



**Centro Universitario Municipal Taguasco
“Enrique José Varona”**

**Título: “Estructura de la Inteligencia Emocional en
pacientes con Infarto Agudo del Miocardio. Área de
salud Taguasco”**

**Tesis presentada en opción al título de
Licenciada en Psicología.**

Autora: Disley Cervantes Márquez.

Tutor: Lic. Carlos Alberto González Pérez

Curso: 2011-2012

“Año 54 de la Revolución”

Pensamiento

“Lo que un hombre no logró, otro lo ha conseguido y lo que era desconocido en una época se ha puesto en claro durante la siguiente. Las ciencias y las artes no se vacían en un molde, sino que se plasman y pulen poco a poco mediante manipulaciones y retoques reiterados.”

Michel de Moutaigne.



Dedicatoria:

Dedico esta investigación a mi NIÑO José Ernesto para que le sirva de ejemplo en el arduo y difícil camino de la vida, y a MI FAMILIA, por estar siempre unida, brindándome su apoyo y ser el motor impulsor de toda mi vida; especialmente aquellos que anhelaban tanto como yo este trascendental acontecimiento.



Agradecimientos:

A Carlos Alberto mi tutor: por su excelente orientación y su constante ayuda durante la realización de mi trabajo, por ser mi amigo y por no ausentarse cuando demandé de su presencia.

A mi mamá y hermana: por todo el amor y el apoyo brindado a lo largo de mi vida; porque sin ellas este sueño no se hubiese hecho realidad.

A mis tíos Mary y Reguera: porque siempre han estado conmigo, ayudándome, apoyándome, dándome fuerzas e impidiéndome flaquear.

A mi esposo: compañero y amigo; por su paciencia, y toda la ayuda que me brindó.

A mis primos Karel y Kirenia: por todo su cariño, preocupación y apoyo incondicional.

A mi cuñado Andrés: por su apoyo.

A mis profesoras Damaris y Deisy: por su confianza y apoyo en el transcurso de mi carrera.

A Liset y Niurkys: por estar allí donde los necesité.

A los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo al Miocardio por su colaboración en la investigación.

A los que de una forma u otra hicieron posible la realización de esta investigación.

A todos; mi más sincero agradecimiento

Muchas Gracias.....

ÍNDICE

No	Descripción	Páginas
-	Resumen	-
-	Introducción	1
1	Fundamentación teórica	-
1.1	Emociones y su importancia. Aportes para el estudio de la Inteligencia Emocional.	6
1.2	La emergencia de un constructo. Antecedentes, precursores y modelos para su estudio.	9
1.3	La Inteligencia Emocional aplicada a la Salud: su potencial salutogénico.	17
1.4	Las emociones y la Inteligencia Emocional en el proceso salud-enfermedad. Su influencia en personas que viven con IMA.	19
1.5	Infarto del miocardio. Su implicación en la estabilidad psicológica	22
2	Diseño metodológico. Métodos y procedimientos	-
2.1	Tipo de estudio	26
2.2	Población y muestra	26
2.3	Métodos de investigación	27

2.4	Descripción de instrumentos de evaluación psicológica utilizados.	28
2.5	Procedimiento	33
2.6	Aspectos de carácter ético	33
3	Análisis e interpretación de los resultados	35
-	Conclusiones	49
-	Recomendaciones	50
-	Bibliografía	51
-	Anexos	-

Resumen.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con metodología cualitativa, con el objetivo de determinar la estructura de la IE de los pacientes con IMA del área de salud de Taguasco en el año 2011, para el cual se tomó una muestra no probabilística de 8 pacientes. Para la recolección de los datos se emplearon técnicas e instrumentos tales como: la observación, la entrevista semiestructurada, Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE), Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Trait Meta-Mood Scale (TMMS). El procesamiento de los datos se realizó de forma cualitativa. El análisis de los resultados mostró un predominio del sexo masculino, en la muestra de edades comprendidas entre 40 y 70 años, estos arrojaron resultados tales como: la aparición con frecuencia de estados de frustración, manifestaciones de estados de miedo y temores a una futura invalidez, presentan elevada incidencia de alteraciones de ansiedad y depresión, declarando que existe una relación marcada entre los elementos que componen la inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación emocional) según los presupuestos tomados como base y los niveles de ansiedad y depresión manifestados por estos pacientes, siendo más significativo su comportamiento patológico en aquellos sujetos de la muestra donde el Infarto Agudo del Miocardio (IMA) evidencia un menor período de estructuración y evolución. Se recomiendan acciones de investigación relacionadas con esta temática teniendo en cuenta lo novedoso del tema propuesto.

Introducción

El ser humano no es, en sentido estricto, ni solamente emocional ni solamente racional, sino que ambos sistemas se entrelazan de forma necesaria. Desde este punto de vista, el hecho de poseer unas adecuadas habilidades para integrar la información racional y emocional se presenta como un requisito importante a la hora de manejar nuestras vidas y de asegurar nuestra adaptación social y emocional y en la formación de los sentidos psicológicos como elementos indispensables en la función autorreguladora de la personalidad.

Dichas habilidades son las que se han tratado de integrar dentro del concepto de “Inteligencia Emocional” (IE), concepto en el que los psicólogos tratan de describir y explicar la forma en que diferentes habilidades mentales, para usar y manejar las emociones propias y ajenas, pueden incrementar la probabilidad de adaptación exitosa de una persona a las diferentes circunstancias cambiantes que se presentan en la vida diaria, la cual desde nuestra perspectiva representa el nivel más alto de unidad de lo cognitivo y lo afectivo. Es decir el tener en cuenta aptitudes como las habilidades sociales explican que el coeficiente de inteligencia no es el único que mide el éxito profesional, social o sentimental, sino otros factores como la motivación, el optimismo, la empatía o el autocontrol.

Según Goleman: “El término de Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”. (Goleman, 1995, p.25).

El tema de la Inteligencia Emocional (IE) toma auge en la década del 90 y en la actualidad constituye un eje central en diversos ámbitos: educación, arte, política, empresas y salud, donde se muestra como un potencial salutogénico. Un desempeño emocional inteligente en la vida es un factor protector ante eventos vitales desconcertantes con independencia de la morbosidad o no de los mismos. Como señalara Goleman: “Desde la perspectiva de la Inteligencia Emocional, abrigar esperanzas significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrente a desafíos o contratiempos. (...) el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la

desesperanza o la depresión ante la adversidad. Y, al igual que la esperanza, su prima hermana, (...) reporta beneficios en la vida (...).”(Goleman, 1995, p.113-114).

A su vez la Inteligencia Emocional contribuye a prevenir la enfermedad y facilita la utilización de estrategias de afrontamiento acertadas para hacer frente a la misma, favoreciendo la recuperación, y en el caso de enfermedades irreversibles, mejorando la salud y la calidad de vida de las personas.

Como refiere Goleman: “Ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos perturbadores ---la ira, la ansiedad, la depresión, el pesimismo y la soledad--- es una forma de prevención de la enfermedad. (...) Muchos pacientes pueden beneficiarse notablemente cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas.” (Goleman, 1995, p.219).

El estudio de la Inteligencia Emocional en pacientes, es novedoso tanto en el ámbito internacional como nacional, pero muy necesario.

A causa del impacto del diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio (IMA), los pacientes experimentan importantes alteraciones en su estado de ánimo, estrés, ansiedad, depresión, etc. Las percepciones y representaciones de un “futuro incierto”, las vivencias negativas que lo acompañan y el no disponer de suficientes redes de apoyo para hacer frente a este evento, son preocupaciones muy reiteradas en estas personas.

Es interesante como algunos autores, han destacado la importancia de desarrollar habilidades en estos sujetos que permitan una mejor adaptación a la “condición permanente” a la que se enfrentan, con el fin de mejorar su calidad de vida. Y para esto requieren por supuesto de una mejor estructuración de su Inteligencia Emocional.

Cabe preguntarse entonces: ¿Cómo una mejor estructuración de la IE contribuye a mejorar la salud de estas personas?

La respuesta a esta interrogante no se queda a un nivel empírico, pues numerosas investigaciones han demostrado como las variables psicológicas, esencialmente las emociones, son capaces de modular hasta cierto punto las respuestas del sistema inmunitario y cardiovascular tanto en el sentido de la inmunocompetencia como de

la inmunosupresión, todo lo cual cobra una importancia capital cuando se trata de personas afectadas por IMA.

Así pues, los pacientes con menor desarrollo de su IE son más propensos a sufrir emociones negativas como el estrés, la depresión, la ira, la ansiedad, entre otras. Precisamente el alto nivel de incidencia de trastornos como los IMA han propiciado un marcado interés por las variables psicológicas que pueden estar involucradas no solo en su estructuración sino además como asumir el funcionamiento de las mismas para su prevención.

Las estadísticas reflejan como lo antes expuesto se ha convertido en una pandemia temible, en la que los índices a nivel mundial son elevadísimos. En nuestra provincia en el año 2008 y 2010 las enfermedades cardiovasculares representaron la tercera causa de muerte. A juicio del doctor Apolonio Palacio Cantero, especialista en primer grado en cardiología y jefe del Grupo Provincial de Enfermedades Cardiovasculares “dentro de estas afecciones, las que más inciden en la población espirtuana son las cardiopatías isquémicas; es decir, el IMA, que es el de más peso; la angina inestable y la angina de esfuerzo”. (Palacio Cantero, A.; citado por Sotolongo, D., 2010, p. 8).

Los que sobreviven al evento isquémico requieren de un proceso de rehabilitación que les permita reincorporarse a la vida socialmente útil y adquirir estándares elevados en la calidad de vida lo antes posible (Rivas, 1996).

Visto que las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los problemas de salud más importantes en el mundo actual, necesitan de un abordaje interdisciplinario, debido a los múltiples factores que están implicados en su aparición y evolución.

Desde este abordaje resulta importante destacar como los servicios de psicología en las áreas de salud de nuestra provincia, no elaboran estrategias de intervención (o al menos no existen evidencias registradas) enfocadas en aquellos factores que más allá de la calidad de vida, el estrés y componentes personológicos pueden erigirse como base para el tratamiento de estas afecciones, específicamente el papel de la IE de dichos sujetos.

Si resulta una verdad que los factores psicológicos de manera general pueden influir negativa o positivamente en la aparición y evolución de las enfermedades cardiovasculares, es necesario el aprovechamiento de todo el arsenal personalógico.

A partir de estas limitaciones y teniendo en cuenta el potencial salutogénico de la IE y las ventajas que aporta en la medida en que favorece un mejor funcionamiento cardiovascular, se decide investigar su estructuración en los pacientes con IMA, estableciendo una relación entre la estructura de la misma y la salud de estas personas, de modo que la presente investigación contribuya a una atención psicológica integral basada en potenciar la IE, favoreciendo una adecuada movilización de recursos personalógicos y de afrontamiento que garanticen su calidad de vida.

El Policlínico Docente “Jorge Ruiz Ramírez” de la localidad de Taguasco, brinda atención psicológica a pacientes que han sufrido IMA enmarcados en su universo de trabajo, sin embargo este servicio resulta insuficiente teniendo en cuenta que no se aborda la IE como componente indispensable para el desarrollo de la personalidad que predominan en estos individuos, así como la implicación de esta en su calidad de vida. Por lo que desde una perspectiva bio-psico-social y holística resulta un pilar fundamental para proporcionar el bienestar subjetivo y mejoramiento.

Por lo que se considera esta investigación de gran significación a partir de la carencia existente en el área de salud de Taguasco, de estudios realizados con esta naturaleza, a pesar de haberse convertido en los últimos tiempos en un problema de elemental importancia. El cual sirve como marco referencial a los profesionales en el manejo psicológico de estos pacientes y de base para investigaciones futuras, así como para la elaboración de programas de intervención dirigidos a potencializar los recursos protectores de salud, del bienestar psicológico y de su desarrollo personal.

Partiendo de los argumentos antes expuestos el presente trabajo tiene como

Problema científico:

¿Qué particularidades presenta la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes con diagnóstico de IMA del área de salud Taguasco?

Para dar respuesta a la interrogante científica establecida se propone como

Objetivo general:

Determinar las particularidades de la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes con diagnóstico de IMA del Área de salud Taguasco.

Objetivos específicos:

- 1- Determinar los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el estudio de la inteligencia emocional como elemento valioso dentro del potencial salutogénico de pacientes con diagnóstico IMA.
- 2- Describir la expresión de la estructura de la Inteligencia Emocional en un grupo de pacientes con diagnóstico IMA.
- 3- Explicar la relación de los elementos que conforman la Inteligencia Emocional con los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes con IMA.

Capítulo I. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

1.1 Emociones y su importancia. Aportes para el estudio de la Inteligencia Emocional.

Las emociones son la parte más activa y vigorosa de nuestro ser. Alegría, amor, tristeza, miedo e ira, todas estas emociones “mueven” nuestro cuerpo a lo largo de toda nuestra vida constituyendo la propia esencia de la misma ejerciendo una repercusión palpable en nuestra salud física y mental

A las emociones les corresponde un rol decisivo en el ajuste psicológico de cada ser humano y constituyen un eslabón importante en el desarrollo de cada personalidad. Todo proceso psicológico encierra una experiencia emocional, de ahí que saber manejar las emociones está directamente asociado a la capacidad de autorregulación de la personalidad y por ende a su desarrollo. La regulación emocional engloba un conjunto de habilidades como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia y la empatía que determinan el que una persona sea más inteligente que otra. O sea, emocionalmente se es más competente en la medida en que hay una mejor estructuración de la Inteligencia Emocional (IE).

