Reacción de adaptación en adolescentes y su vínculo con las capacidades emocionales

Aleida Meneses-Heredia,[1] Zoe Bello-Dávila[2]

Resumen

En los últimos años, la depresión y el intento suicida contribuyen a la morbilidad en las edades infanto-juveniles. Las experiencias de educación emocional reportan beneficios referidos a la disminución de la sintomatología ansiosa, niveles de depresión y conductas de riesgo, por lo que puede constituir un factor protector de comportamientos problemáticos en la adolescencia.

El presente estudio tiene como objetivo demostrar la viabilidad del desarrollo de las capacidades emocionales en adolescentes con reacción de adaptación, con o sin ideas suicidas, como alternativa terapéutica de tratamiento. Los participantes son 30 adolescentes con reacción de adaptación con de ideas suicidas o sin ellas, y un grupo control.

El trabajo satisface el objetivo propuesto avalado por la evolución positiva de los adolescentes respecto a sus capacidades emocionales y la disminución de los síntomas, sin la utilización de psicofármacos, que demandó la atención especializada.

Descriptores: Reacción de adaptación, Idea suicida, Inteligencia emocional, Capacitación emocional.

Reaction of Adaptation in Adolescents and its Link with the Emotional Capacities

Abstract

In the last years, depression and suicidal attempt contribute to morbidity in the in infancy and adolescence. Emotional education experiences report benefits in diminishing the anxiety symptoms, depression levels and risk conducts; therefore can be a protector factor from problematic behavior during adolescence.

This research aims to demonstrate the viability of the development of the emotional capacities of adolescents, as an alternative therapy. The participants are 30 adolescents with adjustment disorder and 30 controls.

Key Words: Adaptation Reaction, Suicide Idea, Emotional Intelligence, Emotional Capacities.

Artículo recibido el 9/03/2013
Artículo aceptado el 17/05/2013
Declarado sin conflicto de interés

1 Profesora auxiliar Facultad de Ciencias Médicas Universidad de la Habana. Directora del Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Playa de la capital. aleimen@infomed.sld.cu

2 Profesora titular Facultad de Psicología Universidad de la Habana. zoebello2013@gmail.com

Introducción

"Salud para todos" constituye la misión de la medicina cubana. La búsqueda de estilos de vida saludables y la participación comunitaria en la protección de los sujetos es uno de sus pilares fundamentales.

En los últimos 30 años la frecuencia de los trastornos mentales ha aumentado, la depresión y el intento suicida contribuyen a la morbilidad en las edades entre 15 y 19 años (UNICEF, 2011); es así que resulta importante apoyar a los adolescentes en la construcción de su sentido de existencia, en tanto que ello le permitirá asumir la responsabilidad de encontrar respuestas satisfactorias a las tareas que la vida les asigne.

La teoría de la inteligencia emocional destaca el papel relevante de los contenidos emocionales en el comportamiento humano y resalta su relación con diferentes ámbitos como el ajuste psicológico, emocional, la calidad de las relaciones interpersonales y la percepción de satisfacción con la vida. Las experiencias educativas de las capacidades emocionales reportan que permite considerarla un factor protector de comportamientos problemáticos o de desajuste emocional en la adolescencia. En los referentes establecidos para la atención de los adolescentes con trastorno de adaptación, incluidos los que manifiestan ideas suicidas después de una situación traumática, no se toma en cuenta el desarrollo de las capacidades emocionales.

El presente trabajo pretende desarrollar las capacidades emocionales de adolescentes con trastornos de adaptación, con o sin ideas suicidas, como alternativa terapéutica.

Relación salud-enfermedad en la adolescencia

La adolescencia se caracteriza por cambios físicos y psicológicos en cada sexo que aunque ocurren en una forma progresiva y con gran disparidad individual; la literatura especializada y la práctica en el ejercicio de la profesión confirman la presencia de una serie de características y comportamientos comunes. El adolescente en búsqueda de su identidad denota la necesidad de independencia, le urge la formulación y la respuesta a un proyecto de vida, adquiere una actitud social reivindicativa, desarrolla la identidad sexual, logra el pensamiento científico por lo que llega a conclusiones propias para establecer una escala de valores; a su vez, presenta fluctuaciones de su estado de ánimo y contradicciones en la conducta que se visualizan con frecuencia en las relaciones conflictivas con los padres; se debate entre la dependencia y la necesidad de separación, acompañada de una tendencia a la relación grupal.

