

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y FAMILIA DE ORIGEN"

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. AURORA BUENSUCESO AGUILAR



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y FAMILIA DE ORIGEN"

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES

I. S. S. S. T. E.
Sub'Delegación Médica
Zona Sur, D.F.



FFR 27



DRA. CATALINA MONROY CABALLERO ^{Clínica Dr. Ignacio Chávez}
JEFA DE ENSEÑANZA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LA CLÍNICA
DR. "IGNACIO CHÁVEZ" DEL ISSSTE.
ASESORA DE TESIS.

DR. EFREN RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A" TC INTERINO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESOR DE TESIS.



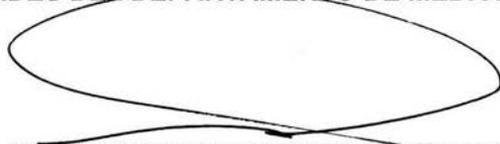
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

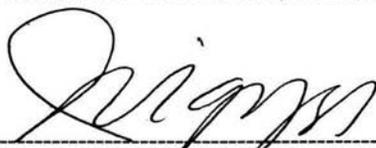
"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y FAMILIA DE ORIGEN"

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

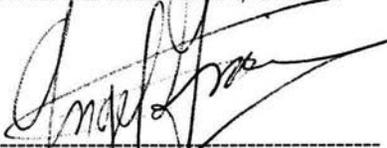
AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



DR. ARNULFO IRIGOYÉN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

AGRADECIMIENTO:

A MI PADRE RUBÉN BUENSUCESO.- El cual a través de su incondicional apoyo lleno de valiosos consejos, he podido concluir las grandes metas de mi vida, entre las cuales se encuentran la culminación exitosa, pero no interminable, de este esfuerzo de posgrado.

A MI MADRE GLORIA AGUILAR.- Por su cariño, comprensión y soporte ilimitado que siempre me ha brindado.

A MIS HERMANOS, ANDRÉS, GLORIA Y JUAN RUBÉN.- Los cuales han estado conmigo cariñosos y tolerantes en todas mis acciones y proyectos de vida.

A MIS HIJOS JONATHAN, MICHELLE Y LUISITO.- Los cuales representan para mi y desde su existencia, los tres grandes motivos por quienes me he mantenido siempre en el constante esfuerzo por la vida, desafiando todos los obstáculos para beneficio propio y de ellos mismos.

A LA DRA. CATALINA MONROY DE LA U.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ DEL I.S.S.S.T.E.- Por su entereza profesional, dinámica y entusiasta, vertida a favor de la desinteresada asesoría recibida, para culminar este trabajo de investigación.

AL DR. RAÚL PONCE ROSAS, DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.- Gracias por su asesoría sin la cual, no hubiera sido posible la consecución de este humilde trabajo.

A LA DRA. SILVIA LANDGRAVE.- Por todos los consejos ofrecidos, que me mostraron que su invaluable ayuda profesional, se encuentra inmersa en una gran calidad humana.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA, DRA. ADELITA PAYAN, DRA. ESTELA SALAZAR, DRA. ISABEL GUADARRAMA Y DR. EMILIO VÁSQUEZ.- Quienes me dieron la oportunidad de saber que su amistad y compañerismo son de verdad.

A TODOS LOS PACIENTES DE LA U.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ.- Por obsequiarme sus experiencias clínicas, las cuales auspiciaron en mí, el despertar un día con la firme intención de comenzar hasta concluir esta investigación satisfactoriamente y para beneficio de los mismos.

RESUMEN

Objetivos: Describir las características socio-demográficas de la familia de origen y la inteligencia emocional actual de los derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no comparativo.

Material y métodos: Se tomó una muestra no aleatoria, no representativa de 138 pacientes, se les aplicó una encuesta que constó de cuatro secciones; consentimiento informado, ficha de identificación, datos de su familia de origen y un test de 10 reactivos inteligencia emocional actual. Se aplicó durante el mes de enero 2004 con el apoyo de dos residentes de 2º año de la especialidad en medicina familiar.

Resultados: Se clasificó a la familia de origen donde predominó con 70% la familia nuclear, tradicional 78%, obrera 80%, integrada 73% y urbana en 78%. Respecto a las funciones de la familia el apoyo, afecto, alimentación, control médico y visitar otras familias, cumplieron satisfactoriamente con un alto porcentaje, en comparación al rechazo, golpes y trabajo en la niñez. En el test de inteligencia emocional se encontró una buena inteligencia emocional en un 50%, regular en 40% y mala en 10%.

Conclusiones: En este trabajo de investigación se cumplió con los objetivos, sin embargo presenta límites la muestra fue no representativa, siendo válida solo para los pacientes encuestados.

Palabras claves: Inteligencia emocional, familia de origen, clasificación familiar.

ABSTRACT

Objectives: To describe the socio-demographical characteristics of native family, and the present emotional intelligence of the patients of the Family Medical Center "Dr. Ignacio Chávez" of ISSSTE.

Design: descriptive, cross-sectional, retrospective and non-comparative study.

Material and methods: Non-random and non-representative sample of 138 patients was considered. The patients applied a test consistent of four sections: informed consent, identify record, native family information and a test containing ten present emotional intelligence items. The tests were applied during January 2004, with the assistance of two second year level residents students of the speciality of family medicine.

Results: The native family was classified as described: 70% nuclear families, 73% traditional families, 80% working-class families, 73% composed families and 78% urban families. The highest percentage was attributed to the support, affection, food, medical control and visit to other families items, comparing with rebound, bumps and childhood-work. The results of the emotional intelligence test were: 50% good emotional intelligence, 40% regular emotional intelligence and 10% unless emotional intelligence.

Conclusions: The results reached the expectations of the study, buy in a limited form, because of the sample was not representative, and corresponds only to the patients who were include in the study. However, this is the first step of a new investigation approach.

Key words: Emotional intelligence, native family, family classification.

SECCIÓN	<u>ÍNDICE</u>	PÁG.
1	MARCO TEÓRICO	
1.1	ANTECEDENTES DEL TEMA	
1.1.1	INTRODUCCIÓN	1
1.1.2	SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	3
1.1.3	DEFINICIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	5
1.1.4	TIPOS DE INTELIGENCIA	6
1.1.5	DEFINICIÓN DE EMOCIÓN	12
1.1.6	EMOCIONES BÁSICAS	14
	1. TRISTEZA	16
	2. IRA	16
	3. MIEDO	18
	4. SORPRESA	20
	5. ALEGRÍA	21
	6. DESAGRADO	22
1.1.7	ANATOMÍA DE LAS EMOCIONES	23
1.1.8	ASPECTO BIOSICOSOCIAL	26
1.1.9	LA FAMILIA Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	27
1.1.10	SALUD E INTELIGENCIA EMOCIONAL	
	1. ALEXITIMIA	33
	2. INMUNIDAD Y MENTE	34
	3. HOSTILIDAD Y CORAZÓN	35
	4. EMOCIÓN Y CÁNCER	40
	5. DOLOR CRÓNICO	43
	6. OPTIMISMO, ESPERANZA Y SALUD	46
1.1.11	EL MÉDICO Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	48
1.1.12	TESTS DE INTELIGENCIA	52
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	54
1.3	JUSTIFICACIÓN	55
1.4	OBJETIVOS:	56
	1. GENERALES	
	2. ESPECÍFICOS	
2	MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1	TIPO DE ESTUDIO	56
2.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	56
2.3	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	58
2.4	MUESTRA	58
2.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	58
2.6	VARIABLES	59
2.7	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	64
2.8	DISEÑO ESTADÍSTICO	67

2.9	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
2.10	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
2.11	MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	73
2.12	PRUEBA PILOTO	73
2.13	PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	73
2.14	CRONOGRAMA	74
2.15	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	75
2.16	CONSIDERACIONES ÉTICAS	75
3	RESULTADOS	
3.1	FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
3.1.1	EDAD	76
3.1.2	SEXO	76
3.1.3	ESTADO CIVIL	76
3.1.4	ESCOLARIDAD	77
3.1.5	OCUPACIÓN	78
3.2	FAMILIA DE ORIGEN	
3.2.1	TIPO DE FAMILIA	78
3.2.2	DEMOGRAFÍA	79
3.2.3	DESARROLLO	79
3.2.4	TIPOLOGÍA FAMILIAR	80
3.2.5	INTEGRACIÓN	80
3.2.6	ESCOLARIDAD DEL PADRE	81
3.2.7	ESCOLARIDAD DE LA MADRE	82
3.2.8	OCUPACIÓN DEL PADRE	83
3.2.9	OCUPACIÓN DE LA MADRE	84
3.3	FUNCIONES DE LA FAMILIA	
3.3.1	APOYO	85
3.3.2	RECHAZO	86
3.3.3	AFECTO	86
3.3.4	TRABAJO	87
3.3.5	ALIMENTACIÓN	87
3.3.6	ATENCIÓN MÉDICA	88
3.3.7	GOLPES	88
3.3.8	SOCIALIZACIÓN	89
3.4.	TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	
3.4.1	PUNTAJE FINAL	90
3.4.2	CLASIFICACIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	91
3.4.3	ESTADO EMOCIONAL ACTUAL	91
3.4.4	ME SIENTO MUY BIEN	91
3.4.5	ME SIENTO BIEN	92
3.4.6	ME SIENTO REGULAR	92

3.4.7	ME SIENTO MAL	93
3.4.8	ME SIENTO MUY MAL	93
3.5	INTELIGENCIA EMOCIONAL Y FAMILIA	
3.5.1	INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TIPO DE FAMILIA	93
3.5.2	INTELIGENCIA EMOCIONAL E INTEGRACIÓN	94
4	DISCUSIÓN	95
4.1	APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR	97
5	CONCLUSIONES	98
6	REFERENCIAS	100
7	ANEXOS	103

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

1.1.1 INTRODUCCIÓN:

El desarrollo emocional del ser humano inicia desde la infancia y la familia es parte importante de este desarrollo, ya que es la responsable de la crianza y la educación de los niños, los que se relacionan emocionalmente en el sistema familiar, y posteriormente interactúa con otros sistemas, como son la escuela, el trabajo, otras familias, la comunidad. Las emociones en el ser humano son parte de la evolución, ya que desde un principio sirvieron como defensa y para sobrevivir, actualmente aunque cada generación de niños parece ser más inteligente, sus capacidades emocionales y sociales están disminuyendo. Se piensa que es por los cambios complejos que se han producido en la sociedad en las últimas décadas como el aumento de porcentaje de divorcios, la influencia de televisión, juegos electrónicos, medios de comunicación, la falta de respeto a los maestros y especialmente el tiempo cada vez más reducido que los padres le dedican a sus hijos. En la vida actual existen menos familias tradicionales que en décadas anteriores, en dichas familias la madre dedicaba más tiempo a su hogar e hijos, actualmente es sustituida por la familia moderna donde ambos padres trabajan dedicando menos tiempo a los hijos, delegando la responsabilidad a guarderías, escuelas u otro tipo de red de apoyo. Los niños de hoy en día necesitan diferentes capacidades para sobrevivir, los padres deben enseñarle a sus hijos a usar el intelecto, así como sus capacidades emocionales y sociales a fin de que el niño enfrente tensiones personales, familiares y sociales. Hay que enseñarles a los niños a ser más optimistas como una forma de vacunarlos contra la depresión y otros problemas de salud mental y física, el optimismo los enseña a enfrentar

oportunidades y dominar desafíos. Enseñando a los niños a comprender y comunicar sus emociones ayudará en los aspectos de su desarrollo y éxito en su vida, transformandolos menos vulnerables a los conflictos con los demás.

En las familias donde los sentimientos se expresan y se examinan abiertamente, los niños desarrollan el vocabulario para pensar en sus emociones y comunicarlas, por el contrario en las familias donde se suprimen los sentimientos y se evita la comunicación emocional, es más probable que sean sujetos emocionalmente mudos.

En el año de 1990 psicólogos de la Universidad de Harvard utilizaron el término de "*inteligencia emocional*" para describir las cualidades emocionales que parecen tener importancia para el éxito, y en 1995 el doctor en filosofía de la misma universidad Daniel Goleman muestra cómo la Inteligencia Emocional puede ser fomentada y fortalecida en todos y como la falta de la misma influye en el intelecto y arruina al ser humano.

Actualmente se ha demostrado que no basta con la inteligencia intelectual elevada para tener un buen desarrollo en la vida, se necesita también de inteligencia emocional elevada, para que ambas interactúen y lleven al éxito en la vida.

En este trabajo se realizó un test sobre inteligencia emocional y su relación con la familia de origen de los pacientes en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S.T.E.

1.1.2 SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde Aristóteles se mencionaba que estar furioso era fácil, pero estar furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta.....no era fácil, desde entonces con su frase "Conócete a ti mismo" confirma esta piedra angular de la inteligencia emocional.¹

El estudio de la inteligencia debe verse con una visión retrospectiva, para entender la evolución del pensamiento humano, donde se distinguen tres etapas históricas: el enfoque empírico, el psicométrico y el de las inteligencias múltiples. Un primer enfoque donde se consideraba a las personas como brillantes o inteligentes y otro apartado que correspondía a la gente tonta, las primeras personas enfrentaban los retos de la vida cotidiana que era de manera empírica, para tener éxito en su comunidad, ya fuera como dirigentes, pensadores, guerreros, artesanos, etc.²

El segundo enfoque al final del siglo XIX, donde ya se da una definición científica a la inteligencia e inician con instrumentos para medirla, fue hasta el año de 1939 que Wechsler desarrolla una escala de inteligencia para adultos, donde los valores para medir el coeficiente intelectual se basan de muestras normales.²

El último enfoque de las inteligencias múltiples es mencionado por varios autores, es hasta los años sesenta donde el autor Gardner considera importante entender los cuestionamientos vinculados a la naturaleza del conocimiento, sus elementos que lo componen, su evolución y su difusión.²

No fue hasta el año de 1994 que el mismo autor Gardner sostuvo la tesis de las inteligencias múltiples y menciona siete tipos: la lingüística, musical, lógico-matemáticas, espacial, cenestésico-corporal, intrapersonal e interpersonal.³

El término de "*inteligencia emocional*" fue utilizado por primera vez en el año de 1990 por los psicólogos Peter Salovey de la Universidad de Harvard y John Mayer de la Universidad de New Hampshire, el cual utilizan para describir las cualidades emocionales que parecen tener importancia para el éxito.⁴

Actualmente el autor más reconocido en el mundo es Daniel Goleman que con su libro en 1995, define a la *inteligencia emocional* como las habilidades, tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanza, la considera la capacidad para leer los sentimientos, controlar impulsos, razonar, permanecer optimistas cuando nos vemos confrontados a ciertas pruebas y mantenernos a la escucha del otro.²

1.1.3 DEFINICIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia se ha conceptualizado como la capacidad global del individuo para actuar racionalmente con éxito, se describen dos clases diferentes de inteligencia: la racional y la emocional. El desempeño en la vida esta determinada por ambas, donde la inteligencia emocional describe a la inteligencia del corazón, como cociente emocional, por lo tanto cociente emocional e intelectual trabajan juntos sinérgicamente, donde las relaciones personales e interpersonales constituyen el dominio del cociente emocional.¹

Otro autor reafirma que la inteligencia emocional describe las cualidades emocionales que parecen tener importancia en el éxito, que es la capacidad de reconocer sentimientos en si mismo y en otras personas, siendo hábil para gerenciarlos al trabajar con otros, utilizando esta información como guía en los pensamientos y acciones.⁵

La inteligencia emocional no es una capacidad unitaria, sino un compuesto de varias funciones, el término suele emplearse para cubrir la combinación de habilidades que una cultura requiere para sobrevivir y progresar.⁶

Por lo tanto el desempeño que muestra un individuo en la escuela, en el trabajo o en cualquier contexto esta influido por su motivación de logro, su persistencia, sus valores, la existencia o ausencia de problemas emocionales discapacitantes y muchas otras características de su personalidad, el éxito del individuo en el desarrollo y uso afecta su ajuste emocional, sus relaciones personales y su autoconcepto.⁷

Daniel Goleman menciona que la inteligencia social o emocional es distinta a las capacidades académicas y al mismo tiempo es la clave de lo que hace que a la gente le vaya bien en el aspecto práctico de la vida, por lo tanto la inteligencia social es la capacidad de comprender más a los demás y actuar prudentemente en las relaciones sociales.²

Para concluir se menciona que la inteligencia emocional es un término relativamente reciente, que hace referencia al concepto de inteligencia enfatizando las contribuciones emocionales, personales, sociales de la conducta inteligente y no sólo el concepto tradicional de inteligencia.²

1.1.4 TIPOS DE INTELIGENCIA

La inteligencia puede definirse como la capacidad para asimilar conocimientos; recordar sucesos recientes o remotos; razonar lógicamente; manipular conceptos; traducir lo abstracto a lo concreto y viceversa; analizar y sintetizar formas; enfrentarse con sentido y precisión a los problemas son prioridades importantes de una situación particular, la inteligencia varía de manera extraordinaria entre distintas personas.⁸

Los psicólogos la definen como las habilidades cognitivas, ellos la refieren como coeficiente intelectual y la gente con el término designado de inteligencia. Se puede realizar test para evaluarla, pero debe ser más que una forma de medir una descripción de la misma.⁷

El coeficiente intelectual es la expresión del nivel de habilidad que, de acuerdo con las normas de edad disponibles, muestra un individuo en cierto momento, pero en la actualidad no existe un test de inteligencia que pueda explicar las causas de dicho desempeño. Por ende atribuir el fracaso en un instrumento o en la vida cotidiana a una inteligencia inadecuada en nada contribuye a comprender los problemas del individuo y sí en cambio, hace postergar los esfuerzos por explorar en su historia personal las verdaderas causas de desventaja.⁷

Las pruebas psicológicas en general, y los tests de inteligencia en particular, no deben emplearse como una simple etiqueta para clasificar a los individuos, sino como un instrumento que ayude a comprenderlos.⁷

El segundo punto que debe recordarse es que la inteligencia no es una capacidad unitaria, sino un conjunto de varias funciones. El término suele emplearse para cubrir la combinación de habilidades que una cultura requiere para sobrevivir y progresar. De lo anterior se

deduce que las habilidades específicas incluidas en ese compuesto, varían según el tiempo y el lugar, por consecuencia debe esperarse que las condiciones requeridas para un aprovechamiento exitoso difieran en culturas disímiles, en distintos periodos históricos de la misma cultura e incluso en el ciclo vital del individuo, de la infancia a la etapa adulta.

