, el cual consiste en una técnica donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados.

La muestra fue aplicada a 72 sujetos, pacientes de la clínica, en su mayoría mujeres y hombres de 20 a 60 años, todos con la capacidad de leer, escribir, así como de comprender las preguntas que conforman el Perfil de Competencias Emocionales, y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria.

Los pacientes mostraron buena disposición para responder ambos cuestionarios. El aspecto físico de los pacientes era aseado, nada descuidado, mostrando una adecuada imagen, aunque la mayoría presentaba sobrepeso.

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

En primera instancia, se eligió el tema de competencias emocionales e indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios para, de esta manera, conocer la relación que se presenta, entre ambas, en los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Se elaboró la hipótesis, la cual menciona que hay una fuerte relación entre las competencias emocionales y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los pacientes de la clínica.

Se tenía esta noción, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a consulta a la clínica presenta enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes y la hipertensión y la mayoría de ellos tiene problemas de sobrepeso.

Posteriormente se investigó sobre los autores y la teoría sobre competencias emocionales y trastornos alimenticios, así como las consecuencias de ambos en niveles bajos. El tratamiento y recuperación en el caso de padecerlas, al igual que las corrientes psicológicas para el tratamiento en el caso de padecer alguna patología relacionada a los trastornos emocionales o de trastornos alimenticios.

Se consideraron dos pruebas para conocer el valor de las dos variables de estudio y, posteriormente, ver la correlación que ambas tenían entre sí.

Se pidieron los permisos y requisitos necesarios para poder aplicar las pruebas a los pacientes de la clínica, al igual que la información para conocer las características de la institución donde se llevó a cabo la investigación.

Se aplicaron las pruebas de manera individual y colectiva, en ocasiones solía ser un poco complicado, ya que la clínica se encuentra a las afueras de la ciudad y las personas únicamente van por sus medicamentos y se retiran, ya que el acceso al transporte público es escaso, por lo que el transporte como el taxi, suele ser muy caro.

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

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo en función de los instrumentos aplicados y las medidas estadísticas obtenidas a partir de ellos. Estos resultados se organizan en tres categorías para su análisis e interpretación: En la primera de ellas, se muestran los resultados de la variable competencias emocionales; en la segunda se detallan los puntajes y medidas obtenidas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Finalmente, en la tercera categoría se presentan los resultados de la correlación entre ambas variables.

Al aplicar las pruebas, se generó la calificación donde se elaboró una matriz para calificar los percentiles y puntajes T que arrojaron los resultados que posteriormente se compararían para conocer la correlación entre las variables de trabajo. Los resultados que se obtuvieron son los que se presentan a continuación.

#### **3.4.1 Las competencias emocionales en los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Se afirma que la inteligencia emocional es definida por BarOn como “Un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales y destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. Como tal muestra la inteligencia no cognitiva es un factor importante en la determinación habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional. (Ugarriza: 2001: 131).

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

La media en el nivel de inteligencia intrapersonal fue de 36. La media es la suma de un conjunto de datos divididos 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 del cual caen abajo y arriba igual número de medidas, según Elorza (2007). Este valor fue de 34.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En cuanto a esta escala, la moda fue de 32.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se conforma como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. El valor obtenido en la escala de inteligencia intrapersonal fue de 9.

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 32, una mediana de 32 y una moda representativa de 34. La desviación estándar fue de 7.

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 26, una mediana de 26 y una moda de 29. La desviación estándar fue de 10.

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

En la escala de manejo del estrés se obtuvo una media de 37, una mediana de 37 y una moda de 39. La desviación estándar fue de 7.

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 los eventos estresantes sin desmoronarse emocionalmente (Ugarriza; 2001).

Por otra parte, en la escala de Estado de ánimo se obtuvo a media de 27, una mediana de 24 y una moda de 22. La desviación estándar fue de 9.

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

Finalmente, como puntaje sintetizador en coeficiente emocional se obtuvo una media de 39, una mediana de 41 y una moda de 41. La desviación estándar fue de 9.

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

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de competencias emocionales dentro del grupo de estudio, se encuentra en niveles preocupantemente bajos, de acuerdo con los puntajes de las medidas de tendencia central obtenidas en las distintas subescalas. Esto indica que en la mayoría de los pacientes a los que se les aplicó la prueba de competencias emocionales, presenta deficiencias en cuanto a sus competencias emocionales. Asimismo, los puntajes que muestra la desviación estándar en las distintas subescalas indican que hay poca dispersión en los datos.