Cuando el adolescente no canaliza de manera adaptativa los cambios que experimenta se altera el proceso salud-enfermedad. Según la UNICEF (2011), cerca de 1.200 millones de personas en el planeta son adolescentes, el 20% de ellos padece de problemas mentales o de comportamiento, alrededor de la mitad de dichos trastornos comienzan antes de los 14 años y la depresión es un indicador de gran morbilidad.

Reacción de adaptación y comportamiento suicida en los adolescentes

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Todos los seres humanos no reaccionan igual ante los eventos del entorno, aquellos que, expuestos a situaciones estresantes sin evidencias de afectaciones psiquiátricas previas presenten un comportamiento patológico, se diagnostican como individuos con Reacción de Adaptación, Trastorno de Adaptación o Trastorno Situacional, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10 y el glosario cubano GC-3. Los síntomas predominantes como la ansiedad, la irritabilidad, el miedo, la fluctuación del ánimo, la confusión o turbación, son similares a los experimentados por los adolescentes en esa etapa de cambios, por lo que se considera la edad cronológica como una variable crítica del comportamiento suicida en la adolescencia. Se estima que hay a nivel mundial 1,110 suicidios por día y entre 10 y 20 intentos por cada uno; la depresión es la principal causa de suicidio entre las personas de 15 a 19 años de edad. En Cuba en el año 2010 las lesiones intencionales auto infligidas fueron la tercera causa de muerte en la población de 10 a 19 años de edad, según reporta el anuario estadístico de salud (2010:49). Estos resultados concuerdan con los datos ofrecidos por la UNICEF (2011), que reflejan que el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. El comportamiento suicida tiene un amplio espectro en el que se incluye la idea suicida en sus diferentes gradaciones: deseo de morir, representación suicida, grado de planificación, las amenazas que son expresiones verbales o escritas y el gesto

suicida, que se manifiesta cuando la amenaza ocurre con los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo. (Pérez Barrero, 1999; Cortés Alfaro, 2009).

Se ha demostrado que en la conducta impulsiva se manifiesta la deficiencia del neurotransmisor serotonina, con estándares similares a los observados en pacientes deprimidos, así como se ha invocado a la predisposición genética, por la recurrencia del comportamiento suicida en determinadas familias.

El ya citado informe de la UNICEF también señala que unos 71,000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Investigaciones demuestran que las ideas suicidas en la adolescencia son muy frecuentes, pero si no se planifican o asocian a factores de riesgos, no son un peligro inminente para la vida. Indican que también sobresalen entre los componentes del comportamiento suicida los intentos de suicidio y el suicidio consumado. (Cortés Alfaro, 2009; Sánchez, 2009).

La inteligencia emocional

La promoción de la salud mental centra su atención en la capitalización de las fortalezas y la potenciación de las posibilidades, lo que resulta solidario con el desarrollo de capacidades emocionales como recursos para el logro del bienestar.

La teoría de la inteligencia emocional (IE) resalta la importancia del manejo factible del mundo emocional tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal, por lo que se refiere a las capacidades para reconocer y regular emociones en nosotros mismos y en los otros, con distintos grados de especificidad y definición aunque existe un conjunto de capacidades emocionales que de alguna manera aparecen en todos los modelos y se refieren a la autoconciencia, la autorregulación y las capacidades sociales (Bello, 2010).

Manifestaciones e importancia de las capacidades emocionales en etapa infanto-juvenil

Con la intención de buscar un orden o guía que oriente el estudio de estas capacidades emocionales, tomamos como base el modelo de Goleman (1995), quien desarrolla cinco esferas o elementos constitutivos de inteligencia emocional a partir de la propuesta de Salovey y Mayer (1990) que son: la conciencia de uno mismo, la autorregulación, la auto motivación, la empatía y la capacidad de relación; que incluyen un conjunto de capacidades que marcan el desempeño exitoso tanto en la esfera laboral, escolar, familiar o en la solución de tareas de la vida personal y social.

Autoconocimiento o conciencia de sí mismo: Se refiere a la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos, emociones y necesidades propias, la conciencia emocional facilita la comunicación y el control emocional. Los niños y adolescentes con baja conciencia emocional se caracterizan por una inexpresividad emocional, un pobre vocabulario para denominar lo que sienten y les resulta difícil identificar las causas de sus emociones.

