

ARTÍCULO CLÁSICO

Particularidades de la inteligencia emocional en pacientes con trastorno neurótico de ansiedad

Dr. Carlos Alberto León Martínez¹
Lic. Marta Gertrudis Mederos González²

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar las particularidades de la expresión estructural de la inteligencia emocional en una muestra de pacientes con trastorno neurótico de ansiedad pertenecientes al Centro comunitario de salud mental del Policlínico Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” del Municipio Camajuaní, Provincia Villa Clara. La muestra fue de 50 pacientes cuyo rango de edad osciló entre los 25 y los 55 años. En el trabajo se incluyeron las siguientes técnicas: el Trait Meta-Mood Scale, el Spielberger State Anxiety Questionnaire, la escala de Satisfacción Vital y el White-Bear Supresión Inventory y se constataron alteraciones en la estructura de la inteligencia emocional basadas en la centralización de la atención a sus emociones y sentimientos y la incapacidad para clarificar sus estados emocionales, así como una elevada incidencia de estilos rumiativos.

DeCS:

INTELIGENCIA
EMOCIONES
TRASTORNOS DE ANSIEDAD

SUMMARY

This investigation was carried out with the aim of characterizing the peculiarities of the structural expression of the emotional intelligence in a sample of patients with neurotic anxiety disorder who belong to the community Center of mental health at the Octavio de la Concepción y de la Pedraja Teaching Polyclinic of the Camajuaní municipality, Villa Clara Province. The sample was formed by 50 patients between 25 and 55 years of age. In the work the following techniques were included: Trait Meta-Mood Scale, Spielberger State Anxiety Questionnaire, the scale of Vital Satisfaction and White-Bear Suppression Inventory. Alterations in the structure of the emotional intelligence were found; they were based on the centralization of the attention to their emotions and feelings and the incapability to clarify their emotional states, as well as a high incidence of ruminative styles.

MeSH:

INTELLIGENCE
EMOTIONS
ANXIETY DISORDERS

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales han invadido la sociedad mundialmente, causan gran malestar psicológico -no afectan a un puñado de desafortunadas personas, sino que cada vez son más los que la padecen-, afectan la conducta y repercuten en el bienestar biopsicosocial del individuo. Es necesario tener en cuenta la subjetividad para lograr una clarificación mayor de los procesos terapéuticos, entonces podemos preguntarnos ¿por qué es importante el estudio de la inteligencia emocional en pacientes con trastorno neurótico de ansiedad?

El estudio de la inteligencia emocional nos ayuda a saber si la persona es capaz de afrontar situaciones difíciles, riesgos y pérdidas irreparables, la persistencia en el logro de un objetivo a pesar de las frustraciones, la relación de pareja, la creación de una familia, la toma de decisiones, etc. para ser resueltas exclusivamente con el intelecto.

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. En su obra "Inteligencias múltiples" Gardner propuso la existencia de distintas formas de inteligencias no centradas en el dominio cognitivo¹ y pretendió ampliar los límites del concepto y resaltar la importancia de otra serie de habilidades humanas que incluyen el conocimiento de las propias emociones, la capacidad para controlarlas, la automotivación, el reconocimiento de las emociones ajenas y el control de las relaciones interpersonales.

Esta tarea constituye un auténtico desafío para quienes suscriben una visión estrecha de la inteligencia y aseguran que el cociente intelectual es un dato genético que no puede ser modificado por la experiencia vital y que el destino de nuestras vidas se halla, en buena medida, determinado por esta aptitud. Pero este argumento pasa por alto una cuestión decisiva: ¿Qué cambios se pueden llevar a cabo para que a nuestros hijos les vaya bien en la vida? ¿Qué factores entran en juego, por ejemplo, cuando personas con un elevado coeficiente de inteligencia no saben qué hacer mientras que otras con un bajo coeficiente de inteligencia lo hacen sorprendentemente bien?

La vida emocional es un ámbito que puede manejarse con mayor o menor destreza y requiere un singular conjunto de habilidades: la aptitud emocional es una meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar cualquier otro talento, incluido el intelecto puro. Cada emoción nos predispone de un modo diferente a la acción; cada una de ellas nos señala una dirección que, en el pasado, permitió resolver adecuadamente los innumerables desafíos a que se ha visto sometida la existencia humana.² En este sentido, nuestro bagaje emocional tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el

sistema nervioso en forma de tendencias innatas y automáticas de nuestro corazón.

Coeficiente de inteligencia e inteligencia emocional no son conceptos opuestos sino más bien distintos. Todos mezclamos intelecto y agudeza emocional, las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado; de esta forma ellas nos pueden guiar, son un instrumento que tenemos para alcanzar soluciones en las diferentes circunstancias que tenemos que atravesar en el transcurso de nuestra vida que pueden ser o no desagradables.^{3,4}

Debido a la alta incidencia de pacientes con trastorno neurótico de ansiedad que acuden a nuestras consultas ha surgido la motivación para realizar este trabajo pues consideramos que resulta de interés profundizar en el conocimiento de las particularidades de su inteligencia emocional.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se caracterizó la estructura de la inteligencia emocional en los pacientes con el trastorno neurótico de ansiedad en el período comprendido entre enero de 2008 a febrero de 2009. El universo estuvo constituido por 197 pacientes del área urbana del Municipio Camajuaní pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Mental del Policlínico Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" con este trastorno; se seleccionó una muestra de 50 pacientes cuyo rango de edad osciló entre 25-55 años de edad.

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple tomando como:

Criterios de inclusión:

- Pacientes comprendidos entre 25 y 55 años de edad con trastorno neurótico de ansiedad.
- Pacientes con disposición a participar en nuestra investigación.
- Pacientes pertenecientes al área de salud del centro comunitario.
- Pacientes que no poseen un deterioro severo en la función cognitiva.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retraso mental de base y epilépticos con deterioro severo de las funciones cognitivas u otra enfermedad crónica que afectan los procesos psíquicos.
- Pacientes fuera del área de residencia u hospitalizados en el momento de la investigación.
- Pacientes que abandonan el estudio
- Pacientes con alcoholismo asociado.
- Pacientes con descompensación de la enfermedad.

Las técnicas aplicadas permitieron realizar un análisis detallado de las particularidades de la inteligencia emocional en los pacientes estudiados. Para su evaluación psicológica se utilizaron las siguientes técnicas:

- Trait Meta-Mood Scale (TMMS).

- Spielberger State Anxiety Questionnaire (STAI-S).
- Escala de satisfacción vital (SWB).
- White-Bear Supresión Inventory (WBSI).

Para confeccionar y procesar la base de datos se utilizó el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versión 13.0.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado de las características generales de los pacientes con trastornos neuróticos de ansiedad y se utilizaron estadísticos descriptivos acorde al nivel de medición de las variables. Para variables continuas se muestran los valores medios, la desviación estándar, la mediana, los valores mínimo y máximo, el histograma y se hacen pruebas de ajuste a la distribución normal; para variables discretas se estudian las tablas de frecuencia.

En el caso de la edad se utiliza la prueba de Mann-Whitney para comparar los rangos medios de edad entre pacientes hombres y mujeres; en el caso de las variables cualitativas se utilizan las tablas de contingencia. Para probar asociación entre variables cualitativas nos auxiliamos de la prueba clásica Chi-cuadrado de Pearson pero su significación se calcula utilizando técnicas de Monte Carlo, que simulan 10 000 muestras aleatorias con distribución similar a la de los datos reales y permiten estimar la significación más exactamente sobre la base de la media de 10 000 comparaciones y además con un intervalo de confianza del 95%. Existe por tanto significación estadística cuando la probabilidad asociada al estadístico de prueba es igual o menor a 0.05 y no existe en caso contrario.

RESULTADOS

La salud mental de los pacientes investigados demostró la forma en que estos perciben e interpretan dicho estado; el 86.0% con percepción e interpretación de salud mental inadecuada y solamente un 14.0% la perciben de adecuada. Los resultados tienen correspondencia con estudios realizados sobre la inteligencia emocional que plantean la relación existente entre el perfil de las emociones y la expresión de un desajuste emocional; se puede plantear que existe una importante relación entre la estructura de la inteligencia emocional percibida con medidas de bienestar.

El análisis de los indicadores psicológicos atención, claridad y reparación emocional explorados arrojó que la atención a las emociones fueron centralizadas en un 82.0% y no centralizadas en un 18.0%. Estos hallazgos se explican porque el trastorno neurótico de ansiedad es fluctuante y crónico y empeora durante los momentos de estrés donde la ansiedad y la preocupación excesiva a sus emociones son casi constantes; el paciente se ve sometido a múltiples demandas por lo que se centra más en sí mismo. La claridad emocional se reflejó favorable en el 14.0% y no favorable en el 86.0%, resultados que justifican que estos pacientes no presentaron un estilo de afrontamiento y un mecanismo de adaptación a la enfermedad, así como un aprendizaje con respecto a la misma; además no existió la capacidad para conocer sus propias emociones y saber manejarlas, así como el no reconocerlas en los demás. La reparación emocional estuvo presente en el 8.0%, mientras que un 92.0% no presentaron reparación a

sus emociones, lo que nos demostró cómo los sujetos estudiados no son capaces de reparar estados emocionales negativos y prolongar los positivos, la capacidad para verificar y planificar errores, que guarda relación con el nivel de tolerancia, la sobrevaloración y la subestimación de sus habilidades, la decisión de no modificar su ambiente cuando es posible o ajustarse a él cuando es necesario, el no tener un pensar flexible y abierto.

Cuando se analiza el comportamiento del nivel de ansiedad el 8.0% presentaron nivel bajo y muy significativo fue que el 92.0% mantuviera un nivel de ansiedad alto. Estos hallazgos implican que cuando hay una elevada ansiedad se exagera la atención emocional y disminuyen la claridad y la reparación emocional con lo que se afecta la estructura de la inteligencia emocional y es más significativa la auto percepción de afectación en la salud mental e incapacidad de afrontar las exigencias vitales.

En la valoración de la escala de satisfacción vital para un 96.0% de los enfermos no fue satisfactoria y solamente el 4.0% manifestaron satisfacción vital satisfactoria; es oportuno comentar que no hubo personas que expresaran la escala de valor muy satisfactoria. Estos pacientes mostraron una carencia de la satisfacción vital, aspecto que resulta lógico si se considera que el intercambio con sus semejantes, el sentido de inutilidad de su vida, la tendencia al retraimiento o a la inhibición ante la vida limita mucho las posibilidades de desarrollo psíquico de las personas y restringe las aspiraciones a aquellas que pueden satisfacerse en corto plazo.

El análisis del pensamiento rumiativo reveló que en el 94.0% de la muestra estaba presente y solamente en el 6.0% estuvo ausente; estos elevados valores están asociados a empeoramientos de la estructura de la inteligencia emocional y estos resultados pudieran explicarse porque en la medida que existe menor criticidad del pensamiento, existen más rumiaciones y quejas, lo que está asociado a una peor percepción de problemas y conflictos de la vida social. En este sentido la supresión de estas rumiaciones es una de las estrategias más utilizadas por los individuos para intentar, por un lado, evitar la presencia del pensamiento negativo y, por otro, permitir que otras ideas compitan con la rumiación que consume toda la capacidad atencional; sin embargo, suprimir pensamientos rumiativos es una tarea difícil porque la persona debe poner en juego mecanismos que demandan gran cantidad de recursos atencionales y tener un buen funcionamiento de las estructuras pre-frontales de la corteza que sirven de base a la tercera unidad del funcionamiento cortical propuesta por Luria.

DISCUSIÓN

El metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales les lleva a sentimientos de bienestar y a la capacidad de tener una mejor perspectiva de la vida. Existen también evidencias empíricas que parecen demostrar que el desarrollo de la inteligencia emocional se asocia con menor depresión, mayor optimismo y una mejor satisfacción por la vida; por tanto, esta sugiere un vínculo entre inteligencia emocional y bienestar emocional, la que contribuye y valida la importancia del tema para el desarrollo exitoso de las

personas como fundamento predictivo, así como demostración de la necesidad inmediata de abordar con profundidad el tema seleccionado.^{5,6}

En el grupo estudiado es significativo que predominaron los pacientes que mantienen una percepción e interpretación de la salud mental inadecuada que indica la relación existente entre el perfil de las emociones y la expresión de un desajuste emocional.

Por otro lado se constató un nivel de ansiedad alto que indica atención emocional exagerada, una claridad y una reparación emocional disminuida con lo que se afecta la estructura de la inteligencia emocional y se hace más significativa una autopercepción de la afectación en cuanto a la salud mental. La estructuración de la inteligencia emocional se caracterizó por una elevada atención centralizada en sus emociones, dificultades en el metaconocimiento de los estados emocionales, no adecuada capacidad para clarificar y reparar estados emocionales negativos y prolongar los positivos, así como una elevada incidencia de los estilos rumiativos.^{7,8}

Es necesario referirse al hecho de que varios autores han teorizado que una alta inteligencia emocional puede llevar a grandes sentimientos de bienestar y a la capacidad de tener una mejor perspectiva de la vida.⁹⁻¹¹

Finalmente, de forma general, los resultados encontrados coinciden con ciertos estudios donde se plantea que la inteligencia y la habilidad de las personas desde el conocimiento de sus estados emocionales para reinterpretar y reconstruir la situación estresante genera el malestar asociado a ella, por lo que son una clave diferente para encontrar el atajo, que casi siempre está oculto hacia una vida más sana y feliz.¹²⁻¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel-Planeta [Internet]. 2008 [citado el 25 de abril de 2009]. Disponible en: <http://reme.uii.es/remesp.html>
2. La Inteligencia y la inteligencia emocional [Internet]. 2009 [citado el 8 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.inteligenciaemocional.com.mx>
3. Davinson Gerald C. Psicología de la conducta anormal. México: Limusa Wiley; 2003.
4. García Higuera JA. Últimos avances en el tratamiento de la ansiedad. Rev Psicoterapeutas. 2006; (1):1-3.
5. Casanova CL. La estructura de la inteligencia emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos [tesis de master]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas; 2004.
6. Luciano JV, Algarabel S. Individual difference in self-Reported thought cerebral: the role of the repressive coping tyle. Psicothema. 2006; 18:228-231.
7. Batista AL. Inteligencia emocional [Internet]. 2006 [citado el 12 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.inteligenciaemocional.com>
8. Goleman D. El desafío de Aristóteles. Inteligencia emocional. Barcelona: [s.n]; 1996.

9. Caballero Puentes M. Características neuropsicológicas del pensamiento en pacientes con Esquizofrenia Paranoide [tesis de master]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas; 2007.
10. Charney DS, Heninger GR, Redmont DE. Yohimbine induced anxiety and increased noradrenergic function in humans: effects of diazepam and clonidine. Life Sci [Internet]. 1983 Jul 4 [citado el 12 de agosto de 2002]; 33(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6865647>
11. Hoehn-Saric R, Merchant AF, Keyser ML, Smith VK. Effects of clonidine on anxiety disorders. Arch G Psychiatry. 2008; 38: 1278-82.
12. Insel T, Ninan P, Aloï J, Jimerson D, Stolnick P, Paúl SA. Benzodiazepine receptor-mediated model of anxiety. Arch G Psychiatry. 2009; 41: 741-50.
13. Castro Díaz N. La estructura de la inteligencia emocional en pacientes portadores de Esquizofrenia paranoide [tesis de master]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas; 2007.
14. Asociación para el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Inteligencia emocional en la salud [Internet]. 2006 [citado el 5 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.inteligenciaemocio.org/asociacion/salud>.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y I y II Grados en Psiquiatría. Master en Psicología Médica. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Aspirante a grado científico.
2. Licenciada en Psicología. Profesora Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".