Con el fin de demostrar 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 71% de los sujetos se ubica por debajo de T40; en la escala de inteligencia interpersonal, el porcentaje es también de 71%; mientras que en la escala de adaptabilidad es de 93%; en la escala de manejo del estrés es de 74% y en la escala de estado de ánimo es de 94%. Finalmente, los sujetos que obtienen un puntaje bajo en coeficiente emocional, es decir, un coeficiente por debajo de 80, son un 47%.

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

Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los participantes en la prueba obtuvieron puntajes preocupantes en la muestra de estudio, es decir, la mayoría de los pacientes que presentan deficiencias en sus competencias emocionales, siendo la escala de inteligencia interpersonal donde se encontraron mayor cantidad de casos con puntajes bajos.

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

Los trastornos de la conducta alimentaria TCA se clasifican, atendiendo a la forma, en la que tratarán de un modo sustancial y grave el comportamiento del sujeto frente a la alimentación. Por ello, a pesar de su enorme complejidad, tales trastornos

se clasifican en tres grandes grupos: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la alimentación no especificados. (Garrido; 2012).

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por el rechazo a mantener el peso corporal al mínimo normal, de igual manera al miedo intenso a ganar peso. Las personas que padecen dicho trastorno mantienen su peso por debajo el nivel normal de edad y talla. (APA; 2002).

Por otra parte, “la bulimia se describe como un trastorno que se puede presentar en personas que tienen peso normal o superior a lo normal con presencia de ingesta excesiva seguida de vómito o purgas con presencia de síntomas depresivos.” (Castillo y León; 224: 2005).

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron los 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 54 una mediana de 53; una moda de 26, y una desviación estándar de 23.

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 54, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 18.

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 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 45, una moda de 45 y una desviación estándar de 25.

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

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 44, una mediana de 44 una moda de 18, y una desviación estándar de 25.

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 54, una mediana de 59, una moda de 16 y una desviación estándar de 32.

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

En la escala de se obtuvo una media de 55, una mediana de 57, una moda de 19 y una desviación estándar de 27.

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

En la escala de conciencia interoceptiva se obtuvo una media de 39, una mediana de 31, una moda de 12 y una desviación estándar de 27.

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

Particularmente en la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 56, una mediana de 56, una moda de 65 y una desviación estándar de 23.

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.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 42, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 30.

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

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 41, una mediana de 35, una moda de 14 y una desviación estándar de 28.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de las 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 58, mediana 60, moda de 19 y una desviación estándar de 27.

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 dentro de los rangos normales.

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 20% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70, en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 12%; en la de insatisfacción corporal, el 17%; en la de ineficacia el 15%; en la de perfeccionismos el 23%; en la que respecta a la confianza interpersonal, 23%; en la confianza introceptiva, 14%; respecto a la de miedo a la madurez, 17%; en la de ascetismo, 15%; en la impulsividad, 12%; y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 25%.

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, que los pacientes de la Clínica 76 del IMSS presentan pocos porcentajes de indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

### **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.

Los niveles más altos de competencia emocional parecen mostrarse como elementos protectores del riesgo de TCA, haciendo menos probable además la propia estructuración de otro trastorno. Los componentes generales del estado afectivo, en especial un estado afectivo negativo y los componentes de la Gestión del estrés, específicamente la falta de competencia para hacer frente a situaciones potencialmente estresantes, constituyen los aspectos socioemocionales más fuertemente relacionados con la condición de riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria.

Los problemas en la formación del autoconcepto, su inadecuación en relación con la etapa del desarrollo, se asocian con el riesgo de TCA y con el Índice Operacional de Estructuración del Trastorno Alimentario. (Garrido; 2012).

En la investigación realizada en la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.18 acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson.

Esto significa que entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación negativa baja.

Para conocer la relación que existe entre el coeficiente emocional y la obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de los factores comunes de ( $r^2$ ), 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 0.03, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 3%.

Por otra parte, entre el coeficiente emocional y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.01 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la bulimia existe una correlación nula. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal no hay relación.