Por supuesto, se observa que hay muchas funciones psicológicas importantes que los tests de inteligencia nunca han intentado medir, como las aptitudes mecánica, musical y artística. Las variables motivacionales, emocionales y actitudinales son determinantes importantes del aprovechamiento en todas las áreas.⁷

También debe considerarse el tiempo que requieren los niños mayores o los adultos para acumular el conocimiento que forma parte de la inteligencia y que contribuye a la disposición que muestra el sujeto para aprender material más avanzado.

El desempeño que muestra un individuo en un test de aptitud, en la escuela, en el trabajo o en cualquier contexto está influido por su motivación de logro, su persistencia, su sistema de valores, la existencia o ausencia de problemas emocionales discapacitantes y muchas otras características que tradicionalmente se clasifican bajo el rubro de personalidad.

Se conocen bien los efectos de los estados afectivos transitorios sobre el desempeño actual de los individuos; pero también se sabe que es aún más importante el efecto acumulado de los rasgos de personalidad sobre el desarrollo intelectual.

Por lo tanto la motivación y otras variables afectivas contribuyen al desarrollo de las aptitudes al influir el tiempo que el individuo dedica a una actividad en relación con el que dedica a otras ocupaciones que compiten su atención.

Hay una fuerte tendencia a que grupos de mayor aptitud experimentan más cambios sustanciales de personalidad "psicológicamente positivos" que los grupos de menor aptitud.

El éxito del individuo en el desarrollo y uso de aptitudes afecta su ajuste emocional, sus relaciones personales y su autoconcepto.⁷

En los infantes las experiencias tempranas de sentimientos positivos y un interés activo tienen mayor probabilidad de aprender más, de avanzar más rápido en su desarrollo cognoscitivo y de responder más favorablemente a las actividades académicas que influyen la interacción con adultos.

De hecho, algunos de los estudios sugieren que los primeros indicadores de la motivación para dominar el ambiente puede hacer una mejor predicción de la competencia intelectual posterior que las medidas tempranas. La investigación sobre la infancia conduce a un acercamiento entre el estudio del desarrollo afectivo y el cognoscitivo, y puede dar lugar a un uso integrado e ambos datos al interpretar los resultados de una prueba en cualquier nivel de edad.⁷

Hay tests de inteligencia que cuantifican el coeficiente intelectual como: Binet-Simon, Terman-Merrill y Wechsler; esta última es la más utilizada para una evaluación neuropsicológica y es útil para estudiar las enfermedades que un principio nos se diagnostican por medio de técnicas paraclínicas, como las demencias o las encefalopatías.⁹

En conclusión no solo este tipo de inteligencia medido por el coeficiente intelectual es lo que lleva al individuo al éxito, desde que Gardner en 1983 publicó que hay un amplio espectro de inteligencias con siete variedades claves: la verbal, lógico-matemática, espacial, cinestésica, musical, la intrapersonal e interpersonal. La palabra operativa desde el punto de vista de las inteligencias múltiples pasa más allá el concepto típico de coeficiente intelectual como factor único.¹

Gardner reconoce que el siete es sólo una cifra arbitraria para la variedad de inteligencias; no existe un número mágico para los múltiples talentos humanos. Junto con otros investigadores forman un total de 20 inteligencias.

Diez años después Gardner publica su teoría por primera vez de las inteligencias personales:

La inteligencia interpersonal es la capacidad de comprender a los demás, que los motiva, como operan, cómo trabajan cooperativamente entre ellos.

La inteligencia intrapersonal es una capacidad correlativa, vuelta hacia el interior, es la capacidad de formar un modelo preciso y realista de uno mismo y ser capaz de usar ese modelo para operar eficazmente en la vida.

Este autor analiza la noción de que hay inteligencia en las emociones y aquella según la cual puede aplicarse inteligencia a las mismas.¹

Goleman en su libro menciona que el coeficiente intelectual y el coeficiente emocional no son compuestos opuestos sino más bien distintos, que todos mezclamos intelecto y agudeza emocional; las personas que poseen un coeficiente intelectual elevado pero con una inteligencia emocional escasa son relativamente pocas.¹

A diferencia de las pruebas antes mencionadas para medir el coeficiente intelectual hasta ahora no se conoce algún test escrito para medir el coeficiente emocional y tal vez nunca exista, probablemente por que las emociones son algo subjetivo. ¹

Segal refuerza este concepto de que la emoción y el intelecto son dos mitades de un todo, esa es la razón por la que el término para describir la inteligencia del corazón se llamó coeficiente emocional. Ambos el coeficiente emocional e intelectual son recursos sinérgicos,

el uno sin el otro son incompletos e ineficaces. El coeficiente intelectual sobre el emocional puede hacer que uno obtenga un sobresaliente examen, pero no lo hará progresar en la vida.⁵

Las relaciones personales e interpersonales constituyen el dominio del coeficiente emocional, este es responsable de nuestra autoestima, conciencia de uno mismo, sensibilidad social y adaptabilidad social.

El coeficiente emocional proporciona un margen crítico en los ambientes laborales, familiares, sociales, sentimentales e incluso espirituales; la conciencia emocional centra nuestro mundo interior.⁵

Sobre la inteligencia emocional en los niños el Dr. Shapiro (1997)⁴ considera que el factor de inteligencia general derivado de las escalas de Wechsler que mide tanto la capacidad verbal, como no verbal, memoria, vocabulario, comprensión, solución de problemas, razonamiento abstracto, la percepción, el procesamiento de la información y las capacidades visuales y motoras, lo que se denomina coeficiente intelectual es extremadamente estable después de que el niño cumple los seis años y suele relacionarse con los otros tests de aptitud tales como las pruebas de admisión universitaria.

Este autor se opone al uso del término de coeficiente emocional como sinónimo de inteligencia emocional, temiendo que lleve a la gente pensar erróneamente que existe un test preciso para medir el coeficiente emocional o incluso que pueda llegar a medirse de alguna manera.

De todos modos, subsiste el hecho de que aunque el coeficiente emocional no resulte nunca medible, emerge de todos modos como un concepto significativo.

Aunque no se puede medir con facilidad gran parte de los rasgos sociales y de la personalidad, tales como la amabilidad, la confianza en sí mismo o el respeto a los demás, si se reconocen en los niños.

Reafirma el hecho de que las capacidades del coeficiente emocional no se oponen al coeficiente intelectual o a las capacidades cognoscitivas sino que interactúan en forma dinámica en un nivel conceptual y en el mundo real.

Tal vez la distinción más importante entre el coeficiente intelectual y el emocional es que el segundo no lleva una carga genética tan marcada, la cual permite a los padres y educadores partan del punto en que la naturaleza ya no incide para determinar las oportunidades del éxito del niño. ⁴

En el año 2002 en un trabajo sobre el perfil de inteligencia emocional, los autores comentan nuevamente que la inteligencia emocional es un constructo que contempla la habilidad para monitorear los sentimientos y las emociones propias y las de los demás, para discriminar entre ellas y utilizar esta información como guía de los pensamientos y acciones.²

Este constructo presenta gran dificultad para su evaluación, existiendo aproximaciones paradigmáticas y escalares, estas últimas se dirigen principalmente hacia el medio laboral y son empleadas por consultores en desarrollo organizacional, se trata de escalas cortas con baja validez de contenido. En México no existen actualmente instrumentos escalares para la medición de la inteligencia emocional.

1.1.5 DEFINICIÓN DE EMOCIÓN

De acuerdo con el autor Goleman(1998)¹ emoción significa moverse o alejarse, lo que sugiere que en toda emoción hay una tendencia a actuar, las emociones son típicamente indispensables para las decisiones racionales, otro autor Dantzer(1989)¹⁰ las describe como estados centrales inducidos por determinados estímulos, que se traducen en modificaciones en toda una variedad de conducta, donde las emociones es uno de los mejores ejemplos de las causas ficticias a las cuales tendemos a atribuir conductas, por lo tanto las emociones asumen un rol decisivo en las organizaciones de conducta.

Autores como Goleman¹ y Segal⁵ están de acuerdo que las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida, que la evolución no ha inculcado y los centros emocionales del cerebro tienden a protegernos del peligro.

Más recientemente en el año de 2001 Shapiro⁴ en su libro de inteligencia emocional en niños refiere que los seres humanos tienen la capacidad de inventar y controlar sus emociones simplemente a través del pensamiento, que hay dos niveles de emoción la consciente y la inconsciente, y en el momento que una emoción se hace consciente marca su registro en la conciencia.

La emoción esta definida por la experiencia individual de una determinada necesidad y por la probabilidad de su satisfacción, para otros las emociones no son solo las relaciones individuales, sino también en gran medida un fenómeno social mediador de funciones interpersonales y culturales cotidianas.¹¹

Describiendo a la emoción como la suma de tres procesos¹¹

* Los efectos periféricos específicos de los patrones de respuesta corporal específico para cada emoción

- * Los efectos cerebrales adaptativos sobre el pensamiento perceptual y cognitivo.
- * La experiencia emocional subjetiva, estado de ánimo o sentimiento interno.

De acuerdo con el Dr. Ramón de la Fuente (1992)¹² las emociones y los deseos son el motor de la conducta, lo que habitualmente mueve a la gente a actuar en determinada dirección, no es tanto su pensamiento lógico y abstracto, como la fuerza irracional de sus deseos, sus pasiones y sus temores, donde la emoción es un estado subjetivo que se acompaña de cambios fisiológicos y conductas peculiares, solo se conoce la emoción si el sujeto la comunica, o la inferimos por su conducta. El mismo autor menciona que hay situaciones de peligro o amenaza a los humanos y presentan tres tipos básicos de reacciones emocionales: ataque, huida o inhibición de la motilidad.

Algunos autores hablan de diferentes tipos de emociones y llegan a la conclusión que fisiológicamente el término emoción se refiere a cierta clase de excitación o activación general, ya desde la antigüedad Descartes³ distinguía seis emociones primitivas como admiración, amor, odio, deseo, alegría y tristeza. Posteriormente el autor Ekman¹² describe seis tipos de emociones básicas como la alegría, tristeza, miedo, disgusto, sorpresa e ira, cambiando admiración por sorpresa y odio por disgusto.

Hay autores como Echabarría(1989)¹³ que clasifican a las emociones en reactivas primarias y reactivas secundarias, las primeras como la tristeza, el miedo, el cólera que ayudan al sujeto a respuestas adaptativas y las secundarias son dependientes y se producen como respuesta, como es el llorar ante el enojo.

Más tarde el autor Shapiro⁴ clasifica a las emociones como positivas y negativas, algunas de estas últimas como el miedo, angustia, culpa y vergüenza y el mismo las subdivide en morales positivas y morales negativas, en las primeras que significa tener emociones y conductas que reflejan preocupaciones por los demás.

Resumiendo, las emociones positivas pueden ayudar a regular las emociones negativas, las emociones agradables o positivas acompañan la presencia inesperada de acontecimientos gratificantes, las emociones negativas o desagradables se asocian con experiencias como el dolor, el peligro y el castigo.¹⁰

1.1.6 EMOCIONES BASICAS

Cuando se refiere al estado de ánimo, a las emociones, a la afectividad, al bienestar subjetivo o a los sentimientos, se habla de la afectividad, que es la encargada de impregnar el color emotivo la existencia del ser humano.

Anteriormente se menciona que las emociones pueden ser placenteras o displacenteras, algunos autores las mencionan como positivas o negativas. Una emoción es un fenómeno afectivo intenso, centrado en un objeto que interrumpe la normalidad de la conducta y la cognición.

Por lo tanto las emociones son el producto de las evaluaciones que las personas realizan a partir de su experiencia, de sus formas de soporte y del enfrentamiento social, ante estímulos dados, las emociones tienen un origen y realidad social, y que constituyen como aptitudes y roles sociales transitorios, vividos como pasiones, a partir de un lenguaje y la cultura dada.

Ekman y cols. realizaron un estudio donde concluyen que hay seis emociones básicas: *tristeza, ira, miedo, sorpresa, alegría y desagrado*. Su estudio se basó en la construcción de prototipos faciales y la provocación de experiencias emocionales pasadas.¹²

La respuesta autonómicas estudiadas como tasa cardiaca, temperatura y resistencia eléctrica de la piel, permitieron diferenciarlas en emociones positivas y negativas.

Según Ekman (1984) hay evidencia suficiente para suponer que cada emoción básica posee elementos diferenciales específicos a tres niveles: facial-expresivo, cognitivo y en el sistema nervioso autónomo.¹²

Ekman menciona 10 características principales de las emociones básicas:¹²

- Existe una señal distintiva lo expresivo-facial transcultural para cada una de las emociones.
- Las emociones implican múltiples señales, tanto vocales como faciales, hay diferencias en las emociones dependiendo del país, aunque el aspecto vocal de las emociones parece ser mucho más dependiente de la cultura.
- La duración es limitada, ya que una emoción prolongada durante horas sería un estado de ánimo.
- Las expresiones faciales de estas emociones pueden ser totalmente inhibidas o simuladas, estas diferencias de la expresión facial reflejan las variaciones de la vivencia emocional.
- La existencia de estímulos transculturales provocadores de emociones, llevando a que existan situaciones universales.
- Hay antecedentes específicos para cada emoción.
- Las emociones son coherentes en su carácter evolutivo.
- Una característica de las emociones es su herencia.
- Las expresiones faciales universales pueden encontrarse filogenéticamente en especies inferiores.
- La existencia de un patrón de cambios universales transculturales del sistema nervioso autónomo y central asociado a cada emoción básica.

1.1.6.1. LA TRISTEZA

Se define como un estado de ánimo afligido, por un motivo, hecho o suceso que provoca pena o sentimientos de melancolía.¹⁴

En un estudio de la estructura de la emoción humana (2001) se menciona, que la tristeza es una emoción que causa displacer, que se encuentra en un eje bipolar y su otro extremo es la alegría, por último le agregan una matidez a la tristeza que correspondería al color violeta por ser un tono frío.³

Según Goleman (1995) para él existen ocho emociones básicas y cita a la tristeza con su manifestación respectiva que es la depresión, cuando estas emociones se vuelven cotidianas se le llama temperamento y refiere que hay combinación de estas emociones como la tristeza con el miedo y el enojo.²

Hay estudios que investigan que las mujeres tienen más predisposición a tener más problemas de afectividad, teniendo a la tristeza como síntoma principal, encontrando que el estado de ánimo de la mujer cambia dependiendo de su ciclo reproductivo. Demostrando que hay más frecuencia de depresión y ansiedad en mujeres en comparación con los hombres.¹⁵

1.1.6.2 LA IRA

Se define como la irritación o enfado muy violento, con pérdida del dominio de sí mismo.⁹

Goleman refiere que la ira es el estado de ánimo que la gente peor domina, es una emoción negativa, a diferencia de la tristeza la ira proporciona energías e incluso hay gente que le resulta tonificante, la ira es incontrolable.¹

Cuando el organismo ya está en un estado de nerviosismo, la ira tiene una intensidad y cada pensamiento que provoca ira se convierte en un minidisparador y así sucesivamente se dispara con más intensidad, para entonces la ira ya no entiende de razón, estallando fácilmente con una reacción violenta. En este punto la persona se vuelve implacable y ya no es posible razonar con ella.

Hay estrategias contra la ira que consiste en quedarse solo mientras llega la calma, salir a dar un paseo, las distracciones ayudan en gran medida a calmar la ira.¹

Autores de la estructura del modelo de la emoción humana definen a la ira como una emoción negativa y tiene polaridad con una emoción positiva como la compasión, la asocian con otras emociones como la duda, la frustración y la apatía, la mencionan como una emoción de un color frío.³

En un estudio (1999) sobre el reconocimiento de las expresiones faciales de las emociones la ira es más fácil de reconocer en los estudiantes y en personas que se emplean como obreros, en comparación con personas deprimidas que enmascaran este tipo de emoción.¹⁰

Últimamente en el año 2002 se estudian las variedades de ira, relacionados con la expresión de las mismas, los autores concluyen que hay diferentes tipos de expresión dependiendo de la experiencia emocional que tenga el sujeto, el dominio de la emoción, su cultura, y que hay emociones universales. Resumiendo que hay tres tipos de respuesta a la ira: un factor único dominante, un significado mayor de competencia y ausencia o no de competencia negativa en el grupo de participantes.¹⁶

1.1.6.3 EL MIEDO

Se define como la perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario presente o futuro.⁹

En el miedo a un hecho estimulante la amenaza, el sujeto deduce peligro y presenta una conducta de huida, es un estado afectivo o emocional es una disposición general a reaccionar que incluye la conducta abierta y un sistema de soporte fisiológico.¹³

Para Goleman el miedo ayuda a preparar el organismo a huida, aumentando el flujo de sangre en músculos esqueléticos, sobre todo hacia las piernas, ayudando a la huida, por tal motivo la cara queda pálida por la sangre que deja de circular.

