

**ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.
INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS.**

“Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”

TITULO:

**ESTRUCTURA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LINFOMA.**

AUTOR: Lic. Arelys de la Caridad Peñate Gaspar.

TUTOR: Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez.

ASESOR: Dr. C. Ricardo Grau Abalo.

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

SANTA CLARA.

2006

“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.

*A mi niño Manuel Antonio, con la esperanza
del pensamiento martiano cuando expresó:*

*“Las cualidades de los padres quedan
inscritas en el espíritu de los hijos, igual que
los dedos de un niño en las alas de una
fugitiva mariposa”.*

*A mi Manuel: por ser puerto, oasis, fuente
inagotable de inteligencia emocional.*

Índice:

1. Introducción.	1
1.1. Fundamentación Teórica.	1
1.2. Objetivos.	29
2. Desarrollo.	30
2.1. Metodología.	30
2.2. Análisis y Discusión de los Resultados.	40
2.3. Análisis Integral de los Resultados.	85
3. Conclusiones.	88
4. Recomendaciones.	90
5. Referencias Bibliográficas.	
6. Anexos.	

INTRODUCCIÓN.

Fundamentación Teórica.

Desde los albores de la organización social de la humanidad ha existido interés por identificar y valorar las conductas y actitudes que los seres humanos asumimos ante las exigencias de la vida. Precisamente en este análisis por lo general se ha considerado el desempeño intelectual de las personas implicadas. En la búsqueda de una explicación científica de los factores relacionados con la inteligencia humana han ofrecido su aporte investigadores de la Psicología, la Medicina, la Pedagogía y otras ramas del saber relacionadas con la salud y la educación. Aun en la actualidad se mantienen vigente muchas interrogantes que hacen del estudio de la inteligencia una de las temáticas más atractivas y difíciles de tratar de todo el orbe.

La inteligencia es una forma de conducta que la sociedad en su conjunto siempre ha valorado, de hecho su conceptualización ha sido uno de los dogmas de la cultura occidental aunque la preocupación por el tema encuentra su génesis en la filosofía medieval, así descrito por Terman, Boring, Anastasi, 1977.

Por mucho tiempo el concepto de inteligencia se ha enfocado como el coeficiente intelectual, o sea, como aquello que miden el test de inteligencia, considerando que lo únicos que medían dichos test eran las capacidades (lingüísticas, matemáticas...) propias del rendimiento académico y que al probar la ciencia la influencia que ejercen los factores culturales en estos resultados, a partir de los años cincuenta del pasado siglo se produjo el descrédito de los citados test.

Se aceptan los criterios de Wechsler (1975, cit en Fernández 1996) cuando afirma que lo que **se estudia** con el test de inteligencia no es lo que aparentemente pretende medir el test, esto es la información que posee el sujeto, su percepción espacial o su capacidad de razonar. Lo que miden el test de inteligencia, lo que esperamos y deseamos que midan es algo mucho más importante: la capacidad del sujeto para comprender el mundo que le rodea y los recursos que posee para enfrentarse con sus exigencias y desafíos (1).

De estas valoraciones se deduce la multiplicidad de autores que han estudiado el tema y diversas las definiciones sobre el mismo que de una u otra forma incluyen en la inteligencia un conjunto de variables como la atención, la capacidad de observación, la memoria y el aprendizaje, las habilidades sociales etc., que le permiten al sujeto enfrentarse al mundo diariamente. Se expone también la relación del rendimiento que se obtiene en las actividades diarias con la atención, un estado emocional estable, buena salud psico-física y un nivel de activación normal.

Se inicia entonces la integración en el estudio de los procesos cognitivos y las emociones que a lo largo de la historia habían seguido caminos diferentes, llegándose a considerar incluso como conceptos distintos y contrapuestos donde las emociones quedaban relegadas a la supremacía de la razón siendo frecuente encontrarnos con la interrogante: ¿Existe una oposición entre razón y sentimientos?

Sin embargo, esta dualidad (cognición separada de la emoción) ha sido superada a la luz de los resultados de numerosos estudios provenientes de diferentes disciplinas (Neurología, Psicología, Farmacología...), en los que, se han puesto de manifiesto una relación clara entre los procesos cognitivos y emocionales, incluso sustentada en mecanismos cerebrales hoy bien conocidos. Así, las emociones

influyen en nuestro comportamiento y en nuestros procesos cognitivos del mismo modo que los pensamientos pueden afectar nuestros estados emocionales (2).

La separación tradicional de lo cognitivo y lo afectivo provocó un distanciamiento en el análisis por una parte, de motivos, necesidades, intereses, actitudes, normas, etc..., y por la otra de pensamiento, percepción, atención, memoria, etc..., como componentes esenciales del carácter procesal de la inteligencia.

Por tanto, podemos decir que 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.

Dichas habilidades son las que se han tratado de integrar dentro del concepto de "Inteligencia Emocional" (IE), concepto mediante 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 (3). 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.

Concebir al ser humano a partir de la interrelación de su "mente racional" y su "mente emocional" nos da la posibilidad de analizar con mayor claridad el papel que juegan las emociones en la salud y en este sentido se han generado investigaciones que contribuyen al esclarecimiento de uno de los problemas más álgidos de la Psicología actual: conocer los diversos tipos de emociones que el hombre produce en el curso de su desarrollo.

El estudio de las emociones ha transitado por diversos enfoques, lo cual se evidencia en la existencia de varias teorías sobre las mismas. Si bien durante algún tiempo las emociones han sido valoradas como respuestas automatizadas ante determinados estímulos ambientales, los progresos alcanzados ponen en evidencias que las emociones como cualquier otro fenómeno de la subjetividad al configurarse pueden alcanzar mayor nivel de complejidad en la regulación del comportamiento, donde los procesos de elaboración cognitiva juegan un importante papel.

Autores como Batista Díaz entienden las emociones como una fuerza vital interna, son nuestro “motor interior”, el movimiento de la vida, la energía que nos activa internamente.

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 (4).

Plantea además, que las emociones dirigen la vida de cada uno de nosotros y cada una tiene su función en el transcurso de la existencia, que son necesariamente positivas, ya que hasta la tristeza, el miedo y la ira aseguran nuestra supervivencia y adaptación frente a los acontecimientos de la vida, siempre y cuando las sepamos escuchar, reconocer y regular.

Las emociones se vuelven perjudiciales cuando las amordazamos, cuando las ignoramos y cuando las dejamos acumular para que se conviertan en un volcán latente preparado para estallar en cualquier situación límite.

Otros autores (Friedman y Di Matteo, 1989; Grau, 1998; Cano-Vendel y Miguel-Tobal, 2001), reconocen en las emociones su alto poder adaptativo, relacionándolas directamente con diversos sistemas fisiológicos que de alguna

manera se implican en el proceso salud-enfermedad. Las emociones pueden potenciar la salud y en otras ocasiones disminuirla provocando conductas poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo entre otras.

Se reconoce también su importante función adaptativa en tanto ellas actúan como poderosos incentivos y denominadores de la conducta, generando una activación psicobiológica que posibilita al individuo su óptima relación con el medio.

También son determinantes en el nivel de bienestar/ malestar de los individuos porque forman parte de los procesos interactivos que **establece las personas** con los demás, en el contexto de sus relaciones interpersonales.

En las ciencias psicológicas diferentes corrientes teóricas han descrito el papel de las emociones en la salud humana.

El reconocimiento del papel de las emociones en la salud humana ha estado regido por tener en cuenta dos polos de la respuesta emocional divididos por la respuesta hedónica que proporcionan: Las reacciones emocionales producto de la evaluación cognitiva de amenaza, son la ansiedad, la ira o cólera y la tristeza (emociones negativas generadoras de experiencias emocionales desagradables) las más estudiadas y a cuyo interés han dedicado sus trabajos Spielberger y sus colaboradores por más de dos décadas. Las emociones positivas (altruismo, optimismo), generadoras de experiencias agradables permiten suponer que favorecen la salud, mientras que las negativas tienden a afectarlo. Investigaciones realizadas por Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Spielberger y Moscoso, 1996; Grau, Martín, Portero, 1993; Grau y Martín 1993; así lo demuestran.

Las implicaciones de las emociones negativas en el continuo salud-enfermedad ha permitido dos perspectivas de análisis. La primera comprende la importancia de las emociones en el bienestar subjetivo que experimentan las personas definido

éste como la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos (5).

Las emociones contribuyen al bienestar subjetivo si consideramos que son procesos adaptativos, sin embargo pueden potencialidad o incluso provocar la aparición de estados patológicos en tanto sea considerado el patrón funcional de la personalidad centrado en estados emocionales negativos generando así la vulnerabilidad o propensión a enfermar (Friedman, Di Matteo 1989). Propiciándose así que cada día se hable más de vulnerabilidad personal (6).

Una segunda perspectiva que parte de la relación de las emociones con diversos sistemas psicofisiológicos que forman parte del proceso salud-enfermedad. Así, diversos autores han reconocido que los procesos de valoración podrán estar vinculados a otros componentes de la emoción como son los cambios fisiológicos, facilitando con ellos los procesos de valoración, y desde el punto de vista emocional una mayor capacidad adaptativa (7). Muy relacionado con ésta, Cano Vindel (1995) señala que la intensidad de la activación fisiológica se vincula a la intensidad de las emociones y la interpretación cognitiva, de acuerdo a atribuciones contextuales, se vincula a la cualidad o tipo de emoción.

Las reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensa que pueden desencadenar una disfunción orgánica si se cronifican, en dependencia del nivel de predisposición individual por el cual un individuo tiende a tener mayor nivel de reactivada fisiológica en un determinado sistema.

A su vez la aparición de un trastorno puede provocar mayor nivel de emocionalidad negativa lo cual contribuye a mantener altos niveles de activación psicofisiológica.

Una tercera perspectiva que reconoce la influencia que también tienen las emociones sobre la salud a través de sus propiedades motivacionales por su capacidad para modificar conductas saludables (práctica sistemática de ejercicios físicos, dieta equilibrada, calidad de sueño, recreación) y no saludables (consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo entre otros).

Si se profundiza en el mapeo cerebral de las emociones se encuentra que este sistema emocional de reacción instantánea casi reflejo, que parece imponerse a nuestra voluntad consciente, está bien guardado en las capas más profundas del cerebro. Su base de operaciones se encuentra en lo que los neurólogos conocen como sistema límbico, compuesto a su vez por la amígdala, que se podría definir como el asiento de toda pasión y el hipocampo. Allí surgen las emociones de placer, disgusto, ira, miedo, y se guardan los recuerdos emocionales asociados con ellos, precisamente esta área es denominada en la actualidad la base de la memoria emocional (Damasio, 2003)

Este núcleo primitivo está rodeado por el neocórtex, el asiento del pensamiento, responsable del razonamiento, la reflexión, la capacidad de prever y de imaginar. Allí también se procesan las informaciones que llegan desde los órganos de los sentidos y se producen las percepciones conscientes.

Normalmente el neocórtex puede prever las reacciones emocionales, elaboradas, controlarlas y hasta reflexionar sobre ellas.

Pero existen ciertos circuitos cerebrales que van directamente de los órganos de los sentidos a la amígdala "punteando" la supervisión racional. Cuando estos recorridos neuronales se encienden, se produce un estallido emocional: en otras palabras, actuamos sin pensar. Otras veces las emociones nos perturban, sabotean el funcionamiento del neocórtex y no nos permiten pensar correctamente.

Sin embargo por más de 100 años el coeficiente intelectual (CI) es el más famoso y usado medidor de la inteligencia, a pesar de que calibra sólo unas cuantas habilidades de nuestra mente (en particular las matemáticas y las verbales). Según algunos autores, el CI es responsable del 20 % de la verdadera inteligencia, de la capacidad de desenvolverse con éxito y ser feliz. Según estadísticas en los Estados Unidos, un alto CI de un alumno universitario no es garantía de éxito profesional futuro ni de una vida satisfactoria y equilibrada (8).

No es el coeficiente intelectual el que puede responder a interrogantes tales como:

¿Por qué a algunas personas les va mejor la vida que a otras?

¿Por qué algunas personas tienen más desarrolladas que otras, una habilidad especial que les permite relacionarse bien con otros, aunque no sean los que más se destacan por su inteligencia?

¿Por qué unos son más capaces que otros de enfrentar contratiempos o superar obstáculos y ver las dificultades de la vida de una manera diferente?

Ha sido un nuevo concepto quien da respuesta a estas y otras interrogantes. Es la Inteligencia Emocional, una parte que hasta entonces había sido negada y desdeñada, apocada por el brillo de la razón, del coeficiente intelectual (CI), más fácil de definir y medir.

La primera definición formal de Inteligencia Emocional aparece en el año 1990 de la mano de John Mayer de la Universidad de New Hampshire y Peter Salovey de la Universidad de Yale, refiriéndose a una capacidad compleja integrada por un sistema de habilidades y actitudes (Ejemplo: Percepción del control, contactarse con otras personas, enfrentar el estrés), que determinan la conducta individual, reacciones, estados mentales, estilo de comunicación, niveles de autoestima, etc. Afectando de manera directa al éxito, la satisfacción personal y social. Estos

autores consideraban la Inteligencia Emocional como: “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad para supervisar y entender las emociones propias y la de las demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestros pensamientos y comportamientos (9).

A partir de aquí, diversas líneas de investigación se han centrado en el estudio y desarrollo del concepto de Inteligencia Emocional y en el establecimiento de medidas para su evaluación.

Convirtiéndose en un nuevo campo de trabajo que ha suscitado el interés de numerosos investigadores dentro del ámbito de la Psicología. Un campo reciente aunque avalado por más de una década de trabajos experimentales y de investigación así como diversas revisiones del concepto, y que algunos autores incluso han llegado a considerar como un nuevo paradigma de inteligencia que muestra signos estables de madurez científica (10).

Resulta importante destacar que aunque la primera formulación teórica de Inteligencia Emocional no aparece hasta 1990, diferentes autores hacen referencia a este término en años anteriores. Ya en 1966, Leuner reconoce la necesidad de establecer la relación entre cognición y emoción y utiliza el término Inteligencia Emocional para referirse a ella, de la misma forma estudia la relación y cómo se vincula el papel de la familia y el desarrollo de la Inteligencia Emocional en la etapa preverbal del niño, aunque no llega a desarrollar el concepto de Inteligencia emocional como constructo teórico (según datos de Valles, A y Valles) (11).

De igual manera, en 1986, Payne sugiere la necesidad de desarrollar una estructura teórica que terminase con la supresión que se hacía en la sociedad occidental del papel de las emociones, proponiendo para ello el término Inteligencia Emocional, (Mestre y Guil).

Posteriormente, Grespan (1989) tres años más tarde propone el término Inteligencia Emocional. Como forma de defender el papel del afecto en el

desarrollo de la inteligencia. Sin embargo ninguno de los autores mencionados desarrolla una definición formal de la misma.

No es hasta 1990 que los autores Mayer y Salovey definen formalmente el concepto, a partir de aquí, y una vez enmarcado el mismo, desarrollaron una teoría formal de la Inteligencia Emocional, dichos autores comenzaron el desarrollo de una línea de investigación centrada en dilucidar la evidencia empírica de este constructo y que dio paso a los primeros estudios en el área. Cinco años más tarde, cuando el Psicólogo Daniel Goleman publica la obra. "Inteligencia Emocional", la gran difusión mediática a partir de ese momento llevaría en detrimento la ciencia psicológica y de la propuesta original de Mayer y Salovey, a una alteración y desvirtualización del término, apareciendo frecuentes afirmaciones y formulaciones populares pseudocientíficas que desprestigiarían los primeros avances en este campo.

A pesar de ello continuaban apareciendo diferentes trabajos científicos, en 1997 Mayer y Salovey llevan a cabo una reformulación del modelo Inteligencia Emocional, que en alguna medida pretendía apartarse de otras concepciones, al tiempo que continúan apareciendo nuevas perspectivas teóricas.

Reuven Bar-On inspirado en los trabajos de Marie Jahoda en los años cincuenta con los conceptos de salud mental y bienestar psicológico se vincula al tema explicando once factores de personalidad que se relacionan con el bienestar psicológico; autoobservación, relaciones interpersonales, responsabilidad social, flexibilidad, independencia, solución de problemas, asertividad, prueba de realidad, tolerancia al estrés, felicidad (12).

Otro autor Albert Mehrabian, incluye además habilidades como: percibir adecuadamente las emociones propias y las de otros individuos, ejercer el dominio sobre las emociones personales, así como responder con emociones y conductas apropiadas en diversas situaciones de la vida, participan en relaciones donde la

expresión honesta de las emociones está balanceada entre cortesía, consideración y respeto, seleccionar trabajos que sean gratificantes emocionalmente y por último, un balance entre el trabajo, el hogar y la vida recreativa.

El más destacado promotor del concepto de la Inteligencia Emocional ha sido David Goleman, psicólogo por Harvard y redactor científico del New York Time, sugiere que el cociente intelectual puede importar menos que en lo que en su día se llamó carácter. Siguiendo los criterios de este autor no existe una oposición entre el cociente emocional y el intelectual y debe ser tarea de los investigadores intentar entender cómo se complementan el uno al otro.

Responsable de un best seller publicado en octubre de 1995 titulado “La inteligencia Emocional” y más tarde (1998) otro titulado “Trabajando con la Inteligencia Emocional”. Su principal aporte consistió en reunir los resultados de una década de estudio en conducta y el procesamiento de las emociones con el fin de expresarlos de manera sencilla y accesible al público en general.

Goleman hace referencia al metahumor, capacidad de reconocer lo que se siente, siendo esta conciencia quizás la capacidad más crucial porque nos permite ejercer cierto autocontrol. La idea no es reprimir los sentimientos, sino hacer lo que Aristóteles decía en Etica a Nicómano. “Cualquiera es capaz de enfadarse, eso es fácil. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado adecuado, en el momento adecuado, con el propósito adecuado y de forma adecuada, eso no es fácil” (13).

Este autor incluyó en la inteligencia emocional a cuatro elementos fundamentales:

- Conciencia y conocimiento sobre sí mismo.

- Capacidad para manejar las emociones personales.
- Conciencia social.
- Habilidad social.

En general, la inteligencia emocional es aquella que permite interactuar con los demás, trabajar en grupo, tolerar situaciones difíciles y de conflicto, fortalecer vínculos afectivos, establecer una empatía social controlar los impulsos y mantener niveles adecuados de humor. La carencia de las aptitudes anteriores se denomina actualmente analfabetismo emocional.

La inteligencia emocional se pone de manifiesto también en la conducta de las personas: una fuerte ética cultural de trabajo se traduce en una mayor motivación, celo y perseverancia, un auténtico acicate emocional; la perseverancia depende fundamentalmente de factores emocionales, como el entusiasmo y la tenacidad frente a todo tipo de contratiempos (14).

Goleman cita estudios científicos que demuestran que dos de cada tres aptitudes consideradas esenciales para el desempeño laboral exitoso en varias empresas son de tipo emocional.