Se encontró que el coeficiente emocional y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación -0.02 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la ineficacia no hay correlación. El resultado de los factores comunes de la varianza fue de 2%.

Adicionalmente se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente 0.05 de acuerdo con la prueba r de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y el perfeccionismo no existe una correlación. El resultado de la varianza fue de 0.

Asimismo, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de desconfianza existe un coeficiente 0.01 de acuerdo con la prueba r de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y el perfeccionismo no existe una correlación. El resultado de la varianza fue de 0 y la escala de desconfianza no presenta relación con el coeficiente emocional.

De igual manera se pudo saber que entre el coeficiente emocional y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente -0.06 de acuerdo con la prueba r de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y conciencia introspectiva no presenta una correlación. El resultado de la varianza fue de 0 y la escala de perfeccionismo no presenta relación con el coeficiente emocional ya que representa un 0%.

Adicionalmente se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente 0.07 de acuerdo con la prueba r de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y el miedo a la madurez no existe una correlación. El resultado de la varianza fue de 0 y la escala de miedo a la madurez no representa una relación.

Entre el coeficiente emocional y la escala de ascetismo se encontró que existe un coeficiente 0.13 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y el ascetismo existe una correlación positiva débil de 2%. El resultado de la varianza fue de 0.02.

Por otro lado, se encontró que entre el coeficiente emocional y la escala de impulsividad existe un coeficiente -0.03 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional y la impulsividad no existe una correlación.

Finalmente, se obtuvo que entre el coeficiente emocional y la escala de Inseguridad social existe un coeficiente -0.11 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el coeficiente emocional e inseguridad social existe una correlación negativa débil 1%. El resultado de la varianza fue de 0.01 y la escala de perfeccionismo no presenta relación. Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas de muestran en el Anexo 5.

En función de lo anterior se puede afirmar que las competencias emocionales no se relacionan de forma significativa con las escalas de obsesión por la delgadez, ineficacia, satisfacción corporal y ascetismo, no se encontró una relación significativa entre las competencias emocionales en las escalas de bulimia, perfeccionismo, desconfianza, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula.

## CONCLUSIONES

Por medio de la presente investigación, se rechaza la hipótesis de trabajo, ya que menciona que las competencias emocionales en los pacientes de la Clínica 76 del IMSS de Uruapan, Michoacán, están relacionados significativamente con los indicadores asociados a los trastornos de alimentación.

Esto en función de que al elaborar la evaluación las pruebas, se pudo observar que lo que se corrobora es la hipótesis nula ya que las competencias emocionales de los pacientes de la clínica, no se encuentran relacionados significativamente con los indicadores de los trastornos alimenticios, aunque en algunas de las escalas la correlación que se presenta es negativa débil e incluso hay ausencia de correlación.

Una vez presentados los resultados de la investigación y su correspondiente interpretación, se concluye verificando la hipótesis de trabajo que indica que no existe una correlación significativa entre las competencias emocionales en la muestra de estudio.

Asimismo, se puede afirmar que se dio cabal cumplimiento a los objetivos planteados. En el capítulo 1 se cumplieron los objetivos particulares referidos a la variable competencias emocionales. De igual manera, se dio cumplimiento a los objetivos particulares referidos a los trastornos alimentarios. Adicionalmente los

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

Con el cumplimiento de los objetivos particulares, fue posible lograr el objetivo general de la investigación. Esto se muestra sobre todo en el aportado de resultados e interpretación.

Dentro de los hallazgos más sobresalientes del estudio, se encontró que no hay relación entre las competencias emocionales y los Indicadores psicológicos de Trastornos Alimentarios de los pacientes de la Clínica 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, resultan sumamente preocupante los niveles tan bajos encontrados en esta población respecto a sus competencias emocionales.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, Julián. (1973)  
Manual de psiquiatría infantil.  
Editorial Masson. Barcelona.

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

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)  
Psicología clínica.  
Editorial PEARSON. España.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, S.L. España

Costin, Carolyn. (2003)  
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y  
prevención de los trastornos alimentarios.  
Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)  
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.  
Editorial Cengage Learning. México.