Autocontrol: Capacidad para manejar y regular emociones e impulsos que pueden ser nocivos o conflictivos, de modo que no interfieran negativamente en las tareas que se realizan, lo cual permite afrontar cambios y situaciones de tensión. La regulación emocional en la edad infantil, posibilita lidiar con la ira y la tristeza. Los niños que presentan dificultades para controlar su ira son emocionalmente vulnerables y los que presentan limitaciones en el manejo de la tristeza resultan socialmente no aptos, (Shapiro, 1997) lo cual exige la participación de los especialistas en una orientación enfocada al reaprendizaje emocional

Automotivación: Capacidad de movilizar la conducta para aprovechar oportunidades que permitan alcanzar las metas personales y superar contratiempos con perseverancia, optimismo, flexibilidad y persistencia en el logro de sus empeños. Los niños con altos niveles de motivación esperan tener éxito y no temen plantearse metas elevadas, pero por una variedad de razones la generación actual de niños está más inclinada a ser pesimista que cualquier otra generación anterior (Shapiro,1997).

Empatía: Capacidad para reconocer y comprender lo que otra persona está sintiendo, para ponerse en el lugar del otro, así como para aprovechar y adaptarse a la diversidad existente entre las personas. Se ha demostrado que los niños socialmente rechazados tienen dificultades para leer las señales emocionales de los otros y un escaso repertorio de respuesta a las mismas.

Manejo de relaciones: Capacidad para conducir o manejar nuestras emociones en las relaciones con los demás, influir sobre ellos, inspirarlos, dirigirlos, negociar. Numerosos trabajos han demostrado la relación entre las capacidades emocionales en el área interpersonal y la presencia de conductas de riesgo o de desajuste social.

La capacitación emocional en adolescentes con reacción de adaptación como vía de prevención y desarrollo

La capacitación o educación emocional se focaliza preferentemente hacia la prevención y el desarrollo humano. Constituye una forma de prevención primaria inespecífica, que persigue el desarrollo de capacidades básicas para la vida y contribuye a minimizar la vulnerabilidad de las personas a situaciones de riesgo potencial para la salud y el bienestar (Bisquerra, 2003). Estas capacidades son aprendidas y, por lo tanto, susceptibles de ser desarrolladas.

Las investigaciones encuentran correlaciones que indican que bajas medidas de inteligencia actúan como factor de riesgo ante el consumo de drogas, el estrés, la ansiedad, la depresión, actos de agresión hacia los otros o autodestructivos. (Ruiz-Aranda, D., y cols. 2006; Moriarty y cols., 2001; Petrides y Furnhman 2004). Por otra parte, se encuentran fuertes relaciones entre capacidades emocionales y el bienestar psicológico, menor sintomatología ansiosa y depresiva, y mejores respuestas a elementos estresores (Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006). De interés para el presente trabajo son las relaciones entre inteligencia emocional y la idea o conducta suicida en adolescentes (Cervantes, W. y Melo, E. 2008; Ahmdian, M., 2009; Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N., 2009; Suárez-Colorado, Y. 2012; Ceballos, G., Suárez, Y., 2012).

El contenido de la capacitación emocional es el desarrollo de capacidades emocionales. Entre los efectos de la educación emocional en la población infanto-juvenil se destacan: Mejores relaciones con los coetáneos; menos propensión a actos de violencia y conductas de riesgo; mayor preparación para enfrentar conflictos, aumento del bienestar psicológico con repercusión positiva en el estado de salud (Bello, 2012).

Método

Objetivo: Desarrollar las capacidades emocionales en adolescentes con reacción de adaptación como alternativa terapéutica de tratamiento.

Participantes: Como grupo de estudio se tomó una muestra intencional de 30 adolescentes que acudieron al Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Playa de la capital por diversos motivos, diagnosticados con Reacción de adaptación, de ellos 15 adolescentes con ideas suicida. El diagnóstico presuntivo se realizó según el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría, la versión cubana de la CIE-10. Se descartaron aquellos con patología asociada. Las edades oscilaron entre 12 y 15 años y cursaban los grados de 7o. a 9o. El grupo control lo integraron 30 adolescentes supuestamente sanos, de igual edad, sexo y grado escolar a los del grupo de estudio.

Criterios de inclusión:

1. Manifestación del consentimiento informado de participación en el estudio.
2. Trastorno de adaptación como criterio diagnóstico.
3. Antecedentes de supuesta salud física y mental antes de la consulta.
4. Ausencia de un cuadro psicótico.