Por tanto se puede plantear que Inteligencia Emocional es:

- Una forma distinta de ser inteligente
- Básicamente es el modo como nos relacionamos con nosotros mismos (hábitos de vida, cuidados, etc.) y con los demás.
- Expresar los propios sentimientos de modo más adecuado y eficaz.
- Iniciativa, empatía, adaptabilidad, capacidad de persuasión.
- La cualidad humana que más contribuye a la excelencia en el mundo laboral.

También este autor expone las cinco competencias que componen la inteligencia emocional.

1-Autoconciencia de uno mismo:

Si poseemos un alto grado de conciencia de nosotros mismos, podemos observarnos mientras actuamos e influir sobre nuestras acciones para que resulten beneficiosas. Un alto nivel de conciencia es la base sobre la que se construyen todas las demás capacidades de la inteligencia emocional.

2- Regulación de las emociones:

No se trata de suprimir las emociones, lo que supondría perder un enorme caudal de información, se trata de sentirlas, identificarlas, comprenderlas y regularlas en la intensidad precisa para solucionar eficazmente la situación. Dado que las emociones son el resultado de la interacción de los cambios fisiológicos, pensamientos y comportamientos con el que se responde a un hecho externo o interno, podemos regular nuestras emociones haciéndonos cargo de cada componente.

En la regulación de la emoción se considera como componentes básicos: Sofocar la impulsividad, postergar la gratificación.

3- La automotivación:

Es la capacidad para comenzar una tarea, perseverar en ello, llevarla a término y afrontar los problemas que surjan en el proceso. La automotivación la integran la perseverancia, optimismo y el pensamiento positivo.

4- Empatía o reconocimiento de las emociones ajenas :

Se asienta sobre la conciencia emocional de uno mismo, y es la habilidad popular fundamental.

Las personas empáticas sintonizan bien con los demás ya que son capaces de detectar las señales sutiles de la comunicación que indican que necesitan o qué quieren los demás. Esta capacidad les convierte en grandes comunicadores y por tanto en docentes excepcionales.

5- Competencia social, habilidades sociales:

El arte de relacionarnos con los demás se basa en buena medida en la habilidad para relacionarnos adecuadamente con sus emociones. Abarca temas tales como: Trabajo en equipo, liderazgo, solución de conflictos, comunicación.

Autores como Batista Díaz en su definición de Inteligencia Emocional la comprenden como:

- Capacidad para usar las emociones de modo inteligente.
- Capacidad de regular los sentimientos de uno mismo y de los demás y utilizarlos como guía de nuestros pensamientos y acciones.
- Capacidad de reconocer cómo te sientes, esto te permite comprenderte mejor a ti mismo, controlar de forma inteligente tus actos y en consecuencia comprender mejor a los demás (15).

También existen autores que han abordado el tema desde la óptica del desarrollo o educación de la inteligencia emocional, dentro de los que más se destaca se encuentra Hendire Weisinger que enuncia diferentes pasos para cumplir el objetivo anteriormente expuesto:

1- Internos

- . Desarrollo de la autoconciencia.
- . Control de las emociones.
- . Automotivación.

2- Relaciones con los demás.

- .Desarrollo de una capacidad de comunicación eficaz.
- .Desarrollo de la experiencia interpersonal.

3- Ayudar a los demás y ayudarse así mismo (16).

Se enuncia también que algunos aspectos a considerar en el entrenamiento de las emociones, derivados de la teoría de la alfabetización emocional sobre la identificación de sentimientos propios y la de los demás, el control de impulsos, el reconocimiento de situaciones problemáticas y su verbalización, la empatía, la búsqueda de soluciones adecuadas a diferentes situaciones problemáticas, el mejoramiento de la actitud psicosocial y armoniosa en el trabajo en grupo y el mejoramiento de la cooperación, la ayuda y la actitud del compartir.

Esta producción científica desde el punto de vista teórico conduce a que comience la proliferación de medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional, bien siguiendo el modelo original de Mayer y Salovey o nuevos planteamientos, que facilitaron la investigación y permitieron la aparición de un mayor número de trabajos referidos a la Inteligencia Emocional, así como el estudio de su relación con diferentes áreas: educativa, organizacional, salud, física, etc.

Por tanto, la inteligencia emocional ha ido cobrando en los últimos años mayor relevancia dentro del área de la Psicología, despertando el interés de diferentes investigadores, promoviendo la creación de trabajos referidos a ella y asentándose como un área formal de estudio, que ha conducido al establecimiento de diferentes modelos teóricos:

A partir de la definición y presentación del modelo teórico de Inteligencia Emocional. Por parte de Mayer y Salovey en 1990, comienzan a proponerse diferentes perspectivas acerca de este novedoso concepto, algunas de ellas carentes de adecuado rigor científico, según criterios de Shapiro, 1997; Cooper y Sawaf 1997 (17). En la literatura especializada, podemos destacar principalmente tres modelos teóricos de Inteligencia Emocional, diferentes en sus planteamientos y en sus componentes, pero que han recibido apoyo empírico y que poseen sus propios instrumentos de evaluación. Estos son:

- Modelo de Mayer y Salovey (Modelo original de 1990 y reformulado en 1997).
- Modelo de Bar-On (1997).
- Modelo de Goleman (Boyatzis, Goleman y Rhec, 2000).

Según Mayer et al (2000) los modelos teóricos sobre Inteligencia Emocional se pueden clasificar en dos categorías diferentes en función de su naturaleza teórica:

1- Modelo de habilidad o del procesamiento emocional de la información: Se refieren al conjunto de habilidades que permiten el uso adaptativo de las emociones dentro de nuestra cognición, esto es: percibir, comprender y regular nuestros estados afectivos y utilizar la información emocional para mejorar los procesos cognitivos.

2- Modelos mixtos: Se centran en la consideración de la inteligencia como un conjunto de rasgos de personalidad y aspectos más estables del comportamiento (asertividad, impulsividad, optimismo, etc.), una visión más amplia y comprehensiva del concepto que en ocasiones introduce variables que no han mostrado una verdadera conexión con la inteligencia emocional (por ejemplo, motivación o felicidad).

En el análisis y valoración de los modelos expuestos nos ha surgido una interrogante: ¿Cómo medir el cociente emocional?

A diferencia del cociente intelectual, el cociente emocional no se presta a ninguna medida numérica si consideramos que la inteligencia emocional es una cualidad compleja y de múltiples facetas que representan cosas intangibles como la conciencia de uno mismo, la comprensión, la perseverancia y la destreza social.

Los criterios anteriormente expuestos muestran que la inteligencia emocional en los últimos años ha ido logrando su asentamiento, constatándose como una inteligencia fidedigna de forma empírica, según criterios de Mayer, Carus y Salovey, resaltando su influencia en los procesos de afrontamiento. Igualmente, se siguen llevando a cabo investigaciones rigurosas y controladas encaminadas a demostrar la validez predictiva, divergente, convergente y de criterio de la Inteligencia Emocional. Así como el análisis de la validez de los diferentes instrumentos de Inteligencia Emocional (18).

Resulta creciente el interés científico que ha despertado este concepto que ha hecho posible su vinculación con muchos y diferentes ámbitos de estudio. Las habilidades que se encuadran dentro de esta nueva inteligencia se presupone como importante para un mejor desempeño en diversas áreas de nuestra vida, cobrando mayor importancia las referidas al ámbito educacional, organizacional, el comportamiento social y la salud.

En el campo de la salud ha encuadrado a fin de determinar en que medida el hecho de poseer una adecuada Inteligencia Emocional. Repercute en una mejoría de nuestra salud en todas sus dimensiones como así lo han tratado diferentes investigadores del tema (Goleman, Kroemer y Salovey 1996; Ciarrochi, Deane y Anderson 2002; Extremera y Fernández Berrocal, 2002; Ramos, Fernández Berrocal y Extremera 2003; Herrera Jiménez y Casanova Rodríguez 2004).

Saber manejar lo emocional es tener una personalidad integrada. La madurez y la unidad personales se consiguen cuando se ha llegado a una armonía consciente

con el fondo de su ser. No es igual poseer ciencia que poseer sabiduría, lo primero aunque importante es parcial. En cambio, la sabiduría abarca la totalidad de la persona: el saber ser y el hacer (19).

Las personas con destrezas emocionales bien desarrolladas tienen más posibilidades de sentirse satisfechas ser eficaces en su vida y dominar los hábitos mentales que favorecen su productividad; por lo tanto, los trastornos emocionales interfieren en la vida mental.

El problema puede ser que las aptitudes emocionales al igual que las intelectuales son moralmente neutras sin dirección moral predeterminada, la Inteligencia Emocional puede utilizarse libremente bien o mal.

Uno de los componentes de la investigación donde se trabaja actualmente la Inteligencia Emocional es la salud, cobrando particular importancia en la lucha contra el cáncer donde la situación de la enfermedad coloca a la persona en una lucha continua, entre estudios diagnósticos y tratamientos casi siempre agresivos entre buenas y malas noticias y entre la esperanza de vivir y la de morir, por ello, la mera sospecha de la presencia de síntomas y signos de cáncer ya justifica la proyección de intervenciones psicológicas. El solo hecho de tener contacto con una institución cancerológica o con indicaciones de pruebas diagnósticas que puedan conllevar a asumir que se tiene este padecimiento, implica riesgo o vulnerabilidad emocional (20).

Diversas investigaciones en esta esfera han encontrado correlaciones más altas entre emociones, que con hábitos de riesgo o variable bioquímicas como tal el tabaquismo, la dieta y la hipercolesterolemia (Friedman, Di Matteo, 1989; Eysenck 1989). Además ellas pueden incrementar el potencial patógeno de algunos de estos factores de riesgo.

Se han encontrado que la ansiedad, la depresión o determinadas orientaciones de personalidad que involucran un manejo particular de las emociones asociadas al hábito de fumar incrementan

el poder cancerígeno del tabaco (Temoshok, 1992, Eysenck, 1985, 1987, 1988, Grossarth – Maticik, Eysenk y Vetter, 1988 (21)

Como se puede apreciar los estudios sobre las emociones en cáncer se han desarrollado en diferentes direcciones. Muy importante y prometedoras son las que relacionan determinados patrones o tipos de personalidad con la propensión al cáncer o con una alta mortalidad por esta enfermedad. Temoshock, L. y colaboradores han descrito un patrón C de personalidad asociado a alto riesgo y peor pronóstico de la enfermedad, tiene como componentes principales la pasividad, la negación por parte de las personas de sus emociones negativas y la represión de las mismas. De esta manera las personas complacientes, pasivas y que no exteriorizan sus emociones tienen más posibilidades de adquirir cáncer o empeoramiento del pronóstico ante la enfermedad ya instalada, aunque lógicamente no han faltado los cuestionamientos.

La Psicología Oncológica tiene un papel protagónico en la educación en cáncer a lo largo de todo el continuo de la enfermedad, pero desde la perspectiva salutogénica se puede abrir una brecha importante que incluya la comunicación, información y educación, desmitificación – desestigmatización del cáncer como enfermedad, asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, sobre todo en aquellos que pueden ser diagnosticados a partir del autoexamen o aquellas en donde existen métodos de diagnóstico temprano y por ende, de tratamientos oportunos.

Estos criterios adquieren consideraciones especiales si tenemos en cuenta que el cáncer no es una enfermedad única, que bajo ese diagnóstico se agrupan no menos de 200 tipos de enfermedades con localización, etiología, clínica, evolución y pronóstico diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento

celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y provocando metástasis. Causa actualmente la décima parte de la mortalidad total y la segunda causa de defunción por orden de frecuencia en la mayor parte de los países subdesarrollados; tiene aún más de la mitad de los casos en las tres cuartas partes de la población mundial que vive en países en vías de desarrollo. En el análisis de las tendencias actuales se muestra que este problema de salud se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años y las estimaciones de años de vida potencialmente perdidos y discapacidad se hacen miles, según datos del Ministerio de Salud Pública en el año 2000.

Lo anterior permite inferir que el cáncer es uno de los más graves problemas de salud en el mundo y consecuentemente en la región de América Latina y el Caribe. En Cuba ocupa la segunda causa de muerte e igual comportamiento posee la provincia de Villa Clara.

Los principales tipos de cáncer se relacionan a continuación:

- Carcinomas: neoplasmos malignos de la piel y órganos, como el aparato respiratorio, digestivo o tracto respiratorio, que vienen a presentar el 85 % de los cánceres humanos.
- Linfomas: cánceres del sistema linfático.
- Sarcomas: neoplasmos malignos del tejido muscular, óseo o conectivo.
- Leucemia: cánceres de los órganos que forman la sangre, tal médula ósea, que conduce a una extrema proliferación de los glóbulos blancos (22).

En nuestro caso particular nos hemos motivado por el estudio de las enfermedades oncohematológicas, específicamente los Linfomas.

Los linfomas constituyen un complejo y heterogéneo grupo de procesos malignos, caracterizados por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del

sistema reticuloendotelial, que afecta sobre todo a las células de la serie linfocítica e histiocitos.

El tejido linfoide primario o central, está constituido por la médula ósea, que es fuente de los progenitores hematopoyéticos, que incluye los linfocitos B y T, y el timo, donde los precursores de células T sufren su proceso de maduración. El tejido linfoide secundario, está constituido por nódulos linfáticos, bazo y el tejido linfoide asociado a epitelios (MALT).

Las células productoras de anticuerpos fueron primero identificadas en aves en la bursa de Fabricius y se denominaron células B. En los mamíferos estas mismas células linfocitos B- se producen en el órgano equivalente que es la médula ósea. Los sistemas de linfocitos T y B sufren dos fases de diferenciación, una fase antígeno independiente y otra antígeno dependiente.

La fase antígeno independiente ocurre en los tejidos linfoides primarios, médula ósea y timo, donde no existe exposición a antígenos produciéndose linfocitos T y B vírgenes capaces de responder a antígenos. La fase antígeno dependiente ocurre cuando los linfocitos vírgenes son expuestos a antígenos y sufren “una transformación blástica”, convirtiéndose en unas células grandes y proliferantes. Estas células producen una progenie de células Efectoras Antígeno-Específico. Todo este proceso ocurre en los tejidos linfoides secundarios.

Cada tejido linfoide está a la vez subdividido en microentornos, cada uno de ellos caracterizado por dos componentes bien definidos: los linfocitos y las células estromales. El hábitat o sitio de residencia o de permanencia de los linfocitos (“homing” de los anglosajones) incluye 1-los procesos fisiológicos mediante los cuales los linfocitos investigan, localizan y se dirigen hacia otros tejidos y 2-su microentorno específico. Estos mecanismos juegan un importante papel en el mantenimiento de estos microentornos especializados y son críticos para la dispersión y marcaje de las poblaciones linfocitarias con o sin memoria, requeridas para una efectiva supervisión o suficiencia inmunológica. Entre estos mecanismos están las interacciones de adhesión invocadas en el reconocimiento de células linfocito-endoteliales y la extravasación selectiva de las poblaciones linfocitarias

hacia tejidos linfoides secundarios. La fisiología del hábitat/recirculación de los linfocitos está determinada por la diferencial regulación de adhesión y desadhesión. Además los linfocitos tienen una habilidad extraordinaria para regular sus propiedades adhesivas durante toda su vida. Por ejemplo las células T pueden recircular de la sangre a los ganglios linfáticos cada 12-24 horas, mientras que las células B centro-germinales o las T intraepiteliales están sumamente aisladas en sus hábitats con una mínima recirculación, si es que existe. Estos mecanismos son función de los subtipos linfocitarios, del status de activación y del tejido en cuestión.

La actividad de los linfocitos B está en relación con la producción antígeno-anticuerpo específica o llamada inmunidad humoral. Como antígenos, el sistema B reconoce proteínas, ácidos nucleicos y polisacáridos. Los linfocitos T, guardan relación con la llamada "inmunidad celular". En este caso los antígenos sólo pueden ser de naturaleza proteica y requieren de un mecanismo previo de presentación.

El sistema linfoide se enfrenta a múltiples propósitos disímiles. Primero debe producir un gran número de linfocitos portadores de receptores de antígenos determinados por clonación, capaces de detectar antígenos extraños. Así mismo, porta antígenos y raros linfocitos que expresan receptores de antígenos específicos, en microentornos especializados, sostienen y regulan expansiones clonales antígeno-dirigidas y diferenciación de los linfocitos que responden. Finalmente deben dispersar la población linfocitaria resultante efectora y con memoria hacia aquellos sitios del organismo donde pueden eliminar una invasión aguda y controlar las posibles futuras recurrencias por los mismos invasores. La solución de la naturaleza a estos problemas ha sido compartimentar las principales funciones del sistema inmune en órganos y tejidos específicos del organismo y conectar y unificar estos órganos a través del mecanismo de linfocitos diana que recirculan.

En EEUU los linfomas (en general) ocupan el quinto lugar en incidencia en ambos sexos con una leve predominancia en el sexo masculino, con una relación de

linfomas no Hodgkin / Hodgkin de 5:1. En cuanto a mortalidad, constituyen también el quinto lugar en el sexo masculino y el sexto en el femenino.

Los LNH se originan en el tejido linforreticular (linfocitos, histiocitos, sus precursores y derivados) y quizás sean una de las neoplasias malignas que hayan provocado mayor número de polémicas en cuanto a clasificaciones anatomoclínicas y esquemas de tratamiento oncoespecíficos. Son un conjunto muy heterogéneo de entidades, con curso clínico variable, desde la evolución indolente de algunos subtipos histológicos de bajo grado de malignidad, hasta la rápida y fatal, a corto plazo, de los subtipos considerados de alto grado de malignidad o agresivos. En algunos países, los linfomas no hodgkinianos (LNH) representan aproximadamente la séptima causa de muerte por cáncer. La mayor incidencia se observa a partir de los 42 años, aunque pueden presentarse a cualquier edad, incluso en edades pediátricas, donde junto con las leucemia, son los tumores malignos más frecuentes.

La edad más frecuente de aparición es alrededor de los 40 años y predominan en el sexo masculino y la raza blanca. La relación LNH/LH es de 5:1. Según el RNC de Cuba ocupan el 10mo lugar en incidencia y representan el 2,0% del total de neoplasias malignas en el adulto. El mayor número de casos se encuentra en el sexo F entre los 55-74 años y entre los 55-79 años en el M.

Incidencia. Total de casos: 527. Tasa cruda: 6,07 M y 3,92 F. Tasa estandarizada (población mundial): 5,98 M y 3,91 F. Representa el 2,2% del total de casos de cáncer.

Mortalidad. Total de casos: 286. Tasa cruda: 3,20 M y 2,14 F. Tasa estandarizada: 3,00 M y 1,97 F. Representa el 2,1% del total de fallecimientos por cáncer, para ambos sexos. En el mundo se reporta (1993) un incremento del 20% en las cifras de SV global en los últimos 30 años (de 31 a 51%).

En EEUU su incidencia aumenta anualmente; en los últimos 15 años ha habido un incremento del 50%.y se considera que muere cada año el 50% de los pacientes diagnosticados.

El aumento de la incidencia de los LNH, que se ha observado a partir de 1982, se plantea sea debida a su relación con el SIDA, pero en el análisis de los estudios epidemiológicos, esta enfermedad no sólo ocurre en personas jóvenes y de edad media, que habitan en áreas urbanas, sino también en hombres viejos, blancos, no relacionados al SIDA.