Los circuitos de los centros emocionales del cerebro desencadenan un torrente de hormonas que pone al organismo en alerta general, haciendo que se prepare para la acción, y la atención se fija en la amenaza cercana, lo mejor para evaluar qué respuesta ofrecer.¹

En situaciones de peligro o amenaza, los humanos presentan tres tipos de reacciones básicas, como el ataque al enemigo, huida o inhibición de la motilidad, en el hombre cada una de estas reacciones elementales se acompaña de un estado subjetivo correspondiente a la reacción de huida corresponde el estado subjetivo que es el miedo, si atacara corresponde el cólera y si se inmoviliza el pánico.¹²

Las emociones tienen polaridades o valencias positivas y negativas, en este caso el miedo que es negativa y emoción desagradable, su polaridad es con el valor que es una emoción positiva y agradable.

Al miedo se le relaciona con otras emociones negativas como aprehensión, sospecha, recelo, temor, consternación, espanto, terror, pánico y pavor, las refieren como emociones oscuras. ³

Dentro del reconocimiento de la expresión facial de las emociones, como una forma de comunicación extraverbal, un estudio publicado en 1999 presentan fotos de mujeres y hombres con expresión de miedo y se reconoció en los grupos control más fácilmente a la mujer, el grupo que mejor reconoce a el miedo son los obreros, al contrario del grupo de estudiantes y deprimidos que la confunden con sorpresa. ¹⁰

Según Goleman las emociones básicas tienen su respectiva manifestación, en este caso el miedo se manifiesta como ansiedad, en casos extremos de alteraciones emocionales, este auto menciona que hay combinaciones de las emociones como los celos que combina enojo, tristeza y miedo.

Es innegable que todo ser humano tiene emociones, mismas que se ven expresadas en sentimientos positivos, así como en otros se manifiestan en angustia, ambas constituyen un claro indicador del propio funcionamiento eficiente o bien con problemas de conducta. ¹

Para regular estas emociones negativas hay un balance con las emociones positivas, las cuales hacen un balance de ambas emociones, hay una regulación de las emociones negativas un antídoto que es alegría, interés, contento, provocando estas emociones positivas aumento de niveles de dopamina en el cerebro. ¹⁰

1.1.6.4 LA SORPRESA

Aquello que da motivo para que alguien se sorprenda (causa impresión, extrañeza o admiración algo que no se esperaba que sucediera).⁹

La sorpresa que al levantar la ceja permite un mayor alcance visual y también que llegue más luz a la retina, este ofrece más información sobre el acontecimiento inesperado, haciendo que resulte más fácil distinguir con precisión lo que está ocurriendo e idear mejor el plan de acción.¹

En un eje bipolar de la sorpresa no se encontró una emoción que sea opuesta, la relacionan con asombro, pasmo, impresión, juego, diversión. A la sorpresa la engloban como una emoción desagradable.³

En un estudio basado en el reconocimiento de la expresión facial de las emociones en el año de 1999, la sorpresa es la emoción que menos reconocen los sujetos tanto en el control de sanos como de enfermos, los entrevistados sanos la confunden con alegría y los enfermos (deprimidos) la confunden con miedo.¹⁰

Posteriormente en el año 2000 se realiza una investigación de la inhibición de las expresiones faciales, que están limitadas por el control voluntario. Donde concluyen que la expresión facial de las emociones está determinada por la motivación social con un control voluntario de la expresión facial de los sujetos, al contrario de la expresión facial espontánea.¹⁸

Goleman menciona que las emociones básicas tienen su propia manifestación no encuentra una para la emoción sorpresa y refiere que es un impulso pasajero, aunque algunas son respuestas estereotipadas, que se aprenden en la niñez o que son productos de nuestra forma de respuesta ancestral.

1.1.6.5 LA ALEGRÍA

Se define como un sentimiento de placer originado generalmente por una satisfacción y que por lo común se manifiesta con signos exteriores.⁹

Entre los principales cambios fisiológicos de la alegría hay un aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible, y una disminución de aquellos que generan pensamientos inquietantes. Pero no hay un cambio determinado de la fisiológica salvo una tranquilidad, que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente del despertar biológico de las emociones desconcertantes.

Esta configuración ofrece al organismo un descanso general, además de una buena disposición y entusiasmo para cualquier tarea que se presente y para esforzarse para conseguir una gran variedad de objetivos.¹

Por naturaleza las emociones de algunas personas, parecen inclinarse hacia el polo positivo, con un temperamento alegre, son personas optimistas y tolerantes, mientras que otras son severas y melancólicas. Las personas que tienen una actividad mayor en el lóbulo frontal izquierdo, comparada con el derecho, son de temperamento alegre, les encanta lo que la vida les depara y les encanta las personas. Pero aquellas que desarrollan una actividad relativamente mayor con el costado derecho son propensas a la negatividad y al mal humor, y quedan fácilmente desconcertadas por las dificultades de la vida, parecen sufrir porque no pueden deshacerse de sus preocupaciones y depresiones.

Las lecciones emocionales de la infancia pueden tener un impacto profundo sobre el temperamento, ya sea ampliado o amortiguado una predisposición innata. La gran plasticidad del cerebro durante la infancia significa que las experiencias vividas durante esos años pueden ejercer el impacto duradero en la creación de sendas nerviosas para el resto de la vida.

En el estudio del reconocimiento de la expresión de las emociones la alegría es la emoción positiva que más reconocen los sujetos sanos y los sujetos enfermos como los deprimidos; por lo tanto la alegría fue reconocida por todos los grupos sin presentar diferencias significativas.¹⁶

1.1.6.6 EL DE SAGRADO

Significa disgusto, descontento, expresión en el trato o en el semblante, del disgusto que causa una persona o cosa.⁹

Esta expresión es igual en el mundo entero y envía un mensaje idéntico: algo tiene un sabor o un olor repugnante, o lo es en sentido metafórico. La expresión facial del desagrado con el labio superior torcido a un costado mientras la nariz se frunce ligeramente, sugiere un intento primordial de bloquear las fosas nasales para evitar un olor nocivo o de escupir un alimento perjudicial.¹

Esta emoción primaria de desagrado tiene otras emociones que derivan de esta, como: desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto y repulsión. Hay un argumento entonces que hay emociones centrales y de ahí derivan otras.¹

Las expresiones emocionales son muy importantes para una buena inteligencia emocional, encontrando que la emoción del disgusto es la más difícil de las emociones básicas de reconocer, la gente por lo general la confunde con tristeza o ira.¹⁰

1.1.7 ANATOMÍA DE LAS EMOCIONES

Las señales sensoriales del ojo y del oído viajan en el cerebro del tálamo y luego mediante una sinopsis a la amígdala y una segunda señal del tálamo a la neocorteza. Esta bifurcación permite a la amígdala iniciar antes y responder antes de la neocorteza. Tanto el ojo, el oído y otros órganos sensoriales transmiten señales al tálamo, estas señales son clasificadas con el fin de encontrar significados de manera tal que el cerebro reconozca objetos y que significa su presencia.¹

De la neocorteza las señales son enviadas al sistema límbico y de allí la respuesta se difunde al resto del cuerpo. La amígdala puede albergar recuerdos y repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente por que los hacemos, porque atajo del tálamo a la amígdala evita completamente a la corteza. Por lo tanto la amígdala es un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de los que podemos ser concientes.

Otra estructura importante es el hipocampo el cual recuerda los datos simples, la amígdala recuerda el clima emocional, el hipocampo retiene los datos específicos de un incidente, pero la amígdala que pone el clima emocional, descarga ansiedad.¹

La amígdala es el lugar más importante del cerebro al que van las señales y activa neuronas que se encuentran dentro de esta, para indicar a otras regiones del cerebro que refuercen la memoria para activar lo ocurrido.

Cuanto más intenso es la descarga que se produce en la amígdala, más fuerte es la huella, por ello presenta recuerdos imborrables y en efecto hay dos sistemas de memoria uno para los datos corrientes y otro para aquellos con descarga emocional.¹

La amígdala como depósito de la memoria emocional explora la experiencia, comparando lo que esta sucediendo ahora con lo que ocurrió en el pasado.

El hipocampo es crucial para los recuerdos narrativos junto con la amígdala trabajan de acuerdo común, cada uno almacena y recupera su información, la amígdala decide si esta información tiene valencia emocional.

La amígdala que madura muy rápidamente en el cerebro del niño, tiene muchas más probabilidades de estar formada en el momento del nacimiento.¹

Mientras la amígdala trabaja preparando una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro emocional permite una respuesta más adecuada y correcta, los lóbulos prefrontales parecen estar en acción cuando alguien siente miedo o rabia. Esta zona neocortical del cerebro origina una respuesta más analítica o apropiada a nuestros impulsos emocionales, adaptando la amígdala y otras zonas límbicas.¹

Estos lóbulos prefrontales, donde el izquierdo es el encargado de desconectar la emoción perturbadora, actuando como termostato nervioso, regulando las emociones desagradables, el lóbulo prefrontal derecho es un asiento de sentimientos negativos como el temor, la agresión, probable mente el lóbulo izquierdo inhiba al lóbulo derecho.

Resumiendo, una emoción puede generar una respuesta rápida si solo llega a la amígdala, pero si hay el doble de tiempo y este llega a la corteza se procesa la información y se razona, no sólo se actúa.¹

Hay circuitos cerebrales de las emociones que son varias estructuras interconectadas del cerebro anterior y engloba tres procesos básicos: expresión emocional, adaptación cognitiva

y experiencia subjetiva. El conjunto de estas áreas cerebrales se conoce como el sistema límbico descrito desde Broca en el año de 1872. El sistema límbico está encerrado en la profundidad del cerebro, formando un anillo alrededor del tallo cerebral, integrado por cuatro estructuras arqueadas en forma de C que va desde la superficie medial del lóbulo frontal hasta el lóbulo temporal.¹

Cuando apareció el sistema límbico el olfato representaba el sistema sensorial más importante ya que era encargado de la conducta alimentaria y la sexual.

La estimulación del otro sistema sensorial como el gusto o tacto, este conduce al reforzamiento final, el cual moviliza las zonas diencefálicas y límbicas conectadas principalmente con las vísceras. Hubo entonces una evolución muy importante del sistema endocrino, la hipófisis como sistema de regulación a distintos órganos.

En los seres humanos es evidente que hay un estado subjetivo que se denomina emoción y un conjunto de respuestas de las vísceras.¹

Un estudio en California(2000) sobre la evolución entre emoción y cognición de la corteza anterior del cíngulo, se encontró que esta corteza es una especialización de la neocorteza primitiva y que ha evolucionado, sin embargo hay factores que alteran esta evolución como son las condiciones ambientales, estrés, problemas postnatales que influyen en el adulto a una disfunción en su control emocional.¹⁹

Posteriormente en el año 2001 se realiza un estudio de diferencias en eventos inducidos en el EEG en la frecuencia de las bandas alfa y teta relacionado con la inteligencia emocional humana, resumen que las personas con inteligencia emocional alta tienen menos desincronización en las bandas alfa, por lo tanto hay más desincronización de las ondas teta el hemisferio izquierdo. En comparación con los de baja inteligencia emocional.²⁰

1.1.8 ASPECTO BIOSICOSOCIAL

Es difícil entender y concebir al hombre fuera de un contexto social, los procesos mentales, conductuales y los tipos de inteligencia no existen sin interrelación con otros individuos, y dado que el hombre es un producto social que vive dentro de un escenario cultural y social, ha de prepararse por medio de ideas, hábitos y técnicas, así como mediante formas de organización social, que le preceden y que habrán de sobrevivirle.²

Si bien no cabe duda de que el medio social puede afectar la conducta, es más difícil comprender el porqué el ambiente produce tres tipos de efectos en el desarrollo una función de mantenimiento, otra que facilita las transiciones del desarrollo y una función inductora del aprendizaje en general y más en particular de la formación de estrategias sociales.

El medio social proporciona una mina, renovada de estímulos cambiantes, nuevas y generadoras de problemas de identificación o reconocimiento, los compañeros sociales no solo son fuente de información por sí mismos, sino también por su acción en el medio, a diferencia del ambiente físico, el medio social es por lo tanto difícil de controlar.

La formación de tendencias como la agresividad, la timidez y la curiosidad no dependen del medio como tal, sino de la manera en que el individuo aprende a dialogar con él.¹⁰

1.1.9 LA FAMILIA Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

En la familia es donde los sentimientos se expresan y examinan abiertamente, los niños desarrollan el vocabulario para pensar en sus emociones y comunicarlas, en aquellas donde se suprimen los sentimientos y se evita la comunicación emocional, es más probable que los niños sean emocionalmente mudos, aunque se ha demostrado que el lenguaje emocional se puede aprender a cualquier edad, como ocurre con otros lenguajes, los que hablan con más claridad son los que aprenden más jóvenes.¹²

La familia que se encuentra en constante evolución es muy importante, para el desarrollo de la inteligencia emocional, es considerada según la teoría general de los sistemas en un conjunto de elementos en constante interacción, esto significa que la conducta de los individuos esta moldeada por la naturaleza de las relaciones que tiene con los demás miembros de su familia, y se asume que la conducta familiar no sólo es la suma de conductas individuales, sino el producto de su organización y de las interacciones de sus componentes.

Con este enfoque se requiere que el médico considere las características de la familia y las interacciones de sus miembros.

Hay dos elementos cruciales en el crecimiento de la familia: los patrones de comunicación y los límites o fronteras de la familia, la comunicación como sistema de intercambio e información, tanto verbal como no verbal entre sus miembros, algunos autores sostienen que la buena comunicación en la familia es el requisito principal para la resolución de un problema familiar.¹²

Los límites determinan el tipo de intercambio de información familiar, como un grupo con el medio externo. Los límites rígidos entre la familia y el mundo externo tienden a aislarla,

impidiéndole a usar recursos extrafamiliares, por otra parte los límites excesivamente permeables destruyen el sentido de integridad del grupo y a menudo impiden ser la familia como unidad.

En situaciones favorables el sistema familiar intenta preservar un equilibrio, si uno de los individuos intenta dar a su vida un sentido más autónomo y liberarse de la liga emocional, los miembros de su familia lo presionan y obligan a retornar al lugar que se le asigno.

Hay transacciones en la familia que son mensajes verbales, no verbales, afectivos o conductuales.¹²

Las funciones de la familia son *socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus o nivel socioeconómico*, la socialización ayuda al individuo a ser una persona totalmente independiente de sus padres, el cuidado que proporciona al individuo alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional, proporcionada principalmente por la madre, el afecto donde se proporciona al individuo la confianza básica, la reproducción lo que actualmente se llama salud reproductiva que tiene que ver no solo con proporcionar hijos a la familia, también con la vida sexual de la pareja y por último status o un nivel socioeconómico a esa familia.²¹

Aunque la capacidad para hablar de las emociones esta integrada en el cerebro, el hecho de que aprendan a utilizarla depende en gran medida de la cultura donde se crían y en particular, de la forma que interactúan con ellos.

Los padres deben enseñarle a sus hijos a usar su intelecto, así como sus capacidades emocionales y sociales a fin de enfrentar una serie cada vez mas compleja de tensiones personales, familiares y sociales.

Para que se desempeñe efectivamente en un mundo social, el niño necesita aprender a reconocer, interpretar y responder en forma adecuada a las situaciones sociales.

La socialización comienza con una combinación del temperamento heredado al niño y su reacción ante él, desde bebé se comunica con expresiones no verbales, las cuales varían considerablemente de su capacidad de respuesta, adaptación y persistencia.⁴

Los niños más grandes en etapa preescolar adquieren capacidades sociales no tanto de los adultos como de la interacción entre ellos.

El rechazo en la niñez contribuye a un desempeño académico deficiente, problemas emocionales y un mayor riesgo de delincuencia en la adolescencia, afortunadamente las capacidades sociales al igual que otras capacidades emocionales se pueden enseñar a través de intervención y actividades específicas de acuerdo a la edad.

Las expectativas de los niños sobre sus capacidades comienzan en el hogar, los niños automotivados esperan tener éxito y no tienen inconvenientes en fijarse metas elevadas para sí mismos.⁴

En familias pobres, con mala salud de la madre y anomalías tanto en el embarazo como en el parto, que se asocia con un mal crecimiento y con desórdenes intelectuales y desórdenes emocionales que conduce al fracaso en la escuela y un bajo nivel de empleo.

Hay factores prenatales con asociación de anoxia en el parto parece estar asociada con defectos mentales y una inteligencia inferior.²²

Los bebés tienen disposiciones innatas para prestar atención selectiva a estímulos visuales y auditivos humanos, a organizar sus actividades como dormir, comer, comunicarse en ciclos periódicos y a interactuar con otras personas.

Se ha descubierto que por lo general los niños primogénitos se encuentran un poco por encima de inteligencia y tienen más probabilidades de que sus realizaciones sean adecuadas, debido probablemente a que son niños más estimulados por sus padres.²²

Hay interacciones entre la madre y el niño que son básicos para el desarrollo del procesamiento de la información y la inteligencia, lo mismo que para la adquisición de lenguaje. Depende de los padres le proporcionen una estimulación adecuada y un buen reforzamiento a diferentes edades, el niño no se ve simplemente moldeado como un ser social, con percepciones y sentimientos.

El tamaño de la familia se correlaciona consistentemente en forma negativa con el cociente intelectual media de los niños y la probabilidad de que los niños de familias grandes obtengan menos estímulos de sus padres.

Entre las madres de distintas clases socioeconómico en el establecimiento de la seguridad inicial, en todas las clases sociales hay madres que no parecen estar conscientes de las necesidades que tienen sus bebés, de que responda a sus comunicaciones o refuerce su efecto mediante el intercambio de caricias y juegos. Es probable que de esto dependa, en parte, de la crianza feliz o infeliz de la propia madre.²²

Después de reiterar que hay variabilidad del coeficiente intelectual de la infancia a la edad adulta, se preguntaban cual es la razón por la que muchos niños de capacidad constantemente promedio durante su infancia y cuyas carreras escolares no son distinguidas, terminan de todos modos, como adultos de mucho éxito en los negocios o profesiones, mientras que otros que tenían una inteligencia elevada y procedían de hogares con un respaldo firme, resultan adultos frágiles, descontentos y confusos.

Muchos niños reaccionan de modos inesperados ante las presiones de la familia, la escuela y el ambiente por diferencias en el temperamento o en el nivel de madurez. Durante su infancia y sobre todo, durante su crecimiento en la adolescencia, se enfrentan a muchas frustraciones y numerosos problemas traumáticos, aprendiendo a enfrentarse a ellos con mayor o menor éxito.

Los que logran el éxito están mejor ajustados para enfrentarse a las dificultades del futuro y en esta forma establecen personalidades bien ajustadas, las experiencias de fracasos conducen a conceptos negativos sobre sí mismo.

El ambiente cálido, de aliento y no demasiado protector, pero exigente en cuanto a las realizaciones, parece proporcionar correlaciones substanciales con la capacidad y las realizaciones posteriores de los niños. La influencia del padre como modelo es también importante para los niños, al estimular el desarrollo de sus capacidades matemáticas y espaciales.²²

Con relación a los factores ambientales se ha asociado que en las zonas más pobres de las ciudades, hay grandes cantidades de niños retrasados, resultados probablemente de la baja inteligencia entre las madres y los ambientes con desventajas.

Lo que ocurre a principios de la primera infancia establece las bases para la estructura cognoscitiva y afectiva fundamentalmente, que influyen permanentemente en el desarrollo posterior del niño e incluso en su personalidad adulta, no hay duda que las privaciones graves pueden retrasar el desarrollo de su inteligencia.

Sin embargo hay niños de clase baja que pueden tener una estimulación excesiva debido al ambiente ruidoso y atestado, en lugar de sufrir privaciones por la falta de objetos y personas. Los niños criados durante periodos prolongados en instituciones están por debajo del promedio de inteligencia y logro escolar, este ambiente institucional es con frecuencia tedioso y monótono y virtualmente no hay oportunidades para la creación de lazos afectivos con una madre o alguien que la sustituya.

También se ha visto que la separación de la madre durante la infancia produce daño intelectual, anormalidades emocionales, sobre todo tienen un carácter sin afecto, la simple

separación temporal de la madre por hospitalización produce con frecuencia una ansiedad considerable en los niños, por lo tanto es mejor una mala madre que una buena institución.

En resumen las condiciones pre y perinatales, las interacciones de la madre y el niño a comienzos de su primera infancia, así como también la intervención de diversas condiciones de crianza del hogar, en la escuela y entre sus grupos, dan la formación de su crecimiento mental.²²

Siendo el ambiente la causa principal de las diferencias intelectuales de los niños, se puede esperar que las diferencias disminuyan cuando los ambientes se hagan más semejantes.²²

En un estudio (2000) sobre "la disfunción familiar como predisponente de enfermedad mental", se concluyó que frecuentemente es la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces por la relación con las etapas de transición en la vida de la persona, parece lógico pensar que la existencia de trastornos en la dinámica familiar pueda incrementar la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en alguno de los miembros, sin embargo parece existir una proporción de trastorno mental en el grupo con disfunción. Aunque no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico.²³

1.1.10 SALUD E INTELIGENCIA EMOCIONAL

1.1.10.1 ALEXITIMIA

Significa carecer de emoción, estas personas alexitimicas carecen de palabras para expresar sus sentimientos, aunque en realidad es una incapacidad para expresar sus emociones más que una ausencia de las mismas. Los psicólogos fueron los primeros en reparar a estas personas que no tenían vida emocional interior de la que hablar.

Las características clínicas que definen a los alexitímicos incluyen la dificultad para describir los sentimientos, los propios y los de los demás y con un vocabulario emocional sumamente limitado. Más aún tienen dificultad para distinguir entre una emoción y otra, así como emoción y sensación física.

Los alexitímicos rara vez lloran y cuando lo hacen lloran abundantemente y no saben el porque, no se trata de que los alexitímicos no sientan nada, sino que son incapaces de saber y especialmente incapaces de expresar sus palabras, carecen fundamentalmente de inteligencia emocional.

Esta confusión básica respecto a los sentimientos a menudo parece llevarlos a quejarse de problemas médicos indefinidos, cuando lo que experimentan en realidad es un trastorno emocional.

Lo que provoca la alexitimia, es probablemente la desconexión entre el sistema límbico y la neocorteza, sobre todo sus centros verbales.¹

Otro autor concuerda que la alexitimia que es la incapacidad para describir y reconocer las emociones y la llama un *defecto en la inteligencia emocional* donde no hay reconocimiento de la expresión emocional.¹¹

1.1.10.2 INMUNIDAD Y MENTE

Freud pensaba, que las vivencias desagradables son el origen etiopatológico de los trastornos mentales y emocionales, pero lo atribuía a mecanismos inconscientes, a un desequilibrio de las fuerzas psicológicas, en las que el ambiente tiene un pobre impacto.²⁴

Para entender lo relacionado con la vida emocional, se estudia con su enfoque neurobiológico. El hipocampo que es una estructura primordial para los procesos de aprendizaje y de memoria que puede ser afectada por la emoción o el estrés; en esta zona anatómica hay una gran cantidad de receptores a glucocorticoides, estos afectan la modulación de la expresión genética, la inmunidad, la reproducción y la formación ósea.

La intercomunicación entre los sistemas nervioso e inmunológico se realiza no sólo por los neurotransmisores generados en el cerebro y las hormonas producidas por el sistema endócrino, sino también por células que regulan la respuesta inmune como las citocinas.

Hay una red de intercomunicación rápida y constante y las sustancias químicas producidas por las células inmunes que envían señales al cerebro, el cual a su vez envía señales para actuar en el sistema inmune, es decir que estas sustancias químicas influyen sobre el comportamiento y la conducta de las personas.²⁴

Las citocinas se han relacionado con varias actividades cerebrales incluyendo las actividades inmunológicas, neuroquímicas, neuroendocrinas y conductuales, los leucocitos que son los responsables de producir citocinas, tienen la función de coordinar las respuestas de otras partes del sistema inmune a los patógenos para combatir las reacciones alérgicas, las infecciones y para destruir virus.

Actualmente ya se cuenta con algunas investigaciones que demuestran alteraciones inmunológicas en la esquizofrenia, enfermedad de alzheimer y en otras más.

Las evidencias en el humano y en el animal estudiado muestran que el estrés puede suprimir la función inmune, dando severas consecuencias en la salud. La relajación, el soporte de grupo y otras formas de manejo de estrés pueden aumentar la inmunidad.

La parte psicosocial ambiental y familiar de la conducta del individuo tienen indudablemente una repercusión sobre su biología y en la manifestación de ciertos síntomas que son típicos para tal o cual enfermedad.²⁴

1.1.10.3 HOSTILIDAD Y CORAZÓN

Actualmente hay muchos reportes en la literatura médica de muerte precipitada por intenso estrés emocional. En la escuela de medicina de Harvard los fisiólogos describen que el estrés agudo puede causar daño al corazón, alteraciones del ritmo en gente con enfermedad coronaria del corazón, un bloqueo progresivo de las arterias que abastecen de sangre a los músculos del corazón.

Recordando que la enfermedad del corazón es la número uno como causa de muerte en America, los factores de riesgo están bien establecidos para la enfermedad coronaria como: elevación de la presión sanguínea, fumar, elevación del colesterol en sangre.

Ahora las investigaciones epidemiológicas identifican factores de riesgo específicamente psicosociales, como: la hostilidad, carencia de soporte social y tener un trabajo tenso, además de la etapa de la enfermedad a desarrollar cuando se realiza el diagnóstico, contribuyendo a un pobre pronóstico.

Hay una evidencia fuerte del aprendizaje de volverse menos hostil y enfado y desarrollando un gran soporte social, puede mejorar el pronóstico de mucha gente con enfermedad coronaria. Médicos y psicólogos han trabajado para definir los aspectos de la personalidad

de la gente en riesgo para enfermedad del corazón, como también los mecanismos que producen el daño.

En 1960 cardiólogos de San Francisco identificaron características del comportamiento, gente constantemente apresurada, hostilidad e intensa competitividad, los nombraron con personalidad tipo A y tipo B para la gente que no contaba con estas características descritas. Realizaron un estudio prospectivo donde demostraron que la personalidad tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria del corazón.²⁴

Al inicio de los años ochenta la personalidad tipo A no solo fue una hipótesis en el conjunto de la narración, estos mismos cardiólogos realizan un estudio con pacientes con angiografía coronaria, para observar los bloqueos de las arterias coronarias de los pacientes tipo A en comparación con los de personalidad tipo B, sin embargo un epidemiólogo de la Universidad de Texas no encontró diferencias entre ambas personalidades en la enfermedad coronaria, realizado en un periodo de 7 años.²⁴

Posteriormente otros médicos relacionan al cólera como causa de enfermedad. Este incrementa los niveles de hormonas de estrés que circulan en la sangre, que puede tener efectos a largo tiempo sobre el sistema cardiovascular.

Respecto al peligro de *hostilidad* en 1980 el Dr. Goleman y cols. Publican que los pacientes que se les practicó un cuestionario de hostilidad, que presentan un alto nivel de hostilidad eran pacientes con bloqueo severo de arteria coronaria en comparación con otros pacientes.

La gente en general con frecuentes experiencias de cólera y la expresión de comportamientos agresivos, tiene factores de riesgo, incluyendo ansiedad generalizada, personalidad paranoide y gente con tendencia a la introversión. los psiquiatras encuentran

que el enfado deteriora la eficiencia de la bomba del corazón, este deterioro en la función reduce significativamente el aporte de sangre y puede llevar a una muerte súbita. Los hallazgos negativos de la hipótesis de hostilidad, sugiere que las investigaciones en esta área necesitan desarrollarse más.²⁴

El soporte social inadecuado o un alto nivel de estrés en el trabajo pueden lastimar el sistema cardiovascular. El soporte social es definido no sólo como el número de contactos sociales, como amigos, familia y colegas, sino también por gente que ayuda a sus necesidades.

Los estudios informan que gente con pobre soporte social tiene un riesgo alto de desarrollar enfermedad coronaria y tienen un alto promedio de muerte. Los bajos niveles de soporte social también probablemente ayudan a la aparición de otras enfermedades.²⁴

Respecto al estado civil se observó que los pacientes con enfermedad coronaria que se encontraban solteros, presentaban tres veces más probabilidad de muerte en los próximos 5 años, en comparación con los pacientes que tenían una esposa, un amigo en el que podían confiar.

Igualmente para pacientes con ataque al corazón que vivían solos, se presentó otro ataque en los próximos 6 meses, en relación a pacientes con esposa o compañero.

Estos hallazgos no minimizan la importancia de la alta tecnología en el tratamiento de angioplastias, cirugía de bypass, ellos sugieren fuertemente que el incremento del aporte social puede beneficiar el corazón de los pacientes.

El soporte social puede afectar la salud en un número de diferentes vías, la gente con pobre soporte social no se cuida a sí mismo, no toma la pastilla de la presión sanguínea, no deja de fumar, no acude al médico cuando se siente enfermo. Pero el soporte social puede tener

un efecto psicológico directo como: la gente con mucho soporte social presentar menos estrés.

Un soporte social fuerte produce menos adrenalina (medida en el sistema urinario) en comparación con pobre soporte social.²⁴

Un *trabajo* con un nivel alto de estrés también ayuda a riesgo de enfermedad coronaria, por la combinación de dos factores una fuerte demanda para la productividad y una pequeña libertad para determinar cual es la exigencia de la voluntad.

La conexión entre alta tensión en el trabajo y alta presión en sangre se encontró en trabajos como: arquitecto, ingeniero, programador, oficial público, médico, banquero, supervisor; y menos tensión en: relojero, empleado de estación de gas, técnico en salud, ensamblador, cortador, enfermera, etc.

Otros factores psicosociales incluyen la depresión, pesimismo y eventos estresantes de la vida, los cuales juegan un papel importante en el riesgo de enfermedad del corazón.

Biológicamente la enfermedad del corazón surge de la adrenalina la hormona del estrés probablemente la causa inmediata, un salto precipitado de adrenalina provoca un disturbio masivo en el corazón como las alteraciones del ritmo. La adrenalina en las células del músculo del corazón provoca que trabajen más, llamado estado de hipercontractividad.

La conexión fisiológica entre hostilidad y largo tiempo de daño al corazón son todavía desconocidas.

La adrenalina se conoce que aumenta la presión de la sangre, haciendo que la sangre trabaje más rápido y acelere otros procesos fisiológicos como el acelerado crecimiento de placas de aterosclerosis. La adrenalina es el disparador del movimiento de la grasa dentro del cuerpo, esta grasa se almacena dentro de los vasos.

La excreción de adrenalina por la noche en la orina es normal, pero en el día se ha encontrado que hombres hostiles producen más adrenalina en reacción a los eventos de la vida.²⁴

La adrenalina dispara al sistema nervioso simpático y en gente hostil activa el sistema nervioso parasimpático para protección contra el daño de la hormona del estrés.

Otro factor importante son los niveles de colesterol, que se acumulan en las placas de los vasos, la interconexión entre hostilidad y alto niveles de colesterol son complejos, pero el mensaje importante es que estos dos factores de riesgo combinado son más tóxicos para el sistema cardiovascular que cualquiera de uno solo.

Se relaciona a la gente con alta hostilidad con peso aumentado, más probablemente fumadores, consumen más alcohol y tienen más niveles altos de colesterol malo y niveles bajos de colesterol bueno, en comparación con la gente que presenta menos hostilidad.

En el cerebro hay un déficit de un neurotransmisor llamado serotonina, que provoca un síndrome de hostilidad caracterizado por: incremento del cólera e irritabilidad, fuerte respuesta del sistema nervioso parasimpático y simpático, incrementando el apetito, la ingesta de bebidas y el fumar, se encuentra en las diversas líneas de investigación la consecuencia potencial de bajos niveles de serotonina en el cerebro.

En el síndrome de hostilidad se encuentra un déficit de serotonina en el cerebro, cabe la posibilidad de que los fármacos puedan ayudar a proteger el sistema cardiovascular por aumento de niveles de serotonina en el cerebro. Estos fármacos pueden prevenir el control de la presión sanguínea y bajar los niveles de colesterol.

Aunque tal fármaco sea una bala mágica para proteger el daño de los efectos de la hostilidad en un futuro lejano.²⁴

1.1.10.4 EMOCIÓN Y CÁNCER

Los médicos aceptan actualmente, la importancia de la reducción de estrés, los consejos, la ayuda de los grupos, así como el factor emocional en el tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer, recordando que no hay que lastimar al paciente.

Médicos y psicólogos han trabajado en la personalidad de los pacientes con cáncer, no hay evidencia de que los pensamientos, emociones, características de la personalidad, o un estado mental o emocional que jueguen un papel directo en la causa del cáncer.

Hay una buena evidencia, de que las personas con cáncer y un soporte social, en circunstancias tempranas incrementan su restablecimiento o aumentan el tiempo de sobrevida.

Existen evidencias claras de que el soporte social puede ayudar a la gente con cáncer y menos estrés al tratamiento, mejorando su calidad de vida, esta intervención incluye grupos de soporte, consejos en el control de la ansiedad, depresión, y dolor.

Existen otros factores de riesgo para el cáncer como el fumar, consumo de alcohol, son dos factores que se asocian, las cuales causan doble daño. Los efectos psicológicos y los dos hábitos juntos, se suman a los efectos individuales.

Aún se sigue investigando sobre como el ambiente social, las emociones y actitudes del paciente pueden directamente incrementar este riesgo.

La decisión del estilo de vida también influyen para la vulnerabilidad de la enfermedad, para la prevención del cáncer con una dieta saludable, con una dieta baja en grasa y alta en fibra, vitamina A, C y E, y vegetales.²⁴

Anteriormente surgió una idea aplicada sobre la tuberculosis, esto fue más veraz con el desarrollo de la psiconeuroinmunología (PNI). Investigaciones sobre PNI exploraron la

relación entre la mente, el cerebro, el sistema inmune y el endocrino, cubriendo algunas evidencias que el estrés y las emociones pueden influir sobre el sistema inmune, disminuyendo su efectividad en el ánimo de la enfermedad.

En gran escala se acepta la teoría del cáncer, en la hipótesis del papel del sistema inmune para la prevención del desarrollo del cáncer.