Criterios de exclusión:

1. No cumplir cualquiera de las condiciones anteriores.
2. Solicitar durante la realización del estudio no continuar en el mismo.

Instrumentos

Lista de habilidades: Esta técnica parte de un método utilizado por Goleman (1998) con el objetivo de determinar a partir del reporte de los propios trabajadores el peso conferido a diversa habilidades para alcanzar la excelencia en un puesto de trabajo específico. En el presente trabajo se solicitó a los participantes que construyeran una lista de habilidades que consideraran necesarias para alcanzar el éxito en su vida.

Cuestionario de capacidades emocionales: Se utilizó el propuesto por el Grupo de Estudio de la Inteligencia Emocional (GEIE) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana liderado por la profesora Zoe Bello en proceso de publicación. Se evalúan los siguientes indicadores que responden a las dimensiones de la inteligencia emocional referidas anteriormente:

Autoconocimiento: Conciencia y expresión emocional, autovaloración y confianza en sí mismo

Autocontrol: Reacciones ante situaciones perturbadoras, estrategias para enfrentar emociones como la tristeza y el enojo.

Automotivación: Optimismo, orientación hacia el logro, iniciativa y compromiso, para alcanzar una meta.

Capacidades sociales: Capacidad para reconocer y comprender el sentimiento ajeno y manejarlo adecuadamente en el intercambio personal.

Tabla 1. Reporte de habilidades

Grupos	Cognitivas %	Relacionadas con el estudio %	Emocionales %	Otras %
Control	12,8	28,2	10,2	48,7
SIS	5,8	2,9	44,1	47,0
CIS	8,3	5,5	52,7	33,3
G E	7,0	3,5	45,6	43,8

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas se evaluaron en una escala de tres valores: 1: peor respuesta, 3: respuesta regular o intermedia, 5: mejor respuesta

Idaren: Técnica creada por Spielberger Ch. y cols. para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes, validada en Cuba por Lorenzo A. y cols. (2006) que valora la ansiedad en dos formas de expresión, como estado estimado en: bajo < 24, medio 35-38, alto > 39 y como rasgo estimado en: bajo < 29, medio 30-41, alto > 42.

Ideren: Técnica aplicada en Cuba según la variante de Grau Martín, validada por Lorenzo A. y cols. (2006), para evaluar la depresión en niños y adolescentes. Valora la depresión en dos formas de expresión, como estado, estimado en: bajo 20-35, medio 36-50, alto 51-80; y como rasgo estimado en: bajo 22-37, medio 38-54, alto 55-88.

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993): Versión abreviada de 12 ítem para conocer si los adolescentes objeto de estudio, adoptan estrategias positivas basadas en conductas sociales adaptativas ante situaciones dilemáticas.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó utilizando el programa SPSS for Windows 10.0.

Procedimiento

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, el trabajo se organizó en tres etapas:

1. Caracterización inicial de los participantes.
2. Desarrollo de talleres de capacitación emocional con el grupo de estudio.
3. Valoración del impacto de dicha intervención.

Resultados

Primera etapa: Caracterización de los grupos de estudio

Lista de habilidades: Las capacidades listadas se han agrupado en 4 categorías: cognitivas, relacionadas con el estudio, emocionales y otras muy generales no relacionadas con una actividad en específico.

Los datos muestran que el grupo control (GC) mencionó fundamentalmente habilidades generales y relacionadas con el estudio, mientras los grupos de estudio señalan en primer lugar las emocionales como recursos importantes para llevar mejor sus vidas.

Resultados de la evaluación inicial de las capacidades emocionales

En la Tabla 2, los resultados de los grupos de estudio, CIS y SIS son muy cercanos, muestran valores promedios a excepción de la dimensión autocontrol con valores más bajos, que se manifiesta en dificultades para el manejo la ira o la tristeza y lidiar con las vivencias que genera el enfrentar situaciones conflictivas.

El GC muestra resultados en general superiores al GE, lo cual resulta significativo en las dimensiones autoconocimiento ($p = .024$) y autocontrol ($p = .029$).