En Cuba se reportan anualmente más de 20000 nuevos casos de cáncer, de los cuales los linfomas se encuentran entre las diez primeras localizaciones de cáncer en ambos sexos. Los Linfomas no Hodgkin representan aproximadamente el 2,1% señalándose que son cinco veces más frecuentes que la enfermedad de Hodgkin.

La enfermedad de Hodgkin (EH) es un proceso linfoproliferativo maligno caracterizado por la expansión de células linfoides activadas con una morfología y fenotipo peculiar, acompañadas de una celularidad de tipo inflamatorio reactivo. La nueva clasificación de la OMS reconoce dos grandes formas de EH, la forma clásica con cuatro subtipos (esclerosis nodular, rica en linfocitos, celularidad mixta y depleción linfocítica) y la forma de predominio linfocítico nodular o paragranuloma nodular. Asimismo, propone el término de *linfoma* de Hodgkin basado en los recientes hallazgos que demuestran la naturaleza linfoide de estas células. Sin embargo, parece mantenerse también el término clásico de enfermedad de Hodgkin, el cual se seguirá en esta obra.

La enfermedad de Hodgkin es poco frecuente. Representa el 1% de todas las neoplasias malignas e incide con una frecuencia de 3-3,5 nuevos casos por 100.000 habitantes y año. La curva de incidencia según la edad es típicamente bimodal, con un pico en los adultos jóvenes entre 15 y 35 años y otro después de los 55 años. El pico se desplaza a edades tanto más juveniles cuanto menor es el nivel socioeconómico del área estudiada. En conjunto hay un predominio evidente en los varones, con cifras proporcionales de hasta 1,5/1 aproximadamente. Con todo, en los adultos jóvenes la incidencia se iguala prácticamente en ambos sexos, al ser en esta edad más frecuente la variedad esclerosis nodular que predomina en el sexo femenino.

Con evidencia creciente se admite que el virus de Epstein-Barr (VEB) interviene en el origen de alrededor de un 40% de los casos de enfermedad de Hodgkin que se observan en el mundo occidental y de hasta un 80% de los que se diagnostican en los países subdesarrollados. En tales casos el virus se localiza en las células de Sternberg, paradigmáticas de la enfermedad. La variedad histológica esclerosis nodular, la más frecuente, es la que menos se relaciona con el VEB (25-50%), mientras que la segunda en este orden de frecuencia, que es la celularidad mixta, se relaciona con el VEB en el 50-70% de los casos.

La presentación de la enfermedad de Hodgkin familiar ha permitido sospechar una predisposición genética, habiéndosela relacionado con el tipo HLA en numerosos estudios.

El diagnóstico de la forma clásica de EH se establece por el hallazgo de la célula de Reed-Sternberg (R-S) acompañada de células inflamatorias reactivas.

Histológicamente, se reconocen cuatro subtipos de EH clásica en función de la presencia de células de R-S o alguna de sus variantes y la celularidad acompañante. La *esclerosis nodular (EN)*. El subtipo de *EH clásica rica en linfocitos*, la *EH de tipo celularidad mixta* y finalmente, la *EH de tipo depleción linfocítica*.

El diagnóstico de un linfoma debe ser siempre histológico.

Muchos pacientes con linfomas pueden ser curados con las técnicas actuales de tratamiento, especialmente los portadores de linfomas de Hodgkin. Para lograr altos porcentajes de curaciones se requiere de diagnósticos precisos, tanto histológicos como de extensión de la enfermedad; es imprescindible disponer de equipamiento sofisticado, medicamentos específicos y médicos bien entrenados en el manejo de estas complejas enfermedades.

La sospecha de padecer esta enfermedad al constituir una malignidad es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbre que originan. Lazarus y Cohen (1977) en sus investigaciones realizadas establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la

cólera, al dolor, a la modificación de los roles socioprofesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a la comprensión de la terminología médica, a la toma de decisiones en momento de estrés, a la necesidad de depender de otros, a la pérdida de la intimidad física y psicológica. Es en resumen la adaptación del paciente de responder ante estas amenazas, de adaptarse a una realidad, cambiante por demás, según cambian los tratamientos y se evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte, haciéndose por tanto muy difícil de medir por los estadísticos el impacto emocional que se provoca. Comprometiéndose entonces la psicología de la salud en su quehacer con una serie de acciones condicionadas por el reconocimiento del papel que desempeña el psiquismo y la conducta humana en su etiología y evolución, así como en las propias manifestaciones de la enfermedad asociadas a sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre e impredecibilidad del curso de la enfermedad, al estrés afectivo que genera y las afectaciones a la autonomía, controlabilidad, imagen corporal y autoestima de los pacientes ().

Rescatando así la Psicooncología de la Psicología de la Salud sus características, tareas y proyecciones poniéndola al servicio de los pacientes que ya sufren de cáncer unido a un profundo humanismo y amplia visión ética dirigida a el conocimiento del paciente, la familia y al propio profesional que los atiende. Resulta sugerente entonces las palabras referidas por Ramón Bayés: “ Un hombre enfermo es esencialmente un hombre vulnerable que se siente amenazado por la invalidez, el malestar, la succión por el cuerpo, la soledad y la anomalía”().

Corresponde entonces a la Psicología de la Salud analizar el continuo salud-enfermedad desde la perspectiva de la actividad psíquica, demostrar que las vías que vinculan la personalidad con la salud y con la enfermedad son complejas y parecen estar relacionadas con múltiples variables, reedescubriéndose así un campo auténticamente científico de investigación psicológica que tiene como objeto específico la amplia gama de particularidades, procesos, rasgos y estados psicológicos que inducen o potencian en la familia, en el individuo y en la

población conductas saludables, lo cual ha impuesto como exigencia que se desarrollen desde el punto de vista metodológico, en el diagnóstico y tratamiento, alternativas que se correspondan con un enfoque contextual, holístico, sistémico e integral ().

Es importante tener en cuenta que cuando se analizan los problemas de salud desde una perspectiva psicológica se reconocen cuatro niveles por los que transcurre la zona de desarrollo salutogénica:

- El nivel de la percepción y evaluación de las vivencias, emociones, afectos. El sujeto busca la ayuda terapéutica cuando existe un cumplimiento de su capacidad para tolerar o manejar la situación emociógena, experimenta constante incomodidad consigo y con los hechos y personas relacionadas con su cotidianidad. Por esto el psicoterapeuta debe presentar el modo propicio para definir la naturaleza del problema a partir de la valoración del sujeto dando respuesta al qué, cuándo, dónde y cómo se manifiestan los síntomas y alteraciones referidas.
- El nivel de entendimiento del problema: Es importante, para los que están involucrados en resolver las alteraciones del cuadro interno de la enfermedad, el adquirir una perspectiva salutogénica sobre cualquier dificultad. Debe empezarse a ver honestamente las acciones, el sistema de actividades, la concepción del mundo, las reflexiones que consideran y mediatizan la posición del sujeto con la enfermedad.
- El nivel de la meta salud: En el paciente y el terapeuta queda claro que enfrentar cualquier problema requiere la selección de alternativas de solución. Durante ese proceso no se puede garantizar con exactitud que la situación problema será resuelta. Se puntualizan que existen vías y direcciones para abordar el conflicto con el menor perjuicio para el sujeto: ya sea resolviendo el

problema o aprendiendo a vivir con la enfermedad de modo más agradable y menos perjudicial para la salud.

- El nivel de la acción transformación: Para modificar el cuadro interno el sujeto se “desprende” de los hábitos, actividades, que le generan y potencializan un estilo de vida no saludable y se reviste bajo su práctica y contexto cotidiano de los recursos psicológicos centrados en los indicadores salutogénicos ().

Es importante destacar que a partir de la tercera revisión de el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría se distinguen cinco dimensiones o ejes para evaluar de forma multiaxial a un trastorno. En el eje I se incluyen los síndromes clínicos, en el II, los trastornos de personalidad y retraso mental, en el III el estado clínico general del paciente, en el IV los problemas psicológicos, sociales y ambientales y en el V la valoración global del funcionamiento. Lo más significativo de esta visión como fue señalado por Davison y Neale en el 2000, es el interés clínico de considerar la influencia de los elementos psicológicos y la incidencia del ambiente en la expresión de una enfermedad, cuestión que a nuestro juicio también se relaciona con la propia percepción que tiene cada individuo de la sintomatología y la propia enfermedad.

Teniendo en cuenta estos criterios y la importancia de una adecuada inteligencia emocional que nos posibilita el conocimiento de los estados emocionales para reinterpretar y reconstruir dinámicamente la situación estresante que genera el malestar, constituyen una vía hacia una existencia más saludable, considerando la necesidad de profundizar en el conocimiento de la expresión de las particularidades de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de Síndrome Proliferativo Crónico para en un segundo momento poder reajustar nuestros planes y estrategias de intervención con los mismos.

Partiendo de los argumentos antes expuestos nos planteamos como problema de esta investigación:

¿Cómo se manifiesta la estructura de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de Linfoma?

Objetivos

General:

Determinar las particularidades de la expresión estructural de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes con diagnóstico de Linfoma.

Específicos:

- Precisar si existen diferencias en la expresión de la estructura de la Inteligencia Emocional en un grupo de pacientes recién diagnosticados y una muestra similar comprendida entre 1 y 3 años de evolución de la enfermedad.
- **Describir** la relación entre los componentes de la Inteligencia Emocional y las principales variables sociodemográficas.
- Comprobar si la expresión de los elementos que conforman la Inteligencia Emocional se correlacionan con niveles de depresión, salud mental, satisfacción vital y rumiaciones del pensamiento.

Bibliografía:

Damasio, A. (2003) *El error de Descartes*. Barcelona. Editorial Crítica.

Húg, M; Brussino, S. (2003) *Intensidad afectiva: Su relación con la valoración cognitiva del evento emocional y rasgos de personalidad*. *Rev. Suma Psicológica*. Vol. 10 (2) 223 – 234.

Davison, G; Neale, J. (2000) *Psicología de la conducta anormal*. México D. F. Limusa Wiley.

Belloch, A. (2004) *Manual de Psicopatología*. Madrid. MsGraw – Hill.

Gutierrez, M. (2002) *Estrés, ansiedad y eficiencia*. Universidad de La Laguna. Servicio de Publicaciones.

2. DESARROLLO.

2.1. Metodología.

La presente investigación incluyó un total de 24 pacientes, atendidos en el Servicio de Hematología Especial del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la provincia de Villa Clara, en el período comprendido de abril de 04 a agosto 05.

La muestra se seleccionó de forma incidental y quedó dividida en dos subgrupos, un primer grupo conformado por 12 pacientes al debut de la enfermedad; 6 de ellos con diagnóstico de linfomas no Hodgkin y los otros 6 con diagnóstico de Enfermedad de Hodgkin.

El segundo grupo lo conformaron igual cantidad de pacientes (12) que tenían iguales diagnóstico hace 3 años, la muestra fue pareada siguiendo en la medida posible el sexo, rango de edad y diagnóstico de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que el Síndrome Proliferativo del sistema linfático reticular constituyen una enfermedad con repercusión limitante para la vida los pacientes que se les hace el diagnóstico se les solicita por sus médicos de asistencia su respectiva interconsulta y seguimiento necesario con el objetivo de tener una valoración más integral del paciente y realizar así el tratamiento más efectivo, por lo que se siguió un muestreo incidental casual, en un estudio descriptivo.

Criterios de inclusión.

- Diagnóstico citomorfológico de linfomas.
- Enfermedad en su debut ó Enfermedad al diagnóstico.
- Ausencia de alteraciones psicológicas a nivel psicótico y en el funcionamiento intelectual.

- Ausencia de tratamiento psicofarmacológico, pues los efectos que se derivan del mismo en los pacientes pueden conducir a sesgos en la investigación.
- Consentimiento informado: Antes de iniciar la investigación se les comunicó a los pacientes las características de la misma y se contó con su aprobación por escrito en la misma. (Ver anexo # 1).

Criterios de exclusión.

- Toma del Sistema Nervioso por enfermedad.

2.1.1. Definición conceptual y operacional de las variables.

Edad

- . 20-30 años
- . 31-40 años
- .41-50 años
- .Más de 50 años.

Sexo (Femenino y Masculino)

Ocupación

- . Universitario
- . Técnico
- . Amas de casa.

2.1.2. Terapéutica empleada en el momento de la realización del estudio.

Todos los pacientes tenían crítica de sus condiciones de vigilia, apropiadas para responder las preguntas contenidas en las técnicas empleadas.

2.1.3 Estrategia investigativa.

En los inicios de la investigación se seleccionaron cuidadosamente las técnicas a emplear, así como la elaboración de los protocolos de información. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes seleccionado una vez confirmado el diagnóstico por parte del equipo médico.

Los pacientes se estudiaron de forma individual. El estudio se realizó en el cuarto médico de la sala de Hematología, el cual cumple con las exigencias para estos servicios. La exploración se realizó en horarios matutinos en sesiones de trabajo. La observación minuciosa de la conducta del sujeto se realizó en todo momento, potencializando a su vez la empatía establecida con el paciente.

2.1.4 Descripción de las técnicas.

La investigación quedó conformada por las siguientes técnicas:

- Trait Meta-Mood Scale (TM.MS).
- Beck Depresión Inventory (BDI).
- Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S).
- MH-5.
- Escala de Satisfacción vital.(SWLC).
- White-Bear Supresión Inventory (WBSI).

La observación se desarrolló durante toda la investigación y en todo momento, lográndose un nivel de empatía adecuado de manera que el paciente se mostrara colaborador en la ejecución de las actividades.

Descripción de las técnicas.

- Trait Meta-Mood Scale (TMMS)3

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.

El material empleado fue proporcionado por el Dr. Pablo Fernández-Berrocal, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

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. (Ver Anexo) .

.Beck Depression Inventory (BDI) 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. (Ver Anexo # 5).

VALORES MEDIOS

- .Ninguna depresión..10,9 puntos.
- .Depresión Leve18.7 puntos.
- .Depresión Moderada25.4 puntos.
- .Depresión Grave30.0 puntos.

.Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S) 5.

Es una medida de autoinforme de ansiedad-estado que permite valorar las respuestas cognitivas de ansiedad en el momento presente. La consistencia interna de las subescalas del STAI varía de 83 a 92. Su fiabilidad test-retest es de 81 para la subescala STAI-E. Una mayor puntuación en tal subescala se relaciona con un mayor número de respuestas de ansiedad en el individuo en el momento de la evaluación.

Procedimiento.

En ella 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. Ha sido diseñado como una prueba autoadministrable pudiéndose aplicar en grupo o individualmente. En el protocolo de la misma aparecen las instrucciones para el trabajo, a pesar de no tener límites de tiempo esta se caracteriza por su brevedad. Resulta importante de que el investigador se cerciore de que el paciente haya comprendido cabalmente las instrucciones. Si las puntuaciones son iguales o mayores que 25 se considera que tiene niveles de ansiedad elevados. (Ver Anexo # 6).

- MH-5. 6 Perfil de Salud Mental.

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud, en concreto, el grado de sintomatología depresiva y ansiosa que ha presentado el sujeto durante el último mes. El MH-5 presenta un alfa de Cronbach es de .77. Unas puntuaciones elevadas en esta escala se asocian con una mejor salud mental.

Procedimiento.

Se le pide al sujeto que a través de una escala de 5 ítems se refiera a como se ha sentido durante las 4 últimas semanas teniendo en cuenta el tiempo. La escala oscila de Siempre hasta Nunca. (Ver Anexo # 7).

- Escala de Satisfacción Vital (SWB) 7

La Escala de Satisfacción vital es un cuestionario de 5 ítems diseñado como una medida global acerca del grado percibido de satisfacción en la vida evaluada a través de una escala Likert de 7 puntos. Las propiedades psicométricas de la escala son satisfactorias. Una puntuación alta indica mucha Satisfacción Vital.

Procedimiento.

Se le ofrecen a los sujetos cinco afirmaciones con las cuales él puede estar de acuerdo o en desacuerdo con respecto a su vida. De acuerdo a una escala (1= Completamente en desacuerdo hasta 7 = Completamente de acuerdo) el sujeto indicará su respuesta. (Ver Anexo # 8).

.White-Bear Supression Inventory (WBSI).

Es una medida de autoinforme que evalúa la tendencia natural del individuo a suprimir pensamientos negativos. El WBSI está compuesto por 15 ítems.

Procedimiento.

Se les pide a los sujetos que indiquen el grado en el que están de acuerdo con frases como las siguientes:

“Existen cosas que prefiero no pensar”, teniendo en cuenta una escala (A= Nada de acuerdo hasta E = Totalmente de acuerdo) Cuanto mayor sea la puntuación en esta escala, mayor será la tendencia del sujeto a suprimir pensamientos

negativos. Su consistencia interna y su fiabilidad son adecuadas, con un alfa Cronbach de .89.

Una puntuación elevada indica alta supresión de pensamientos y se entiende que es negativo. (Ver Anexo # 9).

Es importante precisar que como esta técnicas anteriormente descritas, no se habían aplicado en Cuba, previo a la decisión de su uso, se realizó un pilotaje en 10 personas con Trastornos Neuróticos, apreciándose su efectividad para el objetivo propuesto. Es de significar que no se encontraron dificultades relacionadas con la influencia sociocultural y el idioma.

Los resultados obtenidos fueron procesados en el Centro de Estudios de Informática de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas con ayuda del paquete SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versión 13.0

De acuerdo a los objetivos, y para facilitar el análisis de cumplimiento de los mismos, dicho procesamiento se dividió en 4 partes:

1. Descripción de la muestra desde el punto de vista del diagnóstico y características generales socio-demográficas
2. Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de la enfermedad y más de 3 años con la misma
3. Posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional y el diagnóstico y las características generales socio-demográficas
4. Correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de las pruebas psicológicas

La primera parte es esencialmente descriptiva. Pretende solo hacer una caracterización general de la muestra desde el punto de vista del diagnóstico y de las principales variables sociodemográficas. De todas maneras es importante, porque permite demostrar que ambos grupos de estudio (pacientes con debut

reciente de la enfermedad y pacientes con más de 3 años de la misma) son homogéneos respecto a todas estas variables. En otras palabras estas variables generales no constituyen factores de confusión en el análisis fundamental de la estructura de la inteligencia emocional. Se utilizan estadísticos descriptivos, tablas de contingencia (con los clásicos tests chi-cuadrado: Pearson y Fisher) para comparar las variables discretas y tests no paramétricos de comparación de grupos independientes, en particular el test de Mann-Whitney para comparar las edades.