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

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

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

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

Huerta Madrigal, María Amparo. (2015)  
Relación entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes de CCH.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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

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

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

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

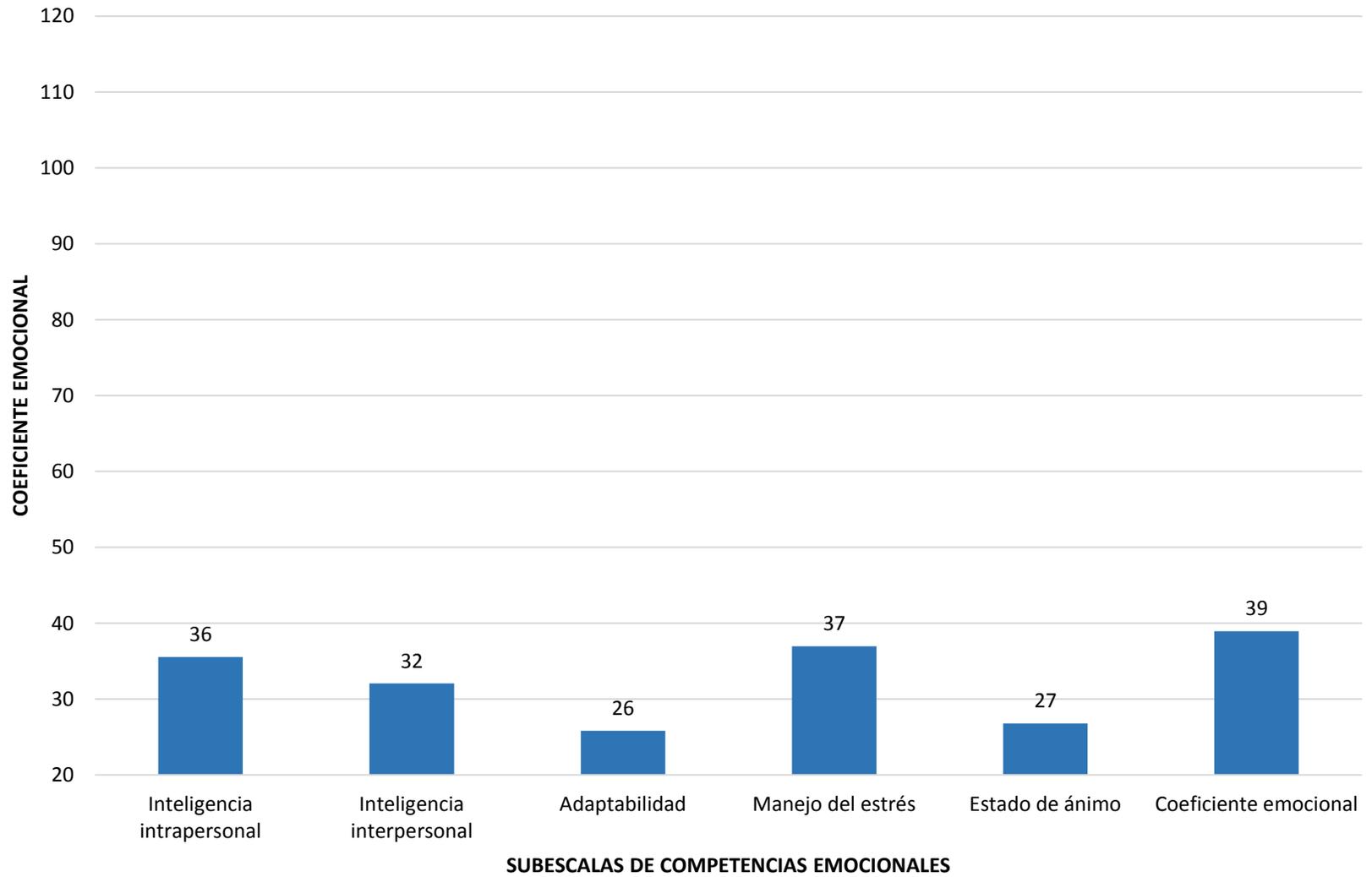
Vernon, Phillip E. (1982)  
Inteligencia: herencia y ambiente.  
Editorial Manual Moderno. México.