Test Idaren, Test Ideren y Escala de Resiliencia:

En la Tabla 3, tanto la ansiedad como la depresión muestran mejores valores como rasgo que como estado y niveles de depresión menores que los niveles de ansiedad, pero en general los datos no resultan favorables. Los valores de resiliencia son bajos y muestran las dificultades del grupo para salir airosos de si-

Tabla 2. Valores promedios de las dimensiones de la IE en cada grupo

Grupo	Autoconocimiento	Autocontrol	Automotivación	Capacidades sociales	Promedio total
SIS	3,66	2,59	3,30	3,46	3,25
CIS	3,83	2,94	3,68	3,13	3,39
G E	3,74	2,76	3,49	3,29	3,32
Control	4,17	3,31	3,61	3,42	3,62

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Resultados *test* Idaren, Ideren y escala de Resiliencia

Grupos	Idare/Estado	Idare/Rasgo	Ideren/Estado	Ideren/Rasgo	Resiliencia
SIS	2,066	3,4	3,67	4,33	3,13
CIS	2,466	3,93	2,87	4,47	2,46
G E	2,26	3,66	3,27	4,4	2,79

Leyenda:
Valores menos de 3: niveles altos de ansiedad o depresión y baja resiliencia
Valores entre 3 y 4: niveles medios de ansiedad o depresión y resiliencia
Valores mayores de 4: niveles bajos de ansiedad o depresión y alta resiliencia

tuaciones estresantes, y aunque no son estadísticamente significativas, se observan mayores dificultades en el grupo CIS, lo que puede explicar el comportamiento de los mismos.

Segunda etapa: Diseño y realización de los talleres de capacitación emocional

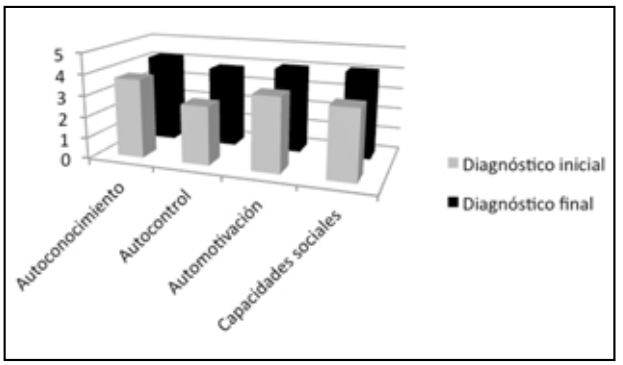
Se considera el taller como un espacio donde los adolescentes participan de forma activa, en un clima de respeto mutuo, confianza y seguridad, en el reconocimiento y reconstrucción colectiva de sus capacidades emocionales.

El programa y diseño de las actividades tienen de antecedente las experiencias del GEIE y se tuvieron en cuenta aspectos como los presupuestos de la educación emocional, las evaluaciones iniciales y la aplicabilidad de las mismas en el ámbito clínico como parte del proceso terapéutico. Se diseñaron un total de 7 actividades a realizar en siete sesiones (ver Tabla 4).

Tercera etapa: análisis de la evolución

Evolución del grupo a partir de la comparación de la evaluación inicial y final de las capacidades emocionales, niveles de ansiedad, depresión y capacidad de resiliencia.

La comparación de los valores promedio de las distintas dimensiones que se muestra en la Gráfica 1 expresa una evolución muy positiva que resulta significativa en todas las dimensiones ($p < .001$).



Gráfica 1. Comparación de las dimensiones en diagnóstico inicial y final

La comparación de las evaluaciones finales de los grupos de estudio con el grupo control muestra que los primeros alcanzan valores superiores en todas las dimensiones (ver Tabla 5).

Evolución de indicadores de ansiedad, depresión y resiliencia

Los niveles de ansiedad, depresión y resiliencia, muestran una evolución significativa en todos los casos ($p = .009$) y marcan una diferencia interesante en cuanto a estado en las evaluaciones de ansiedad y depresión entre el grupo SIS y el CIS a favor del pri-