La segunda parte del trabajo responde al primero de los objetivos fundamentales, a saber, la caracterización de la estructura de la inteligencia emocional y su comparación entre los 2 grupos de pacientes con diferentes años de tenencia de la enfermedad. Aquí se hace primero un análisis univariado, utilizando estadísticas descriptivas y el test de Mann-Whitney de comparación de grupos independientes. Después se hace un análisis multivariado, esto es se comparan las tres dimensiones simultáneamente (atención, claridad y reparación emocional) entre los dos grupos utilizando la técnica de Análisis Discriminante. Después se hace un análisis factorial, específicamente un Análisis de Componentes Principales pretendiendo encontrar un único factor, componente o constructo que resuma la información de las tres dimensiones en algún sentido y que sea capaz de explicar la mayor parte de la variabilidad de la muestra. Este factor o constructo se correlaciona con las tres dimensiones originales y finalmente se compara entre los grupos utilizando pruebas paramétricas y sus alternativas no paramétricas. Este constructo promete convertirse además en una guía esclarecedora en los análisis ulteriores del presente trabajo

La tercera parte del trabajo responde al segundo objetivo, específicamente las posibles relaciones o independencia de la estructura de la inteligencia emocional con el diagnóstico y las características generales socio-demográficas. Nuevamente se utilizan técnicas paramétricas o no paramétricas de comparación de grupos en dependencia del nivel de medición de las variables. Pero en

cualquier caso todas las pruebas paramétricas se corroboran con las alternativas no paramétricas correspondientes (test de Mann-Whitney como alternativa no paramétrica del test de Student y test de Kruskal-Wallis como alternativa no paramétrica del análisis de varianza de Fisher-Levene)

La cuarta y última parte del trabajo se dedica al tercer objetivo, a saber la posible correlación entre los resultados de la caracterización de la estructura de la inteligencia emocional con el resto de los test psicológicos aplicados. Ello se hace mediante análisis de correlación no paramétrico (correlación Tau-b de Kendall). Los gráficos son aquí muy ilustrativos de las tendencias correlacionadas de los resultados de estas pruebas psicológicas.

Para aliviar las posibles imprecisiones que puedan surgir por el tamaño inevitablemente reducido de la muestra y evitar el uso de significaciones “asintóticas” que serían solo válidas en muestras muy grandes, cada vez que se usa una prueba no paramétrica se utilizan las técnicas de Monte Carlo para simular 10000 muestras con una distribución similar a los datos reales de la variable que está siendo objeto de comparación. Así la significación se calcula como el promedio de 10000 significaciones y se estima incluso un intervalo de confianza del 99% para la misma. Cuando en un test es factible además (desde el punto de vista que la capacidad de la computadora lo permite) se calcula y reporta la significación en forma exacta.

En general, al comparar los grupos o al establecer correlaciones, consideramos significativos los resultados que arrojan una significación menor que 0.05. Si además la significación es menor que 0.01, se consideran altamente significativos. Si la significación no es menor que 0.05, pero al menos es menor que 0.10 se consideran medianamente significativos. Si la significación es mayor que 0.10 se considera que no hay significación, pero incluso en estos casos se comenta cual puede ser la tendencia. Cada vez que se entiende conveniente para facilitar la visualización de los resultados, las tablas se acompañan de gráficos y ellos son

particularmente importantes en el cumplimiento del tercer objetivo del trabajo donde se establecen correlaciones (no necesariamente lineales, pero si significativas) entre los resultados de las pruebas psicológicas

2.2. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

De acuerdo a los objetivos, el procesamiento estadístico, se resume para su claridad en 4 partes:

5. Descripción de la muestra desde el punto de vista del diagnóstico y características generales socio-demográficas (Tablas 1 a 6)
6. Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de la enfermedad y más de 3 años con la misma (Tablas 7 a 12)
7. Posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional y el diagnóstico y las características generales socio-demográficas (Tablas 13 a 22)
8. Correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de las pruebas psicológicas (Tablas 23 a 28).

A continuación se comentan cada una de estas partes del procesamiento.

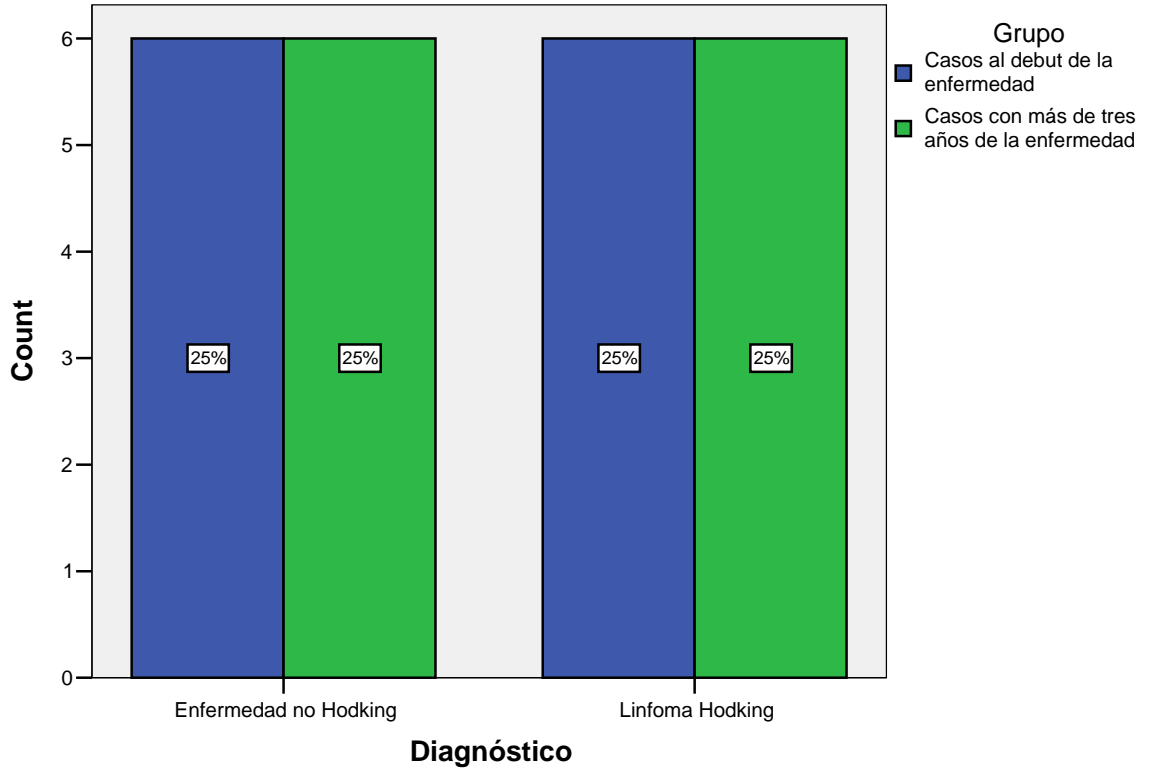
Descripción de la muestra desde el punto de vista del diagnóstico y características generales socio-demográficas

Tabla 1. Composición de la muestra de acuerdo al diagnóstico

Diagnóstico * Grupo Crosstabulation

			Grupo		Total
			Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	
Diagnóstico	Enfermedad no Hodking	Count	6	6	12
		% within Grupo	50.0%	50.0%	50.0%
	Linfoma Hodking	Count	6	6	12
		% within Grupo	50.0%	50.0%	50.0%
Total		Count	12	12	24
		% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Bar Chart



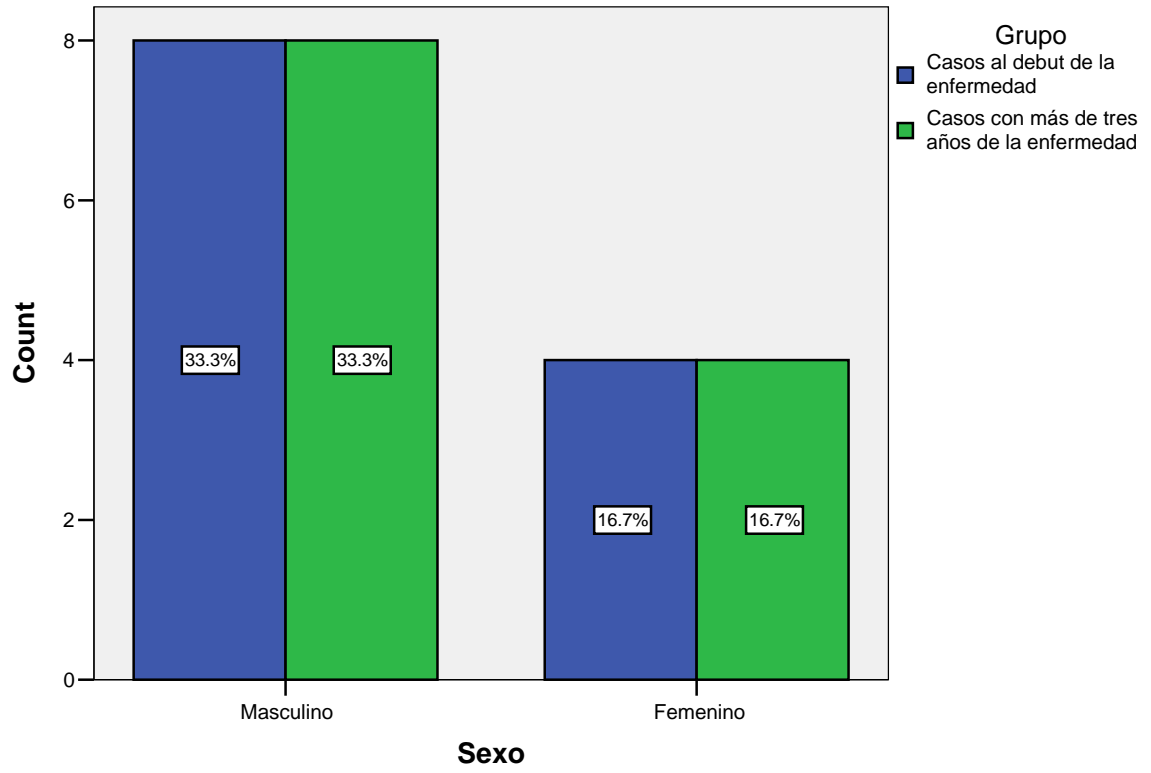
La tabla 1 ilustra la muestra de casos de acuerdo al diagnóstico. Queda claro que la muestra se compone de idéntico número de casos recién diagnosticados que con más de tres años de la enfermedad en cada uno de los dos diagnósticos posibles (enfermedades no Hodking y Linfoma Hodking). A esto puede añadirse que también se logró una equivalencia de los grupos desde el punto de vista de las variantes de la enfermedad (bajo grado de malignidad en el caso de enfermedad no Hodking y esclerosis nodular en el caso de los Linfoma Hodking). Resulta conveniente señalar que siguiendo consideraciones éticas, todos los pacientes incluidos en la investigación, se les puso en conocimiento acerca de los objetivos de la investigación, requiriendo su autorización por escrito en un acta de consentimiento informado. (Ver anexo #).

Tabla 2. Estructura de la muestra por sexos

Sexo * Grupo Crosstabulation

			Grupo		Total
			Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	
Sexo	Masculino	Count	8	8	16
		% within Grupo	66.7%	66.7%	66.7%
	Femenino	Count	4	4	8
		% within Grupo	33.3%	33.3%	33.3%
Total		Count	12	12	24
		% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Bar Chart

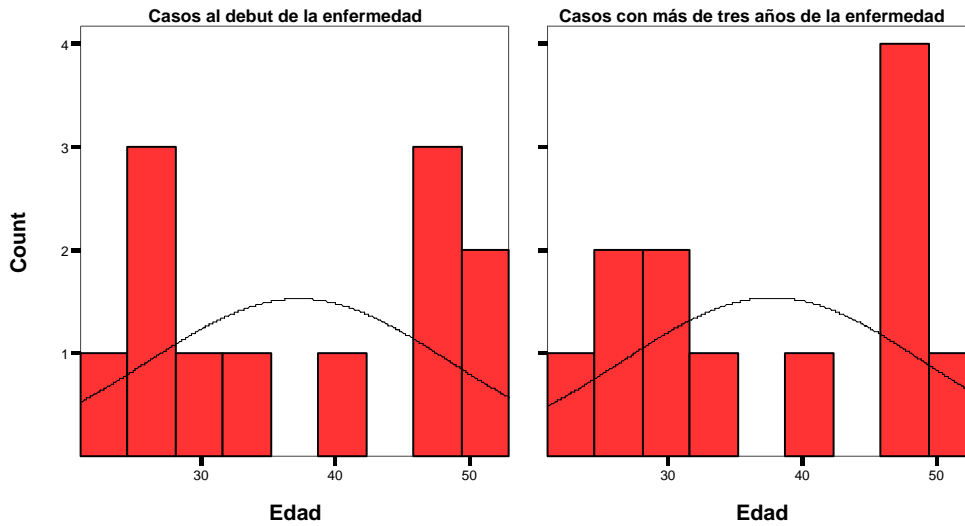


En la tabla 2 se caracteriza la muestra de acuerdo al sexo. Predominan los pacientes masculinos en ambos grupos, pero de forma idéntica, de manera que ambos grupos presentan la misma distribución de pacientes según el sexo.

Se debe tener en cuenta que en estudios realizados al reportar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, los Linfomas (independientemente de su clasificación) afectan con mayor frecuencia al sexo masculino que al femenino.

Tabla 3. Edad de los pacientes por grupos

Edad de los pacientes por grupos



Edad

	Grupo		
	Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	Total
Mean	37.33	37.83	37.58
Std. Deviation	11.155	11.077	10.874
Median	37.00	37.00	37.00
Minimum	23	21	21
Maximum	52	53	53
Kurtosis	-1.900	-1.719	-1.698
Std. Error of Kurtosis	1.232	1.232	.918
Skewness	.029	-.081	-.024
Std. Error of Skewness	.637	.637	.472

En la tabla 3 se muestra la estructura de los grupos por edad y las estadísticas generales de esta variable. En ambos grupos la edad promedio está alrededor de los 37 años y tiene una desviación estándar de aproximadamente 11 años. El caso más joven de debut reciente tiene 23 años y en el grupo con más de tres años de enfermedad, 21. Los casos más adultos en ambos grupos tienen 52 y 53 años respectivamente. Otras estadísticas de la edad muestran también comportamientos similares como se puede apreciar en la tabla. Finalmente se aplica un test de Mann Whitney para comprobar que los rangos medios de la edad no se diferencian entre grupos. Efectivamente, el test tiene significación 0.785 (con el 99% de confianza, la significación está entre 0.774 y 0.796, mucho mayor siempre que 0.05), por lo cual no hay ninguna razón por la cual esperar que los grupos se diferencien por su edad.

El comportamiento de la edad en la muestra estudiada se manifiesta de manera similar en los reportes de la literatura revisada. Es frecuente la aparición del Linfoma no Hodgkin entre los y años, mientras que la Enfermedad de Hodgkin es más frecuente que aparezca entre los y años.

Tabla 4. Nivel de escolaridad por grupos de pacientes.

Nivel de Escolaridad * Grupo Crosstabulation

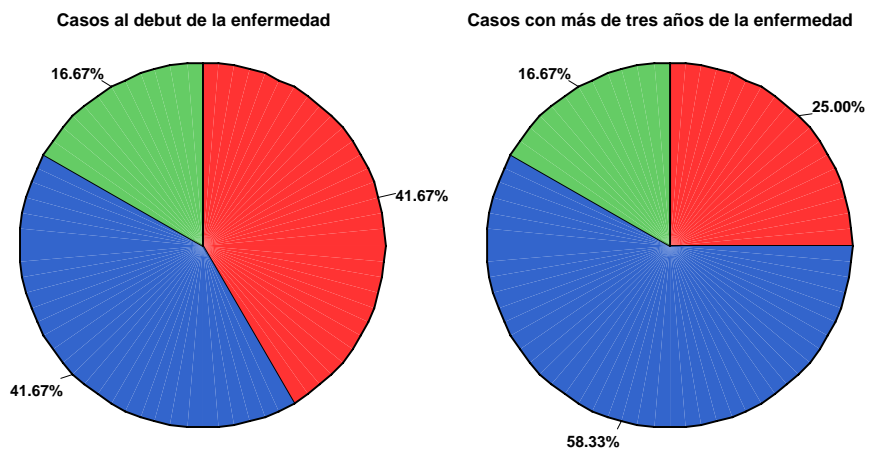
			Grupo		Total
			Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	
Nivel Esc	9no. grado	Count	5	3	8
		% within Grupo	41.7%	25.0%	33.3%
	Grado 12 o TM	Count	5	7	12
		% within Grupo	41.7%	58.3%	50.0%
	Universitario	Count	2	2	4
		% within Grupo	16.7%	16.7%	16.7%
Total	Count	12	12	24	
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
			Sig.	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.833	2	.855 ^a	.846	.864
Fisher's Exact Test	.962		.855 ^a	.846	.864

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Nivel de escolaridad por grupos



En la tabla 4 se caracteriza el nivel de escolaridad por grupos de pacientes. En general, en ambos grupos aproximadamente la mitad tienen grado 12 o equivalente (nivel de técnico medio). La estructura de la muestra de acuerdo con el nivel de escolaridad no se diferencia tampoco por grupos (significación del test de Fisher 0.855, mucho mayor que 0.05). Consideramos que los pacientes seleccionados debían tener un funcionamiento intelectual normal con el objetivo que fueran capaces de valorar y comprender las instrucciones dadas para la ejecución de las técnicas aplicadas y que nivel escolar resultara un indicador indirecto de este funcionamiento intelectual.