“La clave está en utilizar las emociones de forma inteligente que es precisamente lo que queremos decir con inteligencia emocional...” (Cortese, 2003).

El interés de la Psicología y otras ciencias afines por las emociones tiene sus fundamentos en los planteamientos de Darwin desde la biología, Cannon desde la fisiología, William James desde la psicología. Sin embargo no es hasta hace algunas décadas que la investigación experimental en torno a las emociones ha emergido con fervor desde la Psicología de la Emoción, aunque la misma enfrenta grandes retos teóricos y experimentales.

Una de las cuestiones teóricas actuales más relevantes, al mismo tiempo que más controvertidas, en el estudio de la emoción es la existencia, o no, de emociones básicas, universales, de las que se derivarían el resto de reacciones afectivas.

Las teorías actuales en torno al problema de la emoción han estado muy influenciadas por el auge del cognitivismo, lo cual la literatura lo refleja como un proceso que se activa a partir de la percepción de peligro, amenaza que requiera la

movilización de los recursos disponibles por la personalidad para controlar tal situación.

El carácter funcional de las emociones no solo está referido a su función adaptativa. Las emociones en tanto proceso, poseen además una función biológica, social, motivacional matizadas por fuerte condicionamiento histórico.

Desde el punto de vista biológico, las emociones preparan al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizando la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. La función social de las emociones, permite predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal, ya que se generan actitudes que condicionan a estas conductas.

Según Chóliz (2005), algunas emociones positivas como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que otras como la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. La función motivacional refiere como la emoción le impregna energía a la conducta motivada y la conduce en la actividad de un modo más o menos eficaz para alcanzar los fines. Refiriéndose a esta relación Chóliz plantea: "... se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad." (Chóliz, 2005).

Este autor concibe la emoción como una experiencia multidimensional con al menos tres dimensiones, cada una de las cuales puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada y hace referencia a que en muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a dichas dimensiones. Define la emoción como: "...una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo." (Chóliz, 2005).

Tomando en cuenta las definiciones anteriores y el valor de las mismas en su contribución a la Psicología de la Emoción se considera que las emociones son

procesos psicológicos básicos de carácter funcional y dinámico, que le permiten al sujeto una activación psicológica para afrontar determinados estímulos (cualquiera que sea su naturaleza o cualidad) en aras de lograr una adaptación al medio (entendido este no solo como ambiente físico, sino también psicológico y social), traducida esta en un equilibrio biopsicosocial. Su funcionabilidad depende del modo en que ocurre dicha activación, determinando el ajuste psicológico del sujeto para adaptarse, más allá de la cualidad misma del estímulo, e implicando las dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual.

El modo de expresión y regulación de las emociones adquiere un matiz individual. Cada sujeto experimenta una emoción o varias, de forma particular, con una diferente cualidad, lo cual depende de su historia vital, o sea, de sus experiencias anteriores, del aprendizaje logrado, de su personalidad, de su SNC y de la situación concreta que esté afrontando, ello sin descartar la influencia que ejercen el medio social y la cultura.

Los criterios de Goleman acerca del término emoción ponen de manifiesto la idea anterior, cuando el autor señala: "(...) son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. (...) Estas tendencias biológicas a actuar están moldeadas además por nuestra experiencia de la vida y nuestra cultura. (...)." (Goleman, 1995, p.24-26).

El proceso emocional, va a estar mediatizado por la evaluación que hace el sujeto del estímulo, o sea, por el significado que le otorgue al mismo, así como por la selección de los estilos de afrontamiento ante dichas emociones, condicionados histórico-culturalmente, lo cual influye en el grado de adaptabilidad de la misma. Las emociones son esenciales en la autorregulación de la personalidad, cuando se aprende a usarlas acertadamente proveen una inteligencia capaz de conducirnos con éxito en todas las facetas de la vida y en las relaciones sociales.

La funcionabilidad del proceso emocional va a estar directamente influenciado por el desarrollo de la Inteligencia Emocional. De ahí la importancia de su estudio.

1.2 La emergencia de un constructo. Antecedentes, precursores y modelos para su estudio.

El estudio de la inteligencia constituye un pilar esencial para comprender y promover las posibilidades del ser humano. A través de su desarrollo filogenético el hombre ha demostrado su carácter creciente e innovador, en un inicio adaptándose y sobreviviendo a las contingencias ambientales y posteriormente creando un medio social más complejo, en el que ser competentes requiere un tipo de inteligencia excepcional.

El término “inteligencia” generalmente aparece asociado al éxito en la realización de una actividad, o sea, ajustado a un criterio de valor en tanto a lo que es exitoso o no. Pero lo más característico en el estudio de la inteligencia es que se ha basado en establecer “diferencias individuales” para explicar por qué unas personas son más exitosas que otras.

Los primeros estudios entorno a la inteligencia dan lugar a la denominación de “coeficiente intelectual” (CI). Sin embargo esta concepción tradicional muestra sus limitaciones en primer lugar porque asocia la inteligencia esencialmente a la esfera académica e intelectual, lo que conlleva a una segunda insuficiencia: obvian que las emociones también proveen inteligencia.

Así aparecen con gran auge en la actualidad los términos “Inteligencia Emocional” y “Coeficiente Emocional”, pues un gran número de psicólogos e investigadores cuestionan la eficacia de un elevado CI para desempeñarse con éxito en la vida, donde las aptitudes emocionales parecen ser determinantes. Según Goleman: “(...) la inteligencia académica poco tiene que ver con la vida emocional. Inteligencia Emocional (IE) son : habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanzas”. (Goleman, 1995, p.54).

Tener presente la información que nos proporcionan las emociones, nos permite modificar nuestras conductas y pensamientos con el fin de transformar las situaciones, y ello resulta de relevante importancia en los diversos ámbitos y esferas en las que interactuamos: “La clave está en utilizar las emociones de forma

inteligente que es precisamente lo que queremos decir con IE: hacer, deliberadamente, que nuestras emociones trabajen en beneficio propio, de modo que nos ayuden a controlar nuestra conducta y nuestros pensamientos para obtener mejores resultados” (Cortese, 2003).

El término de IE se relaciona con la capacidad de reconocer los propios sentimientos, igualmente los de los demás, con la finalidad de utilizarlos como guía del pensamiento y de la acción, por ejemplo, para automotivarse o manejar adecuadamente las relaciones que se mantienen con las demás personas.

No estar en contacto con nuestra realidad emocional, ignorando o reprimiendo lo que nos ocurre, o estar inundados con emociones que nos manejan, son signos de baja habilidad emocional, en cambio, el reconocer emociones en los otros y poder manejarse en el contacto interpersonal, son signos de IE. Como se evidencia el término “IE” acuna gran importancia a la regulación de las propias emociones.

La IE, como se explica anteriormente, es un campo de estudio que surgió en la década de los 90. Es un nuevo enfoque en torno a la inteligencia que aparece como un tema transversal en la Psicología (Psicología de la Educación, Psicología de las Organizaciones, Psicología de la Emoción), sin embargo las popularizaciones que se han hecho del tema han impedido por el momento que el constructo surja de forma clara, el mismo no ha terminado de asentarse. Mayer (2001) señala cinco fases hasta el momento en el desarrollo del campo de estudio de la IE que ayudan a entender de dónde surgen los conceptos y habilidades a que actualmente hace referencia la categoría de IE:

1) Inteligencia y emociones como campos de estudio separados (1900 – 1969): Aquí se destaca Galton a principios del siglo XX como uno de los primeros investigadores que se interesó por el estudio sistemático de las diferencias individuales en la capacidad mental. En 1890 Catell inventa pruebas de medición. En 1905 Binet desarrolla un instrumento de evaluación de la inteligencia para niños. En general la investigación sobre la inteligencia se desarrolla en este período y surge la tecnología de los tests psicológicos.

En el campo de la emoción se centran en el debate entre la primacía de la respuesta fisiológica sobre la emoción o viceversa. De los años 20 a los 50,

Thorndike (1920), plantea el concepto de “inteligencia social” definiéndola como: “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas.” Con ello se convertiría en el precursor del concepto de “Inteligencia Emocional “.

Gardner define la inteligencia como: “la capacidad de resolver problemas o crear productos que sean valiosos en uno o más ambientes culturales”. Sostiene que poseemos 7 tipos de inteligencias distintas, relativamente independientes y presentes en todas las personas, cuyo desarrollo varía de un individuo a otro. Las inteligencias que propone Gardner (Gardner, 1983; Walters y Gardner, 1986; Krechevsky y Gardner, 1990) son:

I. Inteligencia Lingüística: Relacionada con la capacidad verbal.

II. Inteligencia Lógica: Relacionada con el desarrollo de pensamiento abstracto.

III. Inteligencia Musical: Relacionada con habilidades musicales y ritmos.

IV. Inteligencia Visual - Espacial: Capacidad para integrar, percibir y ordenar elementos en el espacio.

V. Inteligencia Kinestésica: Relacionada con el movimiento corporal y de los objetos y reflejos.

VI. Inteligencia Interpersonal: Capacidad de establecer relaciones con otras personas.

VII. Inteligencia Intrapersonal: Se refiere al conocimiento de uno mismo.

Lo más relevante de esta teoría fue que introdujo dos formas de inteligencia personal muy relacionadas con la competencia social, y hasta cierto punto emocional, la Inteligencia Interpersonal y la Inteligencia Intrapersonal. Gardner (1983,1993) definió a ambas como sigue: "La Inteligencia Interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado..." (Gardner, 1993, p.40).

Y a la Inteligencia Intrapersonal la define como: "...el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de

sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta..." . (Gardner, 1993, p.42).

Una de las críticas a la teoría de Gardner es que aún cuando alude a las emociones y sentimientos, no profundiza en el papel de las mismas, sino que se centra más en las cogniciones acerca del sentimiento, evidenciándose su tendencia a considerar la inteligencia en un sentido cognitivo. Gardner tiene el mérito de ser el precedente directo del concepto de "IE", así como de tener en cuenta la mediatización histórica y sociocultural de los procesos psíquicos, en este caso, referido a la inteligencia como capacidad.

3) Emergencia de la IE (1990 – 1993): Mayer y Salovey publican una serie de artículos sobre la IE, incluyendo el primer intento de medir estas competencias.

Los psicólogos Salovey y Mayer, (1990) de las universidades de Harvard y de New Hampshire respectivamente, desarrollan el concepto de IE dándole un enfoque menos cognitivo y la definen como: "un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno. Un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios; así como los de los demás, de discernir entre ellos esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones". (Salovey & Mayer, 1990, p.17).

Según Salovey y Mayer (1990), este concepto de Inteligencia Emocional subsume a los conceptos de Inteligencia Intrapersonal e Inteligencia Interpersonal que propone Gardner (1983), dándole además un enfoque menos cognitivo.

Este concepto propuesto por Salovey y Mayer incluye además el hecho de que son metahabilidades que pueden ser categorizadas en cinco competencias o dimensiones (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1993, Mayer y Salovey, 1995, Goleman, 1996 y Goleman 1998):

1. El conocimiento de las propias emociones: es decir, el conocimiento de uno mismo, la capacidad de reconocer un mismo sentimiento en el mismo momento en que aparece, constituyendo la piedra angular de la IE.

2. La capacidad para controlar las emociones: la conciencia de uno mismo es una habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento.

3. La capacidad de motivarse a sí mismo: con esto Salovey y Mayer, y más tarde Goleman, quieren hacernos entender que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resultar esencial para "espolear" y mantener la atención, la motivación y la creatividad. Este aspecto se relaciona también con el concepto de Inteligencia Exitosa propuesto actualmente por Sternberg (1998).

4. El reconocimiento de las emociones ajenas: la empatía, es decir, la capacidad para poder sintonizar con las señales sociales sutiles que indican qué necesitan o qué quieren los demás.

5. El control de las relaciones: es una habilidad que presupone relacionarnos adecuadamente con las emociones ajenas.

Con esto Salovey y Mayer explican por qué algunas personas parecen ser más "emocionalmente competentes" que otras, con lo cual proponen un enfoque más humanista con una valoración integrada de inteligencia y emoción.

4) Popularización y ensanchamiento del concepto (1994 – 1997): Goleman publica su libro "IE" y el término IE salta a la prensa popular.

Goleman, el más destacado promotor del concepto de Inteligencia Emocional, psicólogo por Harvard y redactor científico del New York Time, en su libro, "La IE" (1995) se centra en desentrañar el por qué el ámbito emocional es tan importante para la satisfacción y el éxito personales, lo cual se evidencia cuando alude: (...). La vida emocional es un ámbito que, al igual que las matemáticas y la lectura, puede manejarse con mayor o menor destreza y requiere un singular conjunto de habilidades. Y saber hasta que punto una persona es experta en ellas es fundamental para comprender por qué triunfa en la vida, mientras otra con igual capacidad intelectual acaba en un callejón sin salida: la aptitud emocional es una meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluido el intelecto puro. (...)" (Goleman, 1995, p.56).

En su conferencia en Madrid (2003), reafirmó lo antes expuesto por Salovey y Mayer en 1990 pero agregó que la IE incluía dos tipos y una serie de habilidades que el mismo caracteriza como “interdependientes, jerárquicas y genéricas”:

-La Inteligencia Personal: Compuesta por competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos, e incluye: (Conciencia en uno mismo; Autorregulación o control de sí mismo; y Automotivación).

-La Inteligencia Interpersonal: Compuesta por otras competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con los demás, e incluye: (Empatía y Habilidades Sociales).

El principal aporte de Goleman consistió en reunir los resultados de una década de estudio con el fin de expresarlos de manera sencilla y accesible al público en general (Peñate, A., 2006).