Tabla 4. Distribución de las sesiones, temas y contenidos de los talleres

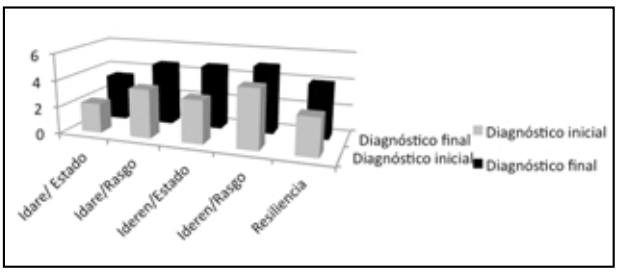
Sesiones	Tema	Contenido
1	Introducción	Encuadre
2	Autoconocimiento	Conciencia emocional, vínculo entre pensamiento y emoción, expresión verbal y no verbal de emociones
3	Autocontrol	Control de impulsos negativos , estrategias para manejo de emociones perturbadores
4	Automotivación	Desarrollo del compromiso y la motivación para el logro de metas, la persistencia y el optimismo
5	Empatía	La buena escucha y ponerse en el lugar de los demás
6	Manejo de relaciones	Trabajo en equipo, la colaboración y el manejo de las relaciones interpersonales en tareas grupales.
7	Cierre	Integración y evaluación

Tabla 5. Comparación grupo control y grupos de estudio después de la capacitación

Grupos / Dimensión	GC	SIS	CIS	GE
Autoconocimiento	4,17	4,20	4.15	4,17
Autocontrol	3,31	3.87	3.72	3,79
Automotivación	3,61	3.95	4.08	4,01
Habilidades sociales	3,42	4.33	3.82	4,07
Promedio total	3,62	4,08	3,94	4,01

Fuente: Elaboración propia.

mero, los no suicidas, lo cual apunta al efecto colateral de las acciones de capacitación sobre la sintomatología de base en estos pacientes (ver Gráfica 2).



Gráfica 2. Evolución de indicadores de ansiedad (Idare), depresión (Ideren) y resiliencia

Los valores promedio alcanzados por los dos grupos de estudio en todos los indicadores evaluados se muestran en la Tabla 6.

La evolución de ambos grupos es alta ($p < .001$) en todos los indicadores evaluados, y ligeramente superior en el grupo SIS, lo que habla a favor de las potencialidades de este grupo y alerta acerca del carácter preventivo que puede tener este tipo de capacitación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos apoyan la idea de que el desarrollo de capacidades emocionales contribuye al logro de un mejor estado de salud mental en adolescentes con trastornos de adaptación acompañado, o no, de ideas suicidas.

Se constató que los adolescentes sujetos a estudio presentan dificultades para reconocer, regular y expresar sus emociones y lidiar con las ajenas en la relación interpersonal, lo cual se presenta con más fuerza en los que presentan ideas suicidas.

Los talleres de capacitación emocional resultan un espacio de aprendizaje emocional y sus beneficios se expresan en ganancias del desarrollo de las capacidades emocionales y otros indicadores de salud como efecto colateral.

La capacitación emocional tuvo un impacto positivo en todos los adolescentes ya que la evolución clínica resultó favorable sin la utilización de psicofármacos y no se ha reportado ideación suicida en un período de doce meses posterior a los talleres. Esto permite augurar que la capacitación emocional puede tener un carácter preventivo y funcionar como factor protector ante la idea suicida.

La puesta en práctica de la experiencia en el ámbito hospitalario resulta viable y de gran aceptación por los adolescentes, reflejando durante su realización una dinámica caracterizada por el incremento paulatino de la participación con un alto nivel de implicación.

Tabla 6. Comparación evaluación inicial (EI) y final (EF) grupos de estudio

Indicador / Grupos	SIS		CIS	
	EI	EF	EI	EF
Autoconocimiento	3.66	4,20	3,82	4.15
Autocontrol	2.59	3.87	2,94	3.72
Automotivación	3.30	3.95	3,68	4.08
Capacidades sociales	3.46	4.33	3,12	3.82
Idaren / Estado	2.07	3.67	2,47	3.13
Idaren / Rasgo	3.40	4.60	3,93	4.73
Ideren / Estado	3,67	4,87	2,87	4,60
Ideren / Rasgo	4,33	5,0	4,47	5,0
Resiliencia	3.13	4.20	3,13	4.20

Fuente: Elaboración propia.

Referencias

AHMDIAN, M., SHAMSHIN, T., BADVEE, I. & HOMAYOUNI, A. (2009). Comparison of the Emotional Intelligence Components of Suicidal Patients and non-Clinical Samples". *Europea Psychiatry*, 24 (1).

BELLO, Z., (2010). Emoción e Inteligencia. Una convocatoria a la educación. *Revista Universidad de La Habana*, No. 271, 124-139.

BELLO, Z. (2012). La inteligencia emocional y su educación. *Revista Varona*, 51, 36-43.

BISQUERRA, R. (2003).Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*. 21, (1) 7-43.

CEBALLOS, G., SUÁREZ, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista* CES *Psicología*, 5(2), 88-100.

CERVANTES, W. y MELO, E. (2008).El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*, 2 (5), 148-154.

CORTÉS ALFARO, A. (2009).Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Disponible en URL: http://www.monografias-.com/trabajos15/conducta-suicida/conducta-suicida.shtml (Revisado 14/6/2009).

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., ALCAIDE, R., EXTREMERA, N. & PIZARRO, D.A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. y EXTREMERA, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*. 66 73-84.

GOLEMAN, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Madrid: Vergara.

LORENZO, A. y cols. (2006). *Psicodiagnóstico*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

MORIARTY, N. STOUGH, C., TIDMARSH,P., EGER, D & DENNISON, S. (2001). Deficits in Emotional Intelligence Underlying Adolescent Sex Offending. *Journal of Adolescence* , 24, 000-000. Recuperado en http://www.i-dealibrary.com

Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones públicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Meditor.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1995). *Salud del adolescente*. Washington: OPS/OMS.

PÉREZ BARRERO, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15 (2):196-217.

PETRIDES, K., FREDERICKSON, N. & FURNHAM, A. (2004). The Role of Trait Emotional Intelligence in Academic Performance and Deviant Behavior at School. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 277-293.

RUIZ-ARANDA, D., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. y EXTREMERA, N. (2006). La inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco, alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.

SALOVEY, P. y MAYER, J. D. (1993). Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and personality. *Intelligence*, 17, 433-442.

SÁNCHEZ, Y. (2009). La adolescencia y el comportamiento suicida. Disponible en URL:http://www.revistaciencias-.com/publicaciones/ (Revisado 14/6/2009).

SHAPIRO, L. E. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Madrid: Vergara.

SUÁREZ-COLORADO, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología* GEPU, 3 (1), 182-200.

UNICEF (2011). *Bases de datos*. Consultado en septiembre de 2011. En www.childinfo.org

Actitud de preescolares hacia un compañero con trastorno de Asperger

Claudia Lizbeth Andrade-Radillo,[1]
Nayeli Servín-Hernández,[2] Adriana Patricia González-Zepeda[3]

Resumen

Para conocer las actitudes de preescolares hacia un compañero con Trastorno de Asperger, se trabajó en una sesión individual con seis niños (PE), en la que tenían que interactuar con tres compañeros en calidad de confederados, quienes se encontraban en una aparente situación de competencia, en una tarea de ensartar aros. Los confederados fueron: un niño y una niña sin requerimientos educativos especiales y uno especial, que fue el niño con Asperger (CE). Los PE tenían que interactuar con los confederados para beneficiar y/o perjudicar el trabajo de cualquiera de ellos, y al final de la sesión informar sobre ello. En general, se apreció una tendencia a la indiferencia o al perjuicio hacia el CE; además, sólo la mitad de los PE fueron congruentes con su actuar benéfico y su reporte, argumentando fácilmente su proceder, aunque ninguno explicó sus actos de perjuicio. Estos datos sugieren aún un arduo camino hacia una auténtica integración educativa.

Descriptores: Actitud, Necesidades Educativas Especiales, Trastorno de Asperger, Integración Educativa, Preescolares.

Attitude to a Preschooler's Partners with Asperger's Disorder

Abstract

To know preschoolers' attitudes toward to a partner with Asperger Disorder, it was worked in an individual session with six children (PE), which had to interact with three companions as Confederates, who were in an apparent competitive situation, to set rings. The Confederates were a boy and a girl with no special education requirements and a special one, which was the child with Asperger's (CE). The PE had to interact with the Confederates to benefit and/or harm the work of any of them, and at the end of the session report it. Overall, there was a trend to indifference or prejudice to the CE, in addition, only half of the PE were consistent with its beneficial act and reporting, saying their actions easily, but none explained their acts of prejudice. These data suggest even a hard work to a truly Educational Integration.

Key Words: Attitude, Special Educational Needs, Asperger Disorder, Educational Integration, Preschool.

Artículo recibido el 25/03/2013
Artículo aceptado el 18/05/2013
Conflicto de interés no declarado

1 Pasante de la Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo lizbethandrade.12@gmail.com
2 Pasante de la Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. servin0390@outlook.com
3 Maestra en Ciencias, Profesora Investigadora Asociada C TC, Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México. adriapa19@hotmail.com