Esta teoría refiere que las células del cáncer son siempre espontáneamente desarrolladas en el cuerpo, pero la habilidad del sistema inmune para reconocerlas y destruir estas generalmente previniendo el desarrollo de un tumor. Las células Natural Killer son importantes en el ataque del cáncer. Cuando el número de células de cáncer es grande no puede ser destruido por las células Natural killer y estas son suprimidas o inactivadas, entonces el cáncer se desarrolla.

Algunas investigaciones estudian la posibilidad de que ciertos tipos de personalidad son especialmente susceptibles para el cáncer, concluyendo que estos pacientes reprimen sus sentimientos negativos.

A esta personalidad se le ha llamado tipo C caracterizada por que son personas que no reclaman, son cooperativos, y resistentes a la expresión de las emociones particularmente al cólera y a la hostilidad. Esta personalidad no es causa de cáncer, pero pueden cambiar los resultados de la enfermedad.²⁴

La depresión hace más vulnerable para cáncer, hay estudios que enlazan la depresión y el riesgo de cáncer. Usando escalas psicológicas en estas investigaciones se identificó en estos individuos síntomas de depresión, algunos con depresión mayor. La incidencia de muerte por cáncer se dió en los 10 años próximos.

Desde 1970 estudios con animales estresados, tuvieron un aumento de la hormona de estrés cortisol y experimentaban supresión del sistema inmune, sugiriendo un mecanismo en estos animales. Estas investigaciones son sugestivas, pero no son definitivas.

No se sabe si los factores sociales y psicológicos pueden causar cáncer, pero si hay evidencia que afectan el curso de la enfermedad. El promedio de muerte de la gente con cáncer se observa por los factores sociales ya que son significativamente altos entre los pobres, probablemente por la inadecuada nutrición y acceso limitado a los cuidados de salud, la enfermedad se encuentra muy avanzada, cuando inicia el tratamiento.

Los grupos de soporte a pacientes con cáncer incrementan la longitud de vida. Comparando grupo de soporte con relajación e hipnosis y pacientes sin soporte, los primeros tienen más sobrevida.²⁴

1.1.10.5 DOLOR CRÓNICO

La irritación, el estrés, la angustia pueden causar dolor, estos componentes son esenciales para su sobrevivencia. Pero cuando el dolor persiste, no cesa es una advertencia de un problema físico fundamentalmente y volverse un problema el mismo. Dependiendo del grado de dolor se puede volver una carga tremenda para el paciente. Como es el caso del dolor crónico puede ser en los últimos meses o años y tiene un impacto devastador sobre la calidad de vida del individuo.

Por sí mismo el dolor crónico afecta directamente a la salud física también, hay ahora algunas evidencias de que el dolor puede suprimir la respuesta inmune del cuerpo. El dolor crónico también tiene un alto costo social. Recientemente se estima el costo en la compensación de la incapacidad y pérdidas de la productividad pueden ser muy alto \$ 100 billones anualmente en E.U.A.

Cuando el dolor no puede ser curado, la gente siente que es abandonado por la comunidad médica y se enoja por los tratamientos que no son efectivos. El dolor crónico hace que los pacientes se sientan aislados, ansiosos, deprimidos y preocupados por la situación. Aunque el dolor inicie como un problema físico, esto pronto se lleva a dimensiones psicológicas e interpersonales.

El paciente comienza con conflictos con su pareja, familia, su jefe, se hace un círculo vicioso en donde se siente más miserable. El paciente percibe como su familia, su médico y sus compañeros de trabajo creen que el exagera su dolor o lo produce, esto lleva al individuo a la frustración, depresión, y cólera.²⁴

Se ha documentado la importancia del papel de los sentimientos, pensamientos y otras respuestas de la gente sobre el dolor crónico, hay más probabilidad de que estos factores emocionales prolonguen su dolor. Afortunadamente hay también intervenciones psicológicas que pueden ayudar a manejar más este síntoma.

Desde 1965 psicólogos y anatomistas sugieren un sistema de entrada en el sistema nervioso central que abre y cierra los mensajes para el dolor en el cerebro. Hasta ahora parece que los factores psicológicos son importantes, un estado emocional de la persona y la vía como la persona interpreta una situación puede abrir o cerrar esta puerta de entrada del dolor.

Aunque la causa física de este problema puede ser la misma, la percepción del dolor es dramáticamente diferente.

Hay diferencias psicológicas entre la gente la cual cuenta con diferente percepción de la intensidad del dolor. Esto es imposible de medir científicamente, no hay un termómetro para dar una medida objetiva del dolor. Un médico puede solo inferir cuanto siente la gente por su compartimiento.

Los pensamientos y las emociones pueden directamente influir en la respuesta fisiológica, que incluye tensión muscular, flujo en la sangre, y niveles de químicos en el cerebro, esto es muy importante en la producción del síntoma. Los pensamientos de estrés provocados sólo por el dolor es una parte importante alrededor de la vulnerabilidad física.

Es estrés por si mismo crea cambios físicos en el flujo de la sangre, en la tensión, muscular que hacen en el ejemplo de cefalea, sea más largo y más severo.²⁴

Algunas interacciones con otras gentes donde muestran su inconformidad y son inadvertidas expresiones como: refunfuñar, gemir, muecas, cojear son parte del comportamiento del vocabulario del dolor. Estos pacientes solicitan ayuda para su distres, pero sus amigos y los miembros de la familia no responden a estas señales, provocando daño a lo largo de la enfermedad.

Aunque los pensamientos de factores emocionales y mentales pueden afectar grandemente la experiencia del dolor, esto es importante ya que raramente es la causa de la enfermedad. Actualmente hay pruebas de diagnóstico como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, son incapaces de encontrar la causa de un dolor crónico, algunos doctores y pacientes concluyen que la alteración es psicológica.

En la actualidad la causa puede no ser detectable por la tecnología médica, atribuyendo este dolor al estrés o problemas psicológicos y hacer que se sienta peor el paciente.

La terapia estándar de combinaciones de potentes analgésicos con breves periodos de descanso para promover la curación o para prevenir más daño. La medicación narcótica es más efectiva para el dolor agudo y dolor en el cáncer terminal, las investigaciones muestran que muy pocos pacientes se vuelven adictos.

Algunas drogas como analgésicos y ergotaminas usadas para la cefalea, pueden causar rebote, dolor con la misma dosis e incrementando la dosis del medicamento, componiendo este un problema.

Algunas estrategias psicológicas para abordar este problema, como la relajación y biofeedback, trabajando para ayudar al control de las respuestas psicológicas que ayudan a la producción de este. Otros pacientes se ayudan manejando el estrés inducido por los pensamientos, emociones y comportamientos para no abrir la puerta de entrada.²⁴

1.1.10.6 OPTIMISMO, ESPERANZA Y SALUD

La *esperanza* es el único antídoto que hace soportable las desdichas de la vida. Juega un papel increíblemente poderoso en la vida al ofrecer una ventaja en ámbitos tan diversos, la esperanza es algo más de que todo saldrá bien.

Es creer que uno tiene la voluntad y también los medios para alcanzar sus objetivos, sean cual fuera.¹

Algunos piensan en ellos mismos como capaces de salir de un atolladero o de encontrar una forma de solucionar problemas, mientras otros no se consideran poseedores de la energía, de la habilidad o los medios para alcanzar sus objetivos.

Personas con una alta esperanza comparten ciertas características entre ellas son capaces de motivarse ellos mismos, sentirse hábiles para alcanzar sus metas y tener la sensibilidad de fragmentar una tarea monumental y hacerla más manejable.

Desde el punto de vista de la inteligencia emocional abrigar esperanza significa que uno no cede a la ansiedad, a una actitud derrotista, ni a la depresión que se enfrenta a desafíos.

Las personas con esperanza presentan menos depresión que los demás, ya que actúan para alcanzar sus objetivos, son menos ansiosas en general y tienen menor dificultad emocional.

Para Voltaire el *optimismo* es "una manía para mantener que todo esta bien, cuando las cosas van mal".

Ser optimista es abrigar esperanzas, significa tener grandes expectativas de que, en general, las cosas saldrán bien en la vida a pesar de contratiempos y frustraciones.¹

Desde el punto de vista de la inteligencia emocional el optimismo es una actitud que evita que la gente caiga en apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad.

Al igual que la esperanza, el optimismo reparte beneficios en la vida (siempre y cuando estos sean realistas). Las personas con optimismo explican sus éxitos y fracasos se debe a algo que puede ser modificado de manera tal que logre el éxito en una siguiente oportunidad.¹

Mientras los pesimistas asumen la culpa del fracaso, adjudicando a alguna característica perdurable que son incapaces de cambiar.

Goleman menciona “tengo el presentimiento de que para un nivel de inteligencia determinado, su logro real reside no sólo en el talento, sino también en la capacidad de soportar la derrota.”¹

En el área de la salud hay una buena evidencia que el optimismo puede mejorar la calidad de vida de una persona y más. Esto juega un papel importante en el manejo de la salud física.

Las personas pueden ser relativamente optimistas en un área y relativamente pesimistas en otras.

Hay estudios que describen que con el aumento de la edad, la persona es menos optimista y por lo tanto tienden más a la enfermedad.

Una persona optimista se relaciona con una baja o nula visita al año con su médico. El pesimismo frecuentemente desarrolla síntomas físicos más frecuente, en comparación con la gente optimista que se encuentra un tanto saludable.²⁴

Pacientes con enfermedad coronaria con una buena disposición de optimismo hacia ellos mismos, ayuda a un rápido regreso de su actividad laboral, social, recreaciones y a su actividad sexual.

La gente pesimista es socialmente aislada, y este aislamiento es un factor de riesgo para una mala salud. Las actitudes probablemente influyen en la salud por varias vías, algunos estudios sugieren que altera el sistema inmune el cual puede ser un factor, otro punto son los factores interpersonales, el soporte social, cambios de comportamiento, una buena alimentación y ejercicio.²⁴

1.1.11 EL MÉDICO Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

El personal médico reacciona a nivel emocional, incluso mientras se ocupa del estado físico de su paciente. Un descuido del estado emocional de la enfermedad deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas pueden jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el curso de su recuperación. Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional.

Para el paciente cualquier encuentro con un médico o una enfermera puede ser una oportunidad para obtener información, consuelo y tranquilidad; y si se maneja inadecuadamente, es una invitación a la desesperación. Pero con frecuencia quienes se

ocupan de los cuidados médicos actúan con precipitación o son indiferentes a la aflicción del paciente.

Hay enfermeras y médicos compasivos que se ocupan de tranquilizar e informar, además de administrar medicamentos. Pero existe una tendencia a un universo profesional en el que los imperativos institucionales pueden hacer que el personal médico pase por alto la vulnerabilidad del paciente, o se sienta demasiado presionado para hacer algo por él.

En la actualidad se puede afirmar que existe un margen de eficiencia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse tratando el estado emocional de las personas junto con su estado físico. Por supuesto, no en todos los casos ni en todos los estados. La medicina de la sociedad moderna ha definido su misión en términos de curación de la patología, mientras pasaba por alto la enfermedad, la experiencia del paciente tiene del mal que lo aqueja.¹

Hay muchas formas en que las necesidades emocionales de los pacientes quedan insatisfechas por la medicina actual. Las preguntas sin respuesta llevan a la incertidumbre, el temor y la sensación de catástrofe, llevan a los pacientes a negarse a seguir tratamientos que no comprenden totalmente.

Existen muchas formas en que la medicina puede expandir su visión de la salud para incluir las realidades emocionales de la enfermedad, se podría ofrecer a los pacientes mayor información esencial para las decisiones que deben tomar con respecto a sus cuidados.

En el momento en que los pacientes se enfrentan a una cirugía o exámenes invasivos o dolorosos están cargados de ansiedad, y son una oportunidad excelente para ocuparse de la dimensión emocional. Ser paciente de un hospital puede ser una experiencia terriblemente solitaria y desesperante. Pero algunos hospitales han comenzado a diseñar

habitaciones para que algún miembro de la familia pueda quedarse con el paciente, presentando una mejoría más rápida.

El valor médico agregado de un médico o una enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes, capaces de escuchar y ser escuchados. Fomentando el cuidado basado en la relación, reconociendo que la relación médico- paciente es en sí misma un factor significativo. Tales relaciones deberían ser fomentadas más rápidamente si la educación médica incluyera algunas herramientas básicas para la inteligencia emocional, sobre todo en la conciencia de uno mismo y las artes de la empatía y del saber escuchar.¹

Es necesario que la medicina amplíe su visión para abarcar el impacto de las emociones, deben tenerse en cuenta dos grandes supuestos de los descubrimientos científicos:

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

Aunque son cada vez más pacientes que buscan una medicina más humana, esta se encuentra en peligro. Por supuesto, aún se encuentran enfermeras y médicos consagrados a su profesión, quedan a sus pacientes ternura y comprensión.

Tratar la aflicción emocional de los pacientes, como sugieren las pruebas, pueden ahorrar dinero, sobre todo en la medida en que previene o retrasa el inicio de la enfermedad, o ayudando a los pacientes ha curarse más rápidamente. Estos cuidados también hacen que los pacientes se sientan más satisfechos con su médico y tratamiento.

Y para algunos podría acelerar el ritmo de la recuperación. La compasión no solo consiste en tomar un paciente de la mano, también es una buena medicina.

Un artículo reciente (2002) de la inteligencia emocional del médico y la satisfacción del paciente, se evalúa la inteligencia emocional de 30 médicos, 14 estudiantes y 16 residentes, con la satisfacción de 232 pacientes ambulatorios de la academia de medicina familiar, utilizando para médicos el inventario de cociente emocional y a los pacientes con un cuestionario de 11 ítems.

Los resultados de este estudio muestran solo una limitada relación entre la satisfacción de los pacientes y la marca de inteligencia emocional. Encontrando que los médicos que transmiten alegría a través de la relación médico-paciente, incrementaba la satisfacción de los pacientes y sus cuidados.

Concluyen que el autor Goleman el primero en mencionar el concepto de inteligencia emocional y su fuerte influencia en el trabajo y los negocios, describiendo un clima igualitario en la atmósfera de la relación médico-paciente ayudan a la satisfacción del paciente. Sugieren aumentar en el estudiante de medicina que ellos reconozcan las necesidades de sus pacientes y su satisfacción personal.²⁵

Para finalizar Ramón de la Fuente en su libro de Psicología médica menciona sobre el médico y la familia, realizar un diagnóstico de la familia, requiere tomar en cuenta su estructura, su organización interna, su adaptación externa, el papel que juega cada uno de los padres, la forma en como crían y educan a los hijos y la forma en como se relacionan los hijos con ellos.

El médico interesado en la familia puede ofrecer a un miembro en conflicto con el resto la oportunidad de expresar en forma clara y directa lo que ocurre y lo que piensa y abrirle la posibilidad de encontrar mejores formas de relación y también la posibilidad de tener experiencias correctivas. El papel del médico es abordar a varios miembros de la familia y ayudar a quien se perciba a sí mismo y a los demás con mayor claridad.¹²

1.1.12 TESTS DE INTELIGENCIA

Son los tests de habilidades cognoscitivas, con una variabilidad individual y predicen un comportamiento en el futuro.

El CI es la calificación de un instrumento en particular, siempre colocando de que prueba se obtuvo; esta inteligencia evaluada no debe considerarse como una explicación sino como una descripción, estos tests de inteligencia en particular, no se deben emplear para etiquetar a un individuo, sino como un instrumento que nos ayude a comprenderlos, recordando que la inteligencia no es una capacidad unitaria, sino como un compuesto de varias funciones, este término de inteligencia suele emplearse para cubrir la combinación de habilidades que una cultura requiere para sobrevivir y progresar, los tests de inteligencia nunca han intentado medir, otro tipo de aptitudes como la mecánica, artística y musical.⁷

Las variables motivacionales, emocionales y actitudinales son determinantes importantes del aprovechamiento en otras áreas.⁷

Brockert en su libro de *los tests de la inteligencia emocional*, realiza 52 tests dividiéndolos en cinco áreas autoconciencia, control de las propias emociones, motivación, empatía y una mejor relación entre las personas y un mejor trato con ellas. El confirma que la inteligencia es ante todo la aptitud para asimilar información, logrando la asimilación de la información que diariamente se presenta en la vida cotidiana, el autor está de acuerdo con los autores Howard y Gardner que esta información se asimila intra-personal e Inter.-personal.²⁶

Los tests de este libro no se encuentran validados, son técnicas y ejercicios para desarrollar una inteligencia emocional, con los parámetros antes mencionados, para finalizar el autor concluye que la ciencia y la sociedad necesita son personas que se entiendan con los demás, donde la inteligencia emocional es la facultad más importante para lograrlo, el intelecto no debería de ser saturado con más materias escolares y conocimientos sino con otras capacidades. Por lo tanto la inteligencia emocional se trata de un buen autocontrol y una excelente relación con los demás.²⁶

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es el primer "laboratorio social" en donde se realizan las primeras interacciones, es ahí donde se aprenden los primeros patrones comunicacionales verbales y no verbales, el establecimiento de límites y fronteras, es ahí donde empieza a desarrollarse la inteligencia emocional.¹²

En la familia los sentimientos se expresan y examinan abiertamente, los niños desarrollan un vocabulario emocional y aprenden a comunicarlos, en aquellas familias donde se suprimen los sentimientos, es más probable que sean sujetos mudos emocionalmente, sin embargo el lenguaje emocional se puede aprender a cualquier edad.¹²

La familia que se encuentra en constante evolución para el desarrollo de la inteligencia emocional, es considerada según la teoría general de los sistemas como un sistema dinámico constituido por un conjunto de elementos en constante interacción; esto significa que la conducta de los individuos esta moldeada por la naturaleza de las relaciones que tienen con los demás miembros de sus familias, con este enfoque se requiere que el medico considere las características de la familia.¹²

Lo que ocurre a principios a principios de la primera infancia establece las bases para la estructura cognoscitiva y afectiva fundamentalmente, que influyen permanentemente en el desarrollo posterior del niño e incluso en su personalidad adulta, no hay duda de que las privaciones graves pueden retrasar el desarrollo de la inteligencia.²²

El problema es que esta línea de investigación aún no ha sido explorada en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", sin embargo es difícil de explorar por lo subjetivo del tema, trataremos de buscar datos generales de este tema de inteligencia emocional, y clasificar la familia de origen de los pacientes.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia de que ayudando a la gente a manejar sus sentimientos como la ira, depresión, pesimismo, soledad; es una forma de prevenir enfermedades y que muchos pacientes se verían beneficiados si fueran atendidos a la par, de sus necesidades médicas las psicológicas

A partir de 1990 que se ha investigado en relación a la inteligencia emocional, predominan los trabajos hechos por profesionales de la salud mental, como son psicólogos y psiquiatras, sin embargo poco han escrito al respecto los médicos familiares, por esta razón es importante en la atención integral que se espera proporcione el contemplar los aspectos biosociales del paciente y su familia.

La misión del médico familiar es la atención integral del paciente y sus familias, es importante conocer el tipo de inteligencia emocional que presentan un grupo de derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, y observar las características de su familia de origen, ya que no se han documentado estudios al respecto.

Esta información será de utilidad para poder capacitar al personal de salud, proporcionar acciones de educación para la salud de los derechohabientes, promoviendo su importancia de la inteligencia emocional y facilitando su desarrollo, así como observar las características socio-demográficas y de cuatro funciones básicas de las familias de origen de los pacientes encuestados.

En este estudio no se pretendo encontrar una relación causa efecto de la inteligencia emocional en la vida adulta con la familia de origen de un paciente, simplemente se desea saber si hay un tipo de relación que estuviera participando, ya que la inteligencia emocional es el producto de varias causas, en donde intervienen muchas otras variables en la vida y desarrollo de un individuo.

1.4 OBJETIVOS GENERALES

- 1.4.1 Describir las características socio-demográficas de la familia de origen y la inteligencia emocional actual de los derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.5.1 Identificar las características sociodemográficas de la familia de origen de los pacientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
- 1.5.2 Identificar si en las familias de origen de los pacientes cumplieron con cuatro funciones básicas como socialización, cuidado, afecto y estatus.
- 1.5.3 Valorar la inteligencia emocional alcanzada en la etapa adulta de los pacientes que acuden a esta clínica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

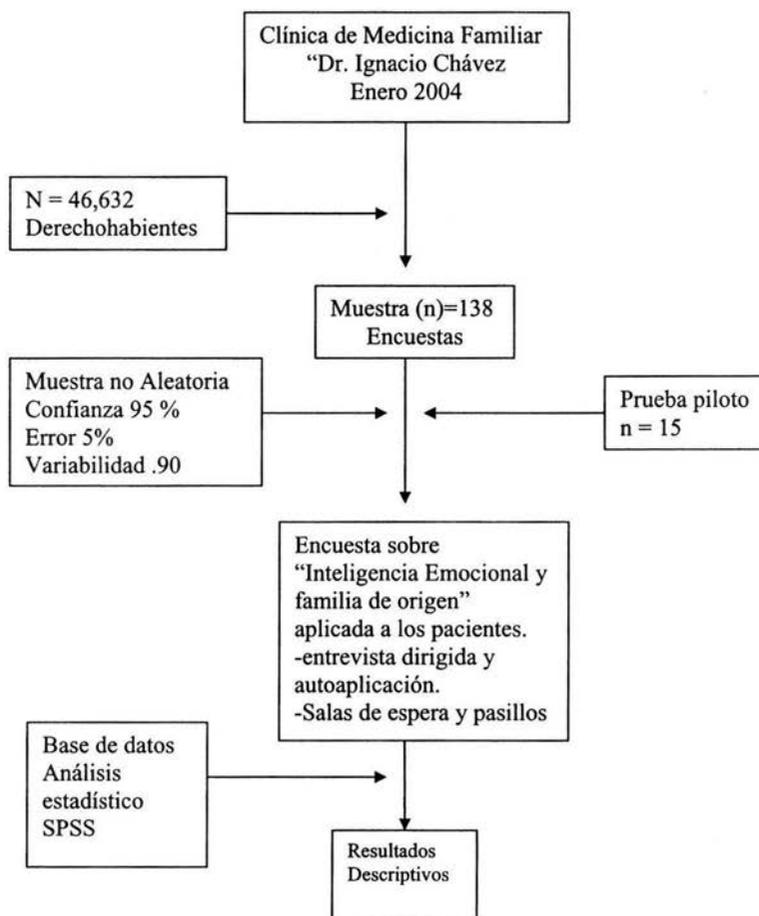
2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, retrospectivo, no comparativo.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

Para el diseño del estudio se siguieron las recomendaciones del GTP²⁷, para realizar proyectos de investigación. El diseño general del estudio se presenta a continuación.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



En la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE en el mes de enero 2004, se aplicó un cuestionario mixto (dirigido y de autoaplicación) de 138 encuestas sobre "Inteligencia emocional y familia de origen", en salas de espera y pasillos de la clínica. La muestra fue no aleatoria, con una confianza de 95 %, con un error de 5% y una variabilidad de .90 y no representativa.

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Se incluyeron a los pacientes que acudieron a la consulta, durante el mes de enero de 2004, de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE de la Zona Sur.

2.4 MUESTRA.

Con base a 46,632 pacientes entre 20 a 59 años, con el 95% de confianza, 5% de error y el 0.90 de variabilidad, obteniéndose una población de 138 pacientes. La muestra fue no aleatoria, no representativa y se invito a participar voluntariamente a los pacientes elegidos en pasillos y salas de espera.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 20 a 59 años de edad
- Todos los derechohabientes que acuden a consulta
- Todos los pacientes que aceptaron responder a la encuesta en forma voluntaria y completa.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no son derechohabientes de la clínica
- Pacientes menores de 20 años y mayores de 59 años
- Pacientes que no aceptaron contestar la encuesta.
- Pacientes analfabetas.

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Presencia de respuestas dobles en algún reactivo
- No haber contestado el cuestionario al 100%
- No entrega de los cuestionarios aplicados.

2.6 VARIABLES

Se estudiaron un total de 36 variables, las cuales se distribuyeron en 4 secciones:

- Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria y folio (2 variables)
- Sección 2: Ficha de identificación (5 variables)
- Sección 3: Antecedentes familiares del paciente (17 variables)
- Sección 4: Test de Inteligencia Emocional (12 variables)

Las variables, su tipo y escala de medición se encuentran a continuación.

Variables de estudio sobre Inteligencia Emocional y Familia de Origen.

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o código
Folio	cuantitativa	Discreta	Números consecutivos
SECCIÓN 2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
P1S2 Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
P2S2 Sexo	Cualitativa	Nominal	1= masculino 2= femenino
P3S2 Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= soltero 2= casado 3= unión libre 4= divorciado 5= viudo 6= separado

P4S2			Número total en años de estudio, a partir de la primaria
Escolaridad en años	Cuantitativa	Discreta	
P5S2			1= hogar 2= jubilado/pensionado 3= desempleado 4= subempleado 5= estudiante 6= estudia/trabaja 7= campesino 8= artesano 9= obrero 10= chofer 11= técnico 12= empleado 13= profesional 14= artista 15= comerciante 16= empresario 17= directivo 18= otras ocupaciones
Ocupación	Cualitativa	Nominal	
SECCIÓN 3 ANTECEDENTES FAMILIARES			
P6S3			1= nuclear 2= extensa 3= extensa-compuesta
Composición de la familia	Cualitativa	Nominal	
P7S3			1= rural 2= urbana
Demografía	Cualitativa	Nominal	
P8S3			1= moderna 2= tradicional 3= primitiva
Desarrollo	Cualitativa	Nominal	
P9S3			1= hogar 2= jubilado/pensionado 3= desempleado 4= subempleado 5= estudiante 6= trabaja/estudia 7= campesino 8= artesano 9= obrero 10= chofer 11= técnico 12= empleado 13= profesional
¿En su infancia el sostén económico tenía la siguiente ocupación ?	Cualitativa	Nominal	

			14= artista 15= comerciante 16= empresario 17= directivo 18= otras ocupaciones
P10S3 Integración de la familia	Cualitativa	Nominal	1= integrada 2= semi-integrada 3= desintegrada
P11S3 Escolaridad de la Madre en años	Cuantitativa	Discreta	Número total en años de estudio, a partir de la primaria
P12S3 Escolaridad del Padre en años	Cuantitativa	Discreta	Número total en años de estudio, a partir de la primaria
P13S3 Ocupación del padre	Cualitativa	Nominal	1= hogar 2= jubilado/pensionado 3= desempleado 4= subempleado 5= estudiante 6= estudiante/trabaja 7= campesino 8= obrero 9= obrero 10= chofer 11= técnico 12= empleado 13= profesional 14= artista 15= comerciante 16= empresario 17= directivo 18= otras ocupaciones
P14S3 Ocupación de la madre	Cualitativa	Nominal	1= hogar 2= jubilado/pensionado 3= desempleado 4= subempleado 5= estudiante 6= estudiante/trabaja 7= campesino 8= artesano 9= obrero 10= chofer

			11= técnico 12= empleado 13= profesional 14= artista 15= comerciante 16= empresario 17= directivo 18= otras ocupaciones
P15S3 ¿Cuándo era niño(a) se sentía apoyado por su familia?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P16S3 ¿Cuándo era niño(a) se sentía rechazado por su familia?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P17S3 ¿Cuándo niño(a) recibía afecto?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P18S3 ¿trabajó en su niñez?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P19S3 ¿recuerda en su niñez falta de alimentación?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P20S3 ¿en su niñez si enfermaba lo llevaban al médico y control de sus vacunas?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
P21S3 ¿Cuándo era niño(a) lo golpeaban?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca

P22S3 ¿Cuándo era niño(a) le gustaba visitar otras familias?	Cualitativa	Ordinal	1= siempre 2= con frecuencia 3= pocas veces 4= nunca
SECCIÓN 4 TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL P23S4 Sentir que los demás Me dejan fuera o no Me hacen caso me preocupa	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P24S4 Cuando he hecho Algo de lo que me Avergüenzo lo admito	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P25S4 Me inquieta que un Extraño no se muestre Amistoso conmigo	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P26S4 Me río de mis vulnerabilidades	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P27S4 Me castigo cuando Cometo errores	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P28S4 Se reconocer mis Imperfecciones sin Sentirme culpable	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P29S4 Cuando alguien se Enfada conmigo me Estropea el día	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P30S4 Experimento gran Variedad de Sentimientos cada Día, incluidos tristeza, ira y miedo	Cualitativa	Nominal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre

P31S4 Mis emociones intensas me hacen sentir fuera de control	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P32S4 Las emociones intensas de los demás Me hace sentir fuera De control	Cualitativa	Ordinal	1= nunca 2= pocas veces 3= con frecuencia 4= siempre
P33S4 Actualmente como Se siente usted en Su vida emocional	Cualitativa	Ordinal	1= muy bien 2= bien 3= regular 4= mal 5= muy mal
P34S4 ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta.

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Para clasificar a la familia en base a su estructura, desarrollo, demografía, integración y tipología se utilizó la definición de Irigoyen^{21, 28}

La estructura de la familia se refiere a como se encuentra constituida la familia:

- Familia Nuclear: Modelo de familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- Familia Extensa: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.
- Familia Extensa Compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres.

El desarrollo de la familia puede clasificarse en:

- Familia Moderna: La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.
- Familia Tradicional: El subsistema proveedor, casi siempre esta constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.
- Familia Primitiva o Arcaica: Nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse en:

- Rural o urbana según la ubicación de la familia.

La integración familiar puede clasificarse en:

- Familia Integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Familia Semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- Familia Desintegrada: La característica esencial, es la ausencia de alguno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Desde el punto de vista tipológico:

- Campesina
- Obrera
- Profesional.

Estos puntos se consideran en las preguntas 6 a la 14 de la encuesta.

Las funciones de la familia se tomo la definición de Irigoyen²¹, las cuales son:

- Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar a una persona dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad, donde la madre es el educador primordial.
- Cuidado: Esta función permite la preservación de la especie, se identifican cuatro aspectos en ella: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- Afecto: Es un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, determinado por nuestras relaciones familiares.
- Reproducción: Definiendo a la familia como la encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad.
- Estatus y Nivel Socioeconómico: Equivale a trasferirle derechos y obligaciones, es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

Se consideran en las preguntas 15 a 22 de la encuesta.

Inteligencia emocional: Son las cualidades emocionales que parecen tener importancia en el éxito, es la capacidad de reconocer sentimientos en sí mismo y en otras personas, siendo hábil para gerenciarlos al trabajar con otros, utilizando esta información como guía en pensamientos y acciones.⁵

Es también llamada la inteligencia social que es la capacidad de comprender a los demás y actuar prudentemente en las relaciones sociales.²

Test de inteligencia emocional: se toma del autor Jeanne Segal de su libro "Su inteligencia emocional" un cuestionario de 11 preguntas, donde las preguntas 1, 3,5,7,9 y 10 (que corresponden a las preguntas 23,25,27,29,31 y 32) se deben contestar con nunca o pocas veces, y las restantes (que corresponden a las preguntas 24,26,28 y 30) números pares con frecuencia o siempre. El test original constaba de 11 reactivos, para poder dar una calificación sin decimales se omite la pregunta 10.⁵

Calificando al test de la siguiente forma:

1 a 4 puntos = mala inteligencia emocional

5 a 7 puntos = regular inteligencia emocional

8 a 10 puntos = buena inteligencia emocional.

Las preguntas 33 y 34 se agregaron para saber actualmente como se siente el paciente y el porque de su respuesta.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO²⁷

2.8.1 ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Describir las características socio-demográficas de la familia de origen y la inteligencia emocional actual de los derechohabientes.

2.8.2 ¿Cuántos grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 138 pacientes.

2.8.3 ¿Cuantas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo?

Una sola medición.

2.8.4 ¿Como se realizaron las mediciones?

Independientes.

2.8.5 ¿Qué tipos de variables fueron medidas?

Cuantitativas y cualitativas.

2.8.6 ¿Qué escala de medición se utilizó?

Para las variables cuantitativas se utilizo escala discreta y continua, para las variables cualitativas se utilizo nominal y ordinal.

2.8.7 ¿Qué distribución tuvieron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas una distribución normal y para las variables cualitativas distribución libre.

2.8.8 ¿Qué tipo de muestra se investigó?

Muestra no aleatoria, no representativa.

2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.9.1 ENCUESTA. La cual fue un instrumento creado para lograr los propósitos específicos de la investigación.

La cual constó de cuatro secciones:

1. Folio y Consentimiento de Participación Voluntaria (2 variables)
2. Ficha de identificación (5 variables)
3. Antecedentes familiares del paciente (17 variables)
4. Test de inteligencia emocional (12 variables)

La encuesta se muestra a continuación:

TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL
Y FAMILIA DE ORIGEN

Folio _____

1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

El presente cuestionario tiene como propósito conocer si la familia de origen de un individuo, influye en el desarrollo de su inteligencia emocional (es la inteligencia que nos ayuda a relacionarnos con nosotros mismos, con otras personas, responsable de nuestra autoestima, la conciencia de uno mismo, ser sociales y ser capaces de adaptarnos a la sociedad).

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica "Dr. Ignacio Chávez", la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que algunas de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herida(o), lastimada(o) o agredida(o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario tiene 34 preguntas y se contesta en aproximadamente en 15 minutos, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Por favor marque con una "X" su respuesta

1. Edad _____
2. Sexo: femenino _____ Masculino _____
3. Estado civil: soltero _____ casado _____ unión libre _____
divorciado _____ viudo _____ separado _____
4. Escolaridad en años: _____
5. Mi ocupación actual es: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL PACIENTE

Las siguientes preguntas están relacionadas con su infancia, desde que recuerda hasta los 10 años de edad.

6. En su infancia usted vivió con: padre____ madre____ hermano(s)____ primos____ tíos____ abuelo(s)____ otro pariente____ otro no familiar____
7. En su infancia usted vivió en una zona: rural____ urbana____
8. En su infancia quién era el sostén económico de la familia: _____
9. En su infancia el sostén económico tenía la siguiente ocupación: _____
10. En su infancia su familia era: integrada____ semi-integrada____ desintegrada____
11. Recuerda usted hasta que año estudio su madre: _____
12. Recuerda usted hasta que año escolar estudio su padre o tutor: _____
13. En su infancia la ocupación de su padre o tutor era: _____
14. En su infancia la ocupación de su madre era: _____

	SIEMPRE	CON FRECUENCIA	POCAS VECES	NUNCA
15)¿Cuándo era niño(a) se sentía apoyado por su familia?				
16)¿Cuándo era niño(a) se sentía rechazado por su familia?				
17)¿Cuándo niño(a) recibía afecto?				
18)¿trabajó en su niñez?				
19)¿Recuerda en su niñez falta de alimentación?				
20)¿En su niñez si enfermaba lo llevaban al médico y control de sus vacunas?				
21)¿Cuándo era niño(a)lo golpeaban?				
22)¿Cuándo era niño(a) le gustaba visitar otras familias?				

4. TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Las siguientes preguntas se refieren a su vida actual, marque con una "X" la respuesta más adecuada a sus sentimientos y emociones.

- 23) Sentir que los demás me dejan fuera o no me hacen caso me preocupa.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 24) Cuando he hecho algo de lo que me avergüenzo, lo admito.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 25) Me inquieta que un extraño no se muestre amistoso conmigo.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 26) Me río de mis vulnerabilidades.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 27) Me castigo cuando cometo errores.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 28) Se reconocer mis imperfecciones sin sentirme culpable.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 29) Cuando alguien se enfada conmigo me estropea el día.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 30) Experimento gran variedad de sentimientos cada día, incluidos tristeza, ira y miedo.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 31) Mis emociones intensas me hacen sentir fuera de control.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 32) Las emociones intensas de los demás me hacen sentir fuera de control.
Nunca _____ pocas veces _____ con frecuencia _____ siempre _____
- 33) Actualmente como se siente usted en general en su vida emocional.
Muy bien _____ Bien _____ Regular _____ Mal _____ Muy mal _____
- 34) ¿Por qué? _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, se tomó una muestra de 15 pacientes para realizar la prueba piloto del estudio, previa autorización de la dirección de la unidad y registro oficial del protocolo de investigación. Se informó a los pacientes sobre el tema de la misma, y el significado del título, se colocaba el número de folio a la encuesta, al paciente se leía el consentimiento de participación voluntaria, si aceptaba cooperar, se interrogaba la ficha de identificación, los datos de su familia de origen, la sección de las funciones de la familia, por último se le proporcionaba un lápiz para que el paciente respondiera el mismo el test de inteligencia emocional. Finalmente al término del instrumento se le agradecía al paciente su colaboración. En esta prueba piloto no hubo dificultades y se procedió a calcular una muestra de 138 pacientes, la muestra se calculó con una confianza de 95%, error de 5% y una variabilidad de 0.9, fue aplicada de manera no aleatoria, no representativa, se siguió la técnica de entrevista dirigida para las 3 primeras secciones de la encuesta y la última sección de autoaplicación. En las salas de espera y los pasillos de la clínica a los pacientes que esperaban su consulta o su turno para laboratorio o archivo. La información fue obtenida por la autora de este trabajo, con ayuda de dos médicos residentes de 2º año de la especialidad en Medicina Familiar de la clínica sede en estudio, previa capacitación de los mismos para aplicar el instrumento. Finalmente se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS, en la cual se integraron otras variables adicionales para almacenar la información adecuadamente y hacer su análisis utilizando estadística descriptiva.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Control de sesgo.

- Sesgo de información. Se confió en que la información obtenida de los derechohabientes fue verídica; esta estrategia no asegura control de este tipo de sesgo.
- Sesgo de medición. Previa capacitación de dos residentes de segundo año, se procedió a la aplicación y llenados del cuestionario de inteligencia emocional y familia de origen.

- Sesgo de selección. Se reconoce que este tipo de sesgo es inevitable ya que fue una muestra no aleatoria ni representativa.
- Sesgo de captura de información. La autora recibió la capacitación pertinente para almacenar la información en el programa SPSS, la capacitación fue impartida por el asesor del trabajo.
- Control de fuentes de error intraobservador e interobservador (validez interna) al derechohabiente se daba cierta privacidad y tiempo, para no sentirse observado y contestara lo más honesto posible la cuarta sección de la encuesta.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se hizo una prueba piloto en la cual se aplicaron 15 encuestas, utilizando la técnica de entrevista dirigida en las tres primeras secciones y de autoaplicación en la etapa final de la encuesta, con los resultados de esta prueba no fue necesario correcciones a la prueba.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.13.1 Plan de codificación de datos.

Anexo 1

2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS, Para lo cual se utilizó una estructura que se presenta en el anexo 2.

2.13.3 Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes, tasas, medias, etc. de las variables.

2.14 CRONOGRAMA

2003

2004

ACTIVIDAD	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02
PLANEACIÓN DEL PROYECTO	X	X										
MARCO TEÓRICO			X	X	X							
MATERIAL Y METODOS					X	X						
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN							X					
PRUEBA PILOTO								X	X			
EJECUCIÓN DEL PROYECTO										X	X	
RECOLECCIÓN DE DATOS										X	X	
ALMACENAMIENTO DE LOS DATOS											X	X
ANÁLISIS DE LOS DATOS												X
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS												X
DISCUSIÓN DE RESULTADOS												X
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO												X
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL												X
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Para obtener la información se necesitó la ayuda de dos residentes de segundo año de la especialidad en Medicina familiar, utilizando recursos materiales como son: disquetes, computadora de escritorio, fotocopias, lápices, borradores de lápices.

Utilizando recursos físicos dentro de los cuales se encuentra las salas de espera y los pasillos de la clínica. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora de la tesis.

2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación Para la salud, vigente en nuestro país³⁰, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, sobre "investigación sin riesgo" debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales; así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de "Helsinki" de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en Octubre 2000³¹.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Dicho texto se incluye en la sección 1 del instrumento.

3 RESULTADOS

3.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

3.1.1 EDAD

La variable edad se observó que tuvo un promedio de 38.5 años, con una desviación estándar de 10.9 y un rango promedio de 20 a 59 años. La distribución por grupo de edad se encuentra en el cuadro 1.

Cuadro 1

Edad de los pacientes encuestado en clínica "Dr. Ignacio
Chávez del ISSSTE, enero 2004.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 – 29 años	39	27.3 %
30 – 39 años	34	23.8 %
40 – 49 años	35	24.5 %
50 – 59 años	30	24.4 %
Total	138	100%

Fuente: Encuestas aplicadas
n = 138 derechohabientes.

3.1.2 SEXO

Se observó que de los 138 pacientes encuestados un 32 % correspondieron al sexo masculino y un 68 % al sexo femenino.

3.1.3 ESTADO CIVIL

Se encontró con relación al estado civil que predominaron las personas casadas con un 79 %, los demás estados civiles se observan en el cuadro 2.

Cuadro 2

Estado civil de las personas que contestaron la encuesta,
En la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	28	20.4%
Casado	79	57.4%
Unión libre	13	9.4%
Divorciado	4	2.8%
Viudo	7	5.0%
Separado	7	5.0%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.1.4 ESCOLARIDAD

Se obtuvo un promedio de escolaridad de 13.2 años, con una desviación estándar de 4.18, con un rango de 2 a 23 años de escolaridad. La distribución por grupos se encuentra en el cuadro 3.

Cuadro 3

Escolaridad en años de los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, enero 2004.

Escolaridad en años	Frecuencia	Porcentaje
0 años	0	0
1-5 años	4	2.8%
6-10 años	30	22.0%
11-15 años	54	39.1%
16-20 años	46	34.0%
21 o más años	3	2.1%
total	138	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas

n = 138

3.1.5 OCUPACIÓN

Respecto a la ocupación se encontró el mayor porcentaje a empleados con un 34 %, en menor porcentaje a desempleado y chofer con el .7% a cada uno de ellos, el resto se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4

Ocupación de los pacientes encuestado de la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	27	20.0%
Jubilado/pensionado	12	8.9%
Desempleado	1	.7%
Estudiante	10	7.0%
Chofer	1	.7%
Técnico	2	1.2%
Empleado	47	34.0%
Profesionista	30	22.0%
Comerciante	6	4.3%
Otras ocupaciones	2	1.2%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2 FAMILIA DE ORIGEN

3.2.1 TIPO DE FAMILIA

En lo referente al tipo de familia de origen de los pacientes, los resultados se describen a continuación en el cuadro 5.

Cuadro 5

Tipo de familia de origen de los pacientes encuestados en clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	97	70.3%
Extensa	40	29.0%
Extensa compuesta	1	.7%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.2 DEMOGRAFÍA

La variable de demografía en la clasificación de familia se encontró: en área rural vivieron un 27.5% y en área urbana un 72.5 % respectivamente.

3.2.3 DESARROLLO

En cuanto a su desarrollo de las familias de origen de los pacientes se observó que predominó la familia tradicional con un 78 %, el restante se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 6

Desarrollo de la familia de origen de los pacientes encuestados en Clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004

Desarrollo de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Moderna	40	29%
Tradicional	98	71%
Primitiva	0	0%
Total	138	100%

Fuente: pacientes encuestados

n = 138.

3.2.4 TIPOLOGÍA

La ocupación del miembro de la familia que sostenía al paciente encuestado, se muestra a continuación en el cuadro 7.

Cuadro 7

Tipología de la familia de origen de pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Familia desde el punto de Vista tipologico	Frecuencia	Porcentaje
Campesina	14	10.0%
Obrera	111	80.0%
Profesional	13	10.0%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.5 INTEGRACIÓN

Se clasificó a la familia de origen en base a su integración, los resultados se muestran a continuación en el cuadro 8.

Cuadro 8

Integración familiar de la familia de los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Integración	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	101	73.0%
Semi-integrada	26	19.0%
Desintegrada	11	8.0%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.6 ESCOLARIDAD DEL PADRE

Sobre la variable de escolaridad del padre del paciente encuestado, se encontró un promedio de 8.2 años de estudio, con una desviación estándar de 4.67, la mayoría de los padres de los pacientes encuestados estudiaron la secundaria, aunque no todos en forma completa, la información se encuentra en el cuadro 9.

Cuadro 9

Escolaridad del padre de los pacientes encuestados, en la clínica
"Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Escolaridad en años	Frecuencia	Porcentaje
0	3	2.1%
1-5	26	18.8%
6-10	65	47.1%
11-15	29	21.0%
16-20	15	11.0%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.7 ESCOLARIDAD DE LA MADRE

La escolaridad de la madre del paciente encuestado se encontró un promedio de 6.4 años de estudio, con una desviación estándar de 3.79, la mayoría de estas madres con primaria completa y muy pocas de ellas con estudios profesionales, los resultados se encuentran en el cuadro 10.

Cuadro 10

Escolaridad en años de la madre del paciente encuestado en la
Clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Escolaridad en años	Frecuencia	Porcentaje
0	6	4.9%
1-5	31	22.3%
6-10	77	55.5%
11-15	21	15.0%
16-20	3	2.3%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.8 OCUPACIÓN DEL PADRE

La variable de ocupación del padre, predomina con 49 % los empleados y en menor grado los artistas y subempleados. Los resultados se describen a continuación en el cuadro 11.

Cuadro 11

Ocupación del padre del paciente encuestado en clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Subempleado	2	1.4%
Campesino	16	11.6%
Obrero	13	9.4%
Chofer	11	8.0%
Técnico	8	5.8%
Empleado	49	35.5%
Profesionista	16	11.6%
Artista	1	.7%
Comerciante	15	11.0%
Otras	7	5.0%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.2.9 OCUPACIÓN DE LA MADRE

La ocupación de la madre del paciente que se encuesta, se encontró el mayor porcentaje a hogar con un 70% y con menor a profesionista, técnico y campesino. El resto de las ocupaciones se muestra en el cuadro 12.

Cuadro 12

Ocupación de la madre de los pacientes entrevistado en clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	97	70%
Campesina	1	.7%
Obrera	3	2.2%
Técnica	1	.7%
Empleada	23	17%
Profesionista	1	.7%
Comerciante	12	9%
Total	138	100%

Fuente: encuesta aplicada

n = 138

3.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA

3.3.1 APOYO

La primer pregunta es acerca del apoyo de los pacientes en su infancia por parte de su familia de origen, un 63% respondieron siempre al contrario de nunca con un 4%, los datos se muestran en cuadro 13.

Cuadro 13

Respuesta a la pregunta acerca de apoyo por su familia de origen, en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Cuándo era niño(a) se sentía poyado por su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	87	63 %
Con frecuencia	33	24 %
Pocas veces	13	9 %
Nunca	5	4 %
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.2 RECHAZO

Se interrogó sobre el rechazo por parte de la familia de origen a los pacientes, predominando la respuesta nunca con un 53%, el resto de las respuestas se muestra en cuadro 14.

Cuadro 14

Respuesta acerca del rechazo de los pacientes de su familia de origen en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Cuándo era niño(a) se sentía rechazado por su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	12	9%
Con frecuencia	9	7%
Pocas veces	43	31%
Nunca	74	53%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.3 AFECTO

Se interrogó a los pacientes sobre si la familia de origen les dio afecto, la mayoría respondió que siempre con un 54 %, el resto de las respuestas se aprecian en cuadro 15.

Cuadro 15

Respuesta sobre afecto recibido en la infancia del paciente encuestado en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Cuándo niño(a) recibía afecto?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	74	54%
Con frecuencia	41	30%
Pocas veces	19	14%
Nunca	4	3%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.4 TRABAJO

Se preguntó al paciente encuestado si trabajó durante su infancia, la mayoría respondió nunca con un 73%, los demás porcentajes se encuentran en el cuadro 16.

Cuadro 16

Respuesta de trabajo en la niñez del paciente encuestado en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Trabajó en su niñez?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	2%
Con frecuencia	13	10%
Pocas veces	21	15%
Nunca	101	73%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.5 ALIMENTACIÓN

Al interrogar si recordaba si en su niñez faltaba alimentación, a los pacientes encuestados un 66% respondieron nunca, de lo contrario siempre tuvo un 0%, los porcentajes se observan en el cuadro 17.

Cuadro 17

Respuesta si recordaba el paciente si en la niñez le faltó alimentación, a los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Recuerda en su niñez falta de alimentación?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Con frecuencia	12	9%
Pocas veces	35	25%
Nunca	91	66%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.6 ATENCIÓN MÉDICA

Los pacientes encuestados respondieron con siempre en un 67 % a la pregunta si cuando eran niños los llevaban al médico en la enfermedad y control de sus vacunas, a continuación se muestra la frecuencia de las respuestas, en el cuadro 18.

Cuadro 18

Respuesta a atención médica en la infancia en la enfermedad, a los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿En su niñez si enfermaba lo llevaban al médico y control de vacunas?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	93	67.3%
Con frecuencia	26	19.0%
Pocas veces	17	12.3%
Nunca	2	1.4%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.7 GOLPES

Se observó que en la pregunta si fueron golpeados en la infancia, los pacientes respondieron pocas veces ocupando un 49 %, el resto de las respuestas se muestra en el cuadro 19.

Cuadro 19

Respuesta si recibieron golpes en la infancia a los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Cuándo era niño(a) lo golpeaban?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	1.4%
Con frecuencia	19	13.6%
Pocas veces	67	49%
Nunca	50	36%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.3.8 SOCIALIZACIÓN

La última pregunta de las funciones familiares, trata de la socialización, con un porcentaje de 57% responden siempre, los datos se encuentran en el cuadro 20.

Cuadro 20

Respuesta del gusto por visitar a otras familias en la niñez, a los pacientes encuestado en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

¿Cuándo era niño(a) le gustaba visitar a otras familias?	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	79	57%
Con frecuencia	26	19%
Pocas veces	19	14%
Nunca	14	10%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.4 TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.4.1 PUNTAJE FINAL

Se realizó un test de inteligencia emocional, dando una puntuación final, con un mínimo de 3 puntos y un máximo de 10, con un promedio de 7.23, una desviación estándar de 1.66, a continuación en el cuadro 21 se describe las puntuaciones.

Cuadro 21

Puntaje final al test de inteligencia emocional aplicado a los pacientes encuestados de la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3 puntos	2	1.4%
4 puntos	11	8.0%
5 puntos	8	5.8%
6 puntos	21	15.3%
7 puntos	26	18.8%
8 puntos	35	25.4%
9 puntos	30	21.7%
10 puntos	5	3.6%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.4.2 CLASIFICACIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Con el puntaje final del test de inteligencia emocional, se realiza una clasificación de la misma, teniendo mayor porcentaje la buena inteligencia emocional con 50%, las otros dos tipos se describen en el cuadro 22.

Cuadro 22

Clasificación de Inteligencia emocional en los pacientes encuestados en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Tipo de inteligencia	Frecuencia	Porcentaje
Buena	70	50%
Regular	55	40%
Mala	13	10%
Total	138	100%

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.4.3 ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Al último de la encuesta se preguntó a los pacientes cómo se sentían actualmente en su vida emocional, 50% respondió bien, 26% regular, 18% muy bien, 5.3% mal y por último .7% muy mal.

3.4.4 ME SIENTO MUY BIEN

Los pacientes que respondieron a la pregunta anterior con muy bien se menciona una lista del por que se sienten así actualmente:

1. Tengo un buen trabajo
2. Mi familia esta bien
3. Disfruto cada día
4. Estoy realizando todo lo que me propongo
5. Tengo una familia sin problemas
6. Me acepto como soy

7. Soy feliz
8. Me encanta la vida que vivo
9. Mi equilibrio emocional esta estable
10. Porque tengo estabilidad psicosocial y buena salud.

3.4.5 ME SIENTO BIEN

Los pacientes que respondieron a la pregunta de cómo se sentían actualmente en su vida emocional y contestaron bien, describen el porque:

1. Me siento tranquilo
2. He logrado algunas metas
3. Estoy tranquila
4. Ya no estoy enfermo
5. Estoy contenta con lo que tengo
6. No tengo problemas económicos
7. Mi vida emocional esta estable
8. Tengo una pareja
9. tengo a mi familia integrada
10. Me siento bien conmigo misma.

3.4.6 ME SIENTO REGULAR

En esta última pregunta los pacientes que respondieron que actualmente su vida emocional se sentían regular, estas son las causas:

1. Tengo problemas con mi pareja
2. A veces tengo problemas
3. Por factores económicos
4. Problemas emocionales
5. Estoy separada de mi pareja
6. Estoy apegada a los demás
7. Porque estoy sola con mis padres
8. No puedo estudiar
9. Cuestiones de salud

10. No tengo trabajo se acabo el contrato.

3.4.7 ME SIENTO MAL

Hubo pacientes que respondieron que se sentían mal actualmente en su vida emocional, a continuación hay algunas de las respuestas. Recordando que son pocos los pacientes que contestaron este reactivo:

1. Tengo problemas de pareja
2. Cada día tengo más actividad cotidiana
3. Un problema de mi hermano
4. Problemas económicos
5. Tengo miedo
6. Padezco neurosis
7. Porque siento que lo que hago esta mal.

3.4.8 ME SIENTO MUY MAL

Solo un paciente respondió muy mal y su contestación fue:

1. Hace dos semanas murió mi madre de cáncer.

3.5 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y FAMILIA

3.5.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TIPO DE FAMILIA

Se construyó el cuadro 23 en donde se observa que predominan las familias nucleares y se observa que tienen buena inteligencia emocional.

Cuadro 23

Inteligencia emocional y tipo de familia de origen de los pacientes encuestados en clínica
"Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Inteligencia emocional

<i>Tipo de familia</i>	Buena	Regular	Mala	
Nuclear	52	37	8	97
Extensa	17	18	5	40
Extensa-compuesta	1	0	0	1
Total	70	55	13	138

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3.5.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL E INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA

Respecto al tipo de inteligencia emocional y la clasificación de familia según su integración, en el cuadro 24 se observa que predomina la familia integrada con buena inteligencia emocional.

Cuadro 24

Inteligencia emocional e integración de la familia de los pacientes encuestados en la clínica
"Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, enero 2004.

Inteligencia emocional

<i>Integración de la familia</i>	Buena	Regular	Mala	
Integrada	53	40	8	101
Semi-integrada	11	10	5	26
Desintegrada	6	5	0	11
Total	70	55	13	138

Fuente: encuestas aplicadas

n = 138

3. DISCUSIÓN

En este trabajo se identificó que de los 138 pacientes que respondieron la encuesta predominó el sexo femenino con un 68%, la mayoría de los pacientes con estado civil casados, a diferencia de sus padres aumentó el nivel de escolaridad de 8 años promedio en el padre y 6 años promedio en la madre a 13 años de escolaridad en los pacientes.

Por otra parte también mejoró la ocupación en relación a sus padres, ya que anteriormente eran menos los profesionistas y los pacientes casi un 50% de ellos ya tenían estudios de licenciatura.

En este trabajo se encontró que en su infancia de estos pacientes predominó la familia nuclear con un 70.3%, la mayoría en área urbana en un 72.5%, el desarrollo de estas familias fue tradicional con un 71%, desde el punto de vista de tipología la gran mayoría eran familias obrera con un 80%, para finalizar la integración predominó la integrada en un 73%.

Se realizaron algunas preguntas para saber si en sus familias de origen se llevaban las funciones familiares, encontrando que la mayoría de los pacientes siempre recibió apoyo con un 63%, cuando se interrogó rechazo la mayoría con un 74% respondió nunca, en el aspecto afectivo predominó con un 74% la respuesta siempre, un mayor número de estos pacientes nunca trabajó en su niñez en un 73%, en lo referente a alimentación a un 66% de estos pacientes nunca faltó, cuando se enfermaban los llevaban al médico en un 67.3%, también se interrogó si en la niñez fueron golpeados y la mayoría de ellos respondió que pocas veces con un 49%, por último se interroga sobre si en la infancia les gustaba visitar otras familias, la mayoría afirmó con un 57% que siempre.

En este trabajo se aplicó un test de inteligencia emocional a los pacientes predominando la buena inteligencia emocional con un 50%, la regular con un 40% y por último la mala con un 10% de esta población estudiada.

Se encontró que la buena inteligencia se observa más en la familia nuclear, aunque no se realizaron procedimientos inferenciales para conocer si esta observación fue significativa.

De igual manera la inteligencia emocional y la integración familiar, predominó la buena inteligencia emocional con las familias integradas, de igual forma no se realizaron procedimientos inferenciales.

4.1 APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

El perfil del médico familiar se enfoca en la atención del individuo, la familia, su comunidad y realizar un trabajo en equipo, además de realizar actividades docentes o de investigación, una parte muy importante es la de realizar prevención y anticipación de riesgo.

El médico familiar es un orientador y un previsor de la población, en sus tres enfoques biosicosociales, pero si no interroga lo emocional y lo social como es su familia, va a desconocer que prevención y orientación le puede brindar a su paciente.

El médico de familia es el primer contacto que tiene un paciente es fundamental para todas las áreas médicas restantes, es la clave en la acción anticipatorio al riesgo.

Debiendo aprovechar cada consulta para realizar prevención, sobre todo en la esfera emocional, ya que interrogar sobre este tipo de alteraciones, no lleva más de 2 minutos utilizando el instrumento que se propone en este trabajo, ya sea en una forma verbal o escrita.

El médico familiar debe diagnosticar a su paciente en forma integral y sencilla, para poder conocer mejor a su paciente, llevar una mejor relación medico-paciente ya que el paciente siente que el médico se interesa en todos los aspectos de su vida, sobre todo prever y orientar en problemas emocionales, de este modo ayudara a reducir más síntomas físicos que son secundarios a alteraciones en sus emociones.

5. CONCLUSIONES

La población derechohabiente aceptó en un 99% contestar la encuesta amablemente, algunos de sus comentarios posteriores respecto al tema de la encuesta fueron positivos, mencionando que es un tema interesante y el médico lo debería de preguntar.

Es importante comentar que los pacientes no sabían la definición del tema de inteligencia emocional, sin embargo cuando se daba un breve resumen, lo comprendían y algunos de ellos conocían la definición pero la explicaban de diferente manera con sus propias palabras. De igual manera desconocían que era familia de origen, al describir la definición se mostraban más interesados en la encuesta.

Al realizar la clasificación de la familia de origen fue muy práctico cuando se utilizó el *esquema de clasificación integral de la familia*, extraído del libro de Diagnóstico Familiar del Dr. Irigoyen Coria²⁹; no solo ayuda de una manera rápida al médico familiar a saber que tipo de familia, demografía, desarrollo, ocupación, también aporta datos de la integración que en este caso tuvo la familia de origen del paciente encuestado.

Hay que mencionar que los pacientes en unas de sus preguntas verbales, no sabían que el médico de familia debe ver de un modo integral al paciente, ellos pensaban que el médico como todos sabemos solo ve el aspecto físico del mismo, y por lo general los pacientes con problemas nos preguntaban donde podían acudir para hablar de lo afecto o psicológico.

Al final de la encuesta la mayoría de los pacientes hacían preguntas en relación al tema y todos los que preguntaron sobre lo afectivo, estuvo de acuerdo con nosotros de que es importante este ámbito de la medicina, ya que puede conllevar al inicio de problemas de salud.

El médico de familia debe realizar prevención, dar manejo y orientar en todos los aspectos de su paciente, como ya se menciona con anterioridad dar un manejo integral y verlo en las

tres esferas biosicosocial, sin embargo con las respuestas verbales y escritas que se obtuvo, no todos los médicos de familia realizan estas acciones.

En este trabajo de investigación se debe tener en cuenta que este estudio que se realizó presenta límites en cuanto a que la muestra fue no aleatoria la cual no correspondió a un grupo determinado de la población derechohabiente, lo que generó una importante información sobre la inteligencia emocional y familia de origen de los pacientes encuestados.

Este trabajo de investigación la muestra fue no representativa, por lo tanto no se puede generalizar a todos los pacientes de la clínica donde se encuestó, es válido solo para las personas encuestadas, sin embargo puede dar una idea de lo que sucede con la población en la clínica, respecto a los problemas emocionales.

En la literatura actual no se encontró sobre inteligencia emocional y familia, no hay un test validado con los parámetros que se mencionaron en el estudio, para poder comparar con los resultados obtenidos, sin embargo puede dar una idea de lo que sucede con los pacientes de la clínica, respecto al problema de inteligencia emocional.

Esta investigación no fue profunda, no exhaustiva; solo fue descriptiva, cumplió con los objetivos que se buscaba al inicio del trabajo, abriendo una línea de investigación para los médicos especialmente a los médicos familiares para trabajos posteriores.

6 REFERENCIAS

1. Goleman D. *La inteligencia emocional*. 1ª. Ed. México: Editorial Javier Vergara Editor, 1995.
2. Cortés SJF, Barragán VC, Vásquez CML. *Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad*. Salud Mental Mex 2002;25(5):50-60.
3. Díaz JL, Flores EO. *La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo*. Salud Mental Mex 2001; 24(4): 20-35.
4. Shapiro LE. *La inteligencia emocional en niños*. 1ª Ed. España: Editorial Punto de Encuentro, 1997.
5. Segal J. *Su inteligencia emocional*. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1997.
6. Sternberg RJ. *Inteligencia humana III, sociedad, cultura e inteligencia*. 1ª Ed. México Editorial: Paidós, 1998: 830-835.
7. Anastasi A. *Tests psicológicos*. 7ª Ed. México: Editorial Pearson, 1998: 294-303.
8. Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de psiquiatría*. 8ª Ed. México: Editorial Médica Panamericana, 1998: 221-253.
9. Laurousse. *Diccionario enciclopédico*. 8ª Ed. México: Editorial Ediciones Laurousse, 2001.
10. Dantzer R. *Las emociones*. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Paidós, 1989.
11. Alcararaz RVM. *Texto de neurociencias cognitivas*. 1ª Ed. México: Editorial Manual Moderno, 2001:111-142.
12. De la Fuente R. *Psicología médica*. 2ª Ed. México: Editorial Fondo de cultura económica, 1992: 22-25, 162-168.
13. Echebarría A, Paez D. *Emociones: perspectivas psicosociales*. 1ª Ed. México: Editorial Fundamentos, 1998.
14. Huerta FMR. *El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductor*. Salud Mental Mex 2000; 23(3): 52-59.
15. Berlanga C, Huerta R. *Los esteroides gonadales y la afectividad*. Salud Mental Mex 2000; 23(4): 10-21.

16. Perez RH, Cortes J, Díaz MA. *El reconocimiento de la expresión facial de las emociones*. Salud Mental Mex 1999; 22(1): 17-23.
17. Alvarado N, Jameson K. *Varieties of anger: The relation between emotion terms and components of anger expressions*. Motivation and emotion USA 2002; 25(2): 153-181.
18. Kappas A, Bherer F. *Inhibiting facial expressions: limitations voluntary control of facial expressions of emotion*. Motivation and emotion USA 2000; 24(4):250-269.
19. Allman JM, Hakeem A. *The anterior cingulate cortex. The evolution of an interface between emotion and cognition*. URL: www AnnNYAcad Sci 2001;935:107-117.
20. Jausovec N, Jausovec K. *Differences in event-related and induced EEG patterns in the theta and alpha frequency bands related to human emotional intelligence*. Neuroscience Letters 311 (2001) 93-96.
21. Irigoyen CA. *Fundamentos de medicina familiar*. 7ª Ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2000: 34-46.
22. Evernon P. *Inteligencia, herencia y ambiente*. 1ª Ed. México: Editorial Manual Moderno, 1982: 100-105, 133-241.
23. Marcas VA, Mariscal LE, Muñoz PMA, Olid CF, Pardo RMJ, Rubio SE, Ruíz RA. *La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental*. Atención Primaria Barcelona 2000; 26(7): 453-458.
24. Goleman D, Gurin J. *Mind-body medicine*. 2a ed. USA: Editorial Spectrum America, 1993.
25. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. *Physicians' Emotional Intelligence and Patient Satisfaction*. Fam Med 2002; 34 (10): 750-754.
26. Brockert S, Braun G. *Los tests de la inteligencia emocional*. 1ª Ed. México: Editorial Océano de México, 1994.
28. GTPI, *Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar*, 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2003.
29. Irigoyen CA, *Diagnóstico familiar*. 6ª Ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2000: 13-17.
30. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Secretaría de Salud, México. 3 feb. 1983.

31. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000.
32. Gómez OD, Llópiz MA, *Las referencias bibliográficas en los escritos médicos*. Salud Pública. Méx, 1988; 30(5): 760-765.

Anexo 1

Diseño de base de datos

Nombre de la Variable (ocho caracteres)	Tipo N=número S=cadena (nombre)	Ancho de la columna Enteros decimales	Etiqueta Nombre completo de las variables	Valores que toma variable códigos	Escala de medición C=continua D=discreta O=ordinal N=nominal
Folio	N	3 0	Número de folio	Número consecutivo	C
Sección 2 P1S2 Edad	N	3 0	Edad en años	Números enteros	C
P2S2 Sexo	N	3 0	Sexo del paciente	1=masculino 2=femenino	N
P3S2 Estadocivil	N	3 0	Estado Civil del paciente	1=soltero 2=casado 3=unión libre 4=divorciado 5=viudo 6=separado	N
P4S2 Escolari	N	3 0	Escolaridad Del paciente	Número total de años de estudio, a partir De la primaria	D
P5S2 Ocupació	N	3 0	Ocupación del paciente	1=hogar 2=jubilado/pensionado 3=desempleado 4=subempleado 5=estudiante 6=estudia/trabaja 7=campesino 8=artesano 9=obrero 10=chofer 11=técnico 12=empleado 13=profesional 14=artista 15=comerciante 16=empresario 17=directivo 18=otras ocupaciones	N

Sección 3 P6S3 Compofam	N	3 0	Composición De la familia	1=nuclear 2=extensa 3=extensa-compuesta	N
P7S3 demograf	N	3 0	Demografía de la familia	1=rural 2=urbana	N
P8S3 desarrol	N	3 0	Desarrollo de la familia	1=moderna 2=tradicional 3=primitiva	N
P9S3 ocupfam	N	3 0	Ocupación del Sostén de la familia	1=hogar 2=jubilado/pensionado 3=desempleado 4=subempleado 5=estudiante 6=estudia/trabaja 7=campesino 8=artesano 9=obrero 10=chofer 11=técnico 12=empleado 13=profesional 14=artista 15=comerciante 16=empresario 17=directivo 18=otras ocupaciones	N
P10S3 intefam	N	3 0	Integración de la familia	1=integrada 2=semi-integrad 3=desintegrada	N
P11S3 escmadre	N	3 0	Escolaridad de la madre	Número total en años A partir de la primaria	D

P12S3 escpadre	N	3 0	Escolaridad Del padre	Número total En años a Partir de la primaria	D
P13S3 ocupadre	N	3 0	Ocupación Del padre	1=hogar 2=jubilado/pensionado 3=desempleado 4=subempleado 5=estudiante 6=estudia/trabaja 7=campesino 8=artesano 9=obrero 10=chofer 11=técnico 12=empleado 13=profesional 14=artista 15=comerciante 16=empresario 17=directivo 18=otras ocupaciones	N
P14S3 Ocumadre	N	3 0	Ocupación De la madre	1=hogar 2=jubilado/pensionado 3=desempleado 4=subempleado 5=estudiante 6=trabaja 7=campesino 8=artesano 9=obrero 10=chofer 11=técnico 12=empleado 13=profesional 14=artista 15=comerciante 16=empresario 17=directivo 18=otras	N
P15S3 apoyado	N	3 0	¿Cuándo era niño(a) se sentía apoyado por su familia?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O

P16S3 rechazad	N	3	0	¿Cuándo era niño(a) se sentía rechazado?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P17S3 afecto	N	3	0	¿Cuándo era niño(a) recibía afecto?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P18S3 trabajo	N	3	0	¿Trabajo en su niñez?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P19S3 alimenta	N	3	0	¿Recuerda en su niñez falta de alimentación?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P20S3 médico	N	3	0	¿En su niñez si enfermaba lo llevaban al médico y control de sus vacunas?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P21S3 golpes	N	3	0	¿Cuándo era niño(a) lo golpeaban?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
P22S3 visitas	N	3	0	¿Cuándo era niño(a) le gustaba visitar otras familias?	1=siempre 2=con frecuencia 3=pocas veces 4=nunca	O
Sección 4 P23S4 preocupa	N	3	0	Sentir que los demás Me dejan fuera o no Me hacen caso me precocupa	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P24S4 vergüenz	N	3	0	Cuando he hecho algo De lo que me Avergüenzo lo admito	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P25S4 extraño	N	3	0	Me inquieta que un Extraño no se Muestre amistoso conmigo	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O

P26 S4 vulnerab	N	3 0	Me rió de mis vulnerabilidades	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P27S4 errores	N	3 0	Me castigo cuando Cometo errores	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P28S4 imperfec	N	3 0	Se reconocer mis Imperfecciones sin Sentirme culpable	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P29S4 enfado	N	3 0	Cuando alguien se Enfada conmigo me Estropea el día	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P30 S4 sentim	N	3 0	Experimento gran Variedad de sentimientos cada día, tristeza, Ira, miedo.	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P31S4 control	N	3 0	Mis emociones intensas Me hacen sentir fuera de control	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P32S4 demás	N	3 0	Las emociones intensas De los demás me Hacen sentir fuera de control	1= nunca 2= pocas veces 3=con frecuencia 4=siempre	O
P33S4 siente	N	3 0	Actualmente como se Siente usted en su Vida emocional	1= muy bien 2= bien 3= regular 4= mal 5= muy mal	O
P34S4 Por qué	N	3 0	¿Por qué?	Respuesta abierta	N