Tabla 5. Estado civil de los pacientes por grupos

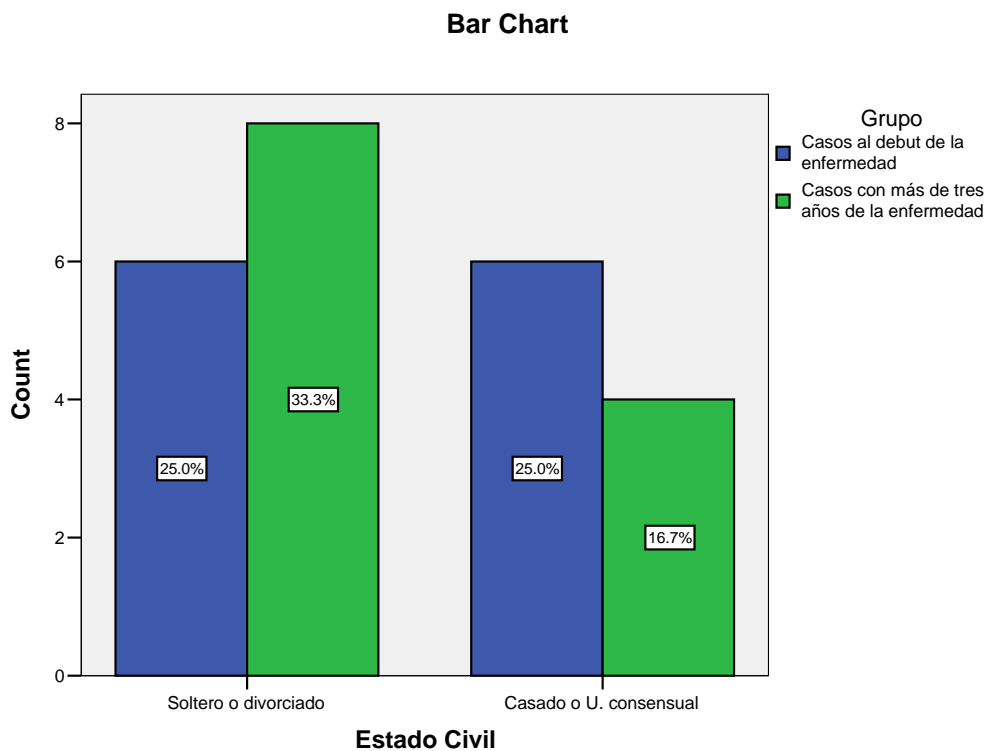
Estado Civil * Grupo Crosstabulation

			Grupo		Total
			Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	
Estado Civil	Soltero o divorciado	Count	6	8	14
		% within Grupo	50.0%	66.7%	58.3%
	Casado o U. consensual	Count	6	4	10
		% within Grupo	50.0%	33.3%	41.7%
Total		Count	12	12	24
		% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests^a

	Value	df	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.686	1	.680
Fisher's Exact Test			.680

a. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

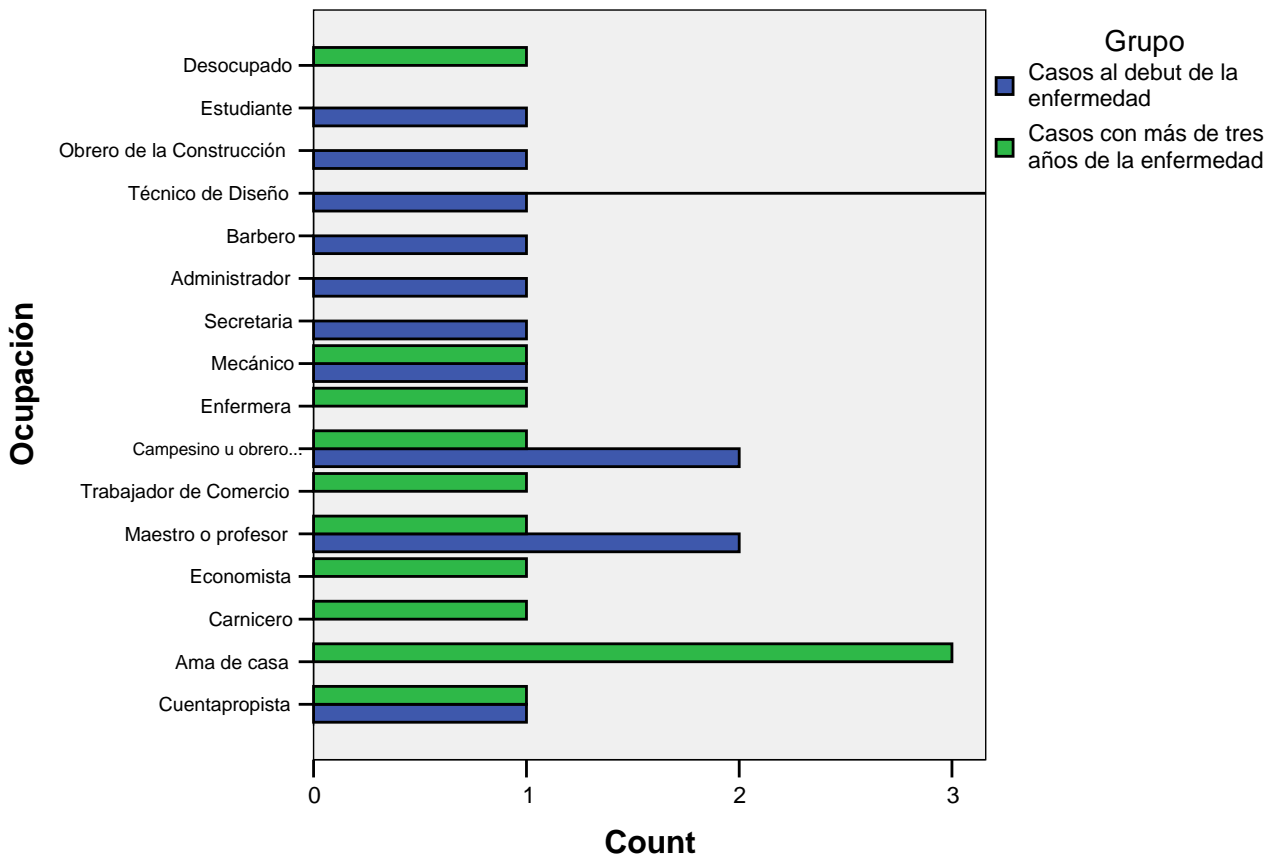


La Tabla 5 refleja el “estado civil” de los pacientes por grupos. Escribimos aquí estado civil entre comillas, para llamar la atención de que lo hemos dicotomizado, esto es, desde el punto de vista de nuestra investigación pueden ser equivalentes y hemos unido los casos “soltero y divorciado” (de hecho “divorciado” no es un estado civil oficial en Cuba) y “casado o unión consensual”, con independencia del real estado civil, porque representa la presencia de una pareja permanente. Se demuestra que tampoco hay desde el punto de vista del estado civil, una diferencia entre los grupos (significación 0.680 >>0.05). (Discusión)

Tabla 6. Ocupación de los pacientes por grupos.

	Grupo				Total	
	Casos al debut de la enfermedad		Casos con más de tres años de la enfermedad			
	Count	% within Grupo	Count	% within Grupo	Count	% within Grupo
Desocupado			1	8.3%	1	4.2%
Estudiante	1	8.3%			1	4.2%
Obrero de la Construcción	1	8.3%			1	4.2%
Técnico de Diseño	1	8.3%			1	4.2%
Barbero	1	8.3%			1	4.2%
Administrador	1	8.3%			1	4.2%
Secretaria	1	8.3%			1	4.2%
Mecánico	1	8.3%	1	8.3%	2	8.3%
Enfermera			1	8.3%	1	4.2%
Campesino u obrero agrícola	2	16.7%	1	8.3%	3	12.5%
Trabajador de Comercio			1	8.3%	1	4.2%
Maestro o profesor	2	16.7%	1	8.3%	3	12.5%
Economista			1	8.3%	1	4.2%
Carnicero			1	8.3%	1	4.2%
Ama de casa			3	25.0%	3	12.5%
Cuentapropista	1	8.3%	1	8.3%	2	8.3%
Total	12	100.0%	12	100.0%	24	100.0%

Bar Chart



Por último la Tabla 6 muestra la ocupación de los pacientes por grupos. Esta tabla tiene un carácter puramente descriptivo. No es factible hacer una comparación estadística entre los grupos por el amplio espectro de ocupaciones posibles. Pero además, no es el centro del trabajo. Se puede comentar que las ocupaciones que más se repitieron fueron las de Campesino u obrero agrícola, Maestro o profesor y Ama de casa, seguida por trabajadores de la mecánica y cuentapropistas. Resultando la preocupación y no la ocupación lo más influyente.

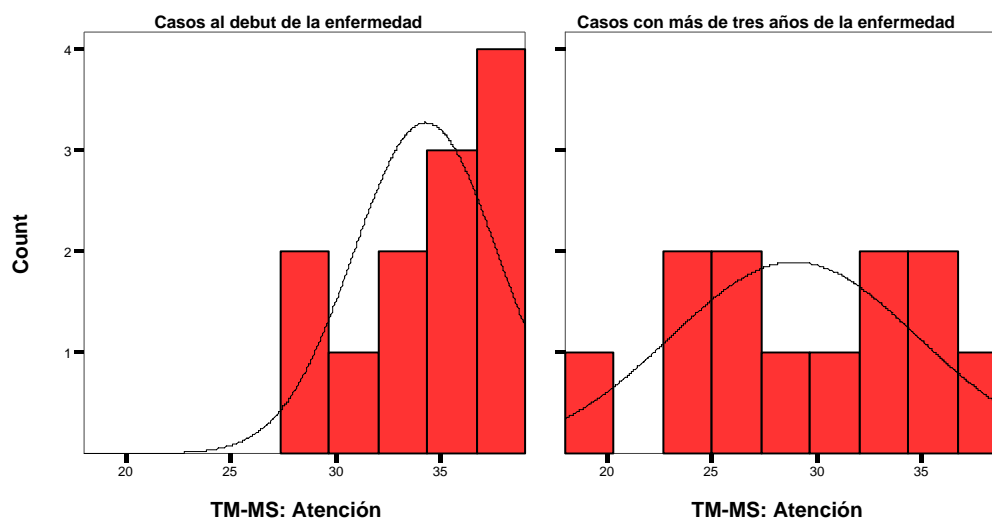
En definitiva en esta primera parte del trabajo se caracteriza la muestra y se ilustra que los grupos que van a ser objeto de comparación son completamente homogéneos desde el punto de vista del diagnóstico y de características generales sociodemográficas.

Caracterización de la inteligencia emocional y comparación entre los sujetos con debut reciente de la enfermedad y más de 3 años con la misma

Esta parte del análisis responde al 1er objetivo y el más importante del trabajo. Tratamos de caracterizar aquí la estructura de la inteligencia emocional de los pacientes, medida a través del TM-MS y compararla entre los casos con debut reciente de la enfermedad y más de 3 años con la misma.

Tabla 7. Comparación de la atención medida por el TM-MS entre los grupos

Concentración de la atención



TM-MS: Atención

	Grupo		
	Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	Total
Mean	34.25	28.92	31.58
Std. Deviation	3.415	5.900	5.445
Median	35.00	29.50	32.00
Minimum	29	18	18
Maximum	39	38	39
Kurtosis	-1.147	-.644	.096
Std. Error of Kurtosis	1.232	1.232	.918
Skewness	-.355	-.237	-.768
Std. Error of Skewness	.637	.637	.472

Ranks

Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TM-MS: Atención Casos al debut de la enfermedad	12	15.83	190.00
Casos con más de tres años de la enfermedad	12	9.17	110.00

Test Statistics

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Monte Carlo Sig. (1-tailed)		
			Sig.	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
TM-MS: Atención	32.000	110.000	.011 ^a	.008	.014

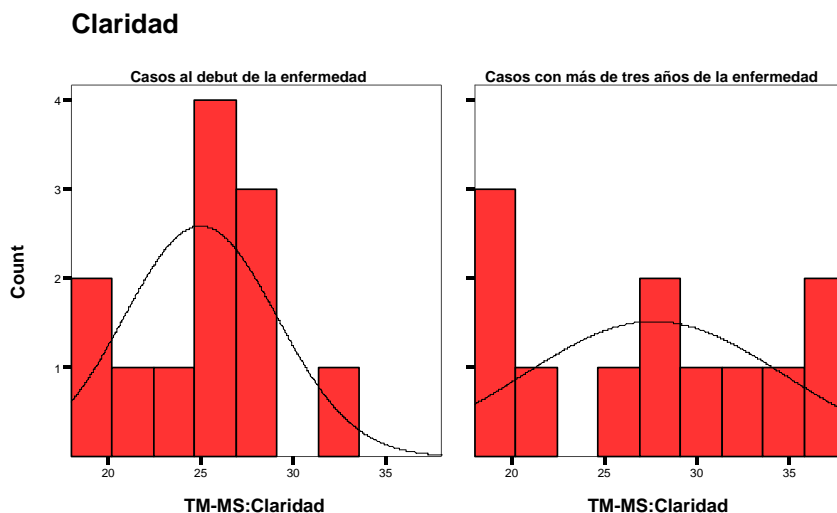
a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 303130861.

La Tabla 7 muestra por ejemplo, los niveles de concentración de la atención. El gráfico superior ilustra que tales niveles son más altos en el grupo de debut reciente, como se podía esperar. Las estadísticas descriptivas de esta variable lo reflejan también (medias 34.25 y 28.92 en los grupos respectivos). Hay que decir sin embargo, que es mayor la variabilidad de esta medida en el grupo con la enfermedad más prolongada (compárense los valores de la desviación estándar y los valores mínimo y máximo en cada grupo). El test de Mann Whitney demuestra, como se esperaba, que los rangos medios de la atención son significativamente mayores en el grupo de debut reciente (significación $0.011 < 0.05$).

A partir del modelo de habilidad para evaluar la Inteligencia Emocional se han generado diferentes instrumentos. Uno de los más utilizados ha sido el Trait Meta Mood Scale, que evalúan lo que Salovey y Mayer denominaron Inteligencia Emocional Percibida, es decir el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales, las creencias sobre sus propias capacidades de atención, claridad y reparación emocional intrapersonal, evaluando por tanto las cualidades más estables de la propia conciencia de nuestras emociones y la capacidad para dominarlas.

Estos resultados se corresponden con reportes encontrados en la literatura donde se expresa que el diagnóstico, tratamiento y secuelas de las enfermedades oncológicas constituyen un acontecimiento vital altamente estresante donde el paciente se ve sometido a múltiples demandas, produciéndose una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos, según autores Cruzado y Olivares ().

Tabla 8. Comparación de la claridad medida por el TM-MS entre los grupos



TM-MS:Claridad

	Grupo		
	Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	Total
Mean	25.00	27.67	26.33
Std. Deviation	4.112	7.011	5.784
Median	26.00	28.00	26.00
Minimum	18	18	18
Maximum	33	38	38
Kurtosis	.467	-1.439	-.620
Std. Error of Kurtosis	1.232	1.232	.918
Skewness	-.104	-.020	.316
Std. Error of Skewness	.637	.637	.472

Ranks

Grupo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TM-MS:Claridad	Casos al debut de la enfermedad	12	10.88	130.50
	Casos con más de tres años de la enfermedad	12	14.13	169.50

Test Statistics

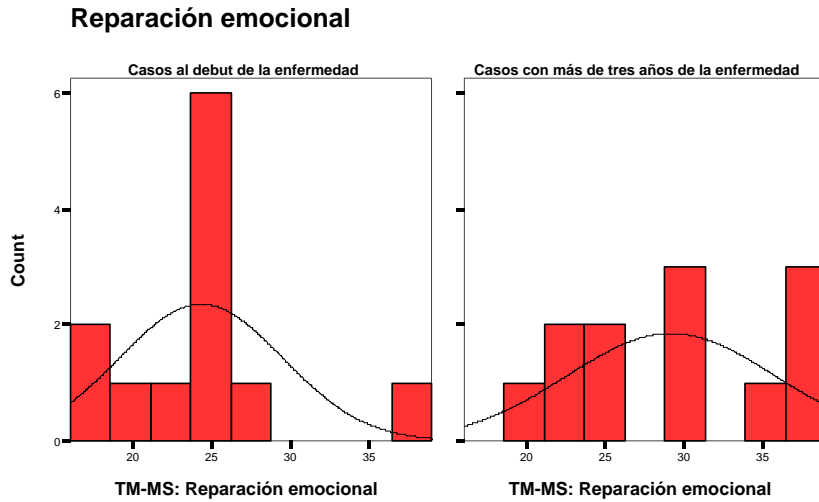
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Monte Carlo Sig. (1-tailed)		
			Sig.	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
TM-MS:Claridad	52.500	130.500	.134 ^a	.125	.143

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 221623949.

En la Tabla 8 se hace un análisis similar respecto a la claridad, otra de las dimensiones de la inteligencia emocional medida por el TM-MS. Aquí se observa también la tendencia esperada: la claridad tiende a ser mayor en la medida que transcurren más años con la enfermedad. Véanse las estadísticas descriptivas y además los rangos medios estimados con el criterio de Mann Whitney (10.88 vs.14.13). Con todo, el estadístico de Mann Whitney no llega a considerar esta diferencia como significativa ($0.134 > 0.05$) pero la tendencia es la esperada.

Se hace necesario esclarecer que tiende a clarificarse mejor las emociones en la medida que transcurren los años de la enfermedad teniendo en cuenta que los pacientes seleccionados con más de tres años del diagnóstico se encuentran en una fase de meseta donde la gama sintomática no es tan florida como al inicio de la enfermedad. La estabilidad desde el punto de vista Hematológico irradia hacia las demás esferas, además que el paso del tiempo ha dado la posibilidad de establecer sus estilos de afrontamiento a la enfermedad y un aprendizaje con respecto a la misma (), ().

Tabla 9. Comparación de la Recuperación Emocional medida por el TM-MS entre los grupos



TM-MS: Reparación emocional

	Grupo		
	Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	Total
Mean	24.33	29.17	26.75
Std. Deviation	5.193	6.603	6.313
Median	24.50	29.00	25.00
Minimum	16	21	16
Maximum	37	39	39
Kurtosis	2.979	-1.614	-.465
Std. Error of Kurtosis	1.232	1.232	.918
Skewness	.926	.212	.580
Std. Error of Skewness	.637	.637	.472

Ranks

Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TM-MS: Reparación emocional			
Casos al debut de la enfermedad	12	10.38	124.50
Casos con más de tres años de la enfermedad	12	14.63	175.50

Test Statistics

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Monte Carlo Sig. (1-tailed)		
			Sig.	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
TM-MS: Reparación emocional	46.500	124.500	.074 ^a	.068	.081

a. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1502173562.

En la Tabla 9 se refleja el análisis similar respecto a la reparación emocional. También se evidencia la tendencia a mejorar en la medida que transcurren más años de la enfermedad. Ver las estadísticas descriptivas y los rangos medios del test de Mann Whitney (10.38 y 14.63). En el caso de esta variable, dicho test concluye que las diferencias son al menos medianamente significativas (significación 0.074, con intervalo de confianza 0.068-0.081, no menor que 0.05 pero al menos menor que 0.10).

Como se puede apreciar en los elementos incluidos en la tabla # 9 la comparación estadística al aplicar la u m indicó la existencia de diferencias entre los grupos en cuanto a la reparación emocional estando muy afectada la misma en los casos de debut de la enfermedad.

Por el carácter reducido de la muestra, no era razonable esperar una diferencia altamente significativa en todas y cada una de las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la inteligencia emocional. Al menos se reflejan las tendencias esperadas y es recomendable el análisis multivariado de las tres en su conjunto, que si puede ser más significativo. Ello se hace en la Tabla 10 con un análisis discriminante. Normalmente un análisis discriminante intenta encontrar una función de varias variables (en este caso Atención, Claridad y Recuperación Emocional) que sea capaz de identificar al grupo que pertenece el paciente. Con ello logra demostrar que tal conjunto de variables es capaz de diferenciar a los grupos, y además, permite ganar claridad en cuáles entre las anteriores, son las que más lo distinguen.

El análisis discriminante en nuestro caso fue al menos medianamente significativo (significación 0.085, no menor que 0.05 pero menor que 0.10). La primera subtabla ilustra la función discriminante en cuestión, que resulta:

$$F = 4.131 - 0.156 * \text{Atención} + 0.099 * \text{Claridad} + 0.127 * \text{Rep.Emo.}$$

Si esta función se evalúa con las puntuaciones de Atención, Claridad y Rep.Emo. debe resultar en un valor negativo (alrededor de -0.591) en los casos de debut reciente y un valor positivo (alrededor de 0.591) en los de enfermedad más prolongada. Al menos ello debe ocurrir así en la mayoría de la muestra, para que el análisis discriminante sea significativo. Y efectivamente, la siguiente subtabla demuestra que ello se cumple al menos en el 75% de los casos que estudiamos, esto es, solo se “equivoca” en 3 de los 12 casos de cada grupo.