## MESOGRAFÍA

- Bisquerra Alzina, Rafael. (2003)  
“EDUCACIÓN EMOCIONAL Y COMPETENCIAS BÁSICAS PARA LA VIDA”.  
Revista de Investigación Educativa, 2003, Vol. 21, n.º 1, págs. 7-43.  
Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/99071/94661>
- 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](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4980/ieimaciel06.pdf)
- Extremera Pacheco, Natalio; Fernández Berrocal, Pablo. (2004)  
“El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas.”  
Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (2)  
Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/105/1121>
- Fernández Berrocal, Pablo; Extremera Pacheco, Natalio. (2002)  
“La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela”.  
Revista Iberoamericana de Educación.  
Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/326Berrocal.pdf>
- Garrido Riquenes, Vilma. (2012)  
“Desarrollo de competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario”.  
Tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona, España.  
Recuperado de  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108096/vgr1de1.pdf?sequence=1>
- 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>
- Vivas García, Mireya. (2003)  
“La educación emocional: conceptos fundamentales”.  
Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 4, núm. 2.  
Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.  
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41040202>

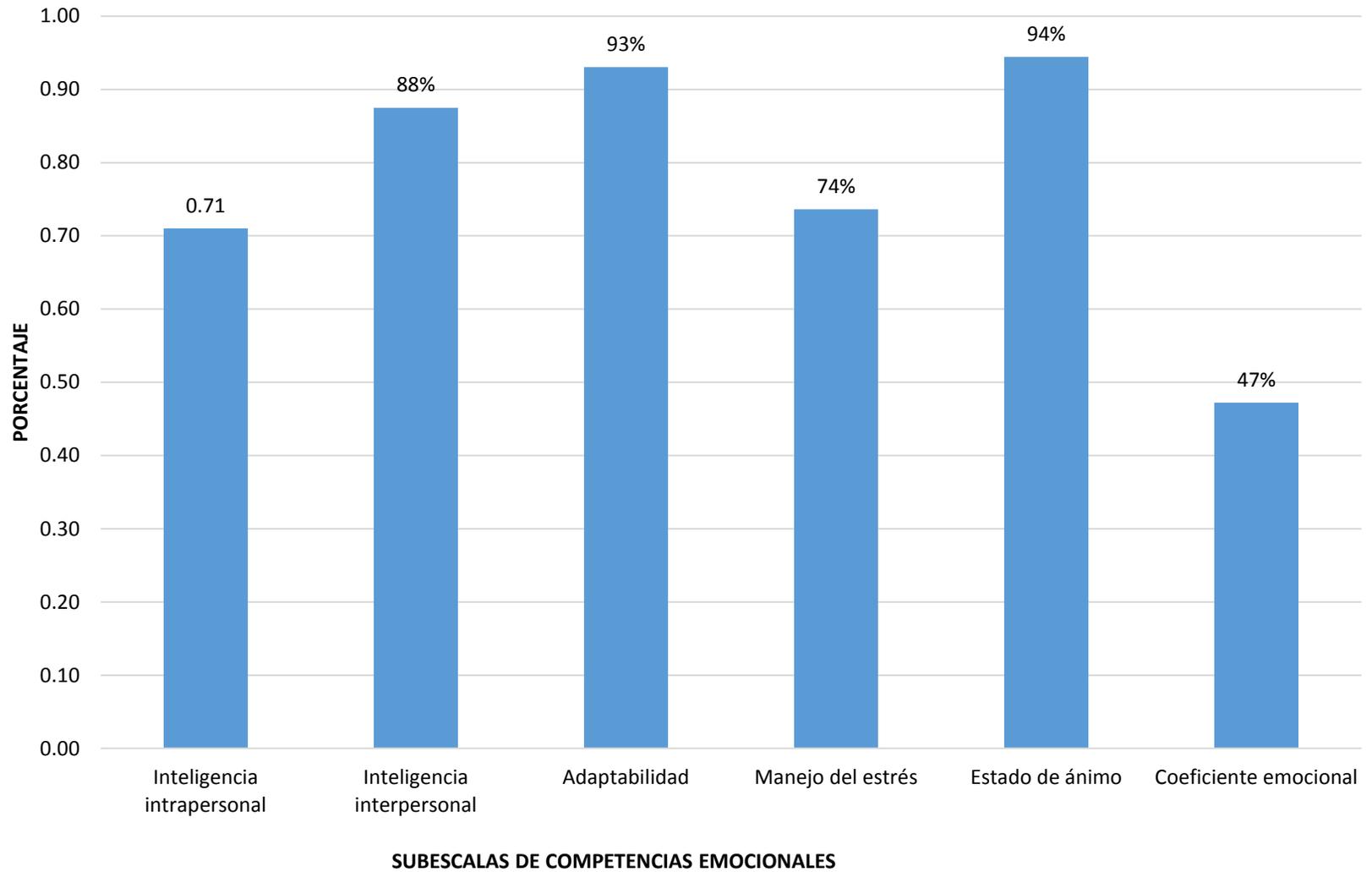
## ANEXO 1

### Media aritmética de subescalas de competencias emocionales



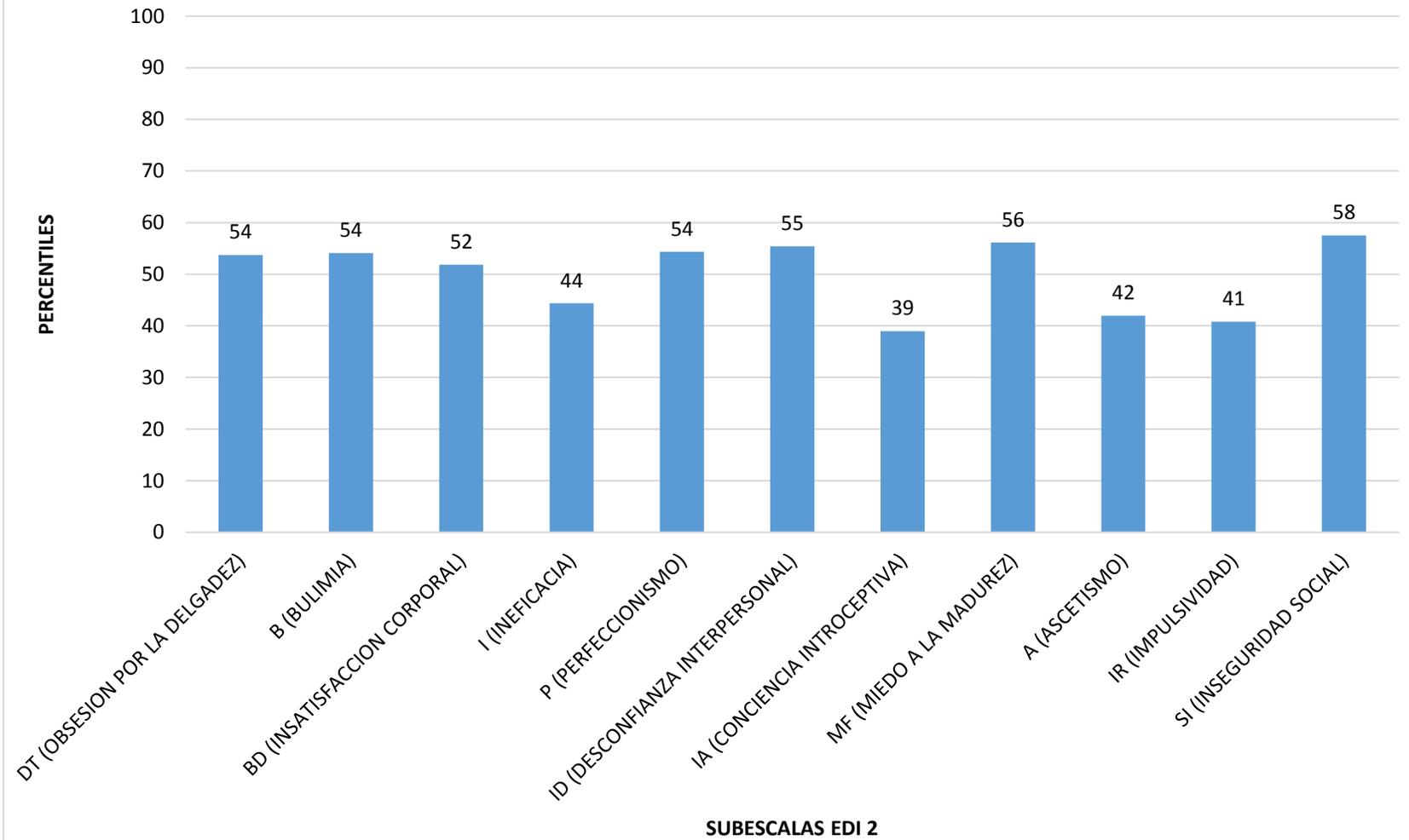
## ANEXO 2

### Porcentajes preocupantes en competencias emocionales



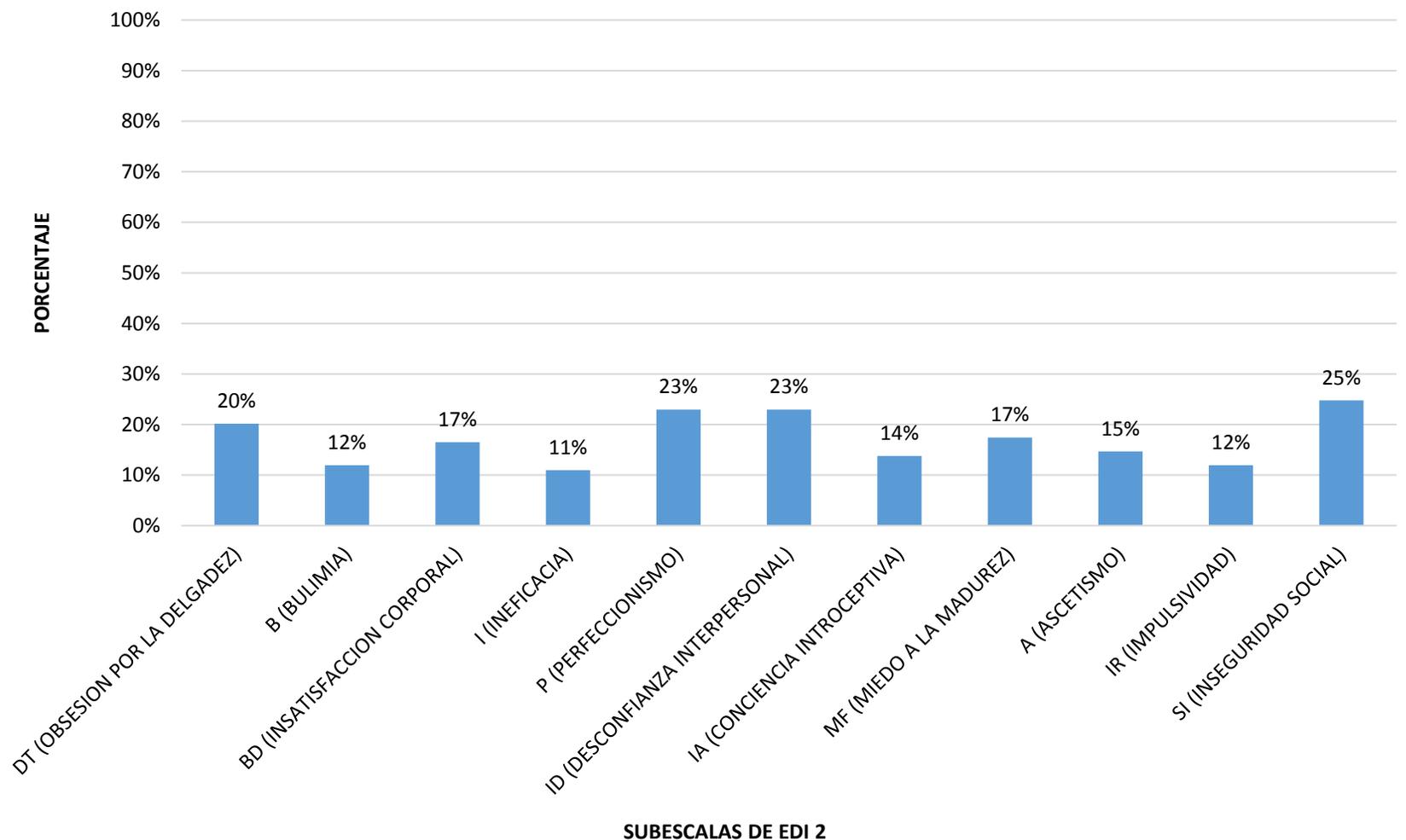
### ANEXO 3

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



### ANEXO 4

#### Porcentajes preocupantes en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 5

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