5) Institucionalización e investigación sobre la IE (1998 – actualidad): Se producen refinamientos en el concepto de IE y se introducen nuevas medidas.

La IE se entiende como un conjunto de habilidades que implican ineludiblemente a las emociones. El autor Cortese en el 2003 refiere que: “El término IE se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigir las y equilibrarlas” (Cortese, 2003). “(...) la IE trata acerca del sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos”. (Cortese, 2003). En la Universidad de Málaga los doctores Fernández Berrocal y Extremera han abordado la IE como la habilidad (esencial) de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos adecuadamente y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás. Así mismo estos autores se refieren a que en la inteligencia emocional se contemplan cuatro componentes:

-Percepción y expresión emocional: Se trata de reconocer de manera consciente qué emociones tenemos, identificar qué sentimos y ser capaces de verbalizarlas.

-Facilitación emocional, o capacidad para producir sentimientos que acompañen nuestros pensamientos: Si las emociones se ponen al servicio del pensamiento nos ayudan a tomar mejor las decisiones y a razonar de forma más inteligente. El cómo

nos sentimos va a influir decisivamente en nuestros pensamientos y en nuestra capacidad de deducción lógica.

-Comprensión emocional: Hace referencia a entender lo que nos pasa a nivel emocional, integrarlo en nuestro pensamiento y ser conscientes de la complejidad de los cambios emocionales. Para entender los sentimientos de los demás, hay que entender los propios.

-Regulación emocional, o capacidad para dirigir y manejar las emociones de una forma eficaz: Es la capacidad de evitar respuestas incontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Supone también percibir nuestro estado afectivo sin dejarnos arrollar por él, de manera que no obstaculice nuestra forma de razonar y podamos tomar decisiones de acuerdo con nuestros valores y las normas sociales y culturales.

Según estos autores dichas habilidades están estrechamente relacionadas entre sí y funcionan óptimamente en la medida en que el sujeto es consciente de cuáles son sus emociones, lo cual es necesario para vivirlas adecuadamente.

La regulación emocional constituye la piedra angular del concepto de IE, y en los modelos que abordan su estudio, la misma constituye un elemento esencial.

Los modelos tradicionales que abordan el estudio de la IE son: el Modelo de las 4 Ramas, Mayer (2001), que sitúa el “Manejo de las Emociones” arriba de su escala jerárquica; el Modelo de Competencias de Goleman (2000), el cual la incluye como “capacidad de controlar las propias emociones” y el Modelo Multifactorial de Bar On (1997), que hace referencia a elementos como el “Control de Impulsos” y la “Flexibilidad”.

Existen otros modelos como: el Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional de Bonano (2001) y el Modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales de Higgins y cols (1999) y el Modelo de procesos de Barret y Gross. Los dos primeros también se centran en la autorregulación emocional, mientras que el último no solo determina los mecanismos por los que se produce la autorregulación emocional, sino que trata de dilucidar qué tipo de mecanismos están implicados.

Estos modelos no aclaran qué elementos conforman la IE, de la cual no se ha dicho la última palabra, y dejan una interrogante aún mayor: ¿cómo evaluar el cociente

emocional? El licenciado Julio A. Cabrera Rodríguez, profesor asistente de la universidad de La Habana, coincide con lo planteado por Goleman en el 2003, acerca de que las metahabilidades, pueden ser categorizadas en cinco competencias, dimensiones o actitudes que van a resultar determinantes en nuestra relación con los demás y con nosotros mismos, y sobre las cuales se podrán identificar actitudes individuales. Hace referencia a que dichas dimensiones (que se desprenden de la IE) se clasifican en dos áreas: inteligencia intrapersonal e inteligencia interpersonal. Para él: “(...)la IE es una capacidad que tiene o puede desarrollar el individuo para crear resultados positivos en sus relaciones consigo mismo y con los demás; se encuentra relacionada con la manera en que identificamos, utilizamos, entendemos y administramos nuestras emociones (...)” (Cabrera, 2003).

En el ámbito nacional recientemente se han realizado investigaciones con notables aportes en el estudio en torno a la IE, fundamentalmente en las esferas de aplicación de la salud. Y entonces se plantea la interrogante: ¿Qué importancia tiene la Inteligencia Emocional desde una perspectiva salutogénica?

La psicóloga Caridad Luisa Casanova Rodríguez (2004), en su tesis de maestría investigó sobre la estructura de la IE en pacientes portadores de trastornos neuróticos. Demuestra que la estructura de IE se ve afectada por la sintomatología ansiosa depresiva.

En la Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas” se imparten maestrías en Psicología Médica, rectorada por el Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez, donde se realizan varias investigaciones sobre el tema de la IE.

1.3 La Inteligencia Emocional aplicada a la Salud: su potencial salutogénico.

La IE aplicada a la salud es un eje central en el cumplimiento de las metas asistenciales. Sin embargo en ocasiones nos encontramos que el personal médico pasa por alto la forma en que reaccionan los pacientes a nivel emocional, incluso mientras se ocupan de su estado físico.

Este descuido por la realidad emocional deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas pueden jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el

curso de su recuperación. Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional.

En la actualidad, se puede afirmar que existe un margen de eficacia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse tratando el estado emocional de las personas a la par de su estado físico, claro que no en todos los casos ni en todos los estados. Pero existen datos y casos que evidencian que la intervención emocional debería ser parte corriente de la atención médica de todas las enfermedades graves, reafirmando la comprensión del grado en que las emociones y la IE intervienen en la salud y en la enfermedad.

Los beneficios médicos de los sentimientos positivos son innegables, tanto como se han demostrado los efectos médicos adversos de la ira, la ansiedad y la depresión. Tanto la ira como la ansiedad, cuando son crónicas pueden hacer que las personas sean más propensas a una serie de enfermedades. Y aunque la depresión puede no hacer a la gente más vulnerable a la enfermedad, si parece impedir la recuperación médica y elevar el riesgo de muerte, sobre todo en pacientes más frágiles que padecen enfermedades más graves.

Al igual que con la depresión, la ira y la ansiedad, existen costos médicos del pesimismo así como revirtiendo estos, se obtienen beneficios del optimismo. Haciendo referencia al optimismo y basándose en los estudios de Carol Whalen (1994), apunta Goleman: "Ser optimista, al abrigar esperanzas, significa tener grandes expectativas de que, en general, las cosas saldrán bien en la vida a pesar de los contratiempos y las frustraciones. Desde el punto de vista de la inteligencia emocional, el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad. Y, al igual que la esperanza, su prima hermana, el optimismo reporta beneficios en la vida (por supuesto, siempre y cuando sea un optimismo realista; un optimismo demasiado ingenuo puede resultar catastrófico)." (Goleman, 1995, p.114).

Schutte y colaboradores (2002) demostraron una relación positiva entre los niveles de IE, la autoestima y el estado de ánimo positivo. Varios autores han teorizado que la IE puede llevar a grandes sentimientos de bienestar emocional y a una mejor perspectiva de la vida. Existe también evidencia empírica que parece demostrar que

el desarrollo de la IE se asocia con menor depresión, mayor optimismo y una mejor satisfacción con la vida. Por tanto, esto sugiere un vínculo entre IE y bienestar emocional.

Por otro lado, el soporte emocional que brindan las redes de apoyo en la potenciación de la salud tiene gran importancia. Según el psicólogo Daniel Goleman, la IE comprende dentro de sus metahabilidades, lo que él mismo denominara empatía (reconocer emociones ajenas) y artes sociales (eficacia interpersonal).

Las personas que desarrollan las habilidades y competencias referidas anteriormente, son más competentes para brindar y recibir apoyo emocional y se constituyen sin dudas como excelentes “soportes emocionales” para las personas con que conviven.

Las redes de apoyo, esencialmente las informales (amistades, familiares, pareja etc.), ofrecen gran valor médico para salir adelante ante la presencia de enfermedad. Se ha comprobado que los vínculos emocionales estrechos y funcionales forman parte esencial en la lista de factores protectores de la salud, lo cual es válido a la hora de una recuperación más exitosa ante la presencia de enfermedad.

Estudios realizados muestran que el aislamiento social, la noción de que no se tiene con quien compartir los sentimientos íntimos o mantener un contacto estrecho, duplican las posibilidades de enfermedad o muerte (House, 1988; Smith, 1994. Por supuesto, la soledad no es lo mismo que el aislamiento, existen muchas personas que bien solas se sienten cómodas con este estilo de vida y son sanas. Goleman apunta que: “Más bien, es el sentido subjetivo de estar apartado de la gente y no tener a quien recurrir lo que supone un riesgo para la salud.” (Goleman, 1995, p.213).

En el ámbito de la salud, es importante que el personal médico desarrolle las habilidades de apoyo emocional. Hay valor médico agregado en un médico o una enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes, capaces de escuchar y de ser escuchados. Esto supone fomentar el “cuidado basado en la relación”, reconociendo que la relación entre médico y paciente es en sí misma un factor

significativo. Tales relaciones deberían ser fomentadas más rápidamente si la educación médica incluyera algunas herramientas básicas para la IE, sobre todo la conciencia de uno mismo y las artes de la empatía y del saber escuchar.

Esto demuestra que la medicina debe ampliar su visión para abarcar el impacto de las emociones. Según Goleman deben tenerse en cuenta dos grandes supuestos:

“Ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos perturbadores ---la ira, la ansiedad, la depresión, el pesimismo y la soledad--- es una forma de prevención de la enfermedad. (...) Muchos pacientes pueden beneficiarse notablemente cuando sus necesidades psicológicas son atendidas al mismo tiempo que las puramente médicas.” (Goleman, 1995, p.219).

1.4 Las emociones y la inteligencia emocional en el proceso salud-enfermedad. Su influencia en personas que viven con IMA.

La salud del hombre es un proceso complejo al que en la actualidad se le confiere gran importancia en los marcos de las ciencias que estudian al ser humano en términos de salud, fundamentalmente las ciencias médicas y psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Martínez y Martínez, define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. No es fácil estimar en qué consiste el “bienestar humano”, debido a que cada persona o grupo social lo concibe de acuerdo a sus percepciones, valores, creencias, actitudes, juicios, estilos de vida, etc., los cuales están matizados por su cultura y modo de vida.

Actualmente la comunidad científica concibe la salud y la enfermedad como un único proceso, un “continuo”, el cual está determinado por la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, que en ocasiones pueden ser protectores (compensatorios, de resistencia) y en otras predisponentes (psicopatógenos, de riesgo) tornando al sujeto vulnerable a la enfermedad.

Por tanto la salud es un proceso sustentado sobre la base de un equilibrio entre los factores biopsicosociales, y en dependencia de cómo se constituyan los mismos será la capacidad de adaptación al medio que logre el individuo.

Se reconoce que entre todos los procesos psicológicos que inciden en la salud y enfermedad, las emociones son, sin duda, uno de los más relevantes (Adler y

Matthews, 1994). La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico). En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar.

Las emociones positivas son un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación. Pero también se ha comprobado que hay emociones que pueden tornarse negativas y perjudiciales para la salud, favoreciendo la contracción de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema cardiovascular, lo que no permite su correcto funcionamiento y ante la presencia de una enfermedad pueden acelerar el proceso morboso.

Los descubrimientos sobre emociones y salud, tienen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades, promoviéndose la importancia de realizar tratamientos integrales, que consideren la recuperación tanto de los factores físicos como de los factores psicológicos del paciente, precisamente porque las emociones constituyen un eje central en la autorregulación de la personalidad, de ahí que el modo en que el sujeto sepa reconocerlas y conducirlas es determinante en su salud, por lo que la educación de las mismas, es decir el desarrollo de IE, constituye en potencial salutogénico.

Los investigadores también han constatado que los tratamientos psicológicos son de vital importancia pues mejoran la supervivencia de los enfermos, al reducir su ansiedad, las preocupaciones, los síntomas depresivos y la afectación por las pérdidas afectivas.

La depresión, la ansiedad, la ira y el estrés son, con toda seguridad, las reacciones emocionales sobre las que más se ha estudiado su relación en la génesis de alteraciones en la salud.

Estudios confirman que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados

períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Goleman, 1996).

La ira u hostilidad es una emoción negativa muy asociada a enfermedades cardíacas, así numerosos estudios señalan el poder de la ira para dañar el corazón. Investigadores de Yale señalaron que puede no ser la ira sola la que aumenta el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, sino más bien la intensa emocionalidad negativa de cualquier clase que envía regularmente a todo el organismo ataques hormonales causados por el estrés.

La depresión es otra emoción perturbadora que influye negativamente en el empeoramiento de una enfermedad. En este sentido los estudios apuntan que sería conveniente tratar la depresión de los pacientes que sufren enfermedades graves y que están deprimidos. Las emociones anteriormente mencionadas sin dudas constituyen un factor de riesgo para el organismo, tornándolo vulnerable a la enfermedad. Una vez adquirida esta, parecen influir de manera negativa en el pronóstico de la misma, lo cual se agrava aún más cuando hay déficit de soporte social o redes de apoyo hacia los sujetos. Por otro lado las emociones positivas son factores protectores que contribuyen a prevenir la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del enfermo.

1.5 Infarto del miocardio. Su implicación en la estabilidad psicológica

En diferentes partes del mundo se han venido realizando investigaciones acerca de la participación de lo psíquico en diferentes enfermedades tanto con un enfoque constataivo para comprobar simplemente la influencia de factores psicológicos en su etiología como estudios experimentales dirigidos a estudiar la efectividad de estrategias de intervención psicológica en el tratamiento de patologías predominantemente somáticas muchas de ellas referidas a trastornos relacionados con el sistema cardiovascular. Todas estas investigaciones han ofrecido resultados

sumamente interesantes los cuales demuestran las grandes perspectivas de la psicología y la atención a los factores psicológicos en el diagnóstico tratamiento e incluso profilaxis a las más diversas enfermedades y a la salud humana en general. En investigaciones realizadas con pacientes infartados desde 1983 hasta la fecha, la conclusión más general a que se ha arribado hasta ahora es que: La aparición de los indicadores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares depende en esencia de la personalidad del sujeto (González, 1985).

En un estudio realizado en Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech de la ciudad de Camagüey constató que:

1. Los pacientes infartados poseen escaso desarrollo de la capacidad de anticipación que se manifiesta en:

1.1. Autovaloración pobre o muy pobre, sin reconocer o reconociendo limitadamente virtudes y defectos.

1.2. Ideales generalizados formales o ausencia de ideales.

1.3. Nulo o bajo desarrollado del propósito, que se observa en:

1.3.1. Carencia de riqueza y elaboración personal, pobre expresión.

1.3.2. Ausencia de perspectiva temporal.

1.3.3. Propósitos no estructurados o con pobre estructuración.

1.3.4. Inexistencia o pobre fundamentación de la preocupación anterior.

1.3.5. Estrechez de los objetivos planteados.

2. La capacidad de organización de la vida de estos sujetos resulta deficiente:

2.1. Poseen un escaso desarrollo del sentido de la vida.

2.2. El nivel de reflexión tiende a ser bajo o nulo.

2.3. La posición ante la vida se orienta a la subordinación pasiva y a la aplicación de soluciones estereotipadas (González, 1985).

El IMA, descrito por primera vez en 1912, figura actualmente entre las enfermedades más frecuentes en las edades media y avanzada de la vida, se interpreta como la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión trombótica y/o espástica de una arteria coronaria (Bethencourt, Cabadés y Marrugat, 1998).

Las causas están vinculadas a un sobreesfuerzo del corazón, donde pueden aparecer trastornos y formarse un coágulo que a su vez puede tapan una arteria semiobstruida. Esta obstrucción, interrumpe el suministro de sangre a las fibras del músculo cardiaco. Al dejar de recibir sangre estas fibras mueren de forma irreversible (Tanser, 1999).

Según este autor el IMA ocurre cuando un coágulo de sangre obstruye una arteria estrechada. Normalmente el infarto no sucede de forma repentina. Puede llegar causado por la arteriosclerosis, un proceso prologado que estrecha los vasos coronarios.

El temperamento perfeccionista, luchador, que se refiere como personalidad tipo A se ha asociado también con un riesgo mayor de infarto de miocardio, también alteraciones producidas por el estrés, al igual que el consumo de tabaco. La aparición de un IMA es más probable en quienes tienen hipertensión (Tanser, 1999).

El dolor es similar al de la molestia de la angina de pecho pero suele ser más intenso, duradero y aliviado poco o sólo temporalmente por el reposo o la nitroglicerina. Sin embargo, las molestias pueden ser muy leves y, quizá el 20% de los IMA son silentes o no son reconocidos como enfermedad por el paciente. Las mujeres pueden tener molestias torácicas atípicas. Los enfermos de edad pueden quejarse de disnea, más que de dolor torácico de tipo isquémico. En los episodios graves, el enfermo se siente aprensivo y puede notar una muerte amenazante. Pueden presentarse náuseas y vómitos, especialmente en el IMA inferior (Tanser, 1999).

Son frecuentes la ansiedad, los cambios de humor y las reacciones. La depresión es frecuente hacia el tercer día de enfermedad y es casi universal en algún momento, durante la recuperación. Después de la fase aguda de enfermedad, los objetivos más importantes son muchas veces el tratamiento de la depresión, la rehabilitación y el establecimiento de programas de prevención a largo plazo (Tanser, 1999).

Desde los estudios en los años 50 indican que las cardiopatías se deben principalmente a un estilo de vida Aterogénico (que produce ateromas o placas). El

IMA representa un impacto en la estabilidad psicológica del enfermo, marcado por una reacción de miedo, temor y expectativa ante la muerte, a la futura invalidez, tendencia a la sobreestimación de los síntomas, así como a la negación de la enfermedad.

Por lo general la gravedad de las repercusiones de un IMA, depende del tamaño de zona afectada, es decir la cantidad del músculo cardíaco que dejó de funcionar; aunque normalmente la parte del miocardio que no ha sido afectada le permite al corazón realizar su función adecuadamente sin afectar el desarrollo de las actividades habituales de la persona, pero aun así varios estudios demuestran que después de que la persona es dada de alta, la recuperación del nivel de su funcionamiento habitual es un fracaso más que todo debido a un deterioro emocional sumado al ya deterioro físico, psicológico y social.

Entre los problemas postinfarto más comunes según Berkow y Fletcher (1994) se encuentran.

- Trastornos emocionales: como la ansiedad, depresión, la negación de la enfermedad o la excesiva percepción de esta.
- Dificultades en la reincorporación al trabajo: las tasas de reincorporación laboral varían de un país a otro, pero según la mayoría de los datos, existe un grupo de pacientes que no se reincorpora al trabajo luego de un IMA, de estos un 25% no se reincorpora debido al problema cardíaco, mientras que el otro 75% no lo hacen por motivos psicológicos o sociales.
- Cambios en la actividad sexual: estos están más relacionados con los factores psicológicos que con la severidad de la cardiopatía en si. Entre un 10% y 15 % de los pacientes infartados presentan impotencia y entre un 40% y 70% indican una disminución de la frecuencia y /o calidad de las relaciones sexuales.
- Cambios en las actividades sociales y de ocio: estos al igual que los cambios en la actividad sexual, están mas relacionados con factores psicológicos que con la gravedad del IMA. El paciente se vuelve retraído, pasivo, dependiente y adopta un papel de enfermo.

- Síntomas somáticos funcionales: aunado a todo lo anterior la excesiva preocupación por la enfermedad tras el IMA, causa que más del 40% de los pacientes presenten síntomas funcionales, además asociados a problemas del corazón (Berkow y Fletcher ,1994) .

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo tienen mayor riesgo de padecer otro evento en el corto plazo, y en ellos se deben aplicar estrictas medidas de prevención secundaria. Durante el primer año fallecerán después de un IMA, el 27% de los hombres y el 44% de las mujeres. Además viven actualmente, cerca de 11 millones de pacientes, con angina de pecho o IMA (Espinosa et al, 2004).

Según estudios realizados uno de los factores más agravantes o influyente en un nuevo ataque al corazón es la tensión emocional con un 24%, el segundo factor es la actividad sexual con un 21%. En el tercer lugar de importancia se encuentra los medicamentos y la actividad física ambos con un 17%, seguido por la dieta con un 11% y por último el fumado con un 10% (Espinosa et al, 2004).

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.

Para darle solución a los objetivos trazados y teniendo en cuenta la población y muestra utilizada en el siguiente trabajo, así como los métodos de investigación científica trabajados, se exponen las técnicas e instrumentos para la obtención de resultados de la investigación.

2.1: Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con metodología cualitativa, con el objetivo de determinar la estructura de la IE de los pacientes con IMA del área de salud de Taguasco en el año 2011. Los estudios descriptivos según Dankhe (1986 citado en Hernández, 2004) buscan especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En tanto los diseños transversales o transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables (Hernández, 2004).

2.2: Población y Muestra.

La **población** objeto de estudio estuvo constituida por 11 pacientes que sufrieron IMA registrados en el año 2011 en el Policlínico “Jorge Ruiz Ramírez” de la localidad de Taguasco, tomándose una **muestra** no probabilística de 8 pacientes para un 72.7 % de representatividad.

Se cuenta con el correspondiente consentimiento informado de cada uno de los participantes. (Anexo 1)

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron los siguientes.

- Pacientes que sufrieron IMA en el año 2011.
- Pacientes que pertenezcan al área de salud de la localidad de Taguasco.
- Pacientes que oscilen entre 40 y 70 años.
- Con un nivel de escolaridad como mínimo de noveno grado, importante para la aplicación y comprensión de las técnicas psicológicas.

- Personas con consentimiento informado: antes de iniciar la investigación se le explicó las características de la experiencia y se contó con el consentimiento de cada cual (Anexo No. 1).

Criterios de exclusion.

- Pacientes con padecimientos o trastornos psiquiátricos con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados.
- Presencia de trastornos del lenguaje que imposibilite la comunicación con el investigador y los miembros del grupo.

Caracterización sociodemográfica de la muestra.

Sexo		Edad		Escolaridad			
<u>F</u>	<u>M</u>	<u>40-50</u>	<u>51-70</u>	<u>9no</u>	<u>12mo</u>	<u>TM.</u>	<u>Univ.</u>
3	5	2	6	2	3	1	2

2.3 Métodos de investigación:

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron diferentes métodos:

Métodos del nivel teórico:

Analítico-sintético: permitió el análisis de las ideas derivadas del estudio realizado y de la constatación de la realidad, así como la síntesis de los elementos que resultaron de utilidad para la caracterización de la muestra y la elaboración de las conclusiones.

Histórico y lógico: A través del cual se estudió la trayectoria real del fenómeno y acontecimiento al decursar de la historia, en este caso correspondió al comportamiento de la estructura de la inteligencia emocional en sujetos con padecimientos de IMA y la relación de esta con niveles de depresión y ansiedad, considerando lógico, que representa un elemento importante en el funcionamiento del fenómeno estudiado. Se utiliza a su vez para el estudio de los diferentes desplazamientos de la ciencia en relación con el desarrollo de la sociedad, estableciendo las características de la actividad científico - investigativa contemporánea, ello permite, mediante la abstracción, integrar los elementos

teóricos que sustentan la concepción de los modelos psicológicos relacionados con el funcionamiento psicológico en pacientes infartados.

Inductivo deductivo: permite determinar las características de la muestra seleccionada a partir del análisis de la bibliografía consultada y del estudio realizado, así como arribar a conclusiones y recomendaciones en cuanto a la posible solución.

Métodos del nivel empírico: La observación, la entrevista y test psicológicos Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), Beck Depression Inventory (BDI) y el Trait Meta-Mood Scale (TM.MS). Revelaron las características fenoménicas del objeto y permitieron la obtención y conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizaron el fenómeno.

Métodos del nivel matemático:

Estadística descriptiva: Permitió tabular los datos empíricos obtenidos en la investigación y representarlos mediante gráficos teniendo en cuenta las variables cualitativas.

Cálculo porcentual: Permitió la determinación de porcentajes para el análisis de los resultados obtenidos en los diferentes indicadores del estudio.

2.4 Descripción de instrumentos de evaluación psicológica utilizados.

El número de pruebas tomadas responde a la necesidad de realizar una investigación precisa de la expresión estructural de la IE de pacientes con IMA, las cuales se encuentran previamente validadas. Estas se aplicaron de forma individual. La observación se desarrolló durante toda la investigación y en todo momento, para lograr un nivel de empatía adecuado de manera que el paciente se mostrara colaborador en la ejecución de las actividades. La observación, es una acción fundamental y primaria, que está presente en toda la actividad humana, pero como método en la aplicación de los test hay que aprender a dirigirla, planificarla y a estructurarla.

Permite obtener información de los comportamientos que no son capaces de lograrse por la palabra. Además puede advertir como se presentan situaciones de los sujetos ante las pruebas, que se traducen e interpretan como hechos relevantes de conducta de los sujetos.

Es un procedimiento de recogida de datos que nos proporciona una representación de la realidad. Como tal, tiene un carácter selectivo y está guiada por lo que percibimos de acuerdo con la aplicación de los test. La observación sistemática de lo que vamos a observar en el sujeto, debe focalizarse en cómo se comportan los evaluados, su actitud ante los instrumentos evaluativos, los acontecimientos que se presentan, el tiempo dedicado a los test y a su resolución, en cuantas veces ha estado presente o ausente determinadas conductas ante la prueba y si para el sujeto constituye la situación un estrés y que estilos de afrontamiento utiliza.

Es apropiado recoger evidencias de los eventos poco frecuentes, o muy diversificados en comparaciones con otros sujetos. La duración de la observación va a coincidir con la duración de la sesión, donde recogeremos los acontecimientos tal y como están ocurriendo, sin separarlos de todo lo que puede estar influyendo o interviniendo en la situación. Por lo que aluden a todas las informaciones, desde las expresiones, opiniones, o referencias que pueden ser de interés para la evaluación o el diagnóstico.

No debe pasar por alto la expresión oral, teniendo en cuenta el volumen, tono, timbre, frecuencia, pausa, silencio, llanto y risa.

La observación permite aflorar datos al informe psicométrico más allá del objetivo de los resultados obtenidos por el cliente en el desempeño de las pruebas, que son muy valiosas para la comprensión de este sujeto y de gran valía para el psicólogo en la evaluación, pronóstico y diagnóstico del usuario.

Entrevista semiestructurada: (Anexo No. 2) Conversación que sostiene una persona ya sea con otra u otras con un propósito determinado, es por tanto un medio de comunicación entre ambas partes en el que se manifiestan diferentes elementos como: la palabra hablada, los ademanes, las expresiones y las inflexiones. Esta es una técnica de las más utilizadas en todas las ramas y especialidades de la sociedad, ya que es uno de los medios más directos de llegar a los objetivos que se desean, además porque está basada fundamentalmente en las relaciones humanas.

Permite obtener información acerca de las principales áreas en las que se desenvuelve el sujeto objeto de nuestra investigación.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE): (Anexo No. 3) Es un inventario de autovaloración de Charles Spielberger el cual consta de 40 preguntas. Su objetivo es determinar las manifestaciones de ansiedad ya sea como rasgo de la personalidad o como estado. Solo se toman los valores que se obtienen como estado por estar relacionado con el transcurso actual de la enfermedad, se aplica individualmente. El IDARE es la técnica más utilizada internacionalmente y ha sido traducida a decenas de países. Se considera la prueba más desarrollada, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico.

La prueba parte de considerar teóricamente la ansiedad, teniendo dos formas de expresión, como estado y como rasgo.

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total A

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Beck Depression Inventory (BDI): (Anexo No. 4). Es una medida para determinar la existencia del síndrome depresivo, y en su caso, la intensidad de éste. Se trata

de una escala de autoinforme de 20 ítems utilizada para evaluar los síntomas físicos y cognitivos de la depresión.

La puntuación total oscila entre 0 y 63. Una mayor puntuación en el BDI indica mayor sintomatología depresiva en el sujeto. La fiabilidad del BDI es de 93. Es extensamente utilizada en investigaciones con diferentes poblaciones y distintos desórdenes psicológicos.

Procedimiento.

El paciente ha de elegir en cada dimensión del test, entre 4 frases gradualmente intensas con respecto a aquellas; ha de escoger (1) de las respuestas. Se suma el número de puntos y el resultado expresa la profundidad de la depresión. Una puntuación alta indica depresión. En esta versión el sujeto toma como punto de referencia a la hora de contestar el cuestionario no sólo el momento actual sino también la semana anterior.

VALORES MEDIOS

- .Ninguna depresión.10,9 puntos.
- .Depresión Leve.....18.7 puntos.
- .Depresión Moderada.....25.4 puntos.
- .Depresión Grave.....30.0 puntos.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS): (Anexo No. 5) este instrumento está compuesto, en su versión reducida castellana, por 24 ítems. Evalúa el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales. Está caracterizado por la presencia de tres subescalas: Atención, Claridad y Reparación emocional.

La Atención a las emociones es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos; Claridad emocional se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas y Reparación emocional implica la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

En la prueba, estos tres factores se encuentran distribuidos consecutivamente. Los primeros 8 ítems se refieren a la atención a las emociones, a continuación, los 8 ítems miden la claridad emocional, y el resto se refieren a la reparación emocional. Esta prueba tiene adecuados índices de consistencia interna y validez convergente.

Procedimiento.

El sujeto debe responder sobre una escala de 5 puntos (1= Nunca a 5 = Muy frecuentemente).

Los tipos de ítems son similares a los que se presentan en estos ejemplos:

- Atención a las emociones: No presto mucha atención a los sentimientos.
- Claridad emocional: Tengo bastante claro mis sentimientos o lo que siento.
- Reparación de las emociones: Cuando está triste pienso en todos los placeres de la vida.

Esta prueba ha mostrado su capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes.

Variables en estudio.

Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Ansiedad como rasgo: Designa las peculiaridades del comportamiento ansioso que tipifican la dinámica psicológica de un sujeto.

Ansiedad como estado: Es un estado emocional transitorio o situacional, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo.

Depresión. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Percepción emocional: Se trata de reconocer de manera consciente qué emociones tenemos, identificar qué sentimos y ser capaces de verbalizarlas.

Comprensión emocional: Hace referencia a entender lo que nos pasa a nivel emocional, integrarlo en nuestro pensamiento y ser conscientes de la complejidad de los cambios emocionales. Para entender los sentimientos de los demás, hay que entender los propios.

Regulación emocional, o capacidad para dirigir y manejar las emociones de una forma eficaz: Es la capacidad de evitar respuestas incontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Supone también percibir nuestro estado afectivo sin dejarnos arrollar por él, de manera que no obstaculice nuestra forma de

razonar y podamos tomar decisiones de acuerdo con nuestros valores y las normas sociales y culturales.

2.5 Procedimiento

Se organizaron las sesiones de trabajo de la siguiente manera:

La primera sesión se inició con el establecimiento de relaciones empáticas con los sujetos estudiados explicándoles de forma breve el objetivo del trabajo con el fin de obtener el consentimiento informado (Anexo No. 1).

En la segunda sesión se realizó una entrevista semiestructurada (Anexo No. 2), con el objetivo de obtener información acerca de las principales áreas en las que se desenvuelve el sujeto objeto de nuestra investigación

En la tercera sesión la secuencia de aplicación de los instrumentos utilizados fue la siguiente: un test para evaluar ansiedad como rasgo y como estado (IDARE) (Anexo No.3) y un test para evaluar depresión (Beck) (Anexo No.4)

En la cuarta sesión se realizó la aplicación del TMMS (Anexo No. 5) para evaluar el metacognoscimiento de las habilidades emocionales.

Recogida de información

Se conformó a partir de la entrevista y los test psicológicos aplicados. Para el análisis de los resultados se emplearon las correspondientes indicaciones de cada uno de los instrumentos de medición empleados.

2.6 Aspectos de carácter ético.

La ética profesional es una forma concreta de la moral social imperante, refiriéndose específicamente a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de una especialidad. El presente trabajo fue desarrollado bajo los principios que imperan en el proyecto del código de ética de la Sociedad de psicólogos de Cuba, aspectos tales como: el respeto a la integridad personal de los sujetos con los cuales se ha interactuado, el cumplimiento de guardar el secreto profesional en cuanto al conocimiento de la información confidencial obtenida, el respeto a las ideas políticas, religiosas y vida privada de los investigados, el mantenimiento de un comportamiento profesional caracterizado por la modestia, la sencillez y el espíritu de sacrificio, exhibiendo en todo momento una adecuada educación formal, porte y aspecto personal. Todas las sesiones fueron realizadas

bajo las condiciones adecuadas, ofreciendo garantía para los sujetos, tanto para su salud como para su integridad personal. Estos se seleccionaron de acuerdo a diversos criterios los cuales contaban las características requeridas para la investigación, además brindaron su consentimiento de participación. A estos sujetos se les proporcionó de forma general el qué, cómo y para qué se investigó con ellos, garantizando en todo momento en las publicaciones de los resultados a una tercera persona, el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida; así como evitando que los reportes psicológicos quedaran al alcance de otras personas. Por último se procedió a brindar una información general de los resultados y conclusiones obtenidas a través de los diferentes métodos, técnicas y procedimientos aplicados.



CAPITULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La información obtenida se procesó en correspondencia con el objetivo central de la investigación y las particularidades de cada técnica con la idea de integrar los resultados obtenidos en la investigación realizada, de modo que se logre una visión de los mismos tan explicativa y completa como fuese posible, se realiza el análisis e interpretación de los resultados en cada momento del estudio, con lo que comenzamos con el siguiente orden: **Entrevista semiestructurada, el IDARE, el BECK y el TMMS.**

Consideramos que este modo de análisis favorece nuestra concepción de la investigación como proceso dialéctico y contribuye a la construcción del conocimiento y por consiguiente a obtener nuestro propósito integrador, lo cual nos ha sido posible, teniendo en cuenta el análisis de contenido y de la interpretación de la información, métodos que nos permitieron establecer categorías de análisis que condujeron finalmente al procesamiento integral deseado.

➤ Análisis de la entrevista semiestructurada.

La información obtenida a través de la entrevista semiestructurada, aportó conocimientos valiosos que tipifican a los pacientes investigados; dicha información referida a determinados hechos y fenómenos objetivos, así como las especificidades de las diferentes esferas vinculadas a su desarrollo social, psicológico y conductual.

Se obtuvo información significativa relacionada con el sexo y el nivel escolar de los pacientes estudiados. De ellos, 2 son universitario, 3 con bachillerato, 1 técnico medio concluido y 2 de 9no grado. Además de una prevalencia en el sexo masculino con 5 pacientes y del sexo femenino 3.

Se evidencia además en el área familiar la existencia de un desconocimiento por parte de los mismos sobre algunas características generales de la enfermedad, desencadenando una ruptura en la estructuración y dinámica que existía en la familia antes de ocurrir el accidente cardiovascular.

En el seno familiar de los pacientes estudiados se constatan en varios de los casos una atmósfera familiar inadecuada, evidenciada en una comunicación anacrónica y pobre expresada en: "...aquí cada cual vive su vida...", "...en mi casa yo tomo las

decisiones, se hace lo que yo digo, aún estando enfermo...”, : “...mis hijas son buenas pero se mantienen al margen de los problemas...”, : “...mis hijas son muy reservadas nunca dicen lo que piensan, no los educamos con esos hábitos ...”.

Han presentado además crisis familiares paranormativa a partir de los cambios y transformaciones en el funcionamiento de la familia debido al padecimiento de IMA por uno de los miembros de la misma, predominando testimonios tales como: “...a veces peleo con mi hija...”, “...aunque también tengo discusiones con mi esposa...”.

Otro aspecto evidenciado en la entrevista está relacionado con la preocupación manifestada por la seguridad y funcionamiento de su familia en sentido general (hijos, hermanos, cónyuges). Relacionado con este elemento se expresó: “... una de las cosas más importante para mí son mis hijos...” “... la unión de la familia es muy importante para enfrentar problemas y darle solución...” Donde se manifiesta el esfuerzo de proyectar una actitud positiva ante los seres queridos por el temor a perderlos.

De acuerdo con la esfera psicosexual en el grupo de pacientes con IMA se reflejó que 7 se encontraban casados(a) y 1 divorciado. Esfera en la cual como se ha demostrado la gran mayoría ha transitado por experiencias negativas (infidelidades, desconfianza, violencia verbal) tanto en el seno del matrimonio como fuera de este.

En cuanto a la esfera laboral se corrobora como predomina la desvinculación del trabajo ya sea por jubilación, o por enfermedad, manifestándose en los individuos objeto de estudio insatisfacción y sentimiento de incapacidad. En relación a estos elementos se expresó: “... y para colmo enfermo y sin poder hacer casi nada...”, “... no se si podré enfrentar nuevamente la responsabilidad que tenía...”, “... no creo que esté apto para continuar llevando las dos funciones en mi trabajo...”

En los pacientes estudiados se recoge la notable preocupación por las limitaciones económicas para el sustento de la familia, donde un motivo esencial se asocia con el deseo del gozo de una buena salud, y mejorar la calidad de vida, algunos expresaron: “... no quisiera morirme sin dejar cubierta las necesidades básicas de mi hija...”, “... cada vez estamos más apretados de dinero y yo sin poder trabajar...”

Con respecto al área personal acerca de los indicadores psicológicos podemos decir que los pacientes investigados se perciben como personas: tranquilas,

sinceras, de buenos sentimientos, amigables, respetuosos con los demás aunque reconocen que a veces son capaces de asumir conductas inadecuadas expresadas en un carácter impulsivo. Donde se pueden citar expresiones como: "...me considero una persona pausada, mientras no me mortifican, ni me tocan a mis hijos...", "...me veo como una persona normal, que ha pasado mucho trabajo y disgustos, pero no soy mala...", "...me valoro como una persona buena, pero muy bruta cuando digo no entiendo, no entiendo...".

Las manifestaciones de estados de miedo y temores específicos se tornan con gran relevancia en los individuos, específicamente asociado con el temor a no poder desempeñar el trabajo de la misma manera que antes, de no poder hacer las cosas ahora del mismo modo, facilidad y rapidez, temor al futuro, sobre todo a la muerte. Un argumento que corrobora esta situación: "Trato de hacer las cosas pausadamente, como me dijo el médico, pero a veces me es muy difícil adaptarme a este cambio...".

Además se pudo registrar cómo en estos sujetos se percibe un marcado cambio de estilo de vida que sin duda influye en estos cambios afectivos, debido al deterioro de las actividades que antes realizaban eficazmente, como: pérdida o modificaciones en cuanto al puesto de trabajo, la aparición de disfunciones sexuales, limitaciones a algunos gustos y preferencias.

En ocasiones manifestaron una actitud inadecuada y negativista con respecto al estilo de vida evidenciado en conductas que constituyen un riesgo para su estado de salud. Entre los diferentes criterios, se registraron verbalizaciones como: "...la gente me dice que soy demasiado exigente, el problema es que a mí me gustan las cosas como tienen que ser...", "... la gente me critica porque soy obsesivo con la organización, pero no puedo ser de otra forma..."

Relacionado con el sistema de valores se pudo registrar cómo en su totalidad, el 100%, manifiestan la solidaridad, el humanismo, la integración social, así como una participación directa en las responsabilidades que desarrolla cada cual de acuerdo a sus limitaciones y posibilidades. Se registran criterios como: "...trato de participar en todas las tareas que estén a mi alcance..." "..."todo lo que sea para apoyar a la

Revolución yo lo hago, porque a ella le debo todo lo que soy...”, “... y para colmo enfermo y sin poder hacer casi nada...”

Las manifestaciones psicopatológicas expresadas en estos pacientes demostraron la presencia de estados emocionales negativos de depresión y ansiedad lo que se imbrica con las manifestaciones orgánicas de esta enfermedad. Los síntomas que tipifican estos trastornos son: trastornos del sueño, temores y miedos, irritabilidad, angustia, fatigabilidad, inutilidad, sentimiento de incapacidad, pérdida de interés por las cosas, impulsividad, entre otros.

➤ **Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE).**

Tabla.1 Distribución de la ansiedad como estado en una muestra de pacientes con IMA en el año 2011 perteneciente a la localidad de Taguasco.

Nivel de Ansiedad como Estado	Nº Pacientes	%
Alto	5	62.5
Medio	3	37.5
Bajo	0	0

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado

Como se observa anteriormente en las expresiones de la ansiedad como estado predominó un nivel alto en la mayoría de los pacientes y en una minoría valores medios.

Seguidamente se muestra el **Gráfico No. 1**

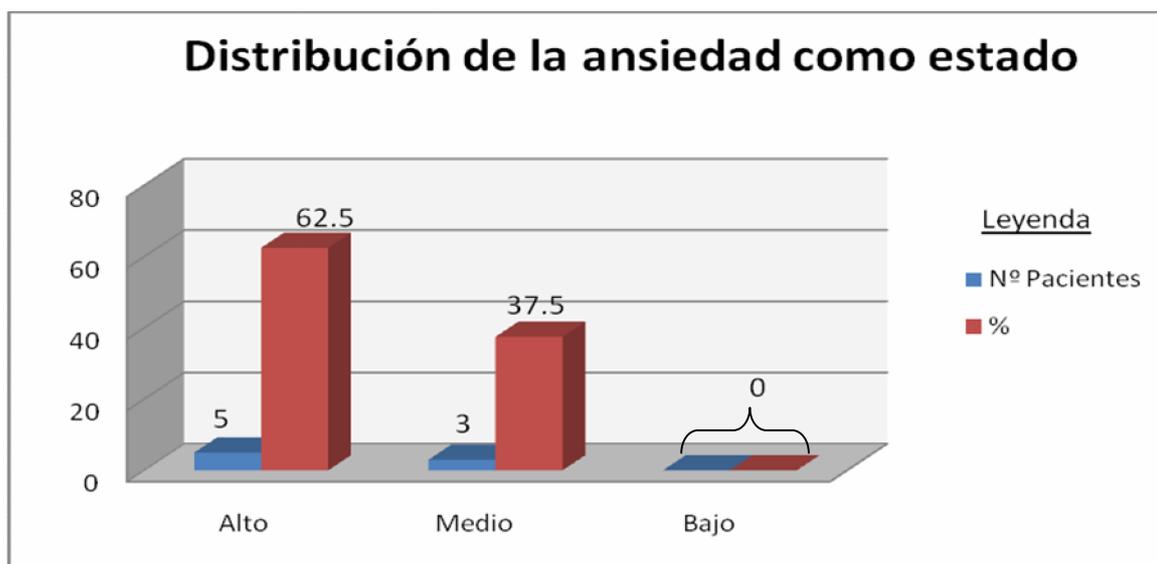


Tabla.2 Distribución de la ansiedad como rasgo en una muestra de pacientes con IMA en el año 2011 perteneciente a la localidad de Taguasco.

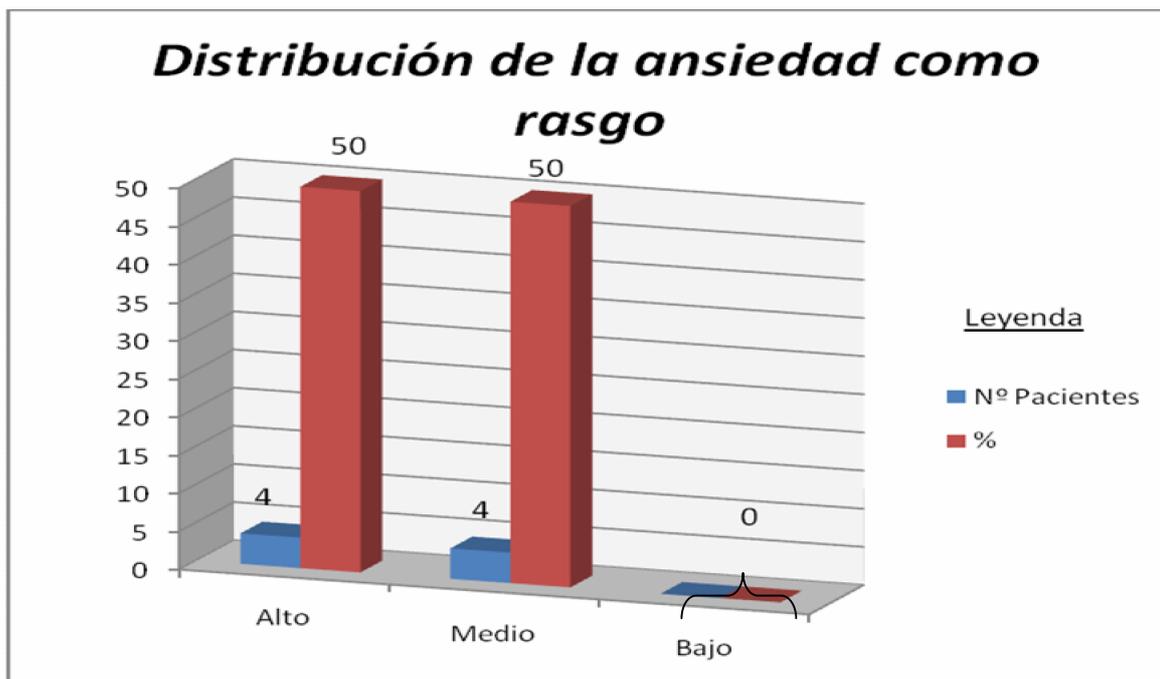
Nivel de Ansiedad como Rasgo	Nº Pacientes	%
Alto	4	50
Medio	4	50
Bajo	0	0

Fuente: Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado

Como se expresa en la tabla anterior la escala de ansiedad como rasgo mostró un comportamiento notablemente superior al de ansiedad - estado, observándose niveles de ansiedad alto y medio en igual muestra de pacientes estudiados.

Al analizar aquellos ítems que obtuvieron puntajes más altos en cada una de las subescalas se observó como en la escala ansiedad estado, el ítems más significativo fue: el 2 "...Me siento seguro...", mientras que en la subescala ansiedad rasgo, se destacaron el ítems 23 "...Me canso rápidamente..." 29 "...Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..." y el 31 "...Tomo las cosas muy a pecho...".

Se muestra el **Gráfico No 2.**



➤ **Inventario de depresión (Beck).**

Tabla.3 Distribución de la depresión en los pacientes con IMA en el año

2011 pertenecientes a la localidad de Taguasco.

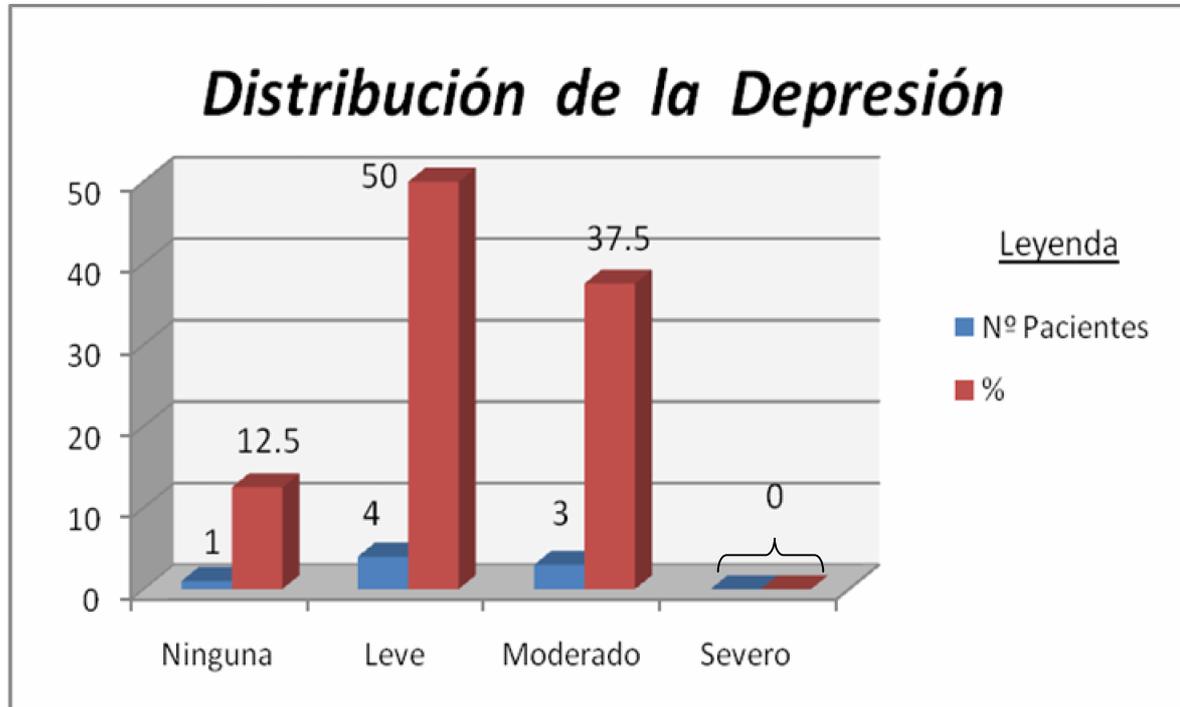
Nivel de depresión	Nº Pacientes	%
Ninguna	1	12.5
Leve	4	50
Moderado	3	37.5
Severo	0	0

Fuente: Inventario de depresión de Beck.

En el análisis correspondiente al Inventario de Depresión de Beck se observó como los pacientes se distribuían entre los estados depresivos, predominando el nivel leve, seguido del nivel patológico lo cual se evidenció en aquellos pacientes donde la aparición del trastorno se encontraba más reciente en el tiempo (último cuatrimestre) y no expresa rasgos depresivos un solo individuo. Además, según se desprende del análisis efectuado por indicadores, se comprobó como los más

representativos fueron la incapacidad para trabajar, trastornos del sueño, irritabilidad, fatiga y pesimismo.

A continuación mostramos el **Gráfico No. 3**



➤ **Trait Meta-Mood Scale (TMMS)**

Tabla.4 Distribución de la percepción emocional en una muestra de pacientes con IMA en el año 2011 perteneciente a la localidad de Taguasco.

Habilidad	Debe mejorar su percepción: presta poca atención				Adecuada percepción				Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención			
		M	F	%		M	F	%		M	F	%
Percep. Emocional	3	1	2	37.5	5	4	1	62.5	0	0	0	0

El análisis de la percepción emocional, ilustra que la mayoría de los pacientes se comporta de forma adecuada y una minoría debe mejorar su percepción pues

prestan poca atención, lo cual demuestra el comportamiento de este componente en la muestra de sujetos estudiados.

A continuación mostramos el **Gráfico No.4**

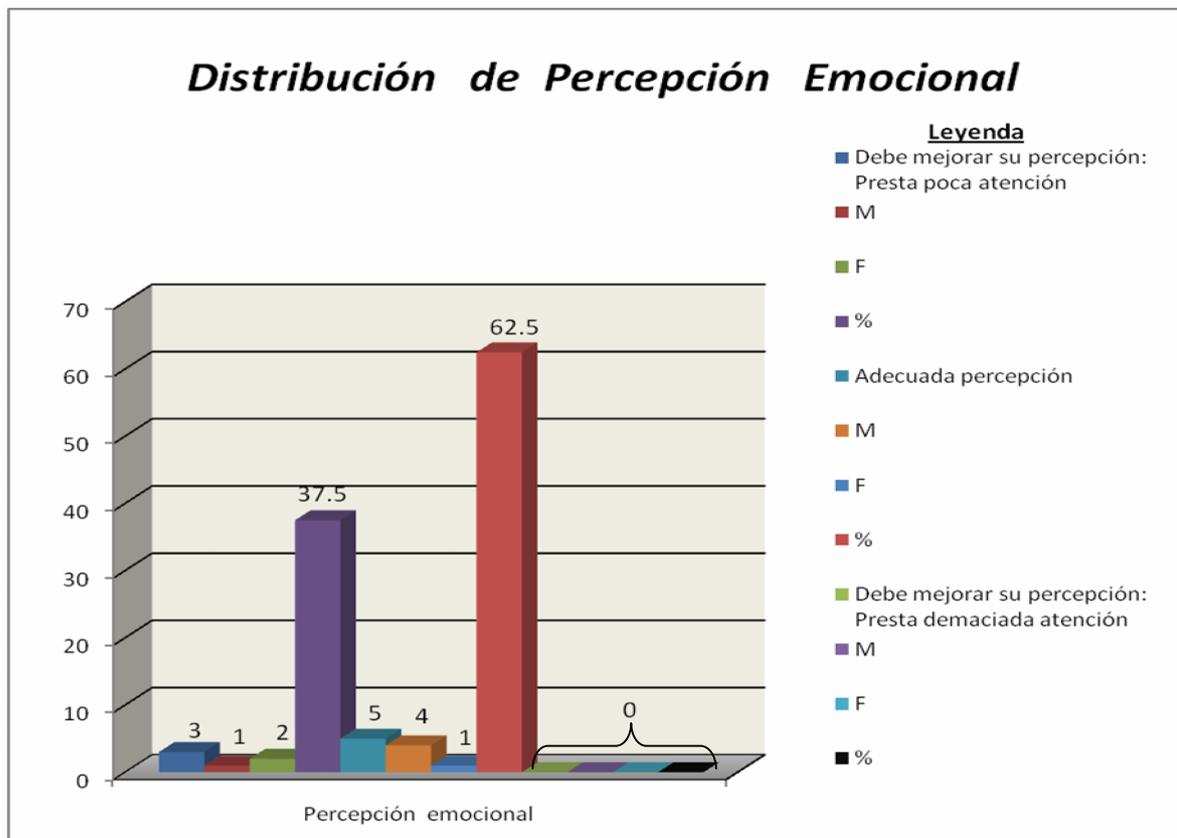


Tabla.5 Distribución de la comprensión de los sentimientos en una muestra de pacientes con IMA en el año 2011 pertenecientes a la localidad de Taguasco.

Habilidad	Debe mejorar su comprensión				Adecuada comprensión				Excelente comprensión			
		M	F	%		M	F	%		M	F	%
Comprensión de los sentimientos	6	4	2	75	2	1	1	25	0	0	0	0

En este análisis se destaca otra de las dimensiones de la inteligencia emocional medida por el TMMS, la comprensión emocional, observándose la prevalencia de los individuos que debe mejorar su comprensión, coincidiendo con los sujetos que sufrieron el padecimiento del IMA hace menos tiempo, siendo poco significativo los individuos que tiene una adecuada comprensión .

A continuación mostramos el **Gráfico No. 5**

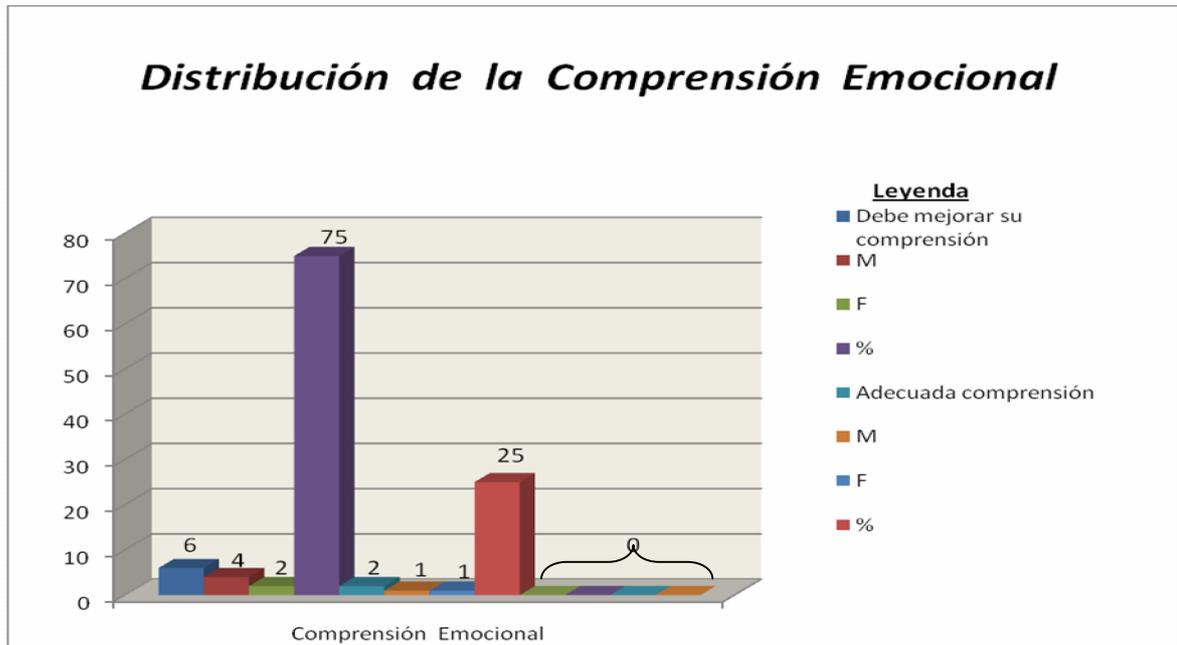


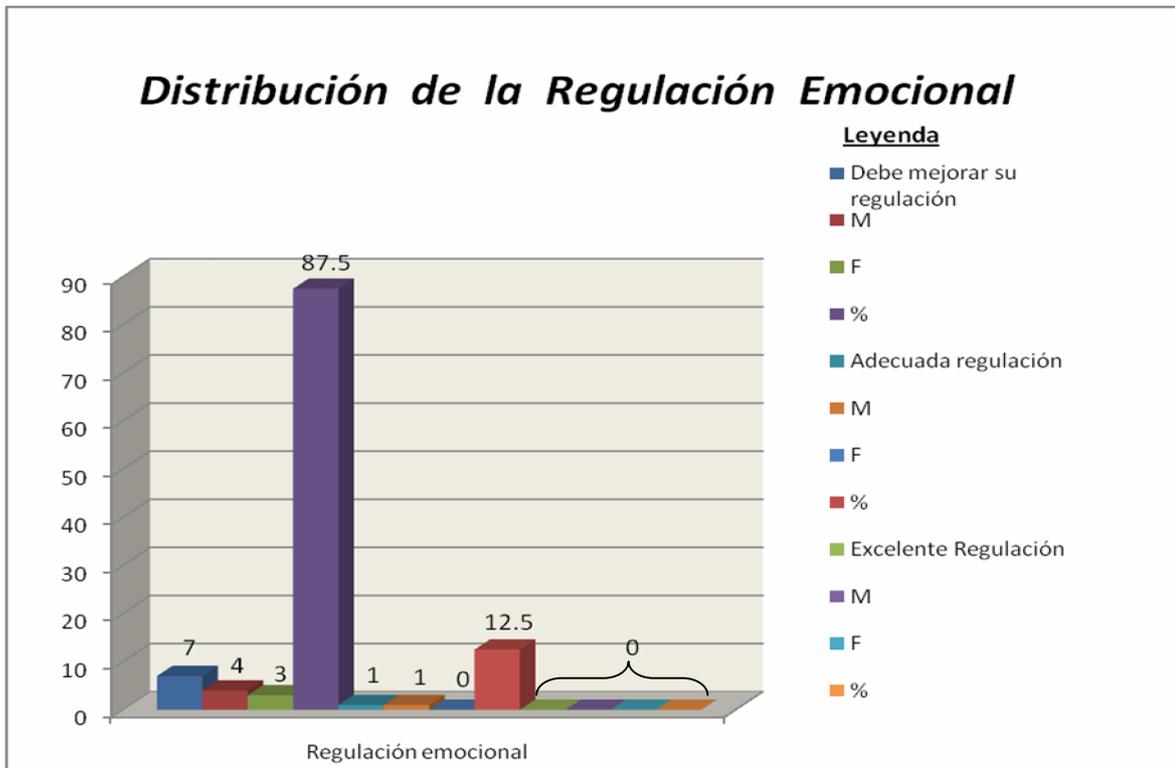
Tabla.6 Distribución de la regulación emocional en una muestra de pacientes con IMA en el año 2011 perteneciente a la localidad de Taguasco.

Habilidad	Debe mejorar su regulación	Adecuada regulación			Excelente regulación						
		M	F	%	M	F	%				
Regulación emocional	7	4	3	87.5	1	1	0	12.5	0	0	0

En análisis similar respecto a la regulación emocional, se evidencia que casi la totalidad de la muestra debe mejorar su regulación con predominio de incidencia en los pacientes que más reciente sufrieron la enfermedad, la minoría de los individuos presentan una adecuada regulación, con ello se reflejan las tendencias esperadas

en las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la IE a partir de los presupuestos teóricos expuestos.

A continuación mostramos el **Gráfico No. 6**



Integración de los resultados.

En la muestra estudiada a partir del procesamiento de los datos se presencia mayor incidencia del IMA en el sexo masculino coincidiendo con estudios realizados por (Kumar, Cotran y Robbins, 1999). Los cuales plantean que los hombres son mucho más susceptibles a padecer enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres; aunque después de la menopausia la frecuencia de IMA llega a ser la misma en ambos sexos (alrededor de los 70 u 80 años de vida). La imposibilidad de realizar tareas que demanden esfuerzo físico a conllevado en algunos casos a abandonar la vida laboral, el no poder disfrutar a plenitud de actividades recreativas que desarrollaban anteriormente, lo cual implica límites en su independencia y realización personal, afirmación que confluye con lo referido por Kan-Bourne "... cuando los pacientes perciben las pérdidas y las implicaciones

de las lesiones para sus metas en la vida personal y social pueden sufrir más el dolor emocional” (Myers y Diener ,1995).

Las manifestaciones de estados de miedo y temores específicos alcanzan una connotación primordial en el comportamiento de estos sujetos ya que el IMA representa un impacto psicológico negativo sobre el enfermo, consistente en una reacción de miedo y temor a la muerte, a la futura invalidez y tendencia a la sobreestimación de los síntomas (Rosenzweig y. Leiman, 1992).

Otro aspecto de relevancia fue el resultado obtenido en cuanto a las relaciones interpersonales y dentro de estas las intrafamiliares fundamentalmente entre los matrimonios, donde se constató la prevalencia de una inadecuada comunicación interpersonal lo cual puede llevar a incompreensión e insatisfacción en algunos casos.

Referente a la autovaloración se constató riqueza al reconocer o reconociendo virtudes y defectos (González, 1985).

Se aprecian manifestaciones de sentimientos de culpabilidad, mostrando en ocasiones desacuerdo con su propia personalidad.

Se observó que existe una elevada incidencia de alteraciones de ansiedad sin existir una marcada prevalencia en género específico. Estos hallazgos contrastan con otras investigaciones como las de Gala, Lupiani, Guillén y Gómez (2004) así como (Plach, 2002). El cual mostró que los niveles de ansiedad relacionados con la enfermedad cardíaca son mayores en mujeres con edades comprendidas entre 40 a 55 años. Este grupo de mujeres de edad media vivencian a la enfermedad cardíaca como una amenaza hacia su vida y su desempeño diario, poseen un pobre balance en la recompensa de sus roles familiares y perciben incongruencias entre sus funciones ideales y su estado actual.

Es conocido que la persona con niveles medios y altos de ansiedad como rasgo tiene mayor vulnerabilidad a sufrir ansiedad como estado en diferentes grados, esto se facilita por la presencia de eventos que desestabilizan el funcionamiento psicológico del paciente, coincidiendo con el criterio de diversos estudios en los que se ha demostrado una asociación entre descontento por la vida (Paneque, Reinaldo y Velásquez, 2001) , sentimiento de desesperación (Jiménez, Díaz y Luna, 2009),

ansiedad (Fernández, 1996) y depresión (Molerio, 2004) con un yo pobre e inestable.

Los resultados arrojaron además la existencia de niveles de depresión predominando el nivel leve, seguido del nivel patológico lo cual se evidenció en aquellos pacientes donde la aparición del trastorno se encontraba más reciente en el tiempo (último cuatrimestre) y no expresa rasgos depresivos un solo individuo. Coincidiendo en que aproximadamente el 40% de los pacientes que sufren infarto agudo de miocardio, desarrollan posteriormente depresión la cual empeora el pronóstico cardíaco de los pacientes, por ello debe ser tratada adecuadamente, ya que aumenta el riesgo de reinfarto durante el primer año, e incrementa el riesgo de mortalidad (Ziegelstein, 2001).

Es válido reconocer que los sujetos investigados hacen alrededor de un año que sufrieron el accidente cardiovascular.

Se mostró como los indicadores más representativos fueron: la incapacidad para trabajar, trastornos del sueño, irritabilidad, coincidentes con los reportados por Braunwald y Testelli (1976, citados en Colli y Mantilla 1988) autoacusaciones, fatiga y pesimismo. Esto obedece al drástico cambio del estilo de vida en el que se insertan incluyendo: cambios de la imagen corporal, debido a la dieta rigurosa que deben llevar a partir del accidente cardiovascular; pérdida o cambio del empleo, ya que sus potencialidades no las pueden desarrollar de la misma manera que antes debido fundamentalmente a las limitaciones físicas que acompañan la enfermedad; dependencia de los familiares respecto a solvencia económica; apoyo físico; cuidado personal, etc. Estos resultados se corroboran con estudios realizados acerca de la influencia del estilo de vida en pacientes con IMA (Tsuyuki, 2001).

Sobre la base de los resultados anteriores se evidencia en la muestra investigada pobreza en su capacidad de percepción emocional ilustrando que la mayoría de los pacientes se comporta de forma adecuada y una minoría deben mejorar su percepción pues presta poca atención, lo cual demuestra el comportamiento de este componente en la muestra de sujetos estudiados.

En otra de las dimensiones de la inteligencia emocional medida por el TMMS, la comprensión emocional, se observó la prevalencia en los individuos que debe

mejorar su comprensión, coincidiendo con los sujetos que sufrieron el padecimiento del IMA hace menos tiempo, siendo poco significativo los individuos que tiene una adecuada comprensión .

Con respecto a la regulación emocional también se evidencia que casi la totalidad de la muestra debe mejorar su regulación con predominio de incidencia en los pacientes que más reciente sufrieron la enfermedad, la minoría tiene una adecuada regulación, con ello se reflejan las tendencias esperadas en las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la IE a partir de los presupuestos teóricos expuestos.

Lo antes expuesto nos declara la tesis de que existe una relación marcada entre los elementos que componen la inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación emocional) según los presupuestos tomados como base y los niveles de ansiedad y depresión manifestados por estos pacientes, siendo mas significativo su comportamiento patológico en aquellos sujetos de la muestra donde el IMA evidencia un menor período de estructuración y evolución.

Durante el proceso las conductas observadas más significativas estuvieron centradas en dificultades para hacer referencia a las interioridades de su vida personal. En un alto porcentaje la gestualidad expresa tristeza, cansancio, desesperanza por la incapacidad de acogerse al nuevo estilo de vida. En los pacientes cuya evolución del trastorno ha sido más reciente, se observa inadaptación a los cambios.

Conclusiones.

Se demostró la importancia de las emociones y específicamente de la Inteligencia Emocional como componente esencial dentro del potencial salutogénico de pacientes con diagnóstico de IMA, así como la importancia teórica y metodológica para establecer su abordaje desde una perspectiva multidisciplinaria.

Las particularidades de la estructura de la Inteligencia Emocional que predominaron en los pacientes con IMA son:

- Disminución de la capacidad para clarificar y reparar las emociones.
- Sensibles dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales
- Pobreza de recursos para lograr una adecuada regulación emocional con implicación negativa hacia una nueva aparición del trastorno.

Debe destacarse que a mayor atención del estado emocional y los sentimientos menos capacidad de clarificación y reparación en los pacientes con este diagnóstico.

Existe una estrecha relación entre los componentes de la Inteligencia Emocional con la depresión y la tendencia a la ansiedad en los sujetos estudiados.

Recomendaciones

- Continuar la presente línea investigativa con el objetivo de profundizar en este tema donde se comprenda la interacción entre las manifestaciones de la Inteligencia Emocional y enfermedades cardiovasculares, particularizando en las formas clínicas de las mismas.
- Extender trabajos similares hacia otras áreas de salud tanto del municipio como de la provincia por la novedad del tema en los momentos actuales.

Bibliografía.

Barrero, R. E. & González, R. F. (1991). Problemas cardiovasculares: ¿un resultado de nuestra incapacidad para comunicarnos? Revista Cubana de Psicología, 8, 2296- 2309. Versión electrónica.

Bello, D. Z. & Casales, F. J.C. La inteligencia humana: determinantes y Estructura. Psicología General. (pp. 161-166). La Habana 2005. Félix Varela.

Berkow, R. & Fletcher, A.J. (1994) El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Barcelona España: ED Grupo Océano.

Bethencourt. A., Cabadés, A. & Marrugat J. (1998). Resultados recientes de los registros poblacionales de infartos y angina. En: Fernández, A., Palomeque, C., & Rodríguez, P.L. Cardiopatía isquémica. VIII Simposio Internacional. Barcelona: Ediciones Mayo.

Campa, G.D. & Orosa, F. T. Los sistemas dinámicos como una aproximación a la conciencia: La emoción la autorganización y el problema cuerpo mente. Introducción a la Psicología. Ciudad de La Habana 2002). Cuba. Félix Varela.

Casanova, C. L. (2004). La Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos. Tesis de Doctorado no publicada, Santa Clara: Universidad Central de Las Villas.

Crespo, M. Y., & Suarez, I. D. (2007). Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes con VIH. Trabajo de Diploma no publicado, Santa Clara Universidad Central de las Villas

Colli, M., & Mantilla, E. (1998). Estrés y cardiopatía isquemia. Programa de prevención y de rehabilitación psicosocial en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. Revista Cubana de Psicología, 15, 4413-4429. Versión electrónica.

Cortese, A. (2003). ¿Qué es la inteligencia emocional? Recuperado el 5 de enero de 2011, desde http://www.Inteligencia_emocional.org

_____ (2003a). El origen de la Inteligencia Emocional. Recuperado el 8 de enero de 2011, desde
[<http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/56/ieor.htm>]

Chóliz M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado el 5 de enero de 2011, desde <http://www.uv.es/=choliz>

Espinosa, S., Bravo, J., Gómez, J., Collantes, R., González, B., Martínez, M. & De Teresa, E. Rehabilitación cardiaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. Recuperado el 02 de noviembre, 2010, en
<http://db2.doyma.es/pdf/25/25v57n01a13056508pdf001.pdf>

Gala, F.C., Lupiani, M., Guillén, C. & Gómez, A. Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio. Recuperado el 30 de octubre, 2011, en http://www.editorialmedica.com/Cuader%2058_59-Trabaj1.pdf

Goleman, D. (1995). La Inteligencia Emocional. México: Javier Vergara Editor.

Goleman, D. (1996). La Inteligencia Emocional. Barcelona: Editorial Kairós.

Goleman, D. (1998). La Práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairos.

González, F (1985). Psicología de la personalidad., La Habana: ED Pueblo y Educación

_____ (1985a).El problema de la anticipación a la luz de la psicología de la personalidad. Revista Cubana de Psicología, 2, Artículo 1. Recuperado 27 de noviembre del 2011, de assoc@dptss.mtss.cu.

_____ (1985b). La psicología de la personalidad y su relación con las Diferentes esferas de la psicología aplicada. Revista Cubana de Psicología, 2, Artículo 1. Recuperado 27 de noviembre del 2011, de assoc@dptss.mtss.cu.

Rodríguez, G. G., García. J., (2002). Metodología de la Investigación Cualitativa. La Habana, Cuba: Félix Varela

Hernández Sampier, R. (2004). Metodología de la investigación Tomo 1. La Habana, Cuba: Félix Varela.

Hernández Sampier, R. (2003). Metodología de la investigación Tomo 2. La Habana, Cuba: Félix Varela.

Kumar, N., Cotran, L. & Robbins, N. (1999). Patología humana. México: ED McGraw- Hill Interamericana.

Microsoft Encarta. 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.

Peñate, A. (2006). Estructura de la Inteligencia Emocional en pacientes con diagnóstico de Linfoma. Tesis de Maestría no publicada, Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruíz de Zarate Ruíz, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Perera, R .M. A. (2002). Psicología Clínica. Una visión general. La Habana, Cuba: Félix Varela.

Pérez, Y., Hastie, V., Amores, M., & Díaz, H. (2005). Tesis de Maestría no publicada: Psicología Médica, Universidad Central de las Villas, Santa Clara, Cuba.

Rivas, E. (1996). Rehabilitación cardiaca en el IMA. Revista Cubana cardiología Cirugía Cardiovascular, 2, 149-150.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality, 9, 185-211.

Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). The Intelligence. United States: Intelligence . 433-442, p.17,

Sotolongo, D. (2010, marzo 27). ¿De qué mueren los espirituanos? Escambray.

P.8.

Tabloide de Metodología de la Investigación Educativa (2002). La Habana,
Cuba: Pueblo y Educación.

Tanser, P.H. (1999). El Manual Merk. Trastornos cardiovasculares. Ediciones

Harcourt, S. A. disponible en: <http://www.harcourt-brace.es>.

Anexo No 1

Documento de consentimiento informado.

Estudiantes de Psicología de la Filial Universitaria de Taguasco para la realización de su Trabajo de Diploma están llevando a cabo un estudio para determinar la estructura de la Inteligencia Emocional que predomina en los pacientes infartados del área en el año 2011.

Por este motivo, es necesario recoger datos de los pacientes en diferentes momentos durante un período de tiempo determinado.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si decide participar, contribuirá a mejorar nuestro conocimiento sobre las características psicológicas de la enfermedad.

En caso de aceptar participar en el estudio, le pedimos que firme este documento de conformidad. La información y los datos proporcionados por usted serán totalmente confidenciales y estarán protegidos por el secreto profesional.

Firma:

Nombre completo del investigador:

Firma:

Fecha:

Anexo No 2

Guía para la entrevista semi-estructurada.

Objetivo: Obtener información acerca de las principales áreas en las que se desenvuelve el sujeto objeto de nuestra investigación.

Área social:

- Amplitud de amistades, relaciones con ellas.
- Participación en actividades políticas, responsabilidades, satisfacciones.

Área familiar:

- Núcleo familiar temprano.
- Relaciones, atmósfera, comunicación.
- Experiencias agradables y desagradables.
- Relación con hermanos y demás familiares.
- Satisfacción de necesidades.

Área personal:

- Valoración como individuo, alteraciones presentadas, virtudes y defectos.
- Satisfacción de deseos, preocupaciones, conflictos fundamentales.
- Que evaluación realiza de las consecuencias de la emociones para la salud.

Área Afectiva:

- Valoración de los estados emocionales más frecuentes.
- Implicación de los estados emocionales en su desenvolvimiento comportamental.
- Conocimiento sobre la incidencia de los estados emocionales para el curso positivo o negativo de la enfermedad.

Área sexual y matrimonial:

- Experiencias agradables y desagradables.
- Ambiente familiar en cuanto a relaciones con hijos y cónyuges.

Área laboral:

- Cuando y causa del comienzo laboral, movilidad laboral.
- Tipos de trabajos realizados, satisfacción laboral, responsabilidades.
- Características como trabajador, valoración del trabajo.

Anexo No 3

IDARE

Nombre: _____ Edad: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado.	1	2	3	4
2 Me siento seguro.	1	2	3	4
3 Estoy tenso.	1	2	3	4
4 Estoy contrariado.	1	2	3	4
5 Me siento a gusto.	1	2	3	4
6 Me siento alterado.	1	2	3	4
7 Estoy alterado por algún posible contratiempo.	1	2	3	4
8 Me siento descansado.	1	2	3	4
9 Me siento ansioso.	1	2	3	4
10 Me siento cómodo.	1	2	3	4
11 Me siento con confianza en mí mismo.	1	2	3	4
12 Me siento nervioso.	1	2	3	4
13 Estoy agitado.	1	2	3	4

14	Me siento “a punto de explotar”.	1	2	3	4
15	Me siento relajado.	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho.	1	2	3	4
17	Estoy preocupado.	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido.	1	2	3	4
19	Me siento alegre.	1	2	3	4
20	Me siento bien.	1	2	3	4



Continuación Anexo No 3

IDARE

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo No. 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BECK).

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Marque con una x la frase correspondiente para que exprese sus verdaderos sentimientos, ideas y estados de ánimo. Debe marcar una sola del grupo correspondiente a cada número.

1) A- No estoy triste.

B- Siento desgano de vivir, o bien, estoy triste.

C- Siento siempre desgano de vivir, o bien, estoy siempre triste y no lo puedo remediar.

D- Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.

E- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2) A- No estoy demasiado pesimista, ni me siento desanimado con respecto a mi futuro.

B- Creo que no debo esperar ya nada.

C- Creo que jamás me libraré de mis penas y sufrimientos.

D- Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejoraré mi situación.

3) A- No tengo la sensación de haber fracasado.

B- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.

C- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.

D- Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.

E- Creo que he fracasado por completo.

4) A- No estoy particularmente descontento.

B- Casi siempre me siento aburrido.

C- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.

D- No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.

E- Estoy descontento del todo.

5) A- No me siento particularmente culpable.

B- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.

C- Me siento culpable.

D- Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.

E- Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

6) A- No tengo la impresión de merecer un castigo.

B- Creo que me podría pasar algo malo.

C- Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.

D- Creo que merezco ser castigado.

E- Quiero ser castigado.

7) A- No estoy descontento de mi mismo.

B- Estoy descontento de mi mismo.

C- No me gusto a mi mismo.

D- No me puedo soportar a mi mismo.

E- Me odio.

- 8) A- No tengo la impresión de ser peor que los demás.
B- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
C- Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
D- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.
- 9) A- No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
B- A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.
C- Pienso que sería preferible que me muriese.
D- He planeado como podría suicidarme.
E- Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
F- Si pudiese me suicidaría.
- 10) A- No lloro más de lo corriente.
B- Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
C- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
D- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.
- 11) A- No me siento más irritado que de costumbre.
B- Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
C- Estoy constantemente irritado.
D- Ahora ya no me irritan ni siquiera las cosas con las que antes me enfadaba.
- 12) A- No he perdido el interés por los demás.
B- Me intereso por los demás menos que antes.

C- He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.

D- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13) A- Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.

B- Ahora me siento inseguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones.

C- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.

D- Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14) A- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.

B- Temo que mi aspecto causa mala impresión o de parecer avejentada.

C- Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.

D- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15) A- Trabajo con la misma facilidad de siempre.

B- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.

C- Ya no trabajo tan bien como antes.

D- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.

E- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo, por pequeño que sea.

16) A- Duermo tan bien como de costumbre.

B- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.

C- Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

D- Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

17) A- No me canso antes que de costumbre.

B- Me canso más pronto que antes.

C- Cualquier cosa que hago me cansa.

D- Me siento tan cansado que estoy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.

18) A- Mi apetito no es peor que de costumbre.

B- No tengo apetito como antes.

C- Tengo mucho menos apetito como antes.

D- No tengo ningún apetito.

19) A- No he perdido peso y si lo he perdido es desde hace poco tiempo.

B- He perdido más de 2 kilos de peso.

C- He perdido más de 4 kilos de peso.

D- He perdido más de 7 kilos de peso.

20) A- Mi salud no me preocupa más que de costumbre.

B- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.

C- Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.

D- No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

21) A- No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

B- Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

C- Me intereso ahora mucho menos que antes por lo que se refiere al sexo.

D- He perdido todo interés por las cosas del sexo.



TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Percepción emocional, Comprensión de sentimientos y Regulación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Percepción	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Comprensión	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Regulación	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *percepción*, los ítems del 9 al 16 para el factor *comprensión* y del 17 al 24 para el factor *regulación*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos. Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Percepción	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 24
	Adecuada percepción 22 a 32	Adecuada percepción 25 a 35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 36

Comprensión	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34	
Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35	

Regulación	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34	
Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35	

Algunas referencias sobre la utilización de la escala:

- Carranque, G.A., Fernández-Berrocal, P., Baena, E., Bazán, R., Cárdenas, B., Herraiz, R., y Velasco, B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 75-79.
- Durán, A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P., y Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema*, 18, 158-164.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1-12.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15, 117-137.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11, 101-122.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and Incremental validity using the Trait Meta-mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P., (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M., y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 209-228.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N (2002). Evaluando la inteligencia emocional. Fernández-Berrocal P y Ramos, N (Eds .), *Corazones inteligentes*. Editorial Kairós: Barcelona.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18, 91-107.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005). About emotional intelligence and moral decisions. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 548-549.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema*, 18, 72-78.
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C. y Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Ramos-Díaz, N., Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2007). Perceived Emotional intelligence facilitates Cognitive-Emotional Processes of Adaptation to an Acute Stressor. *Cognition & Emotion*, 20, 1-15.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Williams, F.M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. y Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 233-240.

Para más información consultar la p. web:

<http://campusvirtual.uma.es/intemo/>