Tabla 10. Comparación multivariada entre los grupos mediante un análisis discriminante

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
TM-MS: Atención	-.156
TM-MS:Claridad	.099
TM-MS: Reparación emocional	.127
(Constant)	4.131

Sig. del chi-cuadrado 0.085

Functions at Group Centroids

Grupo	Function
	1
Casos al debut de la enfermedad	-.591
Casos con más de tres años de la enfermedad	.591

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Results^a

			Predicted Group Membership		Total
			Casos al debut de la enfermedad	Casos con más de tres años de la enfermedad	
Original	Count	Grupo			
			Casos al debut de la enfermedad	9	3
		Casos con más de tres años de la enfermedad	3	9	12
	%	Casos al debut de la enfermedad	75.0	25.0	100.0
		Casos con más de tres años de la enfermedad	25.0	75.0	100.0

a. 75.0% of original grouped cases correctly classified.

Structure Matrix

	Function
	1
TM-MS: Atención	-.936
TM-MS: Reparación emocional	.688
TM-MS:Claridad	.393

La llamada matriz de estructura (la última de las subtablas de la Tabla 10) muestra los coeficientes de correlación de cada variable con la función discriminante y ello nos da una medida del orden de importancia de cada una de las dimensiones de la estructura de la inteligencia para distinguir los grupos. En efecto, lo que más lo distingue es la atención pues tiene el coeficiente de correlación más alto en valor absoluto y además negativo. Esto significa que en la medida que pasan más años en la enfermedad, la concentración de la atención tiende a decrecer. Le sigue en orden la reparación emocional, con un coeficiente de correlación positivo que indica que tiende a crecer en la medida que pasan más años de la enfermedad y por último la claridad, con un coeficiente de correlación menos marcado, pero también positivo, según se podía esperar. Definitivamente el análisis discriminante corrobora, desde el punto de vista multivariado, lo que antes habíamos observado.

Estos resultados nos inspiran a buscar un constructo “único” que en cierto sentido resuma los niveles de las tres dimensiones que caracterizan la estructura de la inteligencia emocional. Hablamos aquí de “constructo” como sinónimo de “componente esencial”, “concepto subyacente” “variable no observada directamente”. No se trata de una selección de una de las variables “atención”, “claridad” y “reparación emocional”, sino de una combinación de ellas en una única variable, que sea capaz de explicar la mayor parte de la varianza de la muestra.

De hecho tal constructo podría ser la variable F determinada por el análisis discriminante anterior, pero esta expresión fue estimada tratando de distinguir los grupos que conocíamos de antemano, esto es con una técnica de “aprendizaje supervisado”. Intentaremos encontrar el constructo con un aprendizaje no supervisado, para que ella resulte positiva, en los casos de alto nivel de inteligencia emocional y negativa en el caso contrario, independientemente de en que grupo esté el paciente. Ello se logra con una técnica de análisis de componentes principales, teniendo la esperanza de que dicha técnica reporte que basta una sola componente principal para el logro de tal objetivo.

Posteriormente como aparece reflejado se aplicó un análisis discriminante con la intención de encontrar una función de varias variables en este caso incluyendo los resultados atención emocional claridad y reparación emocional que sea capaz de identificar al grupo a que pertenecen estos pacientes según esta función y con ello distinguir las variables que mejor diferencian los casos en estudio.

Como se demuestra en los resultados estadísticos, en la mayoría de los casos, 75 %, es factible la diferenciación grupal a partir del análisis discriminante llevaron a la búsqueda de un constructo único que resumiera las 3 dimensiones que caracterizan la estructura de la Inteligencia Emocional y permitiera una aproximación a las relaciones internas que existen entre estos elementos, lo que podría explicar cómo la atención emocional puede fomentar la reparación emocional, o la combinación de ambas ofrece al paciente la mayor claridad. Este análisis lógico permite al investigador explicar estadísticamente la relación entre la Inteligencia Emocional positiva y negativa en los casos de estudio, a partir de este momento se decide el empleo del análisis de componentes principales.

Tabla 11. Determinación de un constructo resumen que permita caracterizar la estructura de la inteligencia emocional, mediante Análisis de Componentes Principales

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.579
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	40.453
	df	3
	Sig.	.000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.327	77.572	77.572	2.327	77.572	77.572
2	.559	18.639	96.211			
3	.114	3.789	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component
TM-MS: Reparación emocional	.957
TM-MS:Claridad	.896
TM-MS: Atención	-.780

Reproduced Correlations

		TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Reproduced Correlation	TM-MS: Atención	.609 ^a	-.699	-.747
	TM-MS:Claridad	-.699	.802 ^a	.857
	TM-MS: Reparación emocional	-.747	.857	.916 ^a

a. Reproduced communalities

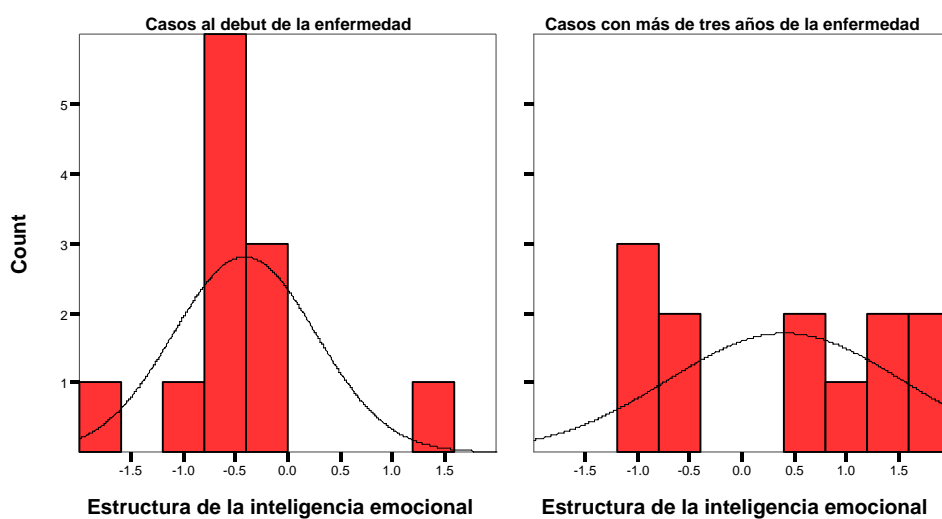
Los resultados principales del Análisis de Componentes Principales se muestran en la Tabla 11. Efectivamente, el test de Bartlett's muestra que las variables están significativamente correlacionadas, lo cual es imprescindible para este análisis y la adecuación de la muestra (0.579 según la medida de Kaiser-Meyer-Olkin) declara que se pueden obtener resultados aceptables. La siguiente subtabla demuestra que se puede conseguir un factor o componente principal que es capaz por sí solo de explicar el 77.57% de la variabilidad total de la muestra. La matriz de las componentes ilustra que a dicho factor contribuyen positivamente la reparación emocional (correlación 0.957) y la claridad (correlación 0.896) y negativamente la atención (correlación -0.780), todo lo cual se corresponde con que podíamos esperar para que dicho constructo tuviera valores mayores cuando la estructura de la inteligencia emocional fuera mejor y viceversa. La última subtabla demuestra que las correlaciones iniciales entre las variables se mantienen cuando ellas se ven a través de los factores.

Desde el punto psicológico la información ofrecida en las correlaciones que se reflejan indican que la reparación emocional y la claridad se correlacionan positivamente mientras que concentrarse en la atención emocional ofrece correlaciones negativas que a nuestro juicio se asocia a la presencia de rumiaciones, pensamientos negativos de baja autoestima y otras manifestaciones de pensamiento y vivenciar la enfermedad de una manera pesimista, por el contrario la claridad emocional y la capacidad para repararse emocionalmente se ve beneficiada cuando la propia dinámica de la Inteligencia Emocional permite su empleo en aras de una actitud positiva ante la enfermedad, optimismo y bienestar.

Tabla 12. Ilustración de los valores del constructo en los grupos y comparación de los mismos

Ilustración de los valores del constructo que caracteriza la estructura de la inteligencia emocional									
Casos al debut de la enfermedad					Casos con más de 3 años de enfermedad				
Nro.	Atención	Claridad	Rep Emo	Constructo	Nro.	Atención	Claridad	Rep Emo	Constructo
1	38	26	24	-0.5965	1	18	29	37	1.6818
2	35	28	27	-0.0832	2	32	38	39	1.5488
3	37	25	26	-0.4712	3	23	36	37	1.8397
4	33	27	18	-0.6129	4	32	19	22	-0.8231
5	36	24	25	-0.5413	5	24	27	29	0.6580
6	29	33	37	1.2705	6	26	33	35	1.3250
7	32	21	23	-0.6249	7	28	35	31	1.0743
8	31	19	21	-0.8267	8	35	20	22	-0.9414
9	37	26	25	-0.4698	9	35	21	24	-0.7445
10	39	18	16	-1.7117	10	25	30	29	0.7961
11	35	27	26	-0.2149	11	38	26	24	-0.5965
12	29	26	24	-0.0422	12	31	18	21	-0.8933
Means	34.3	25.0	24.3	-0.4104	Means	28.9	27.7	29.2	0.4104
StdDev	3.4	4.1	5.2	0.6822	StdDev	5.9	7.0	6.6	1.1216

Estructura de la inteligencia emocional (constructo)



Comparación del constructo de la estructura de inteligencia emocional entre los dos grupos

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances not assumed	9.756	.005	-2.166	18.158	.044	-.8208	.3790	-1.6165	-.0251

En la Tabla 12 se ilustran los valores de este factor, junto con el de las variables originales en cada caso de la muestra. Se puede observar claramente que el constructo es positivo cuando la atención es menor, la claridad es mayor y la reparación emocional también mayor. Es negativo en el caso totalmente opuesto. Además, ello es así, con independencia de los grupos y podemos entonces percibir las excepciones en estos. Por ejemplo, entre los casos de reciente debut de la enfermedad, predominan los casos con el valor del constructo negativo (media -0.4104), pero hay una excepción (caso 6) que efectivamente tiene niveles bastante bajos de atención y bastante altos de claridad y reparación emocional. Recíprocamente en los casos con más años de enfermedad, predominan los casos con el valor del constructo positivo (media 0.4104), pero hay varias excepciones (casos 4, 8, 9, 11 y 12) y véase que todos ellos tienen o niveles de atención altos y niveles de claridad y de reparación emocional bajos,. Ellos son casos, que con el transcurrir de la enfermedad, no han superado su estado inicial. Estos resultados se visualizan también en los gráficos.

Finalmente, las últimas subtablas demuestran que el valor de este constructo se diferencia significativamente entre los grupos. De hecho la diferencia entre los valores medios (0.4104 y -0.4104) es, según el test de Student significativa (significación $0.044 < 0.05$) y la diferencia entre las desviaciones estándar (0.682 y 1.1216) es, según el test de Levene, es altamente significativa (significación $0.005 < 0.01$). Esto quiere decir que como media, a los varios años se mejora la estructura de la inteligencia emocional, pero no de forma homogénea entre todos los pacientes, de hecho con mayor variabilidad que la que existe al inicio o el debut de la enfermedad.

Además de permitir sacar las conclusiones últimas (bastante precisas) la definición del constructo anterior, nos permite orientarnos o guiarnos en el estudio de correlaciones de la estructura con otros factores, lo que responde a los siguientes dos objetivos del trabajo.

Posibles relaciones entre los niveles de inteligencia emocional y el diagnóstico y las características generales socio-demográficas

Tabla 13. Relación entre la estructura de la inteligencia emocional (a nivel de constructo) y el diagnóstico

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Diagnóstico Enfermedad no Hodking	12	.4330	1.0486	.3027
	Diagnóstico Linfoma Hodking	12	-.4330	.7631	.2203

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Estructura de la inteligencia emocional (constructo)	Equal variances not assumed	5.410	.030	2.3	20.10	.031	.8659	.3744	.0852	1.6466

Significación exacta del test no paramétrico de Mann-Whitney: 0.028.

Estructura de la inteligencia emocional (constructo) según diagnóstico

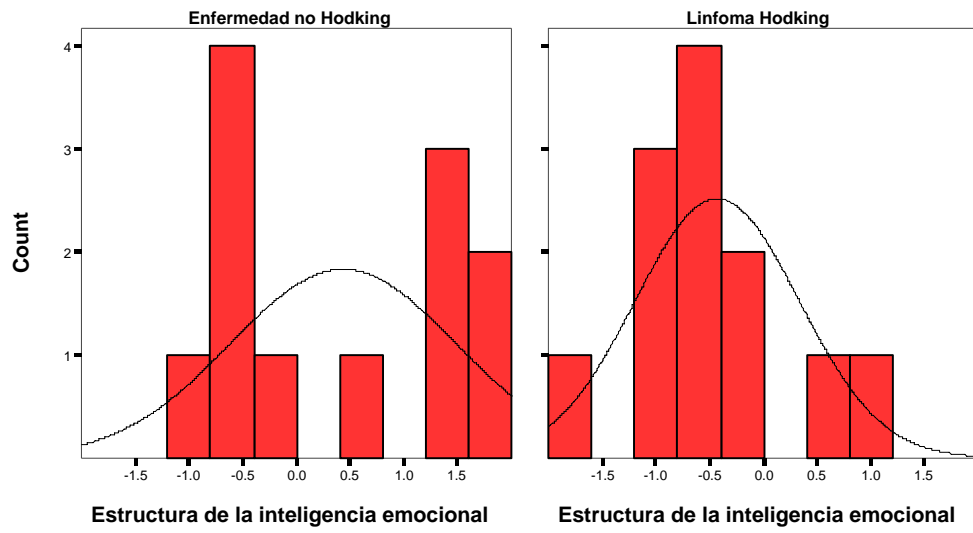


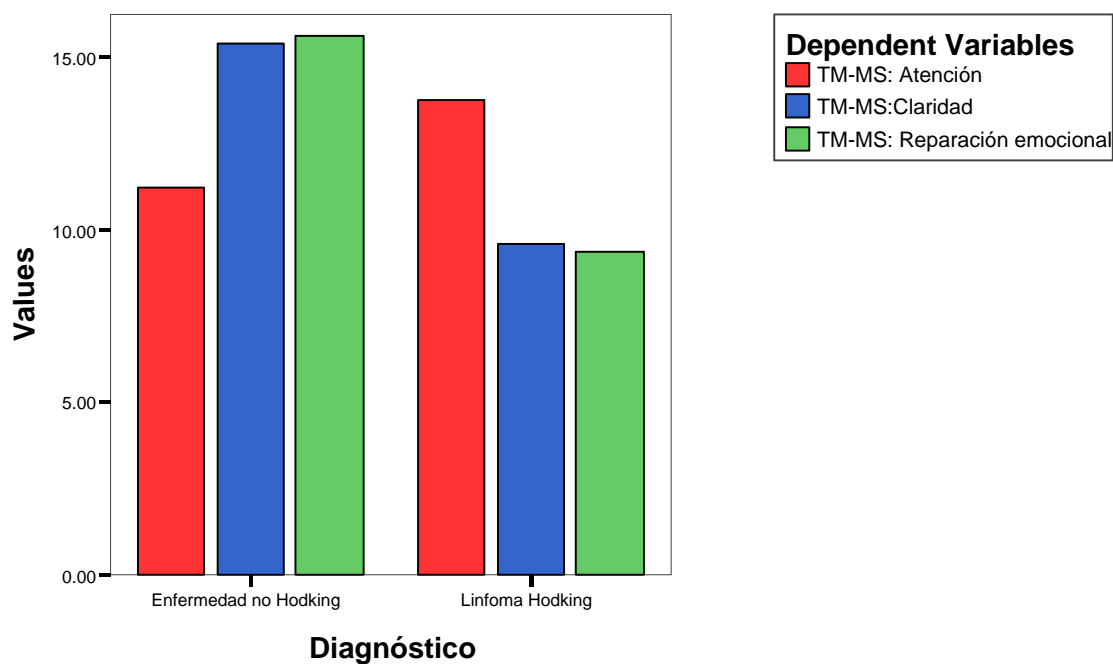
Tabla 14. Detalles de la relación entre las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional y el diagnóstico

Ranks

	Diagnóstico	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TM-MS: Atención	Enfermedad no Hodking	12	11.25	135.00
	Linfoma Hodking	12	13.75	165.00
TM-MS:Claridad	Enfermedad no Hodking	12	15.42	185.00
	Linfoma Hodking	12	9.58	115.00
TM-MS: Reparación emocional	Enfermedad no Hodking	12	15.63	187.50
	Linfoma Hodking	12	9.38	112.50

Ranks

Statistics : Mean Rank



Test Statistics^a

			TM-MS: Atención	TM-MS: Claridad	TM-MS: Reparación emocional
Mann-Whitney U			57.000	37.000	34.500
Wilcoxon W			135.000	115.000	112.500
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.		.205 ^b	.021 ^b	.015 ^b
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.194	.017	.012
		Upper Bound	.215	.025	.018

a. Grouping Variable: Diagnóstico

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

En la Tablas 13 y 14 se analiza la posible relación entre la estructura de la inteligencia emocional y el diagnóstico. Primero se observan y comparan las estadísticas de nuestro constructo sobre la estructura de la inteligencia. Tiene efectivamente una media superior, aunque también mayor dispersión en los casos de enfermedades no Hodking que en los casos de Linforma Hodking y los test de Student y Levene reflejan la significación estadística de ambas comparaciones (0.031 y 0.030 respectivamente, ambas menores que 0.05). Por si hubiera dudas de la normalidad de las variables, un test no paramétrico de Mann Whitney ratifica que los rangos medios son significativamente diferentes (significación $0.028 < 0.05$).

En la Tabla 14 se detalla este resultado a nivel de las dimensiones originales de la estructura observables directamente por el TM-MS. Los rangos medios, según el test de Mann-Whitney para el grupo con enfermedad no Hodking tienden a ser menores para la atención (aunque no de forma significativa: significación $0.205 > 0.05$); pero si mayores significativamente para la claridad (significación $0.021 < 0.05$) y la reparación emocional (significación $0.015 < 0.05$). Todo ello corrobora porque el constructo resumen tiene valores significativamente mejores en los casos de enfermedad no Hodking que en los casos de Linfomas Hodking

En las Tablas 15 y 16 se estudia la relación de la estructura de la inteligencia emocional con el sexo. Según las estadísticas descriptivas del constructo (ver tabla 15), las mujeres tienden a tener mejores valores, pero los test estadísticos no declaran la diferencia entre los sexos como significativa, ni en su media ni en su variación (significación del test de Student $0.533 > 0.05$ y del test de Leven: $0.723 > 0.05$. Comprobación con Mann Whitney: 0.653 , también mayor que 0.05).

Los detalles, a nivel de las dimensiones originales, se aprecian en la tabla 16 y corroboran lo anterior. En efecto parece ser, que las mujeres tienen rangos medios mayores de claridad y de reparación emocional (aunque también ligeramente mayores de atención) pero su diferencia con los hombre no llega a ser significativa (significaciones 0.724 , 0.318 , 0.369 respectivamente en las tres variables, todas mayores que 0.05). Definitivamente, de los datos de la muestra no tenemos ninguna razón para concluir que existan diferencias en la estructura de la inteligencia emocional de los pacientes de diferente sexo.

La posible relación con el nivel de escolaridad se estudia en las tablas 17 y 18. En la Tabla 17 se muestran las estadísticas descriptivas de nuestro constructo que parecen reflejar una tendencia a mejorar con el incremento del nivel de escolaridad pero un análisis de varianza del constructo entre los tres niveles de escolaridad no resulta significativo (significación $0.289 > 0.05$, corroborado también con un análisis de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis que refleja una significación de 0.734 también mayor que 0.05).

Los detalles a nivel de dimensiones originales aparecen en la Tabla 18. Véase los rangos del test de Kruskal Wallis y su ilustración gráfica. Al parecer, la claridad y la reparación emocional son mayores en el grupo de universitarios; pero la concentración de la atención en pacientes de este grupo es mayor que la de los pacientes de grado 12 (y estos son mayoría). La significación de la diferencia entre los pacientes de diferente nivel de escolaridad, no llega a ser significativa en

ninguna de las tres dimensiones (significación del test de Kruskal-Wallis 0.258 0.613 y 0.543 respectivamente, todas mayores que 0.05). Definitivamente, de los datos de la muestra, no tenemos elementos suficientes para apreciar diferencias de los resultados según el nivel de escolaridad.

En la tabla 19 se muestra también la independencia de los resultados de la edad de los pacientes. Realmente la correlación entre el constructo y la edad no es significativa (significación 0.263 > 0.05). Tampoco lo son las correlaciones entre la edad y las dimensiones originales: atención claridad y reparación emocional (significaciones 0.881, 0.382, y 0.230, todas mayores que 0.05)

En las tablas 20 y 21 se analiza la estructura de la inteligencia emocional de acuerdo al estado civil de los pacientes. Hay al parecer (ver Tabla 20), una mejor media del constructo entre los solteros (0.1374) que entre los casados (-0.1923), pero el test de Student demuestra que esta diferencia no puede considerarse significativa (significación 0.438) y el test de Levene demuestra que tampoco hay diferencias en la variabilidad. Todo ello se confirma con el test de Mann-Whitney. La tabla 21 detalla estas relaciones a nivel de dimensiones y confirma la tendencia, pero no marcada significativamente. De hecho los solteros parecen tener mayor claridad y reparación emocional, pero también mayor atención y ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

La Tabla 22, última dentro de este grupo muestra los valores del constructo y de las dimensiones de la estructura de la inteligencia emocional, por ocupaciones. Es puramente descriptiva por las razones ya explicadas antes sobre la variabilidad de la muestra respecto a esta característica sociodemográfica, pero es curioso que los valores mejores se obtienen en los caso del carnicero y el trabajador de comercio, seguidos del desempleado, las amas de casa y los contrapropistas.

En resumen, pretendiendo establecer relaciones entre la estructura de la inteligencia emocional y el diagnóstico y las características generales socio-

demográficas, encontramos correlaciones significativas con el diagnóstico, favorables a los pacientes con enfermedades no Hodking (recuérdese de bajo nivel de malignidad) y solo algunas tendencias, no estadísticamente significativas, favorables al sexo femenino, al nivel de escolaridad más alto y al estado civil sin compromisos; pero se necesitarían más casos para poder establecer conclusiones al respecto de estas tendencias.

Correlaciones entre los niveles de inteligencia emocional y los resultados de las pruebas psicológicas.

En esta cuarta parte del trabajo se hace un estudio de la correlación entre la estructura de la inteligencia con los resultados de las pruebas psicológicas para responder al tercer objetivo de la tesis. En la tabla 23 se estudian las correlaciones no paramétricas entre los resultados de las 5 pruebas. Queda claro en particular que:

- Puntuaciones altas en el BDI se corresponden con puntuaciones bajas en el test de salud mental (significación $0.05 < 0.01$), con puntuaciones bajas en la Escala de Satisfacción (significación $0.000 < 0.01$) y puntuaciones altas en el WSBI
- Puntuaciones altas en el test de salud mental se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI (como antes ya se explicó), puntuaciones bajas de la ansiedad (significación $0.033 < 0.05$) puntuaciones altas en la escala de satisfacción ($0.004 < 0.05$) y bajas en el WSBI (significación 0.027)
- Puntuaciones altas en el STAI-E se corresponden con bajas en el estado de salud mental (significación 0.033) y altas en el WSBI (significación $0.018 < 0.05$)
- Puntuaciones altas en la escala de satisfacción vital se corresponden con puntuaciones bajas en el BDI y altas en el MH-5 como antes se explicó, pero además con puntuaciones bajas en el WSBI.

- Finalmente, puntuaciones altas en el WSBI se corresponden con altas en el BDI y el STAI-E y bajas en el MH-5 y el SWB

Tabla 23. Correlaciones entre las pruebas psicológicas. Relación con la inteligencia emocional a nivel de constructo.

Correlations

			Beck Depression Inventory (BDI)	Salud mental (MH-5)	Estado de ansiedad (STAI-E)	Escala de Satisfacción Vital (SWB)	White Bear Suppression Inventory (WBSI)
Kendall's tau_b	Beck Depression Inventory (BDI)	Correlation Coefficient	1.000	-.436**	.172	-.541**	.402**
		Sig. (2-tailed)	.	.005	.259	.000	.008
	Salud mental (MH-5)	Correlation Coefficient	-.436**	1.000	-.329*	.439**	-.334*
		Sig. (2-tailed)	.005	.	.033	.004	.027
	Estado de ansiedad (STAI-E)	Correlation Coefficient	.172	-.329*	1.000	-.224	.355*
		Sig. (2-tailed)	.259	.033	.	.140	.018
	Escala de Satisfacción Vital (SWB)	Correlation Coefficient	-.541**	.439**	-.224	1.000	-.416**
		Sig. (2-tailed)	.000	.004	.140	.	.005
	White Bear Suppression Inventory (WBSI)	Correlation Coefficient	.402**	-.334*	.355*	-.416**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.008	.027	.018	.005	.

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Estructura de la inteligencia emocional	
		Correlation Coefficient	Sig. (2-tailed)
Kendall's tau_b	Beck Depression Inventory (BDI)	-.542**	.000
	Salud mental (MH-5)	.352*	.020
	Estado de ansiedad (STAI-E)	-.041	.784
	Escala de Satisfacción Vital (SWB)	.407**	.006
	White Bear Suppression Inventory (WBSI)	-.219	.136

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Por otra parte en la misma tabla se observan las correlaciones entre la estructura de la inteligencia artificial medida por nuestro constructo y las 5 pruebas anteriores. Según esta tabla hay una fuerte correlación con el estado de depresión medida por el BDI (altamente significativa y por supuesto correlación negativa), con el estado de salud mental (correlación positiva y significativa) y correlación con la escala de satisfacción vital (también positiva y altamente significativa).

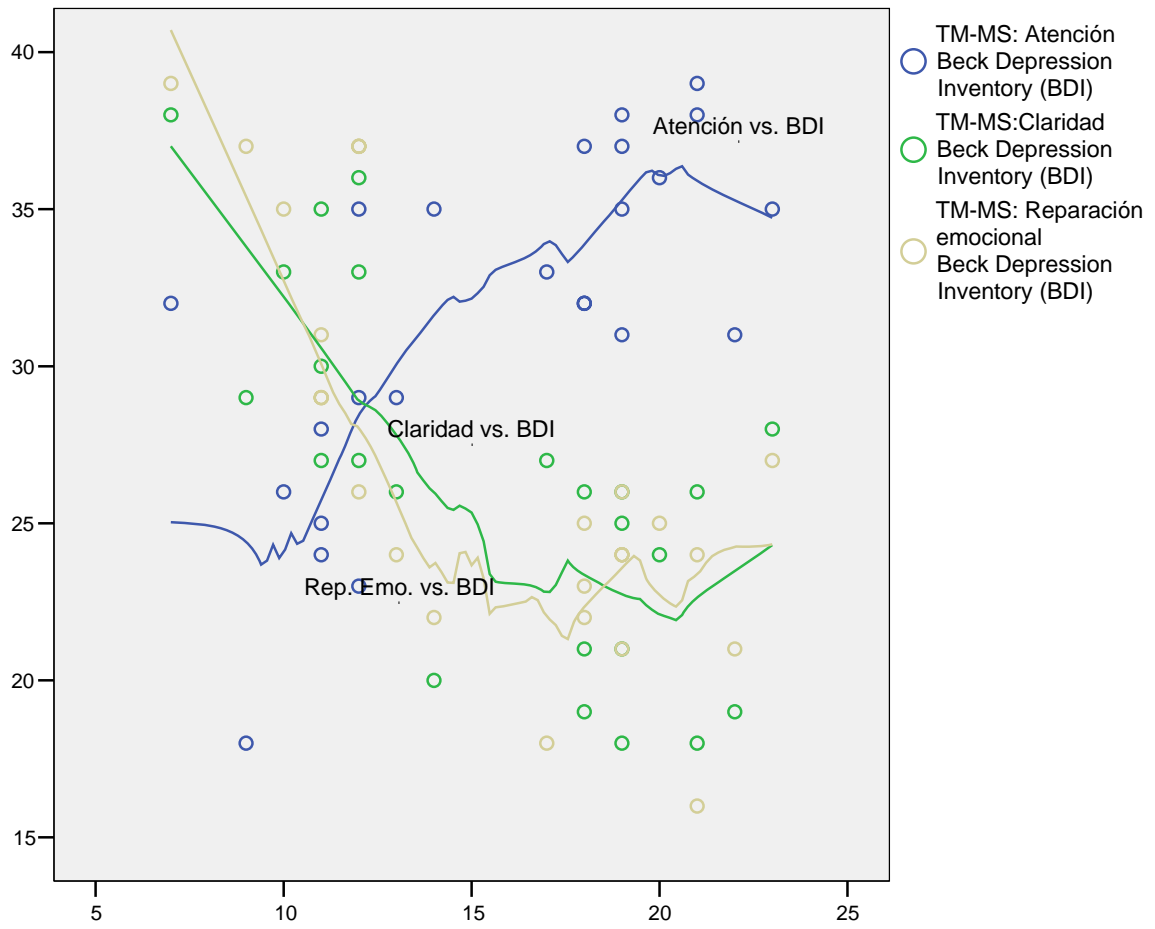
Se hace necesario aclarar, como se ha demostrado que las investigaciones sobre la Inteligencia Emocional percibida han reportado importantes relaciones también respecto a medidas de bienestar, como la depresión, la ansiedad, la salud física y mental, (existiendo evidencias que sugieren que la Inteligencia Emocional permitiría elaborar e integrar de manera correcta los pensamientos intrusivos y rumiativos que acompañan habitualmente a los sucesos altamente extresantes, así como aquellos otros que obedecen a un estrés normal y están presentes en población no clínica Fernández Berrocal, Ramos y Extremera, 2001).

Tabla 24. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y en Beck Depression Inventory (BDI)

Correlations

			Beck Depression Inventory (BDI)
Kendall's tau_b	TM-MS: Atención	Correlation Coefficient	.543**
		Sig. (2-tailed)	.000
	TM-MS:Claridad	Correlation Coefficient	-.532**
		Sig. (2-tailed)	.000
	TM-MS: Reparación emocional	Correlation Coefficient	-.502**
		Sig. (2-tailed)	.001

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Correlaciones entre las dimensiones del TM-MS y el Beck Depression Inventory (BDI)

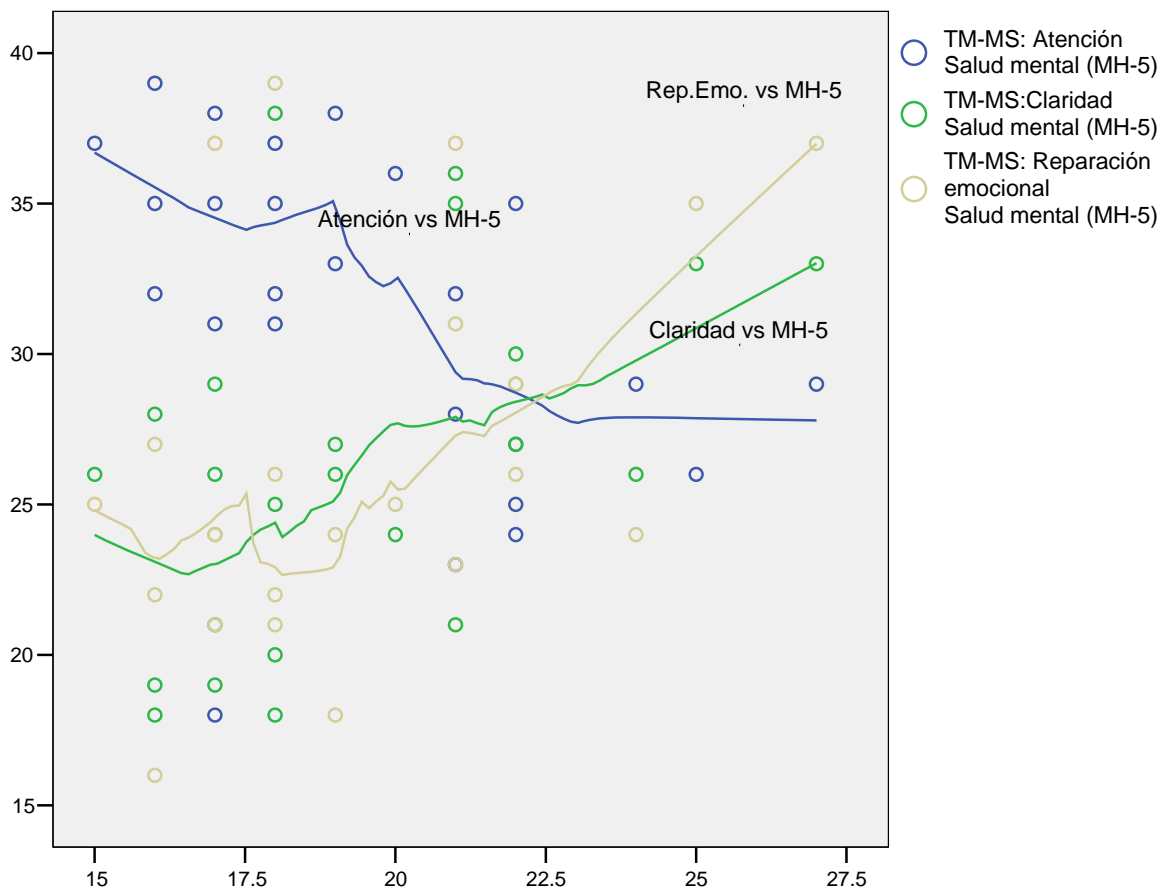
Las tablas siguientes detallan e ilustran gráficamente estos resultados a través de las dimensiones originales del TM-MS. En particular la tabla 24 correlaciona las dimensiones con el BDI. Está claro estadística y gráficamente que en puntuaciones más altas en el BDI se corresponden con puntuaciones más altas en la Concentración de Atención y más bajas en los niveles de Claridad y Reparación emocional. Tales correlaciones son todas altamente significativas.

Esta escala nos ha permitido la medición del síntoma depresivo manifestando que no difiere de la literatura consultada en estudios realizados por Casanova Rodríguez , Herrera Jiménez y Fernández Berrocar en pacientes que padecen trastornos neuróticos se encontraron resultados similares lo cual refuerzan la tesis que en la base de las enfermedades crónicas existen una estratificación neurótica () demostrándose además la incidencia que tiene el metaconocimiento de los estados emocionales (atención, claridad y reparación emocional) en la sintomatología depresiva .

Tabla 25. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el test de Salud Mental (MH-5)

Correlations			Salud mental (MH-5)
Kendall's tau_b	TM-MS: Atención	Correlation Coefficient	-.368*
		Sig. (2-tailed)	.017
	TM-MS:Claridad	Correlation Coefficient	.348*
		Sig. (2-tailed)	.024
	TM-MS: Reparación emocional	Correlation Coefficient	.302*
		Sig. (2-tailed)	.050

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Correlaciones entre dimensiones del TM-MS y el test de Salud Mental (MH-5)

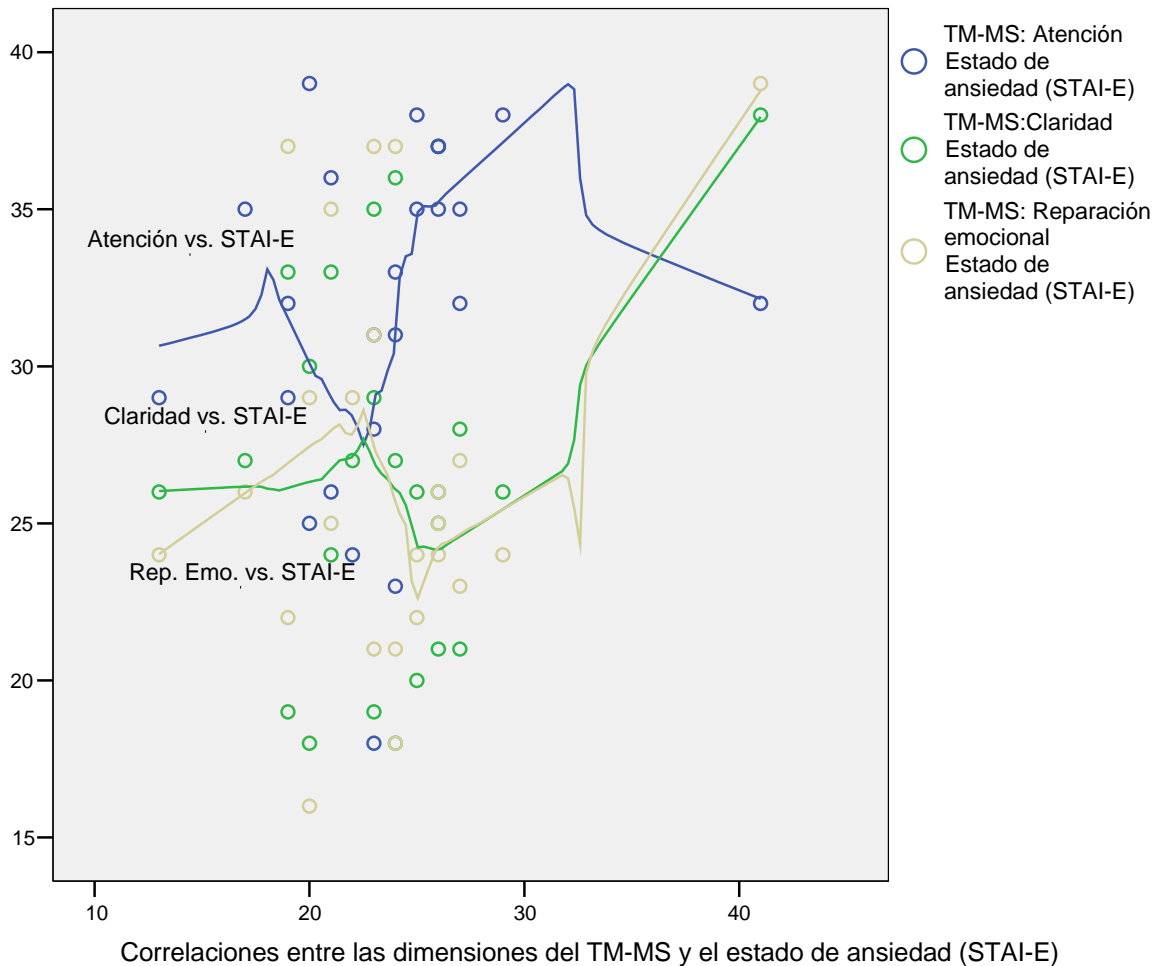
En la Tabla 25 se hace un análisis similar correlacionado los resultados con el test de Salud Mental. Existe como se podía esperar, una correlación significativa y negativa con la atención y una correlación significativa, positiva con la claridad y la reparación emocional, de manera que a puntuaciones más altas en el test de salud mental se asocia una reducción de la concentración de la atención y una elevación de la claridad y la reparación emocional con niveles de significación del 5% (significaciones todas menores que 0.05).

El perfil del estado de Salud Mental (MH) nos demuestra la forma en que el sujeto percibe e interpreta dicho estado, los resultados tienen correspondencia con estudios realizados sobre la inteligencia emocional percibida que plantean la relación existente entre el perfil de las emociones y la expresión de un desajuste emocional (Salobey, 2001 así como importantes relaciones existentes entre la estructura inteligencia emocional percibida con medidas de bienestar (dígase depresión, ansiedad, salud física y mental ().

Las correlaciones entre los resultados del TM-MS y el test de ansiedad no resultaron significativas como pudiera esperarse (ver tabla 26). De hecho el gráfico ilustra que en la medida que crecen las puntuaciones del STAI-E se suceden valores bajos altos y bajos de la atención. Situaciones alternantes también se observan para la claridad y la reparación emocional, aunque se mantiene la correlación interna entre estas tres dimensiones, esto es, cuando baja la atención, crece la claridad y la reparación emocional y viceversa.

Tabla 26. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y el test de ansiedad (STAI-E)

Correlations			Estado de ansiedad (STAI-E)
Kendall's tau_b	TM-MS: Atención	Correlation Coefficient	.244
		Sig. (2-tailed)	.109
	TM-MS:Claridad	Correlation Coefficient	.019
		Sig. (2-tailed)	.900
	TM-MS: Reparación emocional	Correlation Coefficient	.031
		Sig. (2-tailed)	.841



Los resultados en la literatura son controvertidos. Estudios realizados en la estructura de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de trastornos neuróticos que reflejan la vinculación de elevados niveles de atención a sus emociones y sentimientos con elevados niveles de ansiedad, lo cual resulta comprensible si tenemos en cuenta que la ansiedad de forma exclusiva o predominantemente es el síntoma fundamental en dichas patologías (también existen estudios sobre los estados emocionales con diagnóstico de cáncer donde las cifras que expresan las incidencias de alteraciones psicopatológicas que son similares a las descritas en otras enfermedades graves y contradicen el mito de que los pacientes con cáncer sufren más (). Hollard; Lediberg y Hollard; Olivares y Cruzado.

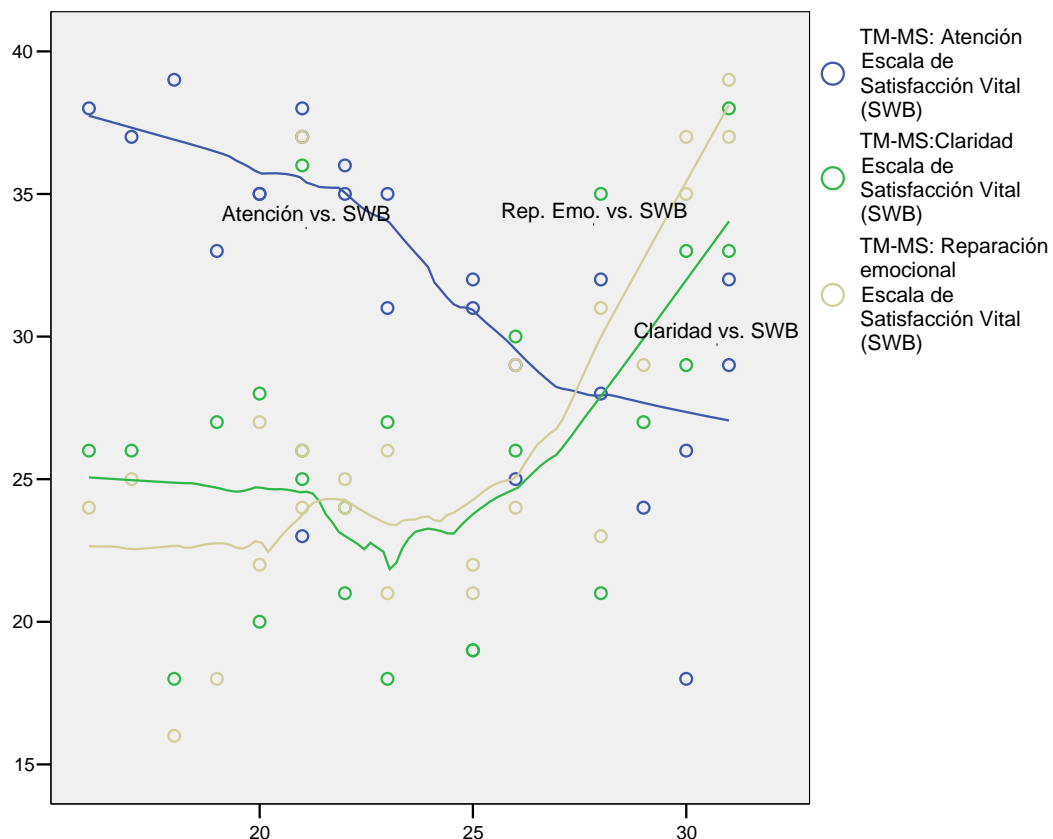
Tabla 27. Correlaciones entre los resultados del TM-MS y la Escala de satisfacción vital (SWB)

Correlations

			Escala de Satisfacción Vital (SWB)
Kendall's tau_b	TM-MS: Atención	Correlation Coefficient	-.572**
		Sig. (2-tailed)	.000
	TM-MS:Claridad	Correlation Coefficient	.299*
		Sig. (2-tailed)	.048
	TM-MS: Reparación emocional	Correlation Coefficient	.436**
		Sig. (2-tailed)	.004

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Correlaciones entre las dimensiones del TM-MS y la Escala de Satisfacción (SWB)

Por su parte, la correlación de las dimensiones con la Escala de Satisfacción Vital se corresponden con lo esperado. Son siempre significativas y en la dirección esperada, e incluso, en el caso de la atención y la reparación emocional llegan a ser altamente significativas. Véase los datos y el gráfico de la Tabla 27.

La percepción de la satisfacción de su propia vida por parte de la muestra utilizada permite comprender las conductas de retraimiento o inhibición ante la vida, limita mucho las posibilidades de desarrollo psíquico de las personas y restringe las aspiraciones de aquellos que pueden satisfacerse a largo plazo. ()
Martínez. El sentido de la vida.

Lo cual se corresponde con otros estudios presentes en la literatura consultada donde la relación existente entre la expresión de la inteligencia emocional

Por último, en el caso del WSBI se nota que puntuaciones altas se corresponden con puntuaciones altas de la atención, de forma altamente significativa. La tendencia es también a que tales puntuaciones altas del WSBI se correspondan con bajas en la Claridad y la Reparación emocional, como podía esperarse, pero las correlaciones, aunque son negativas no llegan a ser estadísticamente significativas.

En esta parte del trabajo se verifican la predicción de los resultados de correlación entre la estructura de la inteligencia emocional y los restantes test psicológicos.

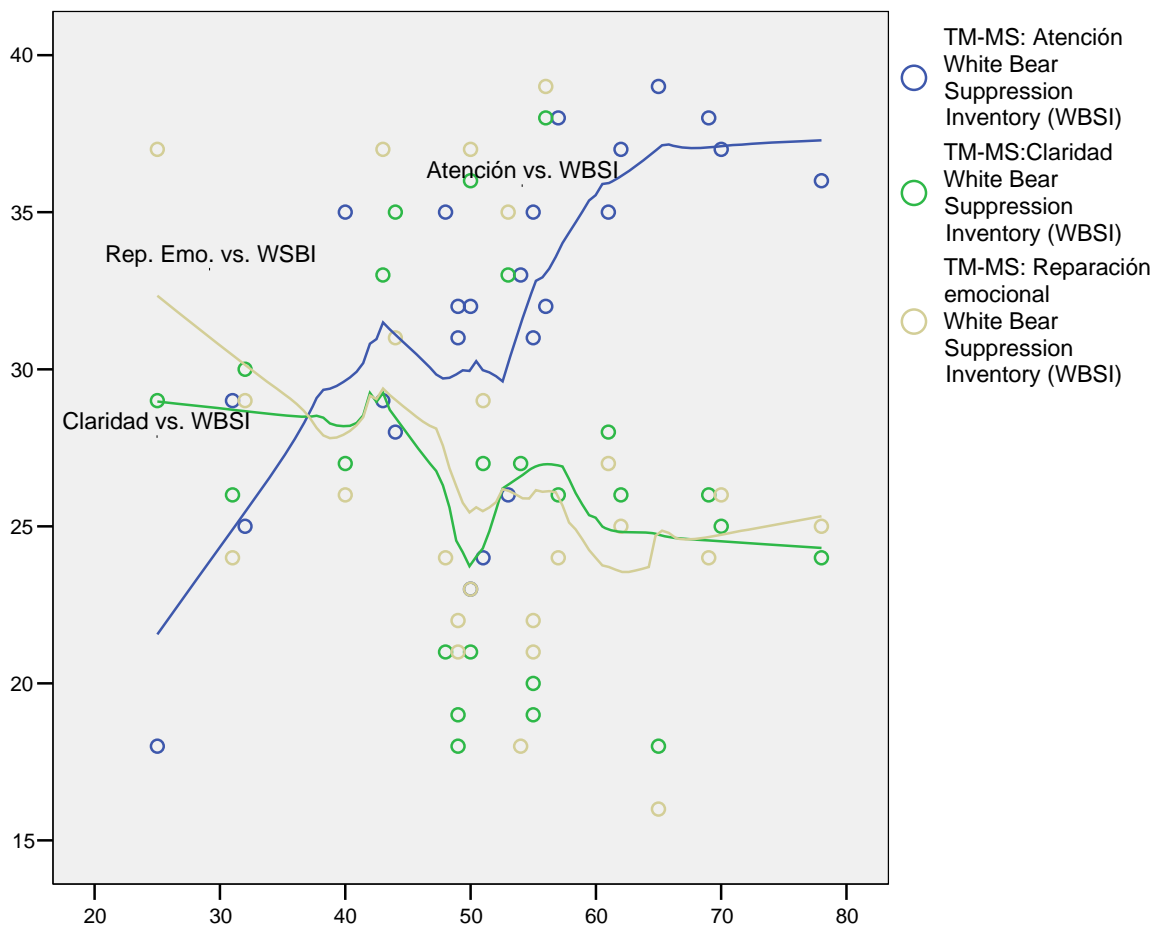
Tabla No 28.

Tabla 28. Correlaciones entre las dimensiones del TM-MS y el White Bear Suppression Inventory (WBSI)

Correlations

			White Bear Suppression Inventory (WBSI)
Kendall's tau_b	TM-MS: Atención	Correlation Coefficient	.537**
		Sig. (2-tailed)	.000
	TM-MS:Claridad	Correlation Coefficient	-.187
		Sig. (2-tailed)	.212
TM-MS: Reparación emocional		Correlation Coefficient	-.176
		Sig. (2-tailed)	.241

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Correlaciones entre las dimensiones del TM-MS y el White Bear Suppression Inventory (WBSI)

Este análisis ofrece la posibilidad de demostrar que mientras más posibilidades tenga la persona de clarificar y reparar sus emociones menos posibilidades tendrá de establecer como recurso la tendencia a la utilización de estilos rumiativos y por tanto los pensamientos intrusivos se instalen como guía de comportamiento ()

La información obtenida a través del procesamiento estadístico corroboraron las predicciones establecidas antes de realizar el análisis de los resultados de la investigación, ofreciendo la posibilidad de corroborar la estrecha relación que existe entre la inteligencia emocional percibida con otras variables indicadoras del ajuste emocional que en nuestro caso incluyeron el establecimiento de pensamiento intrusivos y rumiativos, la percepción de la salud mental , la satisfacción vital así como la ansiedad y la depresión.

ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS RESULTADOS:

El análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida a partir de la aplicación de diferentes técnicas, nos ha permitido precisar las diferencias en la expresión de la estructura de la I.E. existente en pacientes con diagnóstico de linfoma al inicio de la enfermedad y pacientes con más de tres años de diagnosticada la misma.

Los pacientes que se evaluaron al diagnóstico se caracterizaron por una alta atención a sus emociones lo cual corroboró negativamente con el nivel de clasificación y reparación de sus emociones, así como su bienestar emocional. A diferencia de los pacientes que llevan más de 3 años con la enfermedad donde la atención a sus sentimientos no fue tan elevada y sí su clasificación y reparación emocional, lo cual se comprende si tenemos en cuenta el dinamismo de éste constructo que se modifica según las posibilidades de modificar el aprendizaje, estilo de afrontamiento, propia evolución de la enfermedad y que correlacionó positivamente con el bienestar emocional.

Importantes son los resultados relacionados con el pensamiento rumiativo caracterizado por central la tensión en la emoción, sentimientos y pensamientos negativos de forma positiva y repetitiva, a su significado y consecuencias, manifestaciones que fueron más frecuentes encontrados en y que también se han encontrado en los trastornos obsesivos compulsivos y el trastorno por estrés postraumático.

Todo lo anterior expuesto corrobora las predicciones realizadas al inicio de nuestra investigación, evidenciándose la relación existente entre la forma en que las personas perciben sus estados emocionales y los niveles de ajuste emocionales a pesar de la revolución mediática que ha ocasionado la conceptualización de la Inteligencia Emocional, sus distintas definiciones y modelos teóricos que la

abordan consideramos que el modelo de inteligencia emocional expuesto por Maye y Salovey permite el marco teórico que justifique los trabajos empíricos realizados hasta el momento, destacándose con especial énfasis sus criterios relacionados con la alfabetización emocional(escolarización emocional) propuesto por estos autores, también por Goleman consistente en una educación de las emociones con el objetivo de formar individuos emocionalmente más inteligentes, pertrechándose de estrategias y habilidades básicas que actúan como factores protectores ante los de riesgo enseñándose

a su vez a modular su emocionalidad, desarrollando su Inteligencia Emocional Esta escolarización emocional que se lleva a cabo analizando las situaciones conflictivas y problemas cotidianos que acontecen que generan tensión.

Nos resulta necesario precisar, que la estructura emocional básica puede ser modificada mediante una toma de conciencia y cierta práctica, ya que los circuitos neurológicos involucrados pueden alterarse o reforzarse con la repetición de ciertos hábitos, habiéndose una oportunidad única para desarrollar la inteligencia emocional, siendo la infancia y la adolescencia dos períodos críticos, sin embargo ya en la adultez la mayoría de las personas pueden educar con ventajas a sus emociones, ya que el aprendizaje es capaz de morder, en definitiva, algunos aspectos importantes de la realidad emocional, individual y colectiva. Es importante tener en cuenta que la actitud emocional no se puede mejorar de la noche a la mañana, porque el cerebro emocional tarda semanas y meses en cambiar sus hábitos, no horas y días, pero cuando la persona tiene un conocimiento eficaz sobre la Inteligencia Emocional y recursos para ello,

Pueden causar, dirigir y aplicar sus emociones permitiendo así que las mismas trabajen a favor, y no en contra del desarrollo de su personalidad.

Hay seguridad cuando planteamos que a partir del conocimiento de los estados emocionales se hace más cercano el camino a la solución que muchas veces no se encuentra de primera intención y que en última intención tributa a nuestra

salud a partir de un funcionamiento de la inteligencia y habilidades basadas en un redimensionamiento de la realidad objetiva.

Sin embargo se hacen múltiples los cuestionamientos, polémicos, interrogantes que todavía existen alrededor de este enfoque pero que de antemano tiene apropiado el interés científico.

CONCLUSIONES:

. Existen diferencias significativas en la expresión de la Inteligencia Emocional en un grupo de pacientes recién diagnosticados y en pacientes con más de tres años de evolución de la enfermedad:

- La estructura de la Inteligencia Emocional en paciente al debut de la Enfermedad se caracterizó por:
 - . Perciben un elevado nivel de atención a sus emociones y sentimientos.
 - . Disminución de la capacidad para clarificar y reparar las emociones.
 - . Sensibles dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales.
 - . Presencia de incidencia de los estilos rumiativos en el afrontamiento a las exigencias vitales.

Los pacientes con más de 3 años de evolución de la enfermedad de evolución de la enfermedad tienen una estructura de su inteligencia emocional basada en

- Bajo nivel de atención a sus emociones y sentimientos
- Elevada capacidad para clasificar reparar emociones
- Dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales
- Elevada incidencia de los estilos rumiativos
- .No existe una relación significativa entre los componentes de la inteligencia emocional y las principales variables sociodemográficas.
- .Existió una tendencia en el sexo femenino a tener mejor estructurada la inteligencia emocional.
- .Existió una tendencia a mejorar la Inteligencia Emocional con el incremento del nivel escolar.
- .No existe correlación entre la edad y la Inteligencia Emocional.
- .Mejor estructuración de la Inteligencia Emocional entre las solteras que entre los casados.
- .Se encontró elevado nivel de significación de las correlaciones. Debe destacarse que a mayor atención del estado emocional y los sentimientos menos capacidad de clarificación y reparación, así como elevados índices de estilo rumiativos, y menos satisfacción y menos salud mental en los pacientes

con diagnóstico de linfoma. Por otra parte la reparación de las emociones correlaciona positivamente como el estado de salud mental y satisfacción vital y de forma significativamente negativa con la depresión y la tendencia con la ansiedad.

RECOMENDACIONES:

1-Se debe 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 oncohematológicas, particularizando en las formas clínicas de las mismas.

2-Se debe insistir en la búsqueda de estrategias metodológicas que permitan evaluar la I.E. en diferentes estados patológicos y en el conocimiento de su expresión en el curso vital de las personas supuestamente sanas.

3-Los resultados obtenidos deben ser valorados por psicólogos, médicos, enfermeros vinculados a la labor asistencial con estos pacientes.

4-Puntualizar la educación de la inteligencia emocional en los diferentes escenarios dígase familia, escuela con el objetivo de favorecer el ajuste psicológico en las edades más tempranas de la vida.

5-Incorporar la educación de la inteligencia emocional a otros tipos de enseñanza que así lo permitan con el objetivo de continuar alfabetizándola en etapas más